

UNIVERSIDAD DE SONORA
División de Ciencias Sociales
Posgrado Integral en Ciencias Sociales

Exclusión Social y Políticas Públicas en materia del Derecho Humano de Acceso a la Salud de Grupos en Situación de Vulnerabilidad en Sonora.

El caso del Hospital General del Estado:

“Dr. Ernesto Ramos Bours”

TESIS

Que para obtener el grado de:

Maestra en Ciencias Sociales

Presenta:

Georgina Magaly Salas Gámez

Directora de tesis:

Dra. Manuela Guillén Lúgigo

Co-director:

Dr. Jesús Ángel Enríquez Acosta

EL SABER DE MIS HIJOS

HARA MI GRANDEZA

Asesores:

Dra. Blanca Aurelia Valenzuela

Mtro. Aldo René Saracco Morales

Hermosillo, Sonora, México. Junio 22, 2016

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

Hermosillo, Sonora, a 22 de Junio de 2016.

DR. GUSTAVO ADOLFO LEÓN DUARTE

COORDINADOR DEL POSGRADO INTEGRAL EN CIENCIAS SOCIALES

UNIVERSIDAD DE SONORA.

En calidad de integrantes del Comité Tutorial de Revisión y Sínodo del exámen de Grado de Maestría en Ciencias Sociales de la estudiante: **GEORGINA MAGALY SALAS GÁMEZ**, quien ha elaborado la tesis titulada **“EXCLUSIÓN SOCIAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN MATERIA DEL DERECHO HUMANO DE ACCESO A LA SALUD DE GRUPOS EN SITUACION DE VULNERABILIDAD EN SONORA. EL CASO DEL HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO:”DR. ERNESTO RAMOS BOURS**”, consideramos que ha sido elaborada con la integridad académica que exige un trabajo e dicha naturaleza y que reúne los requisitos de originalidad, actualización y relevancia en cuanto a la aportación para el área académica en la que se gradúa.

Por lo anteriormente expuesto, damos nuestro voto aprobatorio y manifestamos a Usted el acuerdo para la tesis sea discutida en el exámen correspondiente.

ATENTAMENTE

Dra. Manuela Guillén Lúgigo

Universidad de Sonora

Directora

Dr. Jesús Ángel Enríquez Acosta

Universidad de Sonora

Co-Director

Dra. Blanca Aurelia Valenzuela

Universidad de Sonora

Lectora/Asesora

Mtro. Aldo René Saracco Morales

Comisión Estatal de Derechos Humanos

Lector/Asesor

Juramento Hipocrático Actual

Prometo cumplir, en la medida de mis capacidades y de mi juicio, este pacto.

Respetaré los logros científicos que con tanto esfuerzo han conseguido los médicos sobre cuyos pasos camino, y compartiré gustoso ese conocimiento con aquellos que vengan detrás.

Aplicaré todas las medidas necesarias para el beneficio del enfermo, buscando el equilibrio entre las trampas del sobre tratamiento y del nihilismo terapéutico.

Recordaré que la medicina no sólo es ciencia, sino también arte, y que la calidez humana, la compasión y la comprensión pueden ser más valiosas que el bisturí del cirujano o el medicamento del químico.

No me avergonzaré de decir «no lo sé», ni dudaré en consultar a mis colegas de profesión cuando sean necesarias las habilidades de otro para la recuperación del paciente.

Respetaré la privacidad de mis pacientes, pues no me confían sus problemas para que yo los desvele. Debo tener especial cuidado en los asuntos sobre la vida y la muerte. Si tengo la oportunidad de salvar una vida, me sentiré agradecido. Pero es también posible que esté en mi mano asistir a una vida que termina; debo enfrentarme a esta enorme responsabilidad con gran humildad y conciencia de mi propia fragilidad. Por encima de todo, no debo jugar a ser Dios.

Recordaré que no trato una gráfica de fiebre o un crecimiento canceroso, sino a un ser humano enfermo cuya enfermedad puede afectar a su familia y a su estabilidad económica. Si voy a cuidar de manera adecuada a los enfermos, mi responsabilidad incluye estos problemas relacionados.

Intentaré prevenir la enfermedad siempre que pueda, pues la prevención es preferible a la curación.

Recordaré que soy un miembro de la sociedad con obligaciones especiales hacia mis congéneres, los sanos de cuerpo y mente así como los enfermos.

Si no violo este juramento, pueda yo disfrutar de la vida y del arte, ser respetado mientras viva y recordado con afecto después. Actúe yo siempre para conservar las mejores tradiciones de mi profesión, y ojalá pueda experimentar la dicha de curar a aquellos que busquen mi ayuda.

Versión del Dr. Louis Lasagna¹

¹ Doctor Louis Lasagna, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Tufts, versión redactada en 1964

Dedicatoria Especial

La presente tesis va dedicada a un ser humano maravilloso, alguien que me motivó a seguir luchando por mis ideales y por los temas que me apasionan, una persona que me apoyó en todo momento y me pidió jamás darme por vencida, y aunque hoy no se encuentra con nosotros, siempre lo llevaré en el alma y el corazón.

Gracias por haber estado a mi lado y por haber creído en mí, Alexandro Soto Félix.

Dedicatoria

A mis padres, por haberme dado una formación en base a los valores y a la disciplina, que me llevaron a ser la mujer que soy, por guiarme y orientarme en los momentos difíciles, pero sobretodo por su cariño, comprensión y apoyo.

A mi directora de tesis, por darme una oportunidad cuando más lo necesitaba, por creer en mí, cuando ni yo misma lo hacía y por ser mi soporte en los tiempos difíciles.

A mis maestros, por aportarme todos sus conocimientos, su aprendizaje y la pasión por su trabajo.

A mis amigos, por motivarme y no dejarme caer.

A Alma Nereyda Jiménez Ochoa, por ser un pilar muy importante durante todo mi proceso dentro del posgrado, una persona incondicional y siempre amable.

Con mucho cariño y amor para todos ustedes

ÍNDICE

CAPÍTULO I

EXCLUSIÓN SOCIAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN MATERIA DEL DERECHO HUMANO DE ACCESO A LA SALUD DE GRUPOS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DENTRO DE SONORA. EL CASO DEL HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO: “DR. ERNESTO RAMOS BOURS”

1. INTRODUCCIÓN	8
1.1 ANTECEDENTES	9
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	25
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	31
1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	31
1.5 CIENCIAS SOCIALES, INTERDISCIPLINARIEDAD Y SALUD PÚBLICA	34
1.6 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO.....	37
1.7 LIMITACIONES DEL ESTUDIO	37

CAPÍTULO II

EL GARANTISMO Y LA TEORÍA DE LA JUSTICIA

2. TEORÍA GENERAL DEL GARANTISMO	38
2.1 DEFINICIÓN	38
2.1.1 Rasgos principales de la teoría del garantismo de Ferrajoli, Tesis metodológica del garantismo.....	40
2.1.2 “Ser” y “Deber ser” del Derecho. La Filosofía Política y el Modelo de Derecho.....	41
a) La separación entre Derecho y moral y la fundamentación hetero-poyética del Estado y del Derecho.....	41
2.1.3 “Ser” y “deber ser” en el Derecho. La teoría jurídica y el modelo de política.....	43
2.1.4 La teoría de la validez y sus consecuencias para el modelo de juez y de jurista: El positivismo crítico..	44
2.2 TEORÍA DE LA JUSTICIA DE JOHN RAWLS	46
2.2.1 Definición	46
2.2.2 Ideas fundamentales sobre la justicia.....	47
2.2.3 La Teoría de Rawls como fundamento de la justicia social en la sociedad moderna.....	48
2.3 EFICACIA JURÍDICA	49
2.3.1 Validez y Eficacia del derecho.....	49
2.3.2 Constitución y Orden Jurídico.....	50

CAPÍTULO III

EL DERECHO HUMANO DE ACCESO A LA SALUD

3. DERECHOS HUMANOS, CONCEPTO Y SUS CARACTERÍSTICAS	52
3.1 JUSTIFICACIÓN FILOSÓFICA DE EXISTENCIA Y VALIDEZ.....	54
3.2 SALUD Y DERECHOS HUMANOS	55
3.3 ¿QUÉ ES EL DERECHO A LA SALUD?	56
3.4 PROTECCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO.....	61
3.5 TRATADOS INTERNACIONALES.....	63
3.6 LEGISLACIÓN FEDERAL EN MATERIA DE SALUD	64
3.7 DESIGUALDAD EN SALUD DE GRUPOS VULNERABLES.....	65
3.8 RECOMENDACIONES EN POLÍTICAS PÚBLICAS.....	66

CAPÍTULO IV

EL SEGURO POPULAR DENTRO DEL MARCO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN MÉXICO

4. POLÍTICAS PÚBLICAS	70
4.1 DEFINICIÓN	70
4.1.1 Fases y elementos constitutivos de las políticas públicas	72
4.1.2 Importancia de las políticas públicas	74
4.1.3 Principales enfoques entorno a las políticas públicas	75
4.1.4 Políticas públicas sociales y enfoque de derechos	77
4.1.5 Dimensiones para el análisis de las políticas públicas en el ámbito social desde el enfoque de derechos humanos	79
4.1.6 Principios del enfoque de derechos	82
4.2 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	87
4.3 LA TEORÍA ESTRUCTURALISTA	88
4.3.1 Orígenes	88
4.3.2 Principales representantes	90
4.4 EL SEGURO POPULAR	91
4.4.1 Antecedentes	91
4.4.2 Creación del seguro popular	92

CAPÍTULO V

EXCLUSIÓN SOCIAL Y GRUPOS VULNERABLES

5. ORÍGENES DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL	95
5.1 DEFINICIONES	99
5.2 LA DEFINICIÓN DE ESTIGMA	103
5.3 EL CONCEPTO DE VULNERABILIDAD SOCIAL	104
5.3.1 Dimensiones de la vulnerabilidad social	108
5.3.2 Derechos Humanos y Grupos Vulnerables	112
5.3.3 Las poblaciones en situación de calle como grupos potencialmente vulnerables	119
5.3.4 La situación de vulnerabilidad de los migrantes en situación irregular	123

CAPÍTULO VI

LA INTERDISCIPLINARIEDAD APLICADA AL DERECHO DE ACCESO A LA SALUD

6. ¿QUÉ ES LA INTERDISCIPLINARIEDAD?	127
6.1 CONCEPTOS COMPLEJOS Y BÁSICOS	129
6.2 EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN INTERDISCIPLINARIA	134
6.3 MODELO INTERDISCIPLINAR	136
6.4.1 Disciplinas	136
Figura 3. Modelo Interdisciplinar de Investigación	136
6.4 LA RELACIÓN DE SALUD Y LAS CIENCIAS SOCIALES	139

CAPÍTULO VII

DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

7. ESTRATEGIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	145
7.1 ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA.....	146
7.2 OBSERVACIÓN PARTICIPANTE	153
7.3 FOTOGRAFÍA PARTICIPATIVA	156

CAPÍTULO VIII

RESULTADOS

8. TÉCNICAS.....	158
8.1 OBSERVACIÓN PARTICIPANTE (DESCRIPCIÓN ETNOGRÁFICA EN EL ÁREA DE URGENCIAS).....	158
8.2 ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA	161
8.2.1 <i>Disponibilidad</i>	162
8.2.2 <i>Accesibilidad</i>	163
8.2.3 <i>Aceptabilidad</i>	165
8.2.4 <i>Calidad</i>	166
8.2.5 <i>Universalidad</i>	169
8.2.6 <i>Políticas Públicas</i>	169
8.3 ANÁLISIS	171
8.4 FOTOGRAFÍA PARTICIPATIVA	182

CAPÍTULO IX

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA	190
ANEXOS.....	203
ANEXO 1	203
ANEXO 2	216
ANEXO 3	218
ANEXO 4	219
ANEXO 5	220
ANEXO 6	221
ANEXO 7	225

CAPÍTULO I

EXCLUSIÓN SOCIAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN MATERIA DEL DERECHO HUMANO DE ACCESO A LA SALUD DE GRUPOS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD DENTRO DE SONORA.

EL CASO DEL HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO:

“DR. ERNESTO RAMOS BOURS”

1. Introducción

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir con dignidad. Es un derecho estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud.

El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar *sano*. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.²

² Numerosos instrumentos de derecho internacional reconocen el derecho del ser humano a la salud. En el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se afirma que: “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales contiene el artículo más exhaustivo del derecho internacional de los derechos humanos sobre el derecho a la salud. En virtud del párrafo 1 del artículo 12 del Pacto, los Estados Partes reconocen: “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, mientras que en el párrafo 2 del artículo 12 se indican, a título de ejemplo, diversas “medidas que deberán adoptar los Estados Partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho”. Además, el derecho a la salud se reconoce, en particular, en el inciso iv) del apartado e) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, de 1965; en el apartado f) del párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979; así como en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989. Varios instrumentos regionales de derechos humanos, como la Carta Social Europea de 1961 en su forma revisada (art. 11), la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, de 1981 (art. 16), y el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1988 (art. 10), también reconocen el derecho a la salud. Análogamente, el derecho a la salud ha sido proclamado por la Comisión de Derechos Humanos (2), así como también en la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993 y en otros instrumentos internacionales (3).

Por otra parte, la exclusión en salud es un tema de creciente importancia en el ámbito de las políticas públicas, no sólo como un problema que se debe enfrentar y resolver, sino como herramienta de análisis para evaluar las intervenciones destinadas a mejorar el estado de salud de las personas.

A pesar de la importancia de la exclusión en salud como fenómeno social y como problema de políticas públicas, en la actualidad no se la encuentra en la lista de temas prioritarios de la agenda político social de los países de la Región, y las reformas sectoriales sólo la han tocado de manera indirecta y fragmentaria³.

Por lo anterior, la presente investigación, busca exponer como el fenómeno de exclusión social juega un papel fundamental dentro de la falta de acceso a los servicios de salud de grupos en situación de vulnerabilidad dentro del Hospital General del Estado de Sonora.

1.1 Antecedentes

En la actualidad existe una creciente inquietud por encontrar vías que permitan el acceso al derecho a la salud, sin embargo, elementos tales como la exclusión social y la marginación de sectores vulnerables de la población evidencian la carencia de políticas públicas por parte de las autoridades que aseguren y garanticen éste derecho universal. El término “salud”, se refiere a una condición sumamente extensa y difícil de acotar, en ella confluyen lo biológico y lo social, la persona en lo individual y la comunidad, lo público y lo privado (Frenk, 1993, p.1).

Puede traducirse como un conjunto de facultades, entendidas como derechos subjetivos para hacer o dejar de hacer algo. Esto abarca las obligaciones de otros, sea en un sentido de hacer o de no hacer, en y al cuerpo humano. Como ejemplo de facultades se encuentra la libertad sexual y genésica y como ejemplo de un derecho subjetivo reflejo se encuentra el derecho a no ser sometido a experimentos médicos, o el derecho a exigir la prevención de epidemias.

Pero la salud tiene además una dimensión colectiva si consideramos que existen factores sociales que tienden a preservarla o quebrarla, como las epidemias, la contaminación o la falta de hábitos higiénicos, entre otros. En esa dimensión colectiva, se tiene derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto

³ Figueroa, Adolfo: “La exclusión social como una teoría de la distribución” en “Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y El Caribe” Editado por Gacitúa, Sojo y Davis. Banco Mundial-FLACSO, 2000.

nivel posible de salud, lo cual se traduce en un acceso equitativo a una atención sanitaria de calidad apropiada (1).

El término “salud” se define por un lado, como aquél que gira en torno al equilibrio inestable del ser humano, de su organismo y de su cuerpo, esto en relación con factores biológicos, del medio ambiente y socioculturales, los que permiten a cada persona, además de crecer, incrementar sus posibilidades en función de sus intereses y de los de la sociedad en la cual se desenvuelve. Definir “salud” no es fácil, dado que en la mayoría de los casos resulta mejor analizar los elementos que la condicionan. La salud, en términos físicos es el resultado de la calidad de vida, bienestar y, en definitiva, de la felicidad; cuyo objetivo, no corresponde exclusivamente a la medicina, sino que involucra al gobierno, la sociedad y al individuo en sí.

Por otra parte, la calidad de vida de una persona o un grupo tiene múltiples aspectos. Si concebimos el bienestar como el conjunto posible de estados y acciones abiertos a las personas, cada transformación realizable para los individuos o acción factible es una faceta de bienestar, desde su cambio metabólico por alimentarse, hasta su actividad intelectual y social expresada en trabajo, ciencia o arte; más adelante, nos dedicaremos a definir los conceptos de bienestar, calidad de vida y felicidad.

El constante cambio social y económico ha traído consigo una serie de transformaciones que lejos de ser prometedoras o positivas, dejan de manifiesto la desigualdad por razones de: etnia, sexo, raza, género, condición económica y zona geográfica, viéndose reflejado en un sistema, cuyas deficiencias abarcan desde el sector salud hasta el sector alimentario.

El instrumento constitutivo de la Organización Mundial de la Salud (1945), define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental, y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Señalando que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Mientras que para las Naciones Unidas es “el completo estado de bienestar físico, psíquico y social de una persona”.

La calidad de vida de una persona o un grupo tiene múltiples aspectos. Si concebimos el bienestar como el conjunto posible de estados y acciones abiertos a las personas, cada transformación realizable para los individuos o acción factible es una faceta de bienestar, desde su

cambio metabólico por alimentarse, hasta su actividad intelectual y social expresada en trabajo, ciencia o arte.

El derecho a la salud en el marco del derecho internacional de los derechos humanos, se encuentra previsto por distintos pactos y convenios internacionales sobre derechos humanos, ejemplo de ello:

El artículo 25 de la Declaración Universal de los derechos humanos de 1948 dispone que:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que se asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948) reconoce en su artículo XI que:

Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y de la comunidad.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 establece en su artículo 12 que:

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a) la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b) el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene en el trabajo y del medio ambiente,
 - c) la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

d) la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptó en 2000 la Observación general N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre el derecho a la salud. En dicha Observación general se afirma que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna, sino también los factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

Por su parte, el Protocolo en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Convención Americana de Derechos Humanos de 1969 (Protocolo de San Salvador), dispone en su artículo 10:

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:
 - a) La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
 - b) La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
 - c) La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
 - d) La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole,
 - e) La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y;
 - f) La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

Otras declaraciones que hacen énfasis en sus textos sobre el derecho a la salud son: La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (artículos 11, párrafo 1, inciso f, y 12) y la Convención sobre los Derechos del Niño (artículo 24).

Recordemos que el derecho a la salud se encuentra inmerso dentro del contenido de los derechos sociales, cuya definición consta de mucha complejidad. Los derechos económicos, sociales y culturales se consideran derechos de igualdad material por medio de los cuales se pretende alcanzar la satisfacción de las necesidades básicas de las personas y el máximo nivel posible de vida digna. La noción de “derechos sociales” tiene una historia larga y de múltiples raíces, pero podríamos identificar su surgimiento a finales del siglo XIX, como respuesta al régimen liberal irrestricto nacido de las ideas políticas de la revolución francesa de 1789 y como respuesta, también, a una desigualdad cada vez más marcada entre los diversos componentes de ese sistema liberal.

El párrafo cuarto del artículo 4º. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, garantiza para todas las personas el derecho a la protección de la salud. En su segunda parte, dicho párrafo ordena al legislador definir las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como disponer la concurrencia entre los distintos niveles de gobierno sobre la materia, de acuerdo con lo establecido en la fracción XVI del artículo 73 constitucional:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Más allá de las normas, la salud es uno de las principales variables que ayuda a determinar el nivel de bienestar de las personas; Nora Lustig señala:

El valor instrumental de la salud es fácil de entender cuando se piensa que por enfermedad hay pérdidas en la producción, y cuando se puede reducir la enfermedad con la ciencia, lo que incrementa la productividad de los trabajadores y la de un país. Al mismo tiempo, la salud entendida como concepto amplio que incluye la nutrición tiene un impacto sobre la productividad del trabajador adulto; y también lo tiene de manera indirecta sobre la escolaridad porque mejor salud y mejor nutrición tienen un impacto ya comprobado, no

solamente en términos de los años de escolaridad, sino en el aprendizaje y la formación educativa de los individuos.

De Igual manera el poder tener una situación mejor en términos sanitarios permite utilizar recursos naturales que tal vez antes, con la existencia de epidemias y situaciones endémicas, no se podían tener. En la medida en que haya una ausencia de enfermedad se liberan recursos que se pueden utilizar en la sociedad de otra manera.

La relación entre el desarrollo económico y la salud por la cual Foguel recibió el Premio Nobel, muestra que Inglaterra, a lo largo de los siglos XIX y XX, aproximadamente entre un tercio y la mitad del crecimiento se explicaba por mejoras en la salud mediante un impacto, sobre todo en el ámbito de la productividad. (Lustig, 2005).

El derecho a la salud o a su protección es uno de los derechos sociales por antonomasia. Se trata de un derecho complejo que se despliega en una amplia serie de posiciones jurídicas fundamentales para los particulares y para el Estado (Leary, 1995). El derecho a la salud tiene un carácter prestacional en la medida en que principalmente implica y conlleva una serie de obligaciones positivas por parte de los poderes públicos. A partir del derecho a la salud, corresponde al Estado asegurar la asistencia médica una vez que la salud, por la causa que sea, ha sido afectada; esto es lo que se llama el “derecho a la atención o asistencia sanitaria” (Abramovich, 2001).

El derecho a la salud también genera, como sucede como todos los derechos sociales, la obligación del Estado de preservar el bien jurídico protegido por la Constitución, es decir, la salud; tal protección supone la obligación del Estado de abstenerse de dañar la salud, que es una obligación negativa; de la misma manera, hacer nacer la obligación de evitar que particulares, grupos o empresas la dañen (Abramovich, 2001). La Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) ha clasificado el derecho a la salud como un derecho público subjetivo. Respecto de la finalidad del derecho a la protección de la salud y de la definición de servicios de salud, el Pleno de la SCJN ha resuelto que:

[...] el derecho a la protección de la salud tiene, entre otras finalidades, el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfaga las necesidades de la población; [...] por servicios de salud se entiende las acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la

salud de la persona y de la colectividad; [...] los servicios de salud se clasifican en tres tipos: de atención médica, de salud pública y de asistencia social; [...] son servicios básicos de salud, entre otros, los consistentes en: a) la atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias, definiéndose a las actividades curativas como aquellas que tienen como fin efectuarse un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y b) la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud, para cuyo efecto habrá un cuadro básico de insumos del sector salud (2).

Cabe señalar que dicha tesis, a pesar de señalar las finalidades de este derecho, no aporta una definición clara sobre él y deja sin resolver el vacío relativo a su definición.

Así, en primer lugar debemos observar que el artículo 4º. Constitucional, establece que *“toda persona tiene derecho a la protección de la salud”*. Este Alto Tribunal ha señalado que el derecho a la protección de la salud tiene, entre otras finalidades, el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfaga las necesidades de la población; y que por servicios de salud se entienden las acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de las persona y de la colectividad. Es decir, que el derecho a la salud protegido constitucionalmente incluye, entre otras cosas, las acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y la colectividad.

El contenido de esta norma constitucional y la interpretación que de ésta ha realizado esta Suprema Corte, es compatible con varios instrumentos internacionales de derechos humanos.

[...]

En congruencia con lo anterior, esta Sala reconoce que la protección del derecho a la salud, depende de la forma en que son reguladas las condiciones de acceso a los servicios médicos y la regulación de todas aquellas peculiaridades que incidan en la calidad de ésta. Esto también ha sido señalado por órganos internaciones de protección de los derechos humanos, y al respecto podemos señalar lo que ha establecido el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de las Naciones Unidas en su Observación General N° 14 sobre el tema (3).

El derecho a la protección de la salud señalado en el artículo 4º. Constitucional es reglamentado a través de la Ley General de Salud (LGS). En ella se establecen las bases y

modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salud. Su observancia es federal, por lo que debe aplicarse en todo el país.

Felipe Tena Ramírez, al referirse a las facultades concurrentes, indica que:

Recibe este nombre en el derecho norteamericano las facultades que pueden ejercer los Estados mientras no las ejerza la federación, titular constitucional de las mismas. Por ejemplo, la facultad de legislar en materia de quiebras pudieron ejercerla los Estados, y de hecho la ejercieron, entre tanto no la ejerció la Unión; cuando ésta a utilizó, expidiendo la ley relativa, quedaron automáticamente derogadas las leyes sobre quiebras expedidas por los Estados y extinguida la facultad de éstos para legislar sobre la materia. (...)

El término “concurrentes”; traducción literal del vocablo inglés, es impropio en castellano si se le da el contenido ideológico que acabamos de señalarle dentro del derecho americano (...) porque en nuestro idioma “concurrentes” son dos o más acciones que coinciden en el mismo punto en el mismo objeto, cosa distinta a lo que ocurre en el derecho americano, donde las facultades concurrentes de la Unión y de los Estados nunca llegan a coincidir, pues el ejercicio por parte de la primera excluye y suprime inmediatamente la facultad de los segundos (...).

Las facultades concurrentes, en el sentido castizo de la palabra, que propiamente deberían llamarse coincidentes, son las que se ejercen simultáneamente por la federación y por los Estados (...).

Las facultades concurrentes, empleada esta palabra en cualquiera de las dos acepciones que hemos advertido, son, a no dudarlo, excepciones al principio del sistema federal, según el cual la atribución de una facultad a la Unión se traduce necesariamente en la supresión de la misma a los Estados, por lo que solo como excepción a tal principio puede darse el caso de que una misma facultad sea empleada simultáneamente por dos jurisdicciones (facultad coincidente) o de que una facultad sea ejercida provisional y supletoriamente por una jurisdicción a la que constitucionalmente no le corresponde (facultad concurrente en el sentido norteamericano). La existencia de dichas excepciones sólo se explica en aquellos regímenes federales en que los Estados son los suficientemente vigorosos para disputar

derechos al gobierno central y están alerta para hacer suyos los poderes cuyo ejercicio descuida la Unión.

Por eso en México, país de régimen federal precario y ficticio, las facultades concurrentes no han prosperado (...).

En cuanto a facultades coincidentes, hay en nuestra constitución algunos raros casos. Por vía de ejemplo puede citarse el de la fracción XXV del artículo 73, que antes de la reforma de 1931 consignaba la facultad de la federación sobre sus planteles educativos, sin menoscabo de la libertad de los Estados para legislar en el mismo ramo (Tena, 1998).

Por su parte, Elisur Arteaga Nava, sostiene, esencialmente, que el principio que regula el ejercicio de las facultades concurrentes es: *“Una facultad que corresponde a los poderes centrales puede ser ejercida válidamente por los poderes de los estados, mientras aquéllos no la ejerzan”*.

Dicho autor también refiere que los requerimientos para que pueda ser ejercida una facultad concurrente son:

- a) Que no sea una materia que amerite reglamentación general,
- b) Que no esté prohibida a los poderes de los estados y;
- c) Que no esté atribuida en forma exclusiva o privativa a los poderes federales.

Jorge Carpizo define las facultades concurrentes como aquellas que no están exclusivamente atribuidas a la Federación, ni prohibidas a los estados, y cuando la primera no actúa, los segundos pueden realizarlas, pero si la Federación legisla sobre esas materias, deroga la legislación local que se hubiera emitido.

Cabe destacar que el mencionado autor se adhiere al criterio sostenido por Mario de la Cueva, en el sentido de que en México no existen facultades concurrentes, porque consideran que basta analizar el contenido de los artículos 16°, 40°, 41° y 103° constitucionales, para advertir claramente qué autoridad es “competente para ejercer determinada facultad” (Carpizo, 1997).

El Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la jurisprudencia P/J. 142/2001, de rubro: “**FACULTADES CONCURRENTES EN EL SISTEMA JURÍDICO MEXICANO. SUS CARACTERÍSTICAS GENERALES**” (4), consideró que en el sistema jurídico mexicano las facultades concurrentes implican que las entidades federativas, incluso el Distrito Federal, los Municipios y la Federación, puedan actuar respecto de una misma materia, pero será el Congreso de la Unión el que determine la forma y los términos de la participación de dichos entes a través de una ley general. Como ejemplos de estas facultades, en la mencionada jurisprudencia se citan las materias: educativa, de salubridad, de asentamientos humanos, de seguridad pública, ambiental, de protección civil y deportiva. Como puede verse, la noción de facultades concurrentes contenida en ese criterio jurisprudencial discrepa de la noción proporcionada por los doctrinarios. Y esa discrepancia se vuelve más evidente si se toma en consideración la opinión de Felipe Tena Ramírez, respecto de algunas de las materias de las que el Alto Tribunal consideró como ejemplos de facultades concurrentes, pues el referido autor sostiene:

Hay en nuestro derecho constitucional, aparte de las facultades que como coincidentes terminamos de exponer, otras que sólo en apariencia participan de la misma característica. Ellas son, entre otras, las relativas a salubridad, a vías de comunicación y a educación. Estas facultades son a primera vista coincidentes por cuanto corresponde a la Federación y a los Estados legislar simultáneamente en cada una de esas materias. Pero en realidad no son coincidentes, porque dentro de cada materia hay una zona reservada exclusivamente a la Federación y otra a los Estados. Así es como corresponde al Congreso de la Unión, según la fracción XVI del artículo 73, legislar sobre salubridad general de la República, de donde se sigue, conforme al principio del artículo 124, que la salubridad local queda reservada a los Estados. De acuerdo con la fracción XVII del mismo artículo 73, el Congreso tiene facultad para dictar leyes sobre vías generales de comunicación, por lo toca a los Estados legislar sobre vías locales de comunicación. Por último, la fracción XXV del artículo 73, conforme a la reforma de 1934, dispone que el Congreso de la Unión dicte las leyes encaminadas a distribuir convenientemente entre la federación, los Estados y los municipios el ejercicio de la función educativa y las aportaciones económicas correspondientes a ese servicio público; lo que quiere decir que, al igual que en salubridad y que en vías de comunicación, hay bajo el rubro general de la facultad en materia educativa, una distribución de sectores entre la federación y los

Estados, por lo que no pueden considerarse tales facultades como propiamente coincidentes (Tena, 1998).

La LGS establece que el derecho a la protección la salud debe permitir:

- Alcanzar el bienestar físico y mental de las y los mexicanos.
- La protección y la estimulación de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de las condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.
- Alargar y mejorar la calidad de vida de las y los mexicanos poniendo énfasis en los sectores más vulnerables.
- Promover servicios de salud y asistencia social adecuada y apta para satisfacer las necesidades de salud de la población.
- Dar a conocer e impulsar el aprovechamiento y utilización de los servicios de salud
- Estimular la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

La LGS reconoce como autoridades sanitarias al Presidente de la República, al Consejo de Salubridad General, a la Secretaria de Salud (SSA) y a los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo el Gobierno del Distrito Federal.

La LGS crea el Sistema Nacional de Salud (SNS) y lo define como el conjunto de dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección a la salud. La coordinación del SNS está a cargo de la SSA.

El artículo 6°. De la LGS estipula que el SNS tiene entre sus objetivos:

- Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar su calidad, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas.
- Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país.
- Apoyar al mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida.
- Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud.

- Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas.
- Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionado con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección.
- Promover un sistema de fomento sanitario que auxilie al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud.

Por último a la SSA le corresponden los siguientes objetivos:

- Establecer y conducir la política nacional en materia de salud, en los términos de las leyes aplicables y de conformidad con lo dispuesto por el Ejecutivo Federal.
- Coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la administración pública federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen.
- Impulsar la desconcentración y descentralización de los servicios de salud.
- Promover, coordinar y realizar la evaluación, solicitada por el Ejecutivo Federal, de programas y servicios de salud.
- Determinar la periodicidad y características de la información que deberán proporcionar las dependencias y entidades del sector salud, con sujeción a las disposiciones generales aplicables.
- Coordinar el proceso de programación de las actividades del sector salud, con sujeción a las leyes que regulen a las entidades participantes.
- Formular recomendaciones a las dependencias competentes sobre la asignación de los recursos que requieran los programas de salud.
- Impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud.
- Coadyuvar con las dependencias competentes a la regulación y control de la transferencia de tecnología en el área de salud.
- Promover el establecimiento de un sistema nacional de información básica en materia de salud.
- Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas, para formar y capacitar recursos humanos para la salud.

- Coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del SNS.
- Promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de su salud.
- Impulsar la permanente actualización de las disposiciones legales en materia de salud.
- Las demás atribuciones, afines a las anteriores, que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del Sistema Nacional de Salud, y las que determinen las disposiciones aplicables.

Por lo anterior, el acceso hacia la protección de la salud de los mexicanos no sólo debe de ser una temática fundamental dentro de la agenda de los servidores públicos, sino una prioridad para los tres niveles de gobierno.

Otra de los retos y problemáticas que el derecho de acceso a la salud debe enfrentar, es la denominada “exclusión social”. El término es definido como: “el proceso mediante el cual los individuos o grupos son total o parcialmente excluidos de una participación plena en la sociedad en la que viven” (European Foundation, 1995:4). El problema de la exclusión social ha generado en los últimos años una nueva línea de investigación sociológica, en la vertiente de aproximaciones teóricas al concepto y de estudios sobre los grupos sociales en situación o riesgo de exclusión, se trata de un concepto y un fenómeno relativamente reciente sobre el que las Ciencias Sociales y en particular la Sociología están construyendo y reconstruyendo su marcos teóricos y analíticos. Se puede decir que todo está por construir (Marco, 2000; Mateo y Penalva, 2000; Brugué, Gomá y Subirats, 2002).

Considerando la exclusión social como un fenómeno específico de las sociedades postindustriales, enmarcada en los procesos de cambio anteriormente señalados, nos encontramos por tanto ante un fenómeno complejo, tanto por la propia naturaleza del mismo, como por una cierta intencionalidad o cuando menos, conveniencia política de mantener la ambigüedad del mismo para dar la sensación de que cualquier política que se encamine hacia la lucha contra la exclusión social responde a un objetivo “políticamente correcto” por escaso que sea, puesto que difícilmente puede solventar el problema en su conjunto (Estivill, 2003).

El avance en la regulación de políticas y programas sociales para combatir la exclusión social contrasta con la insuficiencia de los sistemas conceptuales y analíticos en todo al problema.

“Cada aproximación científica intenta construir un campo propio haciendo bascular la exclusión hacia él” (Estivill, 2003:51).

El concepto de exclusión social se superpone en buena medida con otros conceptos que hacen mención a la pobreza y la privación, desde diferentes perspectivas y tradiciones intelectuales; sin embargo, la noción de exclusión social presenta como novedades y como ventajas respecto a los demás conceptos que se centra en los procesos que generan la exclusión, más allá de las descripciones de situaciones estáticas; y también que, en lugar de ver la privación como una condición individual, se centra en los mecanismos, instituciones y actores sociales que la causan. Esto tiene una gran importancia política, en la medida en que ayuda a identificar problemas en las instituciones existentes, así como alternativas de transformación y mejora (De Haan, 1998:10,15).

A lo largo de la presente introducción, se ha desarrollado el tema sobre el derecho de acceso a la salud, no sólo desde el marco internacional de los derechos humanos, sino también dentro del marco jurídico nacional. Sabemos que la exclusión social es una variable dentro de la dimensión de salud que refleja la insuficiencia de políticas públicas que protejan a grupos en estado de vulnerabilidad. Pero, ¿qué son los grupos vulnerables? y, ¿quiénes forman parte de ellos?

Antes que nada, comenzaremos por definir el término vulnerabilidad. Karlos Pérez de Armiño precisa que es, *“el nivel de riesgo que afronta una familia o individuo a perder la vida, sus bienes y propiedad, y su sistema de sustento ante una posible catástrofe. Dicho nivel guarda también correspondencia con el grado de dificultad para recuperarse después de tal catástrofe (Pérez, 1999:11).* Chambers (1989:1) la define como *“la exposición a contingencias y tensión y la dificultad para afrontarlas. La vulnerabilidad tiene por tanto dos partes: una parte externa, de los riesgos, convulsiones y presión a la cual está sujeto un individuo o familia; y una parte interna, que es la indefensión, esto es, una falta de medios para afrontar la situación sin pérdidas perjudiciales”*. La vulnerabilidad contempla así tres tipos de riesgos: el riesgo de exposición a la crisis o convulsiones; el riesgo de una falta de capacidad para afrontarlas; y el riesgo de sufrir consecuencias graves a causa de ellas, así como de una recuperación lenta o limitada (Bohle et al., 1994:38).

El concepto de vulnerabilidad social tiene dos componentes explicativos. La primera se conforma por la inseguridad e indefensión que experimentan las comunidades, familias e individuos en sus condiciones de vida a consecuencia del impacto provocado por algún tipo de

evento económico social de carácter traumático. Mientras que la segunda es el manejo de recursos y las estrategias que utilizan las comunidades, familias y personas que enfrentan los efectos de ese evento (Chambers, 1995). Esta conceptualización tiene su origen en dos vertientes. En los estudios sobre desastres naturales, los que suelen evaluar los riesgos de comunidades y familias ante fenómenos catastróficos que diseñan estrategias para hacerles frente (Longhurst, 1994).

Por otra parte, y muy recientemente, el mundo intelectual anglosajón comenzó a utilizar el enfoque de vulnerabilidad para comprender los cambios en las condiciones de vida que experimentan las comunidades rurales pobres en condiciones de eventos socioeconómicos traumáticos (Chambers, 1989; Chambers, 1995; Longhurst, 1994; Buchanan-Smith y Maxwell, 1994; Bayliss-Smith, 1991).

Habiendo señalado lo relacionado con el concepto de vulnerabilidad, nos enfocaremos en hacer énfasis en materia de salud. La vulnerabilidad en salud se entiende como la desprotección de ciertos grupos poblacionales ante daños potenciales a su salud, lo que implica mayores obstáculos y desventajas frente a cualquier problema de salud debido a la falta de recursos personales, familiares, sociales, económicos o institucionales (González-Block, 2007). La vulnerabilidad no es un estado único o permanente que caracterice a ciertos grupos en particular, sino que es resultado de un conjunto de determinantes sociales que interactúan de forma específica, dando lugar a una condición dinámica y contextual. Los bajos ingresos, el desempleo, la discriminación de género y los bajos niveles de escolaridad son todos ejemplos de estos determinantes que, actuando en forma conjunta, ponen a una persona o grupo poblacional en situación de desprotección (Busso, 2001).

La ausencia histórica de políticas públicas enfocadas en mejorar las condiciones de vida de los grupos vulnerables, y la falta de cobertura en servicios de salud, son los cimientos sobre los que se ha edificado este gran problema que padece un número muy elevado de personas. El acceso a los servicios de salud, especialmente aquel que tiene la población migrantes, es un asunto que ha ganado importancia política en la esfera global y en las relaciones bilaterales de México y Estados Unidos. Pese a ello, las diferencias que existen dentro del terreno del suministro de dichos servicios a migrantes, permiten observar como las prácticas, lugares y lenguajes en las cuales está arraigado el funcionamiento del estado moderno (Das y Poole 2004; Scott, 1998), se filtran a diferentes sectores de la población, especialmente aquellos vulnerables.

En México, el discurso oficial y la filosofía que envuelven al concepto de nación, colocan el acceso a los servicios de salud como un derecho constitucional de los mexicanos. Existe así la creencia generalizada de que todos los ciudadanos deben tener acceso subsidiado al sistema de salud público; aunque como lo indican los datos de campo, los recursos existentes son escasos, infinitamente desiguales y están arraigados en un conjunto de intereses y políticas personales y locales (Castaneda y Zavella, 2005). La condición de irregularidad en materia migratoria, representa un inconveniente para éste sector de la población, puesto que la falta de un registro de residencia legal les impide tener acceso a servicios básicos de salud dentro de nuestro país (Salgado de Snyder, 2013).

Los patrones de desplazamiento migratorio tienen impactos en la salud individual y en la salud pública. Estos impactos son más aparentes cuando se entiende que la salud de los migrantes y la salud pública, de conformidad con la definición de la Organización Mundial de la Salud, incluyen factores psicológicos y sociales. La habilidad de un migrante de integrarse a una sociedad huésped se basa en el bienestar mental, físico, cultural y social combinado. La ausencia de salud por enfermedad física no es por sí misma suficiente para la integración satisfactoria en una sociedad huésped. A pesar de que la relación entre la migración y la salud es un tema regulado por diversos instrumentos internacionales y nacionales, no se encuentran diseñados para promover la salud de las poblaciones en desplazamiento, por ello es importante asegurar que su aplicación incluya a las poblaciones en desplazamiento.

Uno de los retos más grandes resultantes de la globalización es la gestión de la migración irregular, incluyendo la gestión de la salud de los individuos y de la salud pública global. Las leyes y disposiciones actuales en materia de inmigración, las cuales se han diseñado para desplazamientos migratorios ordenados, regulados y aceptados, son menos eficaces para tratar los desafíos de los patrones nuevos y emergentes de desplazamiento. A pesar de que las demandas de servicios de salud para migrantes irregulares, como poblaciones víctimas de la trata y solicitantes de asilo, están aumentando, la naturaleza irregular del proceso de migración implica el acceso a los servicios de salud y el acceso a un ambiente sano (Grad, 2002).

El tema de salud dentro del contexto jurídico mexicano, deja a la luz las carencias de un sistema que lejos de proporcionar un servicio uniforme, beneficia a tan solo unos pocos. Nuestra constitución es muy puntual al establecer la garantía de un servicio de salud para todas las

personas, desafortunadamente, en el caso de la migración irregular y de las personas en situación de calle esto no aplica, violentando así, su derecho a la salud y a la vida misma.

El propósito de la presente investigación, es el de exponer una problemática que afecta directamente a personas que forman parte de grupos en situación de vulnerabilidad, migrantes, jornaleros, personas en situación de calle, aquéllos que no cuentan con algún tipo de seguridad social y los que se encuentran afiliados al seguro popular. Los extranjeros que están en situación irregular en el país así como las personas en situación de calle, son particularmente vulnerables a la discriminación, principalmente porque se tiene la falta de percepción de que las personas exclusivamente gozan de derechos dentro de su territorio y los pierden al viajar sin documentos o al carecer de los mismos, de ahí, que con frecuencia sufran de abusos y vejaciones, además de cargar con una serie de estereotipos y estigmas que los relacionan con delincuentes, integrantes de grupos delictivos de alta peligrosidad y violencia.

También, las personas que viajan sin documentos están expuestas a un daño mayor porque, ante la falta de visas y permisos, temen denunciar. Entonces, su situación de vulnerabilidad se potencia, pues es sabido que cualquier abuso no tendrá consecuencias para quien lo cometió. Por último, tanto migrantes como personas en situación de calle, temen a las represalias, desconfían en el sistema de procuración y administración de justicia y optan por mantener un perfil relativamente bajo dentro de la sociedad, derivado de la constante impunidad que a la fecha, se ve inmersa dentro de nuestro sistema.

La falta de acceso a los servicios públicos de salud por su condición irregular, la ausencia de políticas públicas que los protejan durante su trayecto y que proporcionen una mejor calidad de vida a dichos grupos, así como el nulo interés por parte de las autoridades para dar una solución eficaz a éste conflicto, deja de manifiesto la incompetencia de las mismas, ocasionando un retroceso en la protección de los derechos humanos no sólo de los grupos vulnerables, sino de la población en general.

1.2 Planteamiento del problema

Hermosillo es la capital y mayor ciudad del estado de Sonora, la cual se localiza en su centro. La ciudad de Hermosillo se encuentra ubicada a 270km de la frontera con Estados Unidos y a 95 km de la costa en el Golfo de California. De acuerdo con los resultados del Censo de Población y Vivienda 2010 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

Hermosillo es la 16ta ciudad más grande de México, contando con 784,342 habitantes; sin embargo, la capital del estado de Sonora, se ha convertido en el principal punto de cruce para la migración internacional, no solo de aquellos que pretenden cruzar la frontera, sino de los nacionales provenientes del sur del país que buscan mejores oportunidades de vida, en las ciudades del noroeste de México. Según la Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte (EMIF), en 2007 del total de migrantes que cruzaron hacia Estados Unidos, el 11.3% lo hizo por Nogales, Sonora y el 13% por Tijuana, Baja California. No obstante, el porcentaje es mucho mayor a ese 11.3% en la entidad, considerando que el 60% cruzó a través de diversos puntos, incluyendo San Luis Río Colorado, El Sásabe, Sáric, Naco y Agua Prieta.



Figura 1. Mapa del Estado de Sonora

En el plan de desarrollo de Sonora 2013-2018, dentro de su eje rector 2 denominado “Sonora saludable”, se plantea consolidar un sistema de salud efectivo, seguro, eficiente y sensible; enfocado a la promoción de la salud y prevención de enfermedades y que garantice el acceso a servicios esenciales de salud a toda la población de la entidad, con especial atención a los grupos en situación de vulnerabilidad; por lo que vale la pena resaltar algunos de sus objetivos específicos:

- Promover en Sonora un sistema de salud de amplia cobertura total, ágil y oportuna, que trabaje de forma eficiente y equitativa.
- Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas a grupos vulnerables y comunidades marginadas.
- Promover la coordinación intersectorial, intergubernamental e internacional para hacer más efectivos los procesos de atención a la salud en Sonora.
- Elevar la eficiencia y calidad de la infraestructura hospitalaria y de los servicios de salud pública en el estado de Sonora y;
- Consolidar un sistema sectorial de información estadística de salud, georreferenciada, que permita la generación de información para la toma de decisiones en la materia.

Recordemos que en el año 2010, el porcentaje de personas sin acceso a los servicios de salud en la ciudad de Hermosillo, Sonora, fue de 24.7%, equivalente a 195, 302 personas, según datos arrojados por el INEGI y CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social), ese mismo año.

El Hospital General del Estado “Dr. Ernesto Ramos Bours”, es un órgano desconcentrado de los Servicios de Salud de Sonora con autonomía, técnica y operativa para su funcionamiento, el cual tiene por objeto prestar los servicios de atención médica de especialidades a población de responsabilidad preferentemente en la zona centro y norte del Estado a través de la consulta externa especializada, hospitalización y urgencias, así como el realizar acciones de enseñanza. Parte de sus actividades en cuanto atención médica se encuentran aquellas vinculadas con las de promoción de la salud, así como la de protección de la misma; además del diagnóstico temprano de los problemas clínicos, estableciendo un tratamiento oportuno para la solución de éstos. Debemos hacer énfasis en que el hospital siendo un establecimiento público de salud que presta sus servicios regido por los criterios de universalidad y de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios, solicita una retribución por parte del paciente atendido o por aquella persona que funja como responsable del mismo, acorde, a la investigación socioeconómica que se realice, exceptuándose del pago aquellos casos que no cuenten con los recursos económicos. Lo anterior, establecido en el artículo 36º párrafo tercero de la Ley General de Salud y en el artículo 5º del Reglamento Interno del Hospital General del Estado.

No obstante que el Reglamento Interno del Hospital General contemple dentro de su artículo 1º, 4º y 5º la universalidad, gratuidad y el acceso del servicio médico, esto se encuentra muy alejado de la realidad. A la fecha, son varios los casos de negligencia, maltrato, abuso e indiferencia que tanto personal médico como administrativo del nosocomio, cometen diariamente en contra de usuarios que acuden a éste hospital, con la finalidad de encontrar mejora a sus malestares. Pero, si ese es el trato que miles de sonorenses reciben una vez dentro del Hospital General del Estado, *¿Cuál es la situación de grupos en condición de vulnerabilidad, que buscan atención médica dentro del nosocomio?, ¿El derecho a la salud consagrado en nuestra constitución y tratados internacionales, se encuentra verdaderamente garantizado?, ¿Cuál es el alcance real que tiene la protección del derecho acceso a la salud dentro de nuestro sistema jurídico?, ¿El Seguro Popular es un programa viable para garantizar la cobertura universal de salud?*.

El Instituto Nacional de Migración (INM) es un órgano técnico desconcentrado de la administración pública federal, dependientes de la Secretaria de Gobernación (SEGOB), el cual aplica la legislación migratoria vigente. Su público usuario lo integra quienes visitan México de otros países, y aquellos que quieren permanecer en México en forma temporal o permanente, así como los mexicanos que contratan extranjeros y quienes desean establecer vínculos familiares con una persona extranjera. Sin embargo, el INM no cuenta con programas establecidos directamente para promover los derechos económicos, sociales o culturales como salud o educación.

Si bien es cierto que existe presupuesto destinado a la atención de la salud, también es cierto que se han remodelado y adecuado las estaciones migratorias, es decir, a pesar de la normativa y la infraestructura, existe una simulación de la atención digna a las y los migrantes, sin perspectiva de género y no sensible a las problemáticas especiales, que enfrentan las mujeres durante el cruce de la frontera sur y su recorrido por el territorio nacional. El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 traza la ruta a seguir durante los próximos años con el objeto de crear las bases para un Sistema Nacional de Salud Universal, siguiendo un esquema de salud más homogéneo y con una mayor coordinación entre las distintas instituciones de salud. El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 es el instrumento mediante el cual el Gobierno de la República formula las estrategias y acciones con las que se propone alcanzar los objetivos que en materia de salud se han establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

Como documento sectorial rector, establece seis objetivos y para el logro de los mismos se definen 39 estrategias y 274 líneas de acción. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 26, apartado A, que el Estado organizará un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional que imprima solidez, dinamismo, competitividad, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización. La Constitución establece asimismo específicamente que habrá un Plan Nacional de Desarrollo, al que se sujetarán, obligatoriamente los programas de la Administración Pública Federal. El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 aprobado por el Decreto publicado el 20 de mayo de 2013 en el Diario Oficial de la Federación (DOF) es el principal instrumento de planeación de dicha administración, definiendo las prioridades nacionales que buscan alcanzar el gobierno mediante objetivos, estrategias y líneas de acción.

A su vez, la Ley de Planeación señala en su artículo 16, fracción IV, que las dependencias de la Administración Pública Federal deberán asegurar la congruencia de los programas sectoriales con el Plan Nacional de Desarrollo y programas especiales que determina el Presidente de la República. Para la elaboración de los programas sectoriales, en término de elementos y características, se publicó el 10 de junio de 2013 el Acuerdo 01/2013 por el que se emiten los Lineamientos para dictaminar y dar seguimiento a los programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

Para finalizar, haremos mención de la Estrategia 2.2 dentro del Programa Sectorial de Salud 2013-2018, el cual establece 10 líneas de acción para mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud.

- 2.2.1 Impulsar acciones de coordinación encaminadas a mejorar la calidad y seguridad del paciente en las instituciones de salud
- 2.2.2 Impulsar el cumplimiento de estándares de calidad técnica y seguridad del paciente en las instituciones de salud.
- 2.2.3 Incorporar el enfoque preventivo en los servicios de salud para todos los niveles de atención.
- 2.2.4 Consolidar el proceso de acreditación de establecimientos de salud para asegurar calidad, seguridad y capacidad resolutive.

- 2.2.5 Actualizar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud
- 2.2.6 Fomentar el uso de los NOM, guías de práctica clínica, manuales y lineamientos para estandarizar la atención en salud.
- 2.2.7 Fortalecer la conciliación y el arbitraje médico para la resolución de las controversias entre usuarios y prestadores de servicios.
- 2.2.8 Consolidar los mecanismos de retroalimentación en el Sistema Nacional de Salud para el mejoramiento de la calidad.
- 2.2.9 Promover los procesos de certificación de programas y profesionales de la salud y;
- 2.2.10 Establecer nuevas modalidades de concertación de citas y atención que reduzcan los tiempos de espera en todos los niveles.

En la capital del estado de Sonora, se cuenta con la participación de Sonora Ciudadana, una organización civil no gubernamental, independiente y apartidista, dedicada, desde el ámbito local, a la defensa y promoción de los derechos humanos a favor de construir una democracia integral en México. Ésta A.C se ha enfocado especialmente en impulsar mayor rendición de cuentas en la provisión de los servicios públicos de salud, combatir la discriminación en su acceso y emprender actividades ciudadanas para mejorar su calidad; es por ello que desde el año 2005 han impulsado cambios estructurales en las políticas públicas e insistido en la participación ciudadana como el conducto idóneo; a pesar de lo anterior, su trabajo se enfoca en la atención a derechohabientes pensionados y jubilados del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora (ISSSTESON) dejando de lado a grupos vulnerables como migrantes, jornaleros y personas en situación de calle.

Existe una imperiosa necesidad por crear e implementar programas y políticas públicas que garanticen una atención de calidad, trato digno e inclusivo, diagnóstico oportuno y un servicio gratuito a grupos vulnerables los cuales abarcan desde migrantes, personas en situación de calle, afiliados al seguro popular, hasta aquéllos sin ningún tipo de seguridad social. Por lo anterior, el Hospital General del Estado como una institución de salud pública, se encuentra obligado a cumplir con las normas de carácter estatal, nacional e internacional en materia de derechos humanos que benefician a la población en general, brindando un acceso de servicio a la salud a todos los que diariamente acuden al área de urgencias del nosocomio.

1.3 Objetivos de la investigación

Analizar e identificar los factores que contribuyen al problema de exclusión en el servicio de acceso a la salud de grupos vulnerables dentro del Hospital General.

Asimismo, se busca alcanzar los objetivos particulares que a continuación se enuncian:

- Identificar las características del servicio de acceso a la salud dentro del nosocomio.
- Determinar los elementos que condicionan y limitan el servicio de salud a grupos vulnerables.

1.4 Justificación del problema

El tema de investigación nace a partir de una experiencia personal vivida dentro del Hospital General en el período de enero a febrero del año 2013, dónde fui testigo del trato que personas en situación de calle, migrantes, personas sin seguridad social y personas inscritas al seguro popular recibían por parte de los guardias de la institución, así como de los médicos y trabajadoras sociales en el área de urgencias.

La falta de atención médica, deficiencias en el correcto diagnóstico del paciente así como el constante maltrato físico en contra de indigentes y migrantes me motivó a realizar el trabajo en curso puesto que, a pesar de las diversas investigaciones en materia de salud dentro de nuestra entidad, nunca se ha planteado el problema que viven los grupos en situación de vulnerabilidad dentro del área de urgencias del Hospital General, al no proporcionárseles una atención digna y de calidad, respetando así, su derecho de acceso a la salud.

El derecho a la salud se refiere a que la persona tiene como condición innata, el derecho a gozar de un medio ambiente adecuado para la preservación y el acceso a una atención integral de salud. Este derecho es inalienable, y es aplicable a todas las personas sin importar su condición social, económica, cultural o racial. Por lo que, para que las personas puedan ejercer este derecho, se deben considerar los principios de accesibilidad y equidad; lo que deriva en que todo ser humano tiene derecho no sólo a ser asistido por los servicios de salud para su curación y rehabilitación, sino también a ser el objeto de políticas de información para la prevención de enfermedades.

De acuerdo con el artículo 27º de la Ley de Migración, vigente desde el 25 de mayo de 2011, a la Secretaria de Salud Federal le corresponde “promover en coordinación con las

autoridades sanitarias de los diferentes niveles de gobierno que la prestación de servicios de salud que se otorgue a los extranjeros, se brinde sin importar su situación migratoria”.

Según la Observación general N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el derecho a la salud abarca cuatro elementos:

1. *Disponibilidad.* Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
2. *Accesibilidad.* Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:
 - No discriminación
 - Accesibilidad física
 - Accesibilidad Económica (asequibilidad);
 - Acceso a la información
3. *Aceptabilidad.* Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensible a los requisitos del género y el ciclo de vida.
4. *Calidad.* Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone a los Estados Partes tres tipos de obligaciones:

- *Respetar.* Significa simplemente no ingerir en el disfrute del derecho a la salud
- *Proteger.* Significa adoptar medidas para impedir que terceros interfieran en el disfrute del derecho a la salud.
- *Cumplir.* Significa adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud.



Figura 2. Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

El derecho a la salud también comprende “*obligaciones básicas*” referentes al nivel mínimo esencial del derecho. Aunque ese nivel no se puede determinar en abstracto porque es una tarea que corresponde a los países, para guiar el proceso de establecimiento de prioridades se enumeran los siguientes elementos fundamentales:

1. Servicios esenciales de atención primaria de la salud;
2. Alimentación esencial mínima que sea nutritiva;
3. Saneamiento;
4. Agua potable y;
5. Medicamentos esenciales.

Los Estados Partes deben adoptar medidas para avanzar hacia la realización del derecho a la salud de conformidad con el *principio de realización progresiva*. Esto significa que deberán adoptar medidas deliberadas, concretas y específicas hasta el máximo de los recursos de que dispongan. Esos recursos incluyen aquellos proporcionados por el propio Estado y los procedentes de la asistencia y la cooperación internacionales. En este contexto, es importante establecer una distinción entre la incapacidad de un Estado Parte de cumplir sus obligaciones contraídas en virtud del derecho a la salud y la renuencia a cumplirlas (OMS, 2014).

Es más que evidente que el derecho a la salud es un derecho universal que nos corresponde a todos, un derecho que va más allá de la nacionalidad, situación migratoria, sexo, raza, religión, idioma y condición socioeconómica. La problemática que viven cientos de personas en condición de vulnerabilidad dentro del área de urgencias del Hospital General del Estado al no recibir una atención adecuada por parte del personal médico y administrativo nos obliga a estudiar un fenómeno que se encuentra en ascenso, un fenómeno que sólo perjudica a los más necesitados, una temática que si bien es cierto ha sido analizada en base a cifras, también es necesario se analice desde la perspectiva de los afectados, los vulnerables.

1.5 Ciencias Sociales, Interdisciplinariedad y Salud Pública

Las ciencias sociales involucradas con la salud son un campo relativamente reciente en la historia de las ciencias. Su conformación como área disciplinar y dominio teórico pueden ubicarse en la posteridad de la Segunda Guerra Mundial, pues es a partir de los años cincuenta del siglo XX que se define su orientación y práctica, a pesar que sus orígenes pueden ser rastreados mucho antes, pero exclusivamente en el mundo médico y sin impacto específico en las ciencias sociales.

Como ha señalado Foucault (1979), las ciencias sociales y las de la salud se encuentran emparentadas desde su mismo nacimiento, pues las condiciones históricas que en el siglo XVIII dieron origen al pensamiento clínico fueron las mismas que facilitaron el surgimiento de las ciencias del hombre. Esto es notable cuando señala que en el estudio de la vida de los grupos, de las sociedades, de la raza, o incluso del sentir psicológico “(...) no se pensará en principio en la estructura interna del ser organizado, sino de la bipolaridad médica de lo normal y de lo patológico” (Foucault, 1979, p. 62). También se refiere, al acto de convergencia de opiniones donde médicos y economistas consideraron “que el único lugar posible de remedio de la enfermedad, es el medio natural de la vida social, la familia” (Foucault, p. 65). Además, argumentaron esta posición basados en la reducción de costos para la nación y lo más importante era que desaparecían los riesgos de “(...) verla complicarse en el artificio, multiplicarse por sí misma y toma, como en el hospital, la forma aberrante de una enfermedad de la enfermedad” (Foucault p. 65).

La relación de salud y las ciencias sociales es ampliamente expuesta por autores como Hayward (1993), Lolas Stepke (1992), Gyarmati (1992), Vicens (1995), que han propuesto la idea de que la noción de salud señala un equilibrio relativo entre la estructura social y la función

corporal, que es consecuencia de la tensión dinámica del organismo ante las fuerzas que tienden a destruirlo.

Para abordar cualquier campo determinado de la realidad caben múltiples disciplinas que confluyen en su resolución, la interdisciplinariedad hace referencia al método, al modelo de trabajo y a la aplicación de los conocimientos y de la técnica. Al modo de desarrollar un conocimiento o conjunto de conocimientos y disciplinas. Si multidisciplinariedad se refiere a las disciplinas y ramas del conocimiento, interdisciplinariedad se refiere al modelo de aplicación, al método como estas disciplinas se aplican o realizan (Menéndez, 1998).

La interdisciplinariedad es un acto de cultura, no es una simple relación entre contenidos, sino que su esencia radica en su carácter educativo, formativo y transformador, en la convicción y actitudes de los sujetos. Es una manera de pensar y de actuar para resolver los problemas complejos y cambiantes de la realidad, con una visión integrada del mundo, es un proceso basado en las relaciones interpersonales de cooperación y de respeto mutuo, es decir, es un modo de actuación, una alternativa para facilitar la integración del contenido. De esta manera la interdisciplinariedad es un proceso que refiere la conexión de todo lo existente, la concatenación de los procesos y fenómenos, lo diverso pero único; desde el punto de vista filosófico marxista, se trata de una expresión de la unidad material del mundo. (Fernández, 2005). El término interdisciplina surge...conectado con la finalidad de corregir los posibles errores y la esterilidad que acarrea una ciencia excesivamente compartimentalizada y sin comunicación interdisciplinar (Torres-Santome, 1987:108).

Follari (1980) aporta una síntesis de sus propias investigaciones, en donde explica brevemente como la interdisciplinariedad se ha justificado, “con mayor o menos rigor teórico” (p.10), llegando a conclusiones ilusorias de “última palabra de la ciencia”, de “totalidad del conocimiento”, que crean por sí mismas el efecto ideológico de ocultar la dimensión política de los problemas. Estas justificaciones, aclara Follari, se han dado en las concepciones que se han tenido de la interdisciplinariedad, tanto en el desarrollo de los sistemas económicos basados en el capitalismo, como “desde la izquierda”.

Un ejemplo muy claro de estas conclusiones ilusorias lo encontramos en Duguet (1975), que planteaba que la “interdisciplinariedad aparece como un principio muy adecuado para la solución de un buen número de los problemas que plantea la universidad y la sociedad actuales,

toda vez que apoya el movimiento de la ciencia y de la investigación hacia la unidad, permite llenar el foso existente entre las actividades profesionales y la formación que la universidad ofrece actualmente, desarma la rebeldía de los estudiantes contra el trabajo desarticulado y favorece su regreso al mundo presente, así como su unidad personal”.

Piaget concibe la interdisciplinariedad como una forma de cooperación y de intercambios recíprocos entre dos o más ciencias, que necesariamente conllevan a un enriquecimiento mutuo. La interdisciplinariedad puede darse entonces, entre ciencias que tienen el mismo tipo de estructuras, como la topología y el álgebra; o bien entre disciplinas que utilizan estructuras diferentes, como la psicología y la lingüística (Piaget, 1981).

En la formación de recursos humanos que se desempeñan en el sector de la salud ha predominado un carácter disciplinario fragmentado, con influencia en el diseño de las investigaciones y por lo tanto en la producción científica; la investigación ha sido competitiva, altamente especializada y dirigida a un solo sector (Sadana, 2003). Los desafíos sociales a nivel mundial, junto a los rápidos cambios demográficos y a los imparable avances en la tecnología, plantean la necesidad de alcanzar nuevos conocimientos y transformar los métodos para conseguirlos; un enfoque idóneo para hacer frente a esta realidad podría ser la aplicación de la transdisciplinariedad en todo el proceso de diseño e implementación de proyectos de investigación (Nicolescu, 2002).

Tal enfoque comprende una familia de métodos para relacionar el conocimiento científico, la experiencia extra científica y la práctica de la resolución de problemas orientada hacia aspectos del mundo real, trascendiendo a aquellos cuyos orígenes y relevancia se limitan al debate científico. En este modelo las normas se ponen en tela de juicio, son discutidas y no hay lugar para la estandarización: se propone tener en cuenta la probable alta sensibilidad a las condiciones iniciales y los saltos no lineales de una posición a otra que se contraponen (Hirsch, 2008).

La toma de decisiones frente a los problemas sanitarios en muchas ocasiones ha sido inefectiva porque se ha obviado la aparición de contingencias y de eventos imprevistos e indeseados (Plesk, 2001): Se justifica entonces la participación de diversos actores, incluyendo instituciones políticas y del Estado especialistas, investigadores y organizaciones sociales, de modo que se concrete una verdadera integración de los saberes y sus protagonistas (Martínez, 2010). Un enfoque con estas características podría facilitar el logro de un nuevo conocimiento

sincrético que exceda la suma de las partes individuales, donde las ideas son aportadas de forma descentralizada producto de los procesos de interacción e intercambio (McMurtry, 2010).

1.6 Delimitación del estudio

Desde la óptica de Sabino (1986), la delimitación habrá de efectuarse en cuanto al tiempo y el espacio, para situar nuestro problema en un contexto definido y homogéneo. En consecuencia, la delimitación debe aclarar en particular que persona, materiales, situaciones, factores y causas serán considerados o no¹.

El tema de investigación se encuentra enfocado en el fenómeno de exclusión social y políticas públicas del derecho humano de acceso a la salud de personas en situación de vulnerabilidad, el cual se estudiará dentro y fuera del área de urgencias del Hospital General del Estado, en un período de tiempo no mayor a 6 meses, haciendo especial énfasis en: población en situación de calle, migrantes, personas sin seguridad social y aquellas que se encuentran inscritas al seguro popular.

1.7 Limitaciones del estudio

Dentro de las limitaciones metodológicas nos encontramos con la cantidad de tiempo que deberá invertirse en la observación participante así como en la entrevista semi-estructurada, sin olvidar el involucrarse en el contexto de los sujetos a investigar, al tratar de comprender no solo sus rutinas, sino lenguaje, costumbres, ideología, creencias y valores, lo que influirá en la percepción objetiva del investigador al momento de interactuar con los sujetos de estudio.

CAPÍTULO II

EL GARANTISMO Y LA TEORÍA DE LA JUSTICIA

El sustento teórico conceptual de la presente investigación, tiene por objeto plantear aquellos temas y características relacionadas con el derecho acceso a la salud, los derechos humanos, la obligación que el Estado tiene de garantizar dicho servicio y la discriminación de la cual son víctimas grupos vulnerables al no gozar de la protección de uno de los derechos fundamentales más importantes, el derecho a la salud. Por lo anterior, es indispensable comenzar definiendo el concepto de “teoría”:

“...la teoría consiste en un conjunto de proposiciones interrelacionadas, capaces de explicar por qué y como ocurre un fenómeno. En palabras de Kerlinger (1975) “una teoría es un conjunto de constructos, definiciones y proposiciones relacionados entre sí, que presentan un punto de vista sistemático de fenómenos especificando relaciones entre variables, con el objeto de explicar y predecir los fenómenos”.

“Las teorías no sólo consisten en esquemas o tipologías conceptuales, sino que contienen proposiciones semejantes a leyes que interrelacionan dos o más conceptos o variables al mismo tiempo. Más aun, estas proposiciones deben estar interrelacionadas entre sí” (Blalock, 1984); “Una teoría es un conjunto de proposiciones interrelacionadas lógicamente en la forma de afirmaciones (aserciones) empíricas acerca de las propiedades de clases infinitas de eventos o cosas” (Gibbs, 1976).

Consecuentemente, la teoría constituye la base y sustento de estudio y explicación de los hechos y sus diversas manifestaciones, decir en qué consiste, cuándo éstos surgen; a fin de sistematizar el conocimiento sobre la materia objeto de estudio.

2. Teoría General del Garantismo

2.1 Definición

En la teoría jurídica actual, hablar del garantismo remite necesariamente a la obra de L. Ferrajoli, “Derecho y razón”, que, aunque lleva por subtítulo “teoría del garantismo penal” (FERRAJOLI, 1989), está sustentada en una “teoría general del garantismo” de la que como indica M. Jori podrá disentirse en todo o en parte, pero de la que de ahora en adelante ya no se podrá prescindir (JORI, 1993). Esta teoría general es “la teoría del Derecho propia del Estado constitucional de Derecho”

(FERRAJOLI, 1989), es decir, la que inspira y promueve “la construcción de las paredes maestras del Estado de Derecho que tienen por fundamento y fin la tutela de las libertades del individuo frente a las variadas formas de ejercicio arbitrario del poder, particularmente odioso en el Derecho Penal” (BOBBIO, 1989). Por eso el garantismo no es simple legalismo; o, si se quiere, no es compatible con la falta de limitación jurídica del poder legislativo, pues la mera sujeción del juez a la ley puede convivir con las políticas más autoritarias y anti garantistas.

La teoría del garantismo desconfía del poder, público o privado, de alcance nacional o internacional. Ante ellos no se da de manera espontánea un cumplimiento espontáneo de los derechos, por tal razón se les debe limitar, sujetarlos a vínculos jurídicos que los acoten y que preserven los derechos subjetivos, sobre todo si tienen carácter de derechos fundamentales (FERRAJOLI, 2006). Marina Gascón afirma que “la teoría general del garantismo arranca la idea presente ya en Locke y en Montesquieu de que del poder hay que esperar siempre un potencial abuso que es preciso neutralizar haciendo del derecho un sistema de garantías, de límites y vínculos al poder para la tutela de los derechos”(GASCÓN, 2005).

El garantismo afirma la separación entre derecho y moral, entre delito y pecado, entre validez y justicia, construyendo los fundamentos, desde su óptica, para la función del derecho penal y la finalidad de la pena. En el centro de la teoría del garantismo encontramos el concepto de “garantía”. Ferrajoli la define como “cualquier técnica normativa de tutela de un derecho subjetivo”, puede entender como tal “toda obligación correspondiente a un derecho subjetivos, y considerar “derecho subjetivo” a toda expectativa jurídica positiva (de prestaciones) o negativa (de no lesiones)”.

Distingue entre garantías negativas y positivas. E trata de negativas si el derecho subjetivo se traduce en una obligación de abstención por parte de uno o más sujetos; la garantía obliga a abstener de realizar ciertas conductas. Por otro lado, son positivas si el derecho subjetivo se traduce en una obligación de hacer, e implica tomar acciones o desarrollar comportamientos activos por parte de los sujetos obligados.

Otra categoría son las garantías primarias o sustanciales y garantías secundarias o jurisdiccionales. Las primeras corresponden a las conductas, en forma de obligaciones de hacer o prohibiciones, señaladas por los derechos subjetivos garantizados. Las segundas son las

obligaciones que tiene el órgano jurisdiccional para sancionar o declarar la nulidad cuando constate actos ilícitos o actos no válidos que violen las garantías primarias.

Las garantías secundarias son dependientes, requieren para su activación y entrada en funcionamiento de, por lo menos, una presunta violación a las garantías primarias. Por su parte, las garantías primarias son normativa y conceptualmente autónomas, por lo que pueden existir aun en ausencia de las garantías secundarias. Esta autonomía es fundamental para distinguir entre los derechos subjetivos y sus garantías.

El garantismo se opone pues, al autoritarismo en política y al decisionismo en Derecho, propugnando, frente al primero, la democracia sustancial y, frente al segundo, el principio de legalidad; en definitiva, el gobierno sub leges (mera legalidad) y per leges (estricta legalidad).

L. Ferrajoli utiliza la expresión “garantismo” bajo tres acepciones: en la primera designa un modelo normativo de Derecho (el modelo del Estado de Derecho); en la segunda, el garantismo es una teoría jurídica (la del “iuspositivismo crítico” como opuesta al iuspositivismo dogmático); y en la tercera, el garantismo es una filosofía política (la que funda el Estado en el reconocimiento y la protección de los derechos) (FERRAJOLI, 1989).

2.1.1 Rasgos principales de la teoría del garantismo de Ferrajoli, Tesis metodológica del garantismo

El garantismo es ante todo una tesis metodológica de aproximación al Derecho que mantiene la separación entre ser y deber ser, entre efectividad y normatividad, y que rige en los diversos planos del análisis jurídico: el meta-jurídico del enjuiciamiento externo o moral del Derecho, el jurídico del enjuiciamiento interno del Derecho y el sociológico de la relación entre Derecho y práctica social efectiva.

Proyectada en el enjuiciamiento externo o ético-político del Derecho, la tesis metodológica del garantismo consiste en la absoluta separación entre Derecho y moral, entre validez y justicia, en definitiva entre el “ser” y el “deber ser” del Derecho. Esta tesis, en conjunción con el modelo de filosofía política del garantismo, promueve un modelo de Derecho (el modelo garantista de Derecho) y atribuye a la teoría del Derecho una función del análisis y crítica de la deslegitimación de las instituciones jurídicas positivas.

Proyectada en el enjuiciamiento interno o jurídico del Derecho, la tesis metodológica del garantismo consiste en una aproximación teórica al Derecho que mantiene separados el “ser” y el “deber ser” en el Derecho y que promueve un nuevo modelo de juez y de jurista (el modelo de juez y de jurista del garantismo), así como un modelo de política (el modelo garantista de la política).

2.1.2 “Ser” y “Deber ser” del Derecho. La Filosofía Política y el Modelo de Derecho

a) La separación entre Derecho y moral y la fundamentación hetero-poyética del Estado y del Derecho

En el plano meta-jurídico o de enjuiciamiento externo del Derecho, la tesis metodológica del garantismo se traduce en la separación entre Derecho y moral, entre Derecho y justicia, entre “ser” y “deber ser” del Derecho (PRIETO, 1992). En este punto, el garantismo es coincidente con el positivismo jurídico que, asumiendo la crítica a las falacias naturalista y normativista, impugna tanto el iusnaturalismo como el formalismo ético: ni una norma justa es, sólo por eso, jurídica; ni una norma jurídica es, sólo por eso, justa. Pensar lo contrario equivaldría a sostener que un “pecado” constituye por sí mismo un ilícito penal, en el primer caso, y a sustraerse a la posibilidad de una crítica ético-política, en el segundo. En suma, el garantismo supone la distinción entre justicia y validez del Derecho, haciendo posible su enjuiciamiento externo o ético-político.

El presupuesto metodológico de la separación entre Derecho y moral incorpora ya en sí un valor político fundamental: “la carga de justificación externa es idónea para fundamentar políticas que admiten justificaciones no absolutas o totales, sino contingentes, parciales, a posteriori y condicionadas. La historia europea de este siglo es un buen catálogo de doctrinas políticas absolutistas (el nacional-socialismo, los fascismos, el estalinismo) que, operando una identificación entre Derecho y moral en distintas versiones del positivismo ético, no han podido ser más nefastas para la protección de los individuos y sus derechos.

El garantismo arremete pues contra estas concepciones éticas del Estado y exige parafraseando a Luhman doctrinas políticas hetero-poyética, no autorreferenciales: el Estado y el Derecho no son en sí mismos éticamente valiosos, sino que requieren una justificación externa. Por lo demás, ya en sus orígenes ilustrados, el garantismo se caracterizó precisamente por ser un esquema político fundando sobre derechos individuales y en el que, por consiguiente, las instituciones políticas y jurídicas se justifican no sólo como “Males necesarios” sino también como instrumentos al servicio de aquellos derechos.

b) La doctrina de filosofía política del garantismo: la concepción instrumentalista del Estado

En efecto, es propia del garantismo la concepción artificial del Estado y del Derecho, y natural de los individuos y sus derechos. Es decir, lo que es “natural”, en cuanto “previo” y “prioritario”, son los individuos y sus derechos, necesidades e intereses; el Estado (y el Derecho) es sólo un artificio, una convención que sólo estará justificada o legitimada en la medida en que oriente a proteger esos derechos y bienes individuales.

Por ello, la doctrina de filosofía política del garantismo, es decir, la que hace posible un enjuiciamiento externo del Estado y del Derecho fundado en los individuos y en la sociedad y no en instancias trascendentes a éstos, es el Contractualismo en cuanto instrumento de tutela de los derechos fundamentales (FERNÁNDEZ, 1984), es decir, la doctrina de la democracia sustancial, y no sólo formal. El modelo de legitimación del garantismo es pues, coincidente con el modelo democrático del Estado Constitucional de Derecho. Más exactamente, el garantismo, como “teoría general”, impone el esquema de justificación de la democracia liberal: “impone al Derecho y al Estado la carga de la justificación externa conforme a los bienes y a los intereses cuya tutela y garantía constituye precisamente la finalidad de ambos.

Por último, consecuencia de la distinción entre el “deber ser” del Derecho (el modelo de justicia) y el “ser” del Derecho (el sistema jurídico vigente) es la existencia de un “grado irreducible de la ilegitimidad política de las instituciones vigentes” respecto al punto de vista externo; la realidad nunca puede cumplir por completo las exigencias del modelo.

c) El modelo de Derecho del garantismo

Consecuencia del modelo de legitimación del garantismo es una cierta concepción o modelo normativo de Derecho que concibe a éste como un sistema de garantías. El concepto garantista de Derecho es pues, de nuevo, coincidente con la ideología jurídica del Estado de Derecho: el Derecho es un sistema de límites y vínculos al poder político para la protección de los bienes e intereses que deban ser perseguidos. Cuál sea el concreto modelo garantista de legalidad es algo que dependerá de cada sector del ordenamiento a la vista de los bienes e intereses que deban ser tutelados. En suma, el garantismo, en cuanto “teoría general”, no impone aún un sistema de legalidad concreto, pero sí un modelo general: el propio del Estado de Derecho que concibe a éste como una red de garantías de bienes y derechos; es decir, de un Estado que “positiviza” los

derechos vitales del individuo convirtiendo su respeto y realización efectiva en un “vínculo” al poder político.

2.1.3 “Ser” y “deber ser” en el Derecho. La teoría jurídica y el modelo de política

La teoría jurídica del garantismo parte de la base de que, en el Estado constitucional de Derecho, no sólo el “ser” sino también el “deber ser” de las normas se halla positivizado; el ordenamiento positiviza no sólo las condiciones de existencia o legitimidad formal de las normas (“quién” y “cómo” debe decidir) sino también las condiciones de su validez o legitimidad sustancial (“qué” se puede o debe decidir); positiviza, en suma, no sólo las condiciones del “ser” de las normas sino también su “deber ser”. De doble artificialidad del Derecho habla Ferrajoli para hacer referencia a este hecho.

a) La teoría jurídica de la validez

En consonancia con esta “doble artificialidad” del Derecho, en el plano jurídico o de enjuiciamiento interno, la tesis metodológica del garantismo se traduce en la distinción entre “ser” y “deber ser” en el Derecho. Esto supone que la validez y la eficacia de las normas son categorías distintas entre sí, pero son también distintas de la “vigencia” o “existencia”. Dicha distinción (y en particular la que media entre “validez” y “vigencia”) contribuye en palabras Ferrajoli a fundar una teoría de la divergencia entre normatividad y realidad, entre el Derecho válido vigente en el sistema y el Derecho eficaz vigente, y de este modo reclama de los jueces y de los juristas la crítica (interna) del Derecho eficaz (pero inválido) desde el Derecho válido (pero ineficaz).

El garantismo evita, también en este nivel discursivo, las falacias naturalistas y normativistas de reducción de los valores a hechos y de los hechos a valores y se separa así tanto de la ideología jurídica normativista como de la realista: ni una norma válida es, sólo por eso vigente; ni una norma vigente o eficaz es, sólo por eso, válida.

b) El modelo de la política

Por otra parte, la doble artificialidad del Derecho exige también una cierta visión de la política, en general, y de la democracia en particular; la acción política es legítima en la medida en que contribuya a garantizar los bienes y valores que, según el modelo normativo vigente, deban ser perseguidos. En otras palabras, “el Derecho ya no puede ser concebido como instrumento de la política, sino que, por el contrario, es la política la que tiene que ser asumida como instrumento para la actuación del Derecho. (FERRAJOLI, 1996)

En concreto, con referencia a la democracia, el concepto de la política propio del garantismo exige distinguir entre su dimensión formal o principio de la mayoría y su dimensión sustancial. Es esta dimensión sustancial de la democracia el único significado de la misma compatible con el garantismo.

2.1.4 La teoría de la validez y sus consecuencias para el modelo de juez y de jurista: El positivismo crítico

La separación entre ser y deber ser en el Derecho, que se refleja en la teoría de la validez del garantismo, comporta, a su vez, importantes transformaciones para el modelo de juez y de ciencia jurídica.

A diferencia del Estado de Derecho legislativo, en el Estado constitucional la estructura del ordenamiento jurídico presenta un nivel normativo más, el constitucional, e incorpora en el mismo límites y vínculos a la producción jurídica, y particularmente a la producción legislativa. Estos vínculos son de dos tipos: por un lado, los que limitan las formas de producción jurídica, indicando los órganos con competencia normativa y los procedimientos para su ejercicios; por otro, los que limitan los contenidos de las normas, incorporando el modelo axiológico que debe informar la legislación.

Desde el punto de vista del Derecho, Ferrajoli resuelve esta limitación legislativa, esta “garantía frente al legislador”, a través del concepto de “validez” como distinto de la justicia, de la eficacia y de la vigencia:

- *Una norma es justa si merece una valoración positiva desde un criterio moral (extrajurídico).*
- *Una norma es válida si no adolece de vicios materiales o sustantivos; es decir si no contradice a una norma jerárquicamente superior. La validez coincide así con la “validez material”.*
- *Una norma está vigente o existe si no adolece de vicios formales: es decir, si ha sido creada por el sujeto competente y mediante el procedimiento jurídicamente previsto. La vigencia coincide así con la “validez formal”.*
- *Una norma es eficaz si es observada por sus destinatarios y/o aplicada por los órganos de aplicación.*

Con categoría de la vigencia, Ferrajoli introduce una escisión en el concepto positivista de validez. Además, mientras los juicios sobre la vigencia son juicios de hecho que tan sólo requieren una averiguación empírica, los juicios de validez, por cuanto suponen evaluar la conformidad o disconformidad de las normas con los valores recogidos en las normas superiores a ellas, son juicios de valor y por tanto opinables.

La distinción entre “validez” y “vigencia”, que sustituye a la tradicional entre validez material y validez formal, no merecería mayores comentarios si estuviésemos sólo ante un cambio de nomenclatura. Pero parece que no se trata sólo de eso. Por el contrario, con esa distinción, Ferrajoli más bien pretende superar “la antinomia existente en el pensamiento jurídico normativista, o en la concepción del Estado de Derecho legislativo, consistente en la...presunción de regularidad de los actos del poder”: *“das uber-legale Pramie auf den legalen Besitz der legalen Macht”*, de C. Schmitt. En efecto, puesto que la vigencia significa que las leyes “son” o “existen” en el Derecho, es decir, que han sido emanadas por autoridades legítimas que ostentan una competencia legal, y la validez significa que los contenidos de las leyes son “como deben ser” según el Derecho, entonces la presunción de regularidad que hay que atribuir a los actos del poder (a la ley vigente) por obvias razones de certeza y funcionalidad, no puede entenderse como absoluta, sino sólo como relativa, y por tanto cede ante un juicio contrario de invalidez.

El garantismo constituye una completa filosofía del Derecho que incluye tesis metodológicas, conceptuales y axiológicas sugeridas o defendidas ya en otras filosofías del Derecho, si bien su presentación ofrece novedades importantes respecto a ellas. La tesis metodológica fundamental apela a la conocida distinción entre “ser” y “deber ser”, pero, a diferencia del positivismo tradicional, el garantismo lleva esta dicotomía a la esfera misma del Derecho positivo: no sólo se enfrenta un “deber ser” moral a un “ser” jurídico, sino también un “deber ser jurídico” a la realidad o efectividad del mismo, lo que comporta una apertura de la ciencia jurídica a la dimensión de la eficacia, usualmente reservada a la sociología del derecho. La tesis conceptual acoge una idea también arraigada en el positivismo, cual es la de las fuentes sociales del Derecho: los sistemas jurídicos y las instituciones en general no son frutos naturales dotados de alguna justificación independiente, sino artificios humanos al servicio de fines más o menos valiosos.

Finalmente, como teoría de la justicia, el garantismo propone un ambicioso modelo llamado a culminar el proyecto emancipador que arranca de la ilustración; pero un modelo que, al estar ya anunciado en la Constitución, compromete no sólo al legislador, sino también al juez y al jurista.

2.2 Teoría de la justicia de John Rawls

2.2.1 Definición

La publicación de Teoría de la justicia (TJ) de John Rawls en 1971 definió el curso de la filosofía política angloestadounidense de las décadas siguientes. Prácticamente todos los pensadores dedicados a la filosofía política han tenido que tomar una posición respecto de la obra de este autor, y varias de las corrientes más importantes en la actualidad se originaron o adquirieron nuevas fuerzas al reaccionar frente a la propuesta de Rawls.

Entre ellas se encuentran el liberalismo conservador, el comunitarismo y el multiculturalismo liberal. En TJ Rawls se propone ofrecer una alternativa al utilitarismo, la cual fue la doctrina dominante en la filosofía moral y política angloestadounidense durante la primera mitad del siglo veinte. En su lugar ofrece una nueva versión del contractualismo. Propone que los principios de justicia correctos para las instituciones básicas de una sociedad son aquellos que serían el objeto de un acuerdo equitativo (fair) entre los ciudadanos. Al mismo tiempo, Rawls ofrece también una respuesta a la crítica de Marx al liberalismo.

Rawls sostiene que la desigualdad social sí puede justificarse moralmente y que la economía de mercado no es incompatible con la justicia social. La concepción de la justicia como equidad exige un mismo esquema de derechos y libertades básicos para los ciudadanos, igualdad sustantiva (no meramente formal) de oportunidades para todos. Esta concepción también especifica que las desigualdades económicas y sociales pueden estar permitidas siempre y cuando resulten en beneficio de los menos favorecidos. Se trata de un liberalismo igualitario que recoge tanto la defensa liberal de las libertades individuales como la demanda socialista de justicia social.

La teoría de Rawls considera que los principios de justicia que son objeto de un acuerdo entre personas racionales, libres e iguales en una situación contractual justa, pueden contar con una validez universal e incondicional. Él mismo denominó a su teoría justicia como: imparcialidad, apoyado en la idea de que solamente a partir de condiciones imparciales se pueden obtener resultados imparciales. La imparcialidad de la situación contractual a la cual él llama posición

original se garantiza por un velo de ignorancia que impide a los participantes del acuerdo observar y tener todos los conocimientos particulares, entre ellos los relacionados con su propia identidad y con la sociedad a la cual pertenecen. De este modo, se depura el acuerdo de la influencia de factores naturales y sociales que Rawls considera contingentes desde el punto de vista de la justicia, y a la vez se asegura el tratamiento equitativo de las distintas concepciones del bien.

2.2.2 Ideas fundamentales sobre la justicia

Rafael de Pina Vara (2004) define al término de justicia como:

“Aquella disposición de la voluntad de hombre dirigida al reconocimiento de lo que a cada cual es debido o le corresponde según el criterio inspirados del sistema de normas establecido para asegurar la pacífica convivencia dentro de un grupo social más o menos amplio. Aristóteles nos habla de una justicia distributiva, que exige que en el reparto de los bienes y honores públicos cada cual sea tratado según sus merecimientos, de una justicia correctiva, que puede ser conmutativa o judicial. El sentimiento de la justicia es común a todos los hombres. Tradicionalmente la justicia ha sido considerada como el valor jurídico por excelencia”.

La teoría de la justicia de Rawls se propone jugar un papel esclarecedor, crítico y orientador de nuestro sentido de justicia. El sentido de justicia es definido por Rawls como la capacidad moral que tenemos para juzgar cosas como justas, apoyar esos juicios en razones, actuar de acuerdo con ellos y desear que otros actúen de igual modo. Sin embargo este proceso se da a nivel de los individuos en el marco de la sociedad y su estructura básica.

Para Rawls, la sociedad es una asociación más o menos autosuficiente de personas que en sus relaciones reconocen ciertas reglas de conducta como obligatorias y que en su mayoría actúan de acuerdo con ellas. Estas reglas especifican un sistema de cooperación planeado para promover el bien de aquellos que toman parte de él. Se trata de una empresa cooperativa para obtener ventajas mutuas, caracterizada por el conflicto y la identidad de intereses. El conflicto surge de la diversidad de los intereses enfrentados de individuos que desean los mayores beneficios posibles en tanto éstos son medios para alcanzar sus propias metas, y la identidad tiene que ver con el reconocimiento de que la cooperación posibilita un mejor modo de vida que el que tendríamos si tuviéramos que valernos solamente de nuestros propios esfuerzos (Rawls, 1971).

En el marco de la estructura básica de la sociedad concebida por Rawls, las reglas que los asociados comparten están dictadas por instituciones como la constitución política o las principales disposiciones económicas y sociales. Tales instituciones definen cargos y posiciones, cargas y beneficios, poderes e inmunidades, para todos aquellos que se rigen por ellas. Una teoría de justicia social como la de Rawls se ocupa, pues, de la adecuada distribución de derechos y deberes por parte de las instituciones que conforman la estructura básica de la sociedad.

2.2.3 La Teoría de Rawls como fundamento de la justicia social en la sociedad moderna

El desarrollo económico de las sociedades modernas encierra una serie de realidades nuevas que han transformado íntimamente los modos de vida de la población mundial, y a pesar de que la mayoría de los elementos que lo caracterizan no son inéditos, es responsabilidad de todos entender y actuar en contra de fenómenos que en conjunto consideramos faltos de ética y justicia. Uno de estos fenómenos que nos ocupan en este apartado es la justicia social, la cual conlleva necesariamente al análisis de la pobreza y la desigualdad.

Rawls plantea que:

“Las expectativas más elevadas de quienes están mejor situadas son justas si y sólo si funcionan como parte de un esquema que mejora las expectativas de los miembros menos favorecidos. La idea intuitiva es que el orden social no ha de establecer y asegurar las perspectivas de los mejor situados al menos que el hacerlo sea en beneficio de aquellos menos afortunados” y además, continua Rawls *“El principio de la diferencia representa en efecto, un acuerdo en el sentido de considerar la distribución de talentos naturales, en ciertos aspectos, como un acervo común, y de participar en los mayores beneficios económicos y sociales que hacen posibles los beneficios de esa distribución. Aquellos que han sido favorecidos por la naturaleza, quienes quiera que fuesen, pueden obtener provecho por su buena suerte sólo en la medida en que mejoren la situación de los no favorecidos”*. (Rawls, 1971)

Rawls propone una teoría ideal y, por lo tanto, normativa de la justicia. Decidir cuál sería la distribución justa de bienes y servicios sobre la base de la información acerca de las preferencias y demandas reales de las personas excede las posibilidades de una teoría ideal aunque es necesario establecer y administrar imparcialmente un sistema justo de instituciones. Rawls plantea que, en la práctica, se elige entre varias situaciones injustas y se busca, en una teoría no ideal, la solución

menos injusta posible buscando un equilibrio de imperfecciones, un reajuste de injusticias compensadas. El mérito de una teoría ideal, puramente procedimental, residiría en la posibilidad de contar con alguna noción de lo que es justo para, desde allí, evaluar la gravedad de las imperfecciones reales y establecer el mejor modo de acercarse a ese ideal.

2.3 Eficacia Jurídica

2.3.1 Validez y Eficacia del derecho

a) Norma y hecho: norma, la significación de un hecho

Aun cuando el Derecho es norma y no un hecho, no obstante existe una relación esencial entre norma y hecho. En primer lugar, la norma es el significado de un hecho, del hecho por medio del cual la norma se crea. El hecho por el que se establece una norma o por el que se crea una norma es el acto de un individuo o una serie de actos intencionalmente dirigidos a la conducta de otro. Si es una costumbre o un acto legislativo, el resultado es una norma general. Si es un acto judicial o administrativo, el resultado es una norma individual. El acto de crear la norma es un hecho que existe en el tiempo y en el espacio y puede ser percibido por nuestros sentidos.

Este hecho puede ser descrito por un enunciado de ser. Pero este hecho es diferente de su resultado, es decir, de la norma, que es el objeto de la ciencia jurídica y que no puede ser descrito por un enunciado de ser, sino únicamente por un enunciado de deber ser. Es cierto que la Ciencia Jurídica también se refiere al procedimiento por el cual se crean las normas jurídicas, pero sólo en cuanto este procedimiento está señalado o autorizado por normas jurídicas. Sólo estas normas que establecen o autorizan actos para la creación de normas con el objeto de la ciencia jurídica.

La ciencia jurídica tiene que ver con el procedimiento legislativo sólo en tanto que este proceso se encuentra determinado o establecido en la Constitución y con el proceso judicial o administrativo sólo en razón de que este proceso se halle establecido en leyes o en reglas de Derecho consuetudinario. Las leyes o códigos, el Derecho consuetudinario, son normas, y sólo en tanto que tales el objeto de la ciencia jurídica.

b) La eficacia como una condición de validez

No constituye la única relación entre la norma y el hecho el que una norma jurídica a fin de que exista, es decir, para que sea válida, deba ser creada por un acto que es un hecho existente en el

tiempo y en el espacio. Una norma puede o no puede ser obedecida y aplicada por una determinada conducta humana que efectivamente tiene lugar en el tiempo y en el espacio.

Un orden jurídico como un todo, y las normas jurídicas particulares que constituyen este orden jurídico, se consideran válidas si son, en todos los ámbitos, obedecidas y aplicadas, o sea, si tienen eficacia. Pero su validez no debe confundirse con su eficacia. La validez significa que la ley debe ser obedecida y aplicada; la eficacia quiere decir que la ley es, en verdad, obedecida y aplicada. La eficacia es solamente una condición de la validez, no es igual a ella. Una norma jurídica puede ser válida antes de que se convierta en efectiva. Si un tribunal aplica una ley, por la primera vez, inmediatamente después que ha sido adoptada por el órgano legislativo, consecuentemente antes que pudiera convertirse en efectiva, el tribunal aplica una ley válida.

El tribunal sólo puede aplicar una ley si es válida: y es válida porque ha sido creada de conformidad con la constitución. Pero la ley pierde su validez, si no ha cobrado efectividad o ha dejado de ser efectiva. Al hecho de que una norma jurídica advenga efectiva, debe añadirse el hecho de que es creada por un acto, a fin de que la norma jurídica se mantenga válida. Pero así como el acto, por el que se crea la norma, no es idéntico o igual a la norma que es el significado o resultado de este acto, la eficacia de una norma jurídica no es idéntica a su validez.

2.3.2 Constitución y Orden Jurídico

La relación Constitución-orden jurídico es menos específica, en la doctrina, que en lo que la apariencia indica. No es extraño que sea así, porque no se llegó a un acuerdo doctrinal ni siquiera sobre el concepto de orden u ordenamiento jurídico.

Para Kelsen, el orden jurídico es un sistema de normas; a saber, en cuanto una norma pertenece a determinado orden jurídico es un problema estrechamente ligado a la razón de validez de cada una, considerando el sistema referido como de naturaleza dinámica. Es válida, según Kelsen, la norma jurídica que haya sido creada de acuerdo con una determinada regla, y sólo por eso. Una norma jurídica deriva su validez de otra norma jurídica superior, y ésta, de otra norma superior a ella, y así de grado en grado hasta la norma fundamental, “que es el fundamento de validez de todas las normas pertenecientes a uno y mismo orden jurídico”.

Se trata de la teoría gradualista del orden jurídico, que se compone de normas escalonadas jerárquicamente: una norma individualizada vale porque fue creada de conformidad con una ley;

esta ley deriva su validez de la Constitución, en cuanto haya sido establecida por un órgano competente y en la forma prescrita por la propia Constitución. Y ésta tal vez encuentre su fundamento de validez en otra constitución más antigua, hasta llegar, finalmente, a una constitución que sea históricamente la primera, cuya validez transcurre de la norma fundamental, hipotética y simplemente presupuesta, la cual representa como fuente común, el vínculo entre todas las normas que integran un determinado orden jurídico.

Según esta teoría, el orden jurídico constituye una unidad en la pluralidad, unidad que se expresa en las circunstancias de poder ser descrita en disposiciones jurídicas que no se contradicen.

Está claro que, para esa doctrina, la Constitución formal, escrita, positiva, integra el orden jurídico, como ley suprema, incluso aunque no sea eso lo que dice Kelsen, para quien la Constitución en sentido material es eso lo que dice Kelsen, para quien la Constitución en sentido material es la que regula la creación de las normas jurídicas generales y, especialmente, la ley.

CAPÍTULO III

EL DERECHO HUMANO DE ACCESO A LA SALUD

3. Derechos Humanos, concepto y sus características

Los derechos humanos se definen como *“el conjunto de facultades e instituciones que en cada momento histórico, concretan las exigencias de la dignidad, la libertad e igualdad humana, las cuales deben ser reconocidas positivamente por los ordenamientos jurídicos a nivel nacional e internacional”*. (...) este concepto trasciende la dimensión jurídica y propone una definición operativa, según la cual las personas, sin distinción de ningún tipo, debe obtener la consideración de sus prioridades respecto a los arreglos institucionales, en cualquier campo en el que éstas se presenten: político, económico, gubernamental, doméstico o comunitario. Desde esta perspectiva, los derechos humanos garantizan a las personas la convivencia y el bienestar; así, estos derechos logran *“empoderar”* a las personas de tal manera que sean capaces de conducir sus propias vidas y que no sean los sistemas los que terminen conduciéndolas (Arroyo et al, 2004:14).

Otra definición, señala que los derechos humanos son el conjunto de prerrogativas inherentes a la naturaleza de la persona, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral del individuo que vive en una sociedad jurídicamente organizada. Estos derechos establecidos en la Constitución y en las leyes, deben ser reconocidos y garantizados por el Estado (Yamin et al, 2002:2).

La sociedad contemporánea reconoce que todo ser humano, por el hecho de serlo tiene derechos frente al Estado, derechos que éste, o bien tiene el deber de respetar y garantizar o bien está llamado a organizar su acción a fin de satisfacer su plena realización. Estos derechos, atributos de toda persona e inherentes a su dignidad, que el Estado está en el deber de respetar, garantizar o satisfacer son los que hoy, conocemos como derechos humanos. Una de las características resaltantes del mundo contemporáneo es el reconocimiento de que todo ser humano, por el hecho de serlo, es titular de derechos fundamentales que la sociedad no puede arrebatarse lícitamente. Estos derechos no dependen de su reconocimiento por el Estado ni son concesiones suyas; tampoco dependen de la nacionalidad de la persona ni de la cultura a la cual pertenezca. Son derechos universales que corresponden a todo habitante de la tierra.

La tarea de proteger los Derechos Humanos representa para el Estado la exigencia de proveer y mantener las condiciones necesarias para que, dentro de una situación de justicia, paz y libertad, las personas puedan gozar realmente de todos sus derechos. El bienestar común supone que el poder público debe hacer todo lo necesario para que, de manera paulatina, sean superadas la desigualdad, la pobreza y la discriminación.

Dentro de la función que cumple al defensa o protección de los derechos humanos encontramos:

- *Contribuye al desarrollo integral de la persona,*
- *Delimita, para todas las personas, una esfera de autonomía dentro de la cual puedan actuar libremente, protegidas contra los abusos de autoridades, servidores públicos y particulares.*
- *Establece límites a las actuaciones de todos los servidores públicos, sin importar su nivel jerárquico o institución gubernamental, estatal o municipal, con el fin de prevenir los abusos de poder, negligencia o simple desconocimiento de la función.*
- *Crea canales y mecanismos que faciliten la participación activa de todas las personas en el manejo de los asuntos públicos y en la adopción de las decisiones comunitarias (CNDH, 2001).*

Mientras que a su vez, los derechos humanos se caracterizan por ser:

- *Universales, en tanto constituyen patrimonio de todos los seres humanos, con prescindencia de las características accidentales de la persona.*
- *Indivisibles, en la medida en que no se pueden escindir, ni sacrificar el respeto de unos derechos como requisito para el disfrute de otros.*
- *Integrales, ya que cubren todas las esferas que guardan relación la dignidad humana.*
- *Imprescriptibles, ya que su vigencia está relacionada con la existencia del género humano.*
- *Irrenunciables e Inalienables, ya que dada su naturaleza no cabe renuncia ni disposición arbitraria de los mismos.*
- *Inviolables, ya que su sola existencia impone al Estado, a la comunidad internacional y a todas las personas un deber genérico e inalienable de respeto, protección y promoción.*

- *Progresivos, ya que el desarrollo de la conciencia social en torno a la esencia individual y colectiva de la dignidad humana amplía y no reduce su ámbito de protección.*⁴

3.1 Justificación filosófica de existencia y validez

La fuente de los derechos humanos consiste en la naturaleza moral del hombre, la cual sólo guarda una débil vinculación con la “naturaleza humana” definida por las necesidades determinables científicamente. Los derechos humanos son “necesarios” no para la vida, sino para una vida digna; como lo expresan los convenios internacionales sobre derechos humanos, éstos surgen de “la dignidad inherente a la persona humana”. (...)

La “naturaleza” humana que fundamenta a los derechos humanos es una afirmación moral, una caracterización moral de las posibilidades humanas. La naturaleza humana del científico establece los límites externos “naturales” de las posibilidades humanas. La naturaleza moral que fundamenta a los derechos humanos es una selección social de estas posibilidades. La naturaleza humana del científico dice que no podemos ir más allá de ese límite. La naturaleza moral que fundamenta a los derechos humanos dice que no podemos permitirnos caer por debajo de ese límite.

Al igual que otras prácticas sociales, los derechos humanos surgen de la acción humana; el hombre no los recibe de Dios, de la Naturaleza o de los hechos físicos de la vida. Representan una visión moral particular de la potencialidad humana, la cual descansa en una descripción sustancial particular de los requisitos mínimos para una vida digna. (...)

La relación entre naturaleza humana, derechos humanos y sociedad política es, en consecuencia “dialéctica”. Los derechos humanos configuran a la sociedad política, para formar seres humanos, para realizar las posibilidades de la naturaleza humana, la cual provee, desde un principio, la base de estos derechos. La “naturaleza humana” que subyace a los derechos humanos combina elementos “naturales”, sociales, históricos y

⁴ Modulo Educativo para promover iniciativas a favor de los DESC. Cuaderno de Trabajo N° 3. Unidad 1 Para vivir dignamente. Fundamentos e integralidad de los derechos humanos. CEDAL, ALTERNATIVA y APRODEH.

morales; está condicionada, pero no históricamente determinada, por los procesos históricos objetivos. (Donnelly 1994:34-38).

3.2 Salud y Derechos Humanos

La salud y los derechos humanos no se han relacionado frecuentemente en forma explícita. Con raras excepciones, especialmente en lo que se refiere al acceso de la atención en salud, las discusiones sobre salud no han incluido consideraciones de los derechos humanos. En forma similar, excepto cuando existe un daño evidente a la salud como manifestación inicial del abuso a un derecho humano, como es el caso de la tortura, la perspectiva de salud generalmente no incluye el discurso de los derechos humanos. La salud pública y los derechos humanos constituyen enfoques modernos y prometedores para definir y avanzar en el objetivo del bienestar humano. La vinculación de estos dos enfoques puede proporcionar beneficios prácticos para aquellos que estén comprometidos en el trabajo en salud o en derechos humanos, puede ayudar a reorientar la reflexión sobre las grandes metas globales en salud, y puede contribuir a ampliar la teoría y la práctica en derechos humanos. Sin embargo, se requiere un campo común para establecer un diálogo serio y efectivo sobre la interacción entre la salud y los derechos humanos.

En un esfuerzo por sistematizar la conexión entre la salud y los derechos humanos, Jonathan Mann y Sofía Gruskin (1999), proponen tres relaciones, cada una de las cuales enfoca un aspecto particular de esta interrelación crítica:

- La primera relación se refiere al impacto potencial de las políticas, programas y prácticas de salud, en los derechos humanos. El reconocimiento de la complementariedad de los objetivos de la salud pública con las normas de los derechos humanos puede propiciar políticas en salud y programadas más efectivos. El reto está en la capacidad de establecer una negociación balanceada para alcanzar un nivel óptimo entre la promoción y la protección tanto de salud pública como de los derechos humanos.
- La segunda relación expresa la idea de que las violaciones o la falta de cumplimiento de alguno o de todos los derechos humanos tienen efectos negativos en la salud y el bienestar físico, mental y social del individuo. Esto es cierto en tiempo de paz y también, por supuesto, en períodos de conflicto y de represión política extrema.
- La tercera relación se basa en la idea de la conexión íntima entre ambos campos. La idea central del movimiento por la salud y los derechos humanos es que actúan en sinergia. La

promoción y la protección de la salud requiere esfuerzos explícitos y concretos para promover y proteger los derechos humanos y la dignidad, y una realización completa de los derechos humanos necesita poner gran atención a la salud y a sus determinantes sociales.

Los enfoques tradicionales de derechos humanos no son suficientes para favorecer la causa de la salud para todos. Los enfoques jurídicos de los derechos humanos aún relacionan derechos humanos y derecho a la salud mediante el exámen de los impactos en la salud de las violaciones de los derechos políticos y civiles. El campo de los derechos humanos, por varias razones históricas e ideológicas, se desarrolló alrededor de los derechos civiles y políticos y las ONG en el campo continúan poniendo énfasis en este conjunto de derechos en su trabajo de documentación, educación y defensa. Con ciertas excepciones notables, los efectos de la pobreza o privación de los servicios básicos de salud no han sido tratados como temas de derechos humanos.

En el caso de la salud, el cumplimiento gubernamental de estos derechos requiere de importantes obligaciones programáticas. Por ello no basta con simplemente mostrar los problemas o denunciar a los gobiernos por inacción o acción. En muchos casos, el gobierno sabe que la incidencia de mortalidad materna o infantil es inadmisiblemente alta. En esta nueva coyuntura el gobierno necesita tanto de orientación como de crítica; necesita entender cuáles deberían de ser prioridades y precisamente cuáles son sus deberes programáticos según el derecho internacional. Y lo que es más importante, necesita saber qué beneficio trae considerar la perspectiva de derechos en la forma en la que se ofrecen los servicios de salud; por ejemplo: en el derecho a recibir información completa sobre el mal que aqueja a la persona, su tratamiento, efectos secundarios y pronóstico de la enfermedad. Esto es especialmente importante en poblaciones con culturas, lenguajes y valores diferentes a los del proveedor (Tristán, 2002).

3.3 ¿Qué es el derecho a la salud?

La salud es una condición sumamente extensa y difícil de actuar, en la que confluyen lo biológico y lo social, la persona en lo individual y la comunidad, lo público y lo privado (Frenk, 1993:1). El instrumento constitutivo de la Organización Mundial de la Salud (1946), define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Y señala que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o

condición económica o social. Mientras que para las Naciones Unidas es “*el completo estado de bienestar físico, psíquico y social de una persona*”

Por otra parte, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948) reconoce en su artículo XI que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y de la comunidad. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) establece en su artículo 25, que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; además de tener derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes a su voluntad. También hace referencia a la necesidad de cuidados y asistencia especiales durante la maternidad y la infancia, y el derecho de protección social para todos los niños nacidos dentro o fuera del matrimonio.

Los instrumentos internacionales de mayor envergadura en materia de salud femenina son: el Programa de acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994); y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijín, 1995). Si bien, no son exclusivos en la materia, son los más exhaustivos. En ellos se aborda la salud de la mujer de manera extensa durante las distintas etapas de su vida desde la niñez hasta su envejecimiento y de manera integral en distintas condiciones geográficas, sociales, étnicas además de considerar las necesidades específicas en materia de salud de mujeres con capacidades diferentes, sin restringirse a la salud reproductiva.

A. Aspectos fundamentales del derecho a la salud⁵

- El derecho a la salud es un derecho inclusivo. Frecuentemente asociamos el derecho a la salud con el acceso a la atención sanitaria y la construcción de hospitales. Es cierto, pero el derecho a la salud es algo más. Comprende un amplio conjunto de factores que pueden contribuir a una vida sana. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que

⁵Muchas de estas y otras importantes características del derecho a la salud se clarifican en la Observación general N° 14 (2000) sobre el derecho a la salud, aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

es el órgano encargado de llevar a cabo un seguimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁶, los denomina “factores determinantes básicos de la salud”. Son los siguientes.

- ✓ *Agua potable y condiciones sanitarias adecuadas;*
 - ✓ *Alimentos aptos para el consumo;*
 - ✓ *Nutrición y vivienda adecuadas;*
 - ✓ *Condiciones de trabajo y un medio ambiente salubre;*
 - ✓ *Educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud;*
 - ✓ *Igualdad de género.*
- El derecho a la salud comprende algunas libertades. Tales libertades incluyen el derecho a no ser sometido a tratamiento médico sin el propio consentimiento, por ejemplo experimentos e investigaciones médicas o esterilización forzada, y a no ser sometido a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes.
 - El derecho a la salud comprende derechos. Esos derechos incluyen los siguientes:
 - ✓ El derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a todos iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud;
 - ✓ El derecho a la prevención y el tratamiento de las enfermedades, y la lucha contra ellas;
 - ✓ El acceso a medicamentos esenciales;
 - ✓ La salud materna, infantil y reproductiva;
 - ✓ El acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos;
 - ✓ El acceso a la educación y la información sobre cuestiones relacionadas con la salud;
 - ✓ La participación de la población en el proceso de adopción de decisiones en cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario y nacional.
 - Deben facilitarse servicios, bienes e instalaciones de salud a todos sin discriminación. La no discriminación es un principio fundamental de los derechos humanos y es decisiva para el disfrute del derecho al más alto nivel posible de salud.
 - Todos los servicios, bienes e instalaciones deben estar disponibles y ser accesibles, aceptables y de buena calidad:

⁶ El Pacto fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entró en vigor en 1976, y el 1º de diciembre de 2007 había sido ratificado por 157 Estados.

- ✓ Cada estado debe tener disponibles un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud y centro de atención de la salud pública.
- ✓ Deben ser físicamente accesibles (deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los niños, los adolescentes, las personas de edad, las personas con discapacidad y otros grupos vulnerables, y también desde el punto de vista económico, sin discriminación alguna. La accesibilidad también comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información relacionada con la salud en forma accesible, pero sin menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.
- ✓ Los establecimientos, bienes y servicios de salud también deben comportar respeto hacia la ética médica y sensibilidad para con los requisitos de género y ser culturalmente apropiados. En otras palabras, deben ser aceptables desde el punto de vista médico y cultural.
- ✓ Por último, deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua potable y condiciones sanitarias adecuadas.

B. Falsas ideas muy comunes acerca del derecho a la salud

- **El derecho a la salud NO es lo mismo que el *derecho a estar sano*.** Un error muy común es creer que el Estado debe garantizarnos buena salud. Sin embargo, la buena salud depende de varios factores que quedan fuera del control directo de los Estados, por ejemplo la estructura biológica y la situación socioeconómica de las personas. El derecho a la salud hace más bien referencia al derecho a disfrutar de un conjunto de bienes, instalaciones, servicios y condiciones que son necesarios para su realización. Por ello, describirlo como el derecho al *nivel más alto posible* de salud física y mental es más exacto que como un derecho incondicional a estar sano.
- **El derecho a la salud NO es sólo un *objetivo programático a largo plazo*.** El hecho de que la salud deba ser un objetivo programático tangible no significa que no se deriven de él obligaciones inmediatas para los Estados. En efecto, éstos deben hacer todo lo posible, dentro de los límites de los recursos disponibles, para hacer efectivo el derecho a la salud, y adoptar medidas en ese sentido sin demora. A pesar de las limitaciones de recursos,

algunas obligaciones tienen un efecto inmediato, por ejemplo garantizar el derecho a la salud sin discriminatoria alguna y elaborar leyes y planes de acción específicos u otras medidas análogas a efectos de la plena realización de este derecho, como con cualquier otro derecho humano. Los Estados también deben garantizar un nivel mínimo de acceso a los componentes materiales esenciales del derecho a la salud, por ejemplo el suministro de medicamentos esenciales y la prestación de servicios de salud materna infantil.

- **Las dificultades económicas de un país NO le eximen de la *obligación de adoptar medidas que garanticen el disfrute del derecho a la salud*.** A menudo se afirma que, cuando no pueden permitírselo, los Estados no están obligados a adoptar medidas para garantizar el disfrute de este derecho, o pueden demorar indefinidamente el cumplimiento de sus obligaciones. Cuando se examina el disfrute efectivo de ese derecho en un Estado determinado siempre se tienen en cuenta la disponibilidad de recursos en ese momento y el contexto de desarrollo. Sin embargo, ningún Estado puede justificar el incumplimiento de sus obligaciones por falta de recursos. Los Estados deben garantizar el derecho a la salud en la mayor medida posible con arreglo a los recursos disponibles, incluso cuando éstos sean escasos. Es cierto que las medidas pueden depender del contexto específico, pero todos los Estados deben procurar cumplir sus obligaciones de respeto, protección y realización.

C. El vínculo entre el derecho a la salud y otros derechos humanos

Los derechos humanos son interdependientes e indivisibles y están relacionados entre sí⁷, lo cual significa que el no reconocimiento del derecho a la salud a menudo puede obstaculizar el ejercicio de otros derechos humanos, por ejemplo el derecho a la educación, trabajo, vivienda o a la vida. La importancia que se concede a los factores determinantes básicos de la salud, es decir, los factores y condiciones que contribuyen a la protección y promoción del derecho a la salud, aparte de los servicios, los bienes y los establecimientos de salud, demuestra que este derecho depende del ejercicio de muchos otros derechos humanos y contribuye a ello. Cabe mencionar al respecto el derecho a los alimentos, al agua, a un nivel de vida adecuado, a una vivienda adecuada, a no ser

⁷ Véase Declaración y Programa de Acción de Viena (A/CONF.157/23), aprobados por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en Viena del 14 al 25 de junio de 1993.

objeto de discriminación, a la intimidad, de acceso a la información, a la participación y a beneficiarse de los avances científicos y sus aplicaciones.

Es fácil advertir la interdependencia de los derechos en el contexto de la pobreza. La salud puede ser para las personas que viven en condiciones de pobreza el único activo del que disponen para ejercer otros derechos económicos y sociales, como el derecho al trabajo o el derecho a la educación. La salud física y mental permite a los adultos trabajar y a los niños aprender, mientras que la mala salud es un lastre para los propios individuos y para quienes deben cuidar de ellos. Ahora bien, el derecho a la salud no puede realizarse si la persona no disfruta de sus otros derechos, cuya conculcación es la causa básica de la pobreza, por ejemplo los derechos al trabajo, a la alimentación, a la vivienda y a la educación, y el principio de no discriminación.

3.4 Protección de la salud en México

Para una parte importante de la población que reside en México, hacer frente a las enfermedades implica desembolsar grandes cantidades de dinero; esta situación genera o contribuye a la reproducción del círculo de la pobreza, por lo que "es más probable incurrir en gastos catastróficos en salud o caer en la trampa de pobreza, conforme disminuye el nivel de ingreso de la familia"⁸.

La falta de protección a la salud en México se ve reflejada en la limitación del acceso a este servicio para prácticamente la mitad de la población, ubicada a lo largo de toda la distribución de la curva de ingreso. Como un ejemplo, se puede mencionar que la falta de protección ante riesgos idiosincrásicos de salud ocasionó que aproximadamente 900 mil hogares mexicanos en 2004 cayeran en gastos catastróficos, y más de cuatro millones de familias en un gasto empobrecedor, en otras palabras, esta situación contribuyó, llevó o los mantuvo por debajo de la línea de pobreza, según datos de la Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud.

Si bien la situación descrita es delicada, conlleva otro problema con consecuencias tanto o más graves para la salud de la población, pues muchas familias inician con un gasto catastrófico para atender alguna enfermedad grave, y en algún momento del tratamiento éste es abandonado por falta de recursos, provocando un agravamiento de la crisis de salud de los individuos e incluso

⁸ Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud, Macroeconomía y salud. Invertir en salud para el desarrollo económico, FCE-Secretaría de Salud-Fundación Mexicana para la Salud-Instituto Nacional de Salud Pública, 2006, p. 123.

provocando la muerte, convirtiéndose ésta en una situación que contribuye al círculo vicioso de la pobreza.

También se ha observado la relación entre el gasto en consultas y en medicamentos y los distintos sectores de la población, de acuerdo con el decil de ingreso en el que se ubican. Así, los que se encuentran en los deciles más altos tienden a invertir más en consultas que en medicamentos, mientras que en los deciles más bajos, en términos generales, sucede lo contrario. Una posible explicación de esta situación tiene que ver con la automedicación, aparentemente es más económico acudir a la farmacia en busca de una solución inmediata que acudir con médico privado, ya que esto significaría que además de pagar por la consulta, de cualquier forma se debería hacer un desembolso económico por los medicamentos, con la consecuencia de que al no tener la opinión de un especialista se corre el riesgo de tener una complicación que, a la larga, requerirá de un gasto mayor, aunque esto debe analizarse a la luz de la inmediatez con que se vive la vida cotidiana en los sectores más pobres de la población.⁹

Por otra parte, la inversión en salud que realiza la población ubicada en los deciles más altos de ingreso puede estar asociada a "los largos tiempos de espera y/o a la calidad deficiente" que llevan a un sector específico de la población a preferir la atención privada, el cual se constituye con mayores posibilidades de enfrentar estos gastos.

En términos de la población no asegurada o de bajos recursos, uno de los programas públicos de atención a la salud es el IMSS-Oportunidades, que atiende al 90% de la población del primer decil de ingreso; el Seguro de Salud para la Familia del IMSS, en el cual las personas no asalariadas participan con una cuota voluntaria, pero donde la atención a padecimientos preexistentes está limitada; y, a partir de los últimos años, el Seguro Popular de Salud que trabaja con un esquema de prepago subsidiado a través de un financiamiento tripartita en el que intervienen el gobierno federal, los gobiernos estatales y las familias beneficiarias.

Si bien estos programas, en principio, podrían pensarse como adecuados y suficientes, hace evidente que la tarea pendiente del Estado en esta materia es ampliar los servicios de protección a la salud, en este sentido "debe enfatizarse que el aseguramiento en salud se inserta en una estrategia más amplia de protección social, y que por tanto, la cobertura universal en salud es un elemento

⁹ *Ibidem*, P. 54

necesario pero no suficiente para asegurar el bienestar de las familias y para lograr incrementar de manera estructural el potencial de crecimiento de la economía".

3.5 Tratados Internacionales

Los tratados que contienen disposiciones específicas vinculadas con la salud son:

- a) **La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial (1965)**, señala que el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales, es una prerrogativa que debe garantizarse sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico,
- b) **El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)**, reconoce el derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. Y enumera como medidas para asegurar la efectividad de este derecho, la reducción de la mortalidad y mortalidad infantil, así como su sano desarrollo; el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y medio ambiente; la prevención, tratamiento y lucha contra enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole; y la creación de condiciones que aseguren a todos la asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.
- c) **La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1979)**, dispone que los Estados Partes deberán adoptar las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra las mujeres en la esfera de la atención médica, a fin de asegurar el acceso a servicios de salud, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.
- d) **El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, mejor conocido como “Protocolo de San Salvador” (1988)**, reconoce que toda persona tiene derecho a la salud, como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social. En este instrumento, los Estados reconocieron a la salud como un bien público y se comprometieron a adoptar las siguientes medidas:
 - *Otorgar atención primaria de salud, esto es, asistencia sanitaria esencial al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;*

- *Extender los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;*
- *La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; • prevenir y tratar las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;*
- *Educar a la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud y;*
- *Satisfacer las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.*

e) **La Convención sobre los Derechos del Niño (1989)**, los Estados Partes reconocieron en su artículo 24 el derecho de las niñas y los niños al disfrute del nivel de salud más alto posible, así como a los servicios para el tratamiento de enfermedades y rehabilitación. Y reconoce a la salud como uno de sus derechos fundamentales.

3.6 Legislación Federal en materia de salud

En México, el derecho a la salud es una garantía constitucional declarada en el tercer párrafo del artículo 4º, y debe ser ejercido con base en los principios de igualdad y no discriminación. Fue elevado a rango constitucional en febrero de 1983: *“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73º de ésta Constitución”*.

Este artículo es reglamentado a través de la Ley General de Salud, y las únicas disposiciones específicas sobre la salud de la mujer se refieren a la salud reproductiva. Por su parte, la Ley del Seguro Social establece que su finalidad es garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. La Ley de los Institutos Nacionales de Salud establece que el objeto principal de esos organismos es la investigación científica en el campo de la salud; la formación y capacitación de recursos humanos calificados; y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad en todo el territorio nacional.

La Ley de Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, garantiza a los derechohabientes la prestación de la medicina preventiva, del seguro de enfermedades y maternidad y de los servicios de rehabilitación física y mental. La Ley Federal del Trabajo señala

que el trabajo debe efectuarse en condiciones que aseguren la vida, la salud y un nivel económico decoroso para el trabajador y su familia. También puntualiza que cuando se ponga en peligro la salud de la mujer y/o el producto durante la gestación o lactancia y sin detrimento del salario, prestaciones y derechos, el trabajo de la mujer gestante o lactante, no podrá ser utilizado en labores peligrosas, en trabajo nocturno industrial, en establecimientos comerciales o de servicio después de las 10 de la noche, así como en horas extraordinarias.

La Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres dispone que las autoridades correspondientes, desarrollarán tareas a fin de garantizar el impulso de acciones que aseguren la igualdad de acceso de mujeres y hombres a la alimentación, la educación y la salud, y promoverán investigaciones con perspectiva de género en materia de salud y seguridad en el trabajo.

La Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, también hace referencia a su derecho a la salud, a la atención médica y nutricional de la madre durante el embarazo y lactancia. En cuanto a la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 25 de junio de 2002, garantiza a este grupo de personas el derecho a la salud, incluyendo el acceso preferente a los servicios, con el objeto de gozar cabalmente de su derecho a la sexualidad, bienestar físico mental y psicoemocional.

Asimismo, hace referencia a su derecho a recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición, higiene y cuidado personal.

La Ley de Asistencia Social indica que se entiende como uno de los servicios básicos de salud en materia de asistencia social, el apoyo a mujeres en periodos de gestación o lactancia, especialmente las adolescentes en situación de vulnerabilidad.

La Ley de Desarrollo Rural Sustentable, por su parte, señala que los programas del Gobierno Federal deberán impulsar la salud como generador de bienestar social. Finalmente, conviene mencionar que el Código Penal Federal contiene un capítulo intitulado “delitos contra la salud”,

3.7 Desigualdad en salud de grupos vulnerables

La ausencia histórica de políticas públicas enfocadas en mejorar las condiciones de vida de los grupos vulnerables, y la falta de cobertura en servicios de salud, son los cimientos sobre los que se ha edificado este gran problema que padece un número muy elevado de personas. La población

de indígenas, por ejemplo, enfrenta distintos obstáculos —entre ellos, las barreras culturales y el idioma— para acceder a los servicios de salud: los muchos prejuicios sociales de que son objeto no son el menor de ellos, restringiendo gravemente el entendimiento en la relación médico-paciente, lo que también ha sido reportado en otros países (Hautecoeur, 2007; King, 2009).

En los migrantes, en cambio, el principal inconveniente radica en su condición de irregularidad en materia migratoria, puesto que la falta de un registro de residencia legal les impide tener acceso a servicios básicos de salud y de educación tanto en EE. UU como en México (Salgado, 2013). Por último, la falta de empleo formal en el transcurso de la vida productiva trae aparejado que los adultos mayores reciban un fondo de retiro reducido que les impide envejecer dignamente (Pelcastre, 2013). El denominador común en los tres GV analizados en el presente estudio es la falta de seguridad social, siendo la población indígena la más desprotegida. En 2002 entró en vigor el Seguro Popular de Salud (SPS) dirigido a grupos vulnerables y personas sin seguridad social, pero existen más de 25 millones de personas sin protección en salud, sobre todo indígenas¹⁰. En esa población —la indígena— el porcentaje que no tenía seguro de salud para 2012 fue de 24,3%, frente a 21,2% para población no indígena¹¹. Vale la pena resaltar que programas sociales como Oportunidades, el cual funciona con distintos nombres desde 1979, han logrado ciertas mejoras significativas en materia de acceso a servicios de salud (Cortés, 2008).

3.8 Recomendaciones en políticas públicas

En México resulta imprescindible realizar algunos cambios en las políticas públicas en pos de mejorar la atención en salud, en particular la de los grupos vulnerables. Entre esos cambios, se recomiendan los siguientes:

- ✓ Mejorar el acceso a los servicios de salud. Es necesario disminuir las barreras que dificultan el acceso y la utilización de los servicios de salud, mejorar la infraestructura de las unidades médicas, disponer de recursos humanos capacitados en competencias interculturales y garantizar el abastecimiento de medicamentos e insumos sanitarios.

¹⁰ México, Secretaría de Salud. Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud; 2002. Disponible en: http://www.funcionpublica.gob.mx/scagp/dgorcs/reglas/2002/r12_salud/completos/ro_seguropopular_2002.htm Acceso el 12 de marzo de 2014

¹¹ México, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Medición de la pobreza. Resultados de pobreza en México 2012 a nivel nacional y por entidades federativas. Disponible en: <http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Medici%20c3%b3n/Pobreza%202012/Pobreza-2012.aspx> Acceso el 12 de marzo de 2014.

- ✓ Fortalecer la atención primaria. Resulta imperioso virar desde el actual enfoque biomédico hacia una atención en salud centrada en las personas y las comunidades, promoviendo su participación y empoderamiento, así como mejorar la disponibilidad de servicios de calidad y garantizar la coordinación y la comunicación entre los niveles de tomadores de decisiones.
- ✓ Adicionalmente, y con el propósito de identificar a los grupos poblacionales más desprotegidos, se torna indispensable el crear un sistema de registro nominal que permita contar con información confiable para medir la cobertura de los servicios de salud (Gutiérrez, 2012). Elaborar políticas públicas incluyentes.
- ✓ Las políticas públicas deben orientarse a detener el camino que lleva a una situación de vulnerabilidad mediante intervenciones oportunas. Tales medidas tendrán como propósito disminuir los determinantes sociales que conducen a las personas a tomar decisiones inadecuadas y riesgosas para su salud. Incluir a las organizaciones de la sociedad civil. Es necesario generar fuertes lazos entre las OSC, el Estado y el sector privado a través de alianzas estratégicas que permitan utilizar esos recursos que, al día de hoy, continúan siendo desaprovechados.
- ✓ Fomentar redes de apoyo social. Un buen ejemplo de esto es capacitar a los familiares de los adultos mayores para que puedan realizar el seguimiento de las enfermedades crónicas (cuidador domiciliario). En relación a este mismo grupo etario, existen diversas formas de fomentar esas redes, incluidas la creación de “centros de día” y de otros espacios donde se integren acciones educativas, de recreación, preventivas y asistenciales.
- ✓ Incorporar las recomendaciones de organismos internacionales. Realizar un análisis minucioso de los compromisos internacionales suscritos y las recomendaciones de distintos organismos son cuestiones indispensables para eliminar las inequidades sociales y de salud y promover el desarrollo. La OMS/OPS y el PNUD impulsan, por medio de sus reportes regionales, la implementación de medidas específicas para tales fines.
- ✓ Medidas planificadas desde una perspectiva intercultural. Es perentorio incorporar en los centros de atención primaria un enfoque intercultural que garantice la disminución de los obstáculos culturales que limitan a los grupos vulnerables el acceso a los servicios de salud —y no sólo en las zonas donde residen las mayores poblaciones de esos grupos, sino en los centros de atención primaria de todo el país (Del Popolo, 2008).

- ✓ Implementar políticas intersectoriales. La salud no es responsabilidad exclusiva del sector salud, puesto que incluye aspectos que se vinculan en mayor o menor medida con distintos sectores de la sociedad. Por tal motivo es necesario articular acciones con políticas intersectoriales que garanticen el éxito de los programas e impacten positivamente en el bienestar general de toda la comunidad.

CAPÍTULO IV

EL SEGURO POPULAR DENTRO DEL MARCO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN MÉXICO

El concepto de políticas públicas es un concepto que tiende a ser impreciso. Lahera Parada nos ofrece dos conceptos de políticas públicas, el que Denomina tradicional y aquél por el cual se inclina que podríamos denominar actual. De acuerdo a la posición tradicional, las políticas públicas podrían ser definidas como: *“aquéllas que se corresponden al programa de acción de una autoridad pública o al resultado de la actividad de una autoridad investida de poder público y de legitimidad gubernamental”*. (Lahera, 2002). La crítica que el autor dirige contra este concepto consiste en que le asigna un papel central al Estado como si las políticas públicas fueran materia exclusiva de las autoridades públicas. (Lahera, 2002). En su lugar propone un concepto más integral de acuerdo al cual:

“Las políticas públicas son cursos de acción y flujos de información relacionados con un objetivo público definido en forma democrática; los que son desarrollados por el sector público y, frecuentemente, con la participación de la comunidad y el sector privado. Una política pública de calidad incluirá orientaciones o contenidos, instrumentos o mecanismos, definiciones o modificaciones institucionales y la previsión de sus resultados. El mínimo de una política pública es que sea un flujo de información en relación a un objetivo público, desarrollado por el sector público y consistente en orientaciones” (Lahera, 2002).

Las políticas públicas así concebidas, son soluciones específicas acerca de la forma en que deben ser abordados los asuntos públicos determinados en la agenda pública. (Lahera, 2002)

Las políticas públicas son el “conjunto de actividades de las instituciones de gobierno, actuando directamente o a través de agentes, y que van dirigidas a tener una influencia determinadas sobre la vida de los ciudadanos”. Pallares señala: “Las políticas públicas deben ser consideradas como un “proceso decisonal”, un conjunto de decisiones que se llevan a cabo a lo largo de un plazo de tiempo”. Las políticas públicas tienen que ver con el acceso de las personas a bienes y servicios. Consisten, precisamente, de reglas y acciones que tienen como objetivo resolver y dar respuestas a la multiplicidad de necesidades, intereses y preferencias de grupos y personas que integran una sociedad. Generalmente se tienen instrumentos para plantear e impulsar las

políticas públicas, dependiendo del tipo de actores que intervienen éstos pueden variar. Para el caso del gobierno a través de sus instituciones al elaborar una propuesta se basan en los siguientes aspectos:

Las normas jurídicas. Es a través de las normas jurídicas que los poderes públicos autorizan y establecen las actividades que constituyen las políticas, y también limitan la discrecionalidad en el actuar de los que la elaboran y ejecutan. Es decir, basarse en todo tipo de norma o ley establecida.

1. **Los servicios de personal.** Elaborar las políticas requiere infraestructura humana, organizativa y de material.
2. **Los recursos materiales.** Destacan principalmente los financieros ya que son los que suelen ser más restringidos.
3. **La persuasión.** Los ciudadanos consideran al gobierno como legítima expresión de la interpretación mayoritaria de los intereses generales de la sociedad. Es por esto, que se debe responder correctamente a las demandas sociales, ya que el gobierno como ente debe velar por los intereses de los que están bajo su tutela.

4. Políticas Públicas

4.1 Definición

Las políticas públicas son “las sucesivas respuestas del Estado (del régimen político” o del “gobierno de turno”) frente a situaciones socialmente problemáticas (Salazar, 1994). Sin embargo, el autor señala que la palabra “política” tiene en castellano dos definiciones diferentes, la primera corresponde a *politics* con la cual se designa la práctica de la competencia política, mientras que la segunda hace referencia al vocablo *policy* (policies en plural) significado de directriz o curso de acción, deliberadamente adoptado y perseguido para conseguir un determinado objetivo. (Salazar, 1995:19).

Por otra parte, Roth (2006:26) plantea tres las acepciones del término de políticas públicas: “como *polity*, es decir, la política concebida como el ámbito del gobierno de las sociedades humanas; como *politics*, es decir, como la actividad de organización y lucha por el control del poder y como *policy*, es decir, como designación de los propósitos y programadas de las autoridades públicas”. Asociada a la dificultad de precisar el término, son varias las definiciones que existen actualmente de las políticas públicas, las cuales han variado debido a las nuevas

variables que se consideran en su estudio así como los diferentes enfoques desde se analicen. Carlos Salazar en su libro *Las políticas públicas* (1995:30) expresa que se podrían encontrar alrededor de 30 ó 40 definiciones también, André-Noël Roth identifica unas 10 definiciones en su libro *Políticas Públicas* (2006:25). Entre las que destacan:

- *“Una política pública es una acción gubernamental dirigida hacia el logro de objetivos fuera de ella misma”* (Hecló y Wildavsky, 1974: XV).
- *“La política pública está constituida por las acciones gubernamentales lo que los gobiernos dicen y lo que hacen con relación a un problema o una controversia”* (Dubnick, 1983:7).
- *“Para que una política pueda ser considerada como política pública, es preciso que en un cierto grado haya sido producida o por lo menos tratada al interior de un marco de procedimiento, de influencias y de organizaciones gubernamentales”* (Hogwood, 1984:23).
- *“La acción de las autoridades públicas en el seno de la sociedad...la política pública se transforma en un programa de acción de una autoridad pública”* (Mény y Thoenig, 1986:8).
- *“El conjunto de sucesivas respuestas del Estado frente a situaciones consideradas socialmente como problemáticas”* (Salazar, 1995:30).
- *“Una política pública designa el proceso por el cual se elaboran y se implementan programas de acción pública, es decir dispositivos político-administrativos coordinados, en principio, alrededor de objetivos explícitos”* (Muller y Surel, 1998:13).
- *“Son el conjunto de sucesivas iniciativas, decisiones y acciones del régimen político frente a situaciones socialmente problemáticas y que buscan la resolución de las mismas o llevarlas a niveles manejables”* (Vargas, 1999:57).
- *“Una política pública designa la existencia de un conjunto conformado por uno varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables y por medios y acciones que son tratados, por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental*

con la finalidad de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática” (Roth, 2006:27).

Las políticas públicas se asumen como procesos decisionales y acciones promovidas por los gobiernos y colectivos para enfrentar situaciones problemáticas y enfocar acciones relacionados con la promoción y prevención. Esta visión implica diferenciar las políticas públicas en términos de los programadas y propósitos de las autoridades públicas, por una parte de la política vista como la serie de procesos y métodos de toma de decisiones por parte de los grupos y de las relaciones en las que están involucradas autoridad y poder, y por otra parte del ámbito propio del gobierno o la forma de gobierno de una organización social (Roth, 2004).

4.1.1 Fases y elementos constitutivos de las políticas públicas

Las fases o ciclo de vida de las políticas públicas, según Salazar (1995:44), está compuesta por:

- a) *El origen, creación, gestación o formación*
- b) *La formulación*
- c) *La puesta en marcha o implementación*
- d) *La evaluación*
- e) *El análisis y;*
- f) *La reformulación o reestructuración de las políticas*

El origen se refiere a la consideración del problema social por parte del Estado, es decir, ya ha habido una identificación clara y precisa de la situación problemáticas: dónde se está dando, a quiénes afecta, qué quién la genera, entre otros; *la formulación*, hace referencia a la decisión seleccionada para atacar el problema, claro está, que una vez estudiadas todas las posibles alternativas de solución, luego de hacer estudios técnicos y de factibilidad, de negociar con los distintos actores que de alguna manera tienen poder para influir en las decisiones de política y de considerar presiones por parte de algunos grupos de interés colectivos, ésta a su vez, se encuentra compuesta de cinco etapas:

- a) ***El establecimiento de la agenda política***: Las agendas políticas son más el resultado de la movilización de demandas y presiones, que de un proceso racional de evaluación de

necesidades, valores y objetivos. Aquí cada actor plantea su propia agenda dependiendo de sus prioridades e intereses por lo que surge una interacción de las mismas con otros que se encuentren involucrados, la importancia de poner un tema en la mesa para que sea analizado debe llevar a cabo una etapa de negociación para poder generar acuerdos y así lograr el tema de estudio.

- b) **La definición de los problemas:** Debemos definir los problemas, no basta el hecho de haberlos identificado, sino que es necesario tener mayor conocimiento de ellos. Es decir, recopilar información, estudios, a fin de ir concretando a su vez el tema en específico al cual nos vamos a enfocar.
- c) **La previsión:** Es de medir el impacto que podría tener la política pública al momento de su implementación, reacciones, grupos en contra y a favor. Para lograr o intuir los posibles escenarios, se requiere una gran visión política, por lo cual se sugiere el asesoramiento de personas que pudieran contar con dicha herramienta.
- d) **El establecimiento de objetivos:** Establecer características genéricas del futuro deseado en un ámbito determinado. Una vez que ya se ha hecho un análisis conciso del tema que se requiere tratar y de la recopilación de la información, se pasa a establecer aquellos objetivos los cuales serán resueltos en el transcurso de la política pública, éstos pueden ir acompañados del tiempo en el cual se quieran resultados a fin de ir revisando si se van cumpliendo.
- e) **Selección de opción:** Se trata de seleccionar la opción completa concreta la que sea viable conforme a estudios realizados y a un previo análisis plural. Esto va aunado a la identificación de los objetivos, aunque también pudiera existir la posibilidad de la persona, institución que solicita una política pública en específico ya tenga la situación concreta bien definida.

La implementación como concepto es introducido por Wildavsky y Pressman (1973) con el fin de traducir la teoría en práctica y de ésta manera generar resultados. Barret y Fudge (1981) consideran la implementación como “*un continuum de elaboración y acción en el cual tienen lugar tienen lugar un proceso negociador entre aquellos que quieren llevar la política a la práctica y aquellos de los que depende la acción*”. Pero básicamente la implementación se lema a cabo una

vez que ya se tiene todos los pasos anteriores hechos de manera correcta. Es aquí donde esperamos resultados de todo aquello planeado en el papel.

La evaluación consiste en el proceso necesario para medir el grado que están alcanzando las finalidades deseadas, y sugerir los cambios que puedan situar las realizaciones de la política más en la línea de espera. Este paso nos permite realmente ver desde el comienzo algunas fallas o las que se vayan dando en el transcurso de la implementación. Debemos estar conscientes de la importancia de hacer una evaluación imparcial sobre lo que nosotros mismos hemos diseñado, con la finalidad de tener un antecedente verídico.

Para finalizar, *el análisis de políticas públicas* se encuentra orientado a tres objetivos:

- a) *Descubrir y seleccionar los objetivos que son de interés público,*
- b) *Utilizar los mejores medios para diseñar y optar entre alternativas que permitan el logro de esos objetivos y;*
- c) *Identificar mejores sistemas para comprobar que las alternativas seleccionadas se llevan a la práctica de forma eficaz.*

4.1.2 Importancia de las políticas públicas

La aparición en escena de las políticas públicas ha permitido a los gobiernos, diseñar e implementar medidas de acuerdo a contextos y situaciones específicas en la cual se focaliza las intervenciones con el objetivo de satisfacer las necesidades y/o solucionar los problemas de manera eficiente. Así, *“gobernar de acuerdo a políticas públicas, significa la incorporación de la opinión, la participación, la corresponsabilidad, el dinero de los ciudadanos, es decir, de contribuyentes fiscales y actores políticos autónomos y, a causa de ello, ni pasivos ni unánimes”* (Aguilar, 1996:33).

En esa medida, las políticas públicas cobran importancia en tanto permiten la participación de diferentes colectivos en la identificación de problemas sociales, incrementando así la posibilidad de intervenirlos más rápidamente. Aunque, esto no queda sólo ahí, las denuncias y demandas sociales por soluciones rápidas y efectivas, ayudan a posicionar los problemas en las agendas gubernamentales, más o menos rápido, dependiendo de los sectores involucrados, los intereses de los actores, las capacidades de los gobiernos y la disponibilidad presupuestal. Dado que la

pretensión de las políticas públicas es la de dar respuesta a problemas, demandas o necesidades sociales por parte del Estado que no se daría sin aplicación de política, no sólo permiten legitimarlo como proveedor del mejoramiento de la calidad de vida sino que incrementa la credibilidad en el gobierno, en tanto hace frente a las demandas que la sociedad le hace, y fortalece la participación de las comunidades en la identificación y, en algunos casos, en la búsqueda de alternativas y/o en la implementación de actividades que conducen a la solución de problemas.

Las políticas públicas, generalmente, se expresan en planes, programas y proyectos prioritarios; también en actos administrativos, jurídicos y contractuales. Sin embargo, en ambas circunstancias son acciones que expresan el liderazgo de los mandatarios y que se imponen tácitamente considerando la aplicación de los recursos (Gómez, 2005). También se distinguen cuatro tipos de políticas públicas: las que se utilizan como promotoras de un tipo de decisión relacionada con el interés en cuestión, las protectoras de un bien (por lo general de un interés público), las reguladoras de intereses en conflicto y las sancionadoras de un tipo de decisión considerado “nocivo” para algunos (Gómez, 2005).

4.1.3 Principales enfoques entorno a las políticas públicas

El estudio de la política pública ha suscitado diferentes enfoques y teorías dependiendo del énfasis que ponen en el método y la finalidad de las políticas. Así el análisis de políticas públicas intenta determinar un conjunto instrumental que permita establecer la alternativa más adecuada para la ejecución de los objetivos y programas de la administración pública.

Según Subirats (Lindblom, 1991), los trabajos de gente como Simon, Dahl, Lindblom, Wildavsky o Majone han resultado esenciales para comprender que la política no es solo preocupación por los mecanismos de poder y legitimidad, ni tampoco exclusivo interés por el mundo de la representación política. La llamada escuela del *public policy* ha sido clave para aportar un número significativo de estudios y análisis en los que subyace la preocupación por la formación de decisiones políticas ha permitido analizar la política en acción, conectando con otras disciplinas, como la economía, el derecho o la sociología, en la voluntad de explicar procesos de intervención pública de las sociedades pluralistas.

La diversidad de definiciones sobre políticas públicas (Aguilar, 1991) refleja un pluralismo de escuelas teóricas y metodológicas que las abordan. Uno de estos enfoques es pues el *Policy Analysis*, el cual se centra en hallar la solución óptima a cada problema público, mediante

esquemas analíticos. Un segundo enfoque lo constituye el incrementalismo, cuyo argumento central es que las decisiones se adoptan bajo esquemas pragmáticos que buscan salir del paso (Lindblom, 1959), más que obtener una solución global, es un enfoque que renuncia a la racionalidad en la toma de decisiones. Una tercera opción de estudio es la escuela del *Public Choice*, la cual sostiene que el mundo de la política no tiene reglas diferentes al de la economía por lo que en el terreno de la actividad pública los actores se atienen al principio de utilidad y actúan como lo hacen en el mercado los empresarios y consumidores.

El análisis de políticas públicas, enfoque más cercano a la ciencia política, representado por Lowi y Dye, sostiene que las políticas son el resultado de la acción de las élites y de la estructura del sistema político. Son las políticas las que determinan la política y son las características de cada política las que crean sus procesos decisionales específicos (Fernández, 1999). Otros autores, como Lindblom (1979) o Wildawsky (Pressman y Wildawsky, 1988), parten de criticar los métodos racionales porque estos no toman en cuenta la complejidad que entrañan tanto las decisiones como el proceso de implementación. Sostienen de manera similar que cada uno de los actores consigue un resultado más ajustado a sus intereses, partiendo siempre de ajustes incrementales, sobre decisiones tomadas anteriormente.

Elementos centrales del incrementalismo dan la importancia que confieren al grado de consenso y a la magnitud de cambio requerido. Plantean que los grandes cambios provocan consensos menores y los cambios menores concitan, por el contrario, grandes consensos. El incrementalismo es un enfoque que estipula que las decisiones políticas en curso dependen, en gran medida de las decisiones previas. Por definición, las políticas incrementales desalientan la controversia, recurriendo a la estrategia de desviarse en muy pequeña medida de la ruta trazada por los arreglos y prácticas anteriormente establecidas (Braybrooke y Lindblom, 1963).

Unos, en lo que se incorporan análisis sistémicos, reflexiones políticas y socioeconómicas; los que enfatizan en los contenidos de las políticas y otros, que han centrado sus estudios en el análisis de las diferentes fases o etapas de las políticas públicas, por lo que cobran importancia los actores y los estilos de decisión. También desde la perspectiva de Mayntz (1985), la administración pública en la práctica pierde su carácter de instrumental, ejecutora de la voluntad y consenso político y el conocimiento especializado se constituye en la base de su poder confiriendo a la administración la capacidad de eludir las decisiones y objetivos políticos. El carácter instrumental

guarda relación con el problema de legitimidad de la dominación política. Desde el análisis de la administración pública es importante más bien distinguir claramente entre el sistema administrativo como un complejo de formas sociales reales, por un lado, y la función administrativa por otro.

4.1.4 Políticas públicas sociales y enfoque de derechos

Las políticas públicas en el ámbito de lo social que están orientadas por los derechos humanos pueden ser entendidas como acciones positivas destinadas a superar situaciones graves de exclusión y desigualdad estructural de vastos sectores de la población (Abramovich, 2006^a:13), garantizando el acceso universal integral y progresivo al ejercicio de sus derechos.

Sin embargo, es preciso recordar que las políticas públicas sociales surgieron como un mecanismo cuyo fin era contribuir a la integración social de los grupos excluidos del acceso al mercado. Originalmente se centró en un modelo de Estado asistencial caracterizado por la prestación de servicios y el desarrollo de una infraestructura social básica. Es decir políticas dirigidas a garantizar el disfrute de los derechos sociales reconocidos, sin asumirlas como obligaciones del Estado sino como mecanismo de legitimación y reproducción del sistema. En término de Güendel (2003), es un modelo de política pública basado en el control social del conflicto. Este mecanismo se desarrollaba en dos frentes, por un lado, la prevención primaria, y por el otro, el control de los problemas sociales que podrían generar desequilibrios y, por tanto, atentar contra el orden del sistema.

La atención de las problemáticas sociales consolidó una amplia y rígida estructura burocrática que limitó la participación de la población a los aspectos funcionales (Güendel y otros, 1999). Los cambios ocurridos durante la segunda mitad del siglo XX dieron como resultado la necesidad de una política pública social más global para que pudiera desarrollar no sólo la atención de las necesidades (objetivas y subjetivas) de la población (entendidas como derechos que el Estado está obligado a respetar, proteger y satisfacer), sino también el reconocimiento pleno de la identidad de los grupos excluidos como sujetos de derechos (lo que Güendel denomina “ciudadanías específicas”). Este último aspecto permite fortalecer el tejido social mediante el empoderamiento y el reconocimiento recíproco de los grupos sociales. En tal sentido, la titularidad de derechos a los sujetos constituyó el primer paso hacia el desarrollo del enfoque de derechos humanos. En perspectiva histórica, puede señalarse que las políticas públicas sociales han cumplido

tradicionalmente dos roles fundamentales, uno de tipo político como mecanismo legitimador de los sistemas y otro de naturaleza sociológica, basados en un proceso de integración y cohesión social (Lacruz, 2006). La base del enfoque de derechos humanos es la construcción del sujeto activo e integrado. Construir una nueva cultura social e institucional que garantice los derechos individuales de los grupos excluidos pasa por articular las dimensiones éticas y morales propias de los enfoques clásicos de los derechos humanos con los aspectos más operacionales orientados a reconocer y superar las desigualdades (Güendel, 2003).

El enfoque de derechos considera la interrelación existente entre políticas públicas y derechos sociales, entendiendo a aquellas más que como simples medios para garantizar el ejercicio efectivo de estos. En realidad este paradigma considera la política pública social como un derecho en sí mismo. Tal situación implica, en primer lugar, reconocer el papel del Estado como garante del acceso a bienes y servicios colectivos que satisfagan necesidades fundamentales de la población asegurando una vida digna, y que por su naturaleza no pueden ser dejados bajo la lógica del mercado, tal como lo plantea la tendencia neoliberal, para cuyos partidarios la organización social debe tener como base el mercado y el respeto a las libertades individuales. Ambas condiciones se expresan en la reducción de las funciones del Estado.

El enfoque de derechos es una visión que pretende sustituir la caridad y la ayuda por una nueva solidaridad fundada en los derechos humanos, en la cual la política pública social no sea visualizada desde el Estado como una responsabilidad simplemente moral, sino como una obligación jurídica. Siguiendo a Güendel (2003:2):

La principal diferencia que hay entre el enfoque basado en los derechos y el enfoque tradicional de política social consiste en que hay un esfuerzo por construir una capacidad reflexiva orientada a desarrollar un tipo de ciudadanía distinta, más consciente y global, en el sentido de que involucra no sólo el reconocimiento político-estatal sino también el socio cultural (...) La política social tradicional se ha configurado en torno a la satisfacción de los derechos sociales o colectivos, como una actividad externa y provista por el Estado, el cual se ha visualizado como un actor situado por encima de la sociedad.

Estas diferencias aún se observan en el campo de la gerencia social donde no sólo existe una tendencia progresista que busca incorporar el enfoque de derechos mediante la construcción de instituciones inclusivas y cada vez más democráticas, sino también una conservadora que impulsa

una reforma de la política social hacia un enfoque económico basado en estrategias de racionalización de la inversión social (Güendel, 2003). La principal diferencia entre ambas corrientes se encuentra dada por el significado que se le otorga a la participación ciudadana: para la primera es la base de la gestión pública, de lo cual se desprende que el sujeto es el centro de lo social y que el objetivo de sus políticas es el empoderamiento, mientras que para la segunda, es sólo un insumo en el proceso de optimización de la política pública (Güendel, 2003).

4.1.5 Dimensiones para el análisis de las políticas públicas en el ámbito social desde el enfoque de derechos humanos

Dimensiones	Enfoque de derechos
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Adopción explícita del marco normativo internacional de los derechos humanos. • Reconocimiento e integración social de las ciudadanías específicas.
Estrategia	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación hacia el cumplimiento de las obligaciones de respeto, protección y cumplimiento de los derechos humanos. • Determinación de metas inmediatas y puntos de referencia para el cumplimiento progresivo de los derechos. • Reconocimiento del principio de integralidad como base para un abordaje global y en conjunto de los derechos humanos.
Cobertura/Destinatarios	<ul style="list-style-type: none"> • Universal, combinada con acciones focalizadas para fortalecer la equidad.
Foco de preocupación	<ul style="list-style-type: none"> • El sujeto reflexivo y empoderado como centro de la política pública.

	<ul style="list-style-type: none"> • Lo público local como espacio para el ejercicio de la ciudadanía.
Institucionalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Énfasis en la integralidad, en la multisectorialidad y en la redefinición de prioridades. • Desarrollo de la información social desagregada, oportuna y de calidad como mecanismo de visibilización del déficit. • Garantía del acceso a la información oficial de manera transparente.
Dimensión política	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de la necesidad de consensos políticos básicos para hacer sostenible la política social y establecer prioridades compartidas. • Empoderamiento y ciudadanía como dimensiones políticas de la acción social. • Mecanismos accesibles y transparentes de exigibilidad de responsabilidades.
Gestión y participación	<ul style="list-style-type: none"> • La participación activa y documentada es fundamental como mecanismo base para el empoderamiento social y el fortalecimiento de la institucionalidad pública. • Basado en los principios de factibilidad económica y equidad social. • Gasto social y política fiscal como instrumentos privilegiados de las políticas públicas.
Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> • La escasez de recursos no exime al Estado de sus obligaciones.

ACTORES	
Estado	<ul style="list-style-type: none"> • Garante de derechos fundamentales que aseguren el acceso a umbrales de bienestar necesarios para la integración social. • Principal titular de deberes, siendo la instancia ante la cual se afirman los derechos humanos.
Sociedad/Comunidades	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercen sus derechos • Inciden con su participación en los procesos de toma de decisiones. • Exigen la reconstitución de los derechos vulnerados a través de mecanismos socialmente establecidos y reconocidos. • Se conciben como un tejido formado por multiplicidad de redes generadoras de lazos de pertenencia.
Empresariado	<ul style="list-style-type: none"> • Produce bienes y servicios sin lesionar los derechos de terceros. • Como iniciativa privada coadyuva en la materialización de los planes de desarrollo.
Organizaciones no gubernamentales	<ul style="list-style-type: none"> • Proveen servicios como entidades públicas no estatales sin afectar el papel del Estado como rector en la formulación de las políticas y su financiamiento.
Agencias de cooperación	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia técnica y de cualquier otra índole en el marco de sus ámbitos de acción para promover y colaborar en la implementación del enfoque de derecho.

Fuentes: Barahona, 2004; Calderón, 2000:78, Güendel, 2007; Pérez, 1995; Sottoli, 2002:49-51; UNFPA, 2006.

De lo anterior se desprende que incorporar el enfoque de derechos en las políticas públicas plantea un importante reto para los distintos actores sociales en la medida en que requiere de al menos cuatro importantes consideraciones (Güendel, 2003; OACDH, 2004):

1. Reconocimiento explícito del marco normativo, tanto nacional como internacional, de los derechos humanos;
2. Modificaciones en el rol y la estructura del actual Estado social de derecho en pro de la promoción y desarrollo tanto de una ciudadanía activa como de prácticas favorables a los derechos humanos;
3. Revisión de los fundamentos e instrumentos de elaboración de políticas públicas para la inclusión de los principios éticos en los que se basan los derechos humanos, y;
4. Transformaciones culturales que favorezcan el reconocimiento de los derechos humanos en las instituciones y en las prácticas sociales.

En otras palabras, el proceso requiere el fortalecimiento de un nuevo Estado que favorezca a construcción simultánea de la ciudadanía política, social y cultural (Güendel, 2002). Estos tos plantean la necesidad de una estrategia sobre la base de los principio del enfoque y de contenidos claros que sirvan como orientación para su efectiva y progresiva aplicación.

4.1.6 Principios del enfoque de derechos

El paso de enunciados filosóficos a la implementación de políticas públicas favorables a los derechos humanos constituye un gran reto para el Estado y la sociedad. En primer lugar, los avances en la legislación internacional promueven el acceso universal a los derechos, preservando y respetando la diversidad, y consagrado una máxima como la no discriminación de los actores involucrados en los procesos de planificación pública en aras de garantizar la universalidad y equidad de los derechos.

En segundo lugar, los procesos de planificación requieren de la participación y empoderamiento de las comunidades a través de sujetos documentados, reflexivos y críticos dispuestos a involucrarse activamente en la resolución de las problemáticas presentes en su

entorno. En tercer lugar, la rendición de cuentas y exigibilidad garantizan la responsabilidad de los titulares de deberes, no obstante, su efectiva realización requiere de sistemas de monitoreo y evaluación que den cuenta de los avances y retrocesos en materia de derechos. Por último, es necesario, considerar la integralidad y progresividad como elementos que definen los derechos humanos: por un lado, el incuestionable hecho de que todos los derechos están interrelacionados, en tanto la realización de uno depende, si no totalmente, al menos en parte del resto; y por el otro, que el Estado como garante debe propender a alcanzar el máximo posible, de acuerdo a sus posibilidades, en cuanto a medios que permitan el ejercicio de los derechos.

Estos aspectos son básicos para iniciar la transformación social que promueva los derechos humanos como una práctica social legitimada y con mecanismos operacionales e institucionales que garanticen su ejercicio y exigencia, y no simplemente su establecimiento formal como máximas ético-morales que no implican necesariamente el reconocimiento de las personas como sujetos sociales (identidad) y sujetos de derechos (ciudadanía) (Güendel, 2002).

a) Universalidad y equidad

Una política pública orientada por el enfoque de derechos debe tomar en cuenta un supuesto fundamental: existe una exposición desigual al riesgo de los distintos grupos dadas las diferencias asociadas a la estratificación social y otras variables. La equidad en el ámbito de la formulación de políticas públicas tiene dos ejes fundamentales: el eje igualdad-justicia y el eje universalidad-diversidad. La unificación de ambos ejes proporciona una definición de la equidad, entendiéndola como la igualdad en las diferencias planteando el reto de la construcción de políticas públicas que enfrenten las injusticias sociales que se generan por desigualdad o por exclusión (D'Elia y Maingon, 2004:60-61).

En otras palabras, la incorporación de criterios de equidad en el enfoque de derechos como catalizador en la solución de problemas sociales, tales como la discriminación y la exclusión, implica que la universalización de los derechos debe estar basada en el reconocimiento de la diversidad humana: trato igual para los iguales (...) y trato desigual para los desiguales. (González Plessmann, 2004b).

Las inequidades son un problema de relaciones que nacen de las diferencias entre grupos de una estructura social a lo largo del tiempo, por tanto, son injustas, evitables y no escogidas. Para

el logro de la equidad un marco normativo favorable es un elemento necesario pero no suficiente, en especial dada la existencia de instrumentos legales que confunden igualdad con equidad, lo que inevitablemente tiene repercusiones en materia de políticas públicas. Garantizar la equidad consiste en determinar quiénes están en situaciones de riesgo, vulnerabilidad o desventaja para así ofrecerles un trato diferenciado acorde con sus necesidades (De Negri, 2006).

b) Participación y empoderamiento

La inclusión de los derechos sociales en tratados, pactos, declaraciones y convenciones internacionales ha representado la ampliación de la doctrina de los derechos humanos. En consecuencia se produjo el redimensionamiento del concepto de ciudadanía más allá de su vertiente política para incorporar el plano social y económico. Según esto, el ejercicio de la ciudadanía se realiza de manera incompleta si no se cuenta con condiciones que aseguren óptimos, niveles de calidad de vida, aunque es indudable que la existencia de una institucionalidad social contribuye en su construcción. Tal consideración implica la complementación entre ambas formas de ciudadanía como fundamento de los sistemas democráticos con contenido social, siendo un objetivo que sólo se logra cuando los sujetos como colectivos internalizan sus derechos (Güendel, 2003; Güendel y otros, 1999) y la posibilidad de exigirlos.

Si se entiende al Estado como relación social y no simplemente como un aparato administrativo, es posible afirmar que la ampliación de las funciones sociales de este no garantiza necesariamente el cumplimiento de los derechos humanos. Un nuevo rol de la institución estatal implica organizar un aparato institucional que permita a los grupos excluidos el ejercicio de sus derechos, así como el establecimiento de mecanismos de exigibilidad (Abramovich, 2006b). Por otra parte, el principio de corresponsabilidad otorga un papel importante a la sociedad en el logro del bienestar colectivo, con lo cual se reafirma la idea antes expuesta según la cual el Estado no es el único actor en las políticas públicas, por cuanto el cumplimiento de los derechos deviene (...) en una responsabilidad de todas las personas y organizaciones sociales (Güendel, 2003:7).

Sobre la corresponsabilidad es importante destacar que implica la creación de espacios de interacción entre los organismos públicos y la ciudadanía, reconociendo la importancia de la participación de las comunidades empoderadas en los procesos de planificación. En la actualidad, esto requeriría la formación de un personal técnico capaz de facilitar los procesos, sin subestimar el potencial de la ciudadanía para diagnosticar sus problemas y gestionar sus propias soluciones.

c) Rendición de cuentas y exigibilidad

Debido a que los derechos humanos demandan obligaciones y estas a su vez requieren mecanismos para que sean exigidas y pueda dársele cumplimiento (Abramovich, 2006b), es necesario partir de la identificación tanto de los sujetos de derechos como de los titulares de deberes, para que cumplan con las obligaciones que les incumben.

Es importante destacar que el incumplimiento de las obligaciones contraídas por parte del Estado da cuenta de un déficit en materia legal, presupuestaria, administrativa, logística o de cualquier otra índole (Giménez y Valente, 2008:45) que requiere de mecanismos accesibles, transparentes y principalmente eficaces de exigibilidad. Los mecanismos de rendición de cuentas no son exclusivamente judiciales, también incluyen: *a) los cuasi-judiciales (defensorías del pueblo); b) los administrativos (evaluaciones de impacto, políticas, planes y programas de derechos humanos); y c) los políticos (procesos parlamentarios)* (Abramovich, 2006^a). Lo importante en estos casos es que, una vez vulnerado el derecho, estos mecanismos garanticen su restablecimiento pleno a los agraviados y/o las agraviadas. Sin embargo, con el empoderamiento las propias comunidades tienen la capacidad de identificar por sí mismas los déficits de derechos que presentan y de poner en marcha los mecanismos de exigibilidad de su cumplimiento al Estado (Giménez y Valente, 2008:49).

Es importante recalcar que las políticas públicas basadas en derechos son más sólidas cuando están articuladas a “contratos sociales” entre el Estado y los ciudadanos (UNFPA, 2006:117). Es decir, que en la medida en que Estado y sociedad produzcan acuerdos legitimados por la participación, se garantiza mayor pertinencia en las decisiones y más información para que la ciudadanía pueda exigir la restitución de un derecho cuando se evidencie incumplimiento de las obligaciones por parte de la institucionalidad estatal.

Por otro lado, se requiere avanzar hacia la producción y uso de la información para diagnosticar realidades, y tanto para diseñar políticas públicas como para evaluar su impacto real con el propósito de generar mecanismos de alerta y seguimiento con los cuales se fomente la práctica de la exigibilidad de los derechos, siempre y cuando exista conciencia de su existencia. La información es un elemento clave para la toma de decisiones como proceso colectivo y en el caso del enfoque de derechos debe tener un objetivo particular: visibilizar las desigualdades que ocultan los indicadores agregados. Sin el enfoque pretende reconocer como sujetos de derechos a grupos

sociales específicos, es imprescindible desarrollar sistemas de información con los más exhaustivos niveles de desagregación posibles, incluso más allá del ámbito local y tomando en cuenta ejes de carácter transversal (ciclo de la vida, etnia, género, etc.).

d) Integralidad y progresividad

Desde este enfoque integral, el ejercicio efectivo de los derechos se obtiene a través de la conjunción de acciones encaminadas a satisfacer todos y cada uno de los derechos por igual y de manera simultánea. Los derechos humanos son interdependientes y los logros en su concreción efectiva dependen en gran medida de una visión integral de su ejercicio como base para la ejecución de políticas públicas con equidad.

Cabe destacar que bajo esta perspectiva los problemas sociales no son concebidos como fallas o disfuncionalidades del sistema social sino como violaciones a los derechos humanos y como tales son responsabilidad del Estado, que debe reconstituir el derecho. De tal manera que si se busca enfrentar una problemática social como, por ejemplo, la pobreza, se requiere partir del principio de integralidad y comprender que se trata de un déficit y posee tantas aristas como derechos sean vulnerados y, por tanto, su superación implica vincular las estrategias globales de desarrollo con los contenidos específicos de las políticas públicas, en función de emitir el ejercicio de los derechos y evitar que sean vulnerados nuevamente.

Desde el punto de vista de la ciudadanía la integralidad implica el ejercicio simultáneo tanto de la ciudadanía política como de la social (Güendel, 2000). Tal reconfiguración busca dejar atrás las concepciones que divorciaban los aspectos formales de los operativos en el diseño de políticas públicas, así como incorporar los ejes transversales antes mencionados, superando de ese modo las tradicionales tendencias asistencialistas que resumen los problemas sociales a una sola dimensión (Ibid.).

Con relación a la progresividad, cabe destacar que existen obligaciones fundamentales de los Estados que se refieren a niveles esenciales mínimos en materia de derechos humanos y que por tanto, requieren ser cumplidas prestamente. En otros casos, las obligaciones no necesariamente deben ser de efecto inmediato, sino que, con base en el principio de realización progresiva, se van poniendo en práctica gradualmente. Esto ocurre fundamentalmente por razones de disponibilidad de recursos e implica que el Estado puede manejar dos variables para ir acatando sus deberes: por

una parte, la dimensión temporal en el entendido de que existen puntos de referencia, y por otra, la necesidad de establecer prioridades debido a la imposibilidad de mantener con la misma fuerza varias obligaciones de forma simultánea. En todo caso debe garantizarse aun cuando de prioricen algunas obligaciones el principio de no regresión, que consiste en que el resto de los derechos deben de mantener su nivel de realización y nunca retroceder (OACDH, 2004).

4.2 Determinantes Sociales de la Salud

Los determinantes sociales de la salud se refieren a las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, es decir, el contexto de su vida cotidiana sus acciones y las consecuencias de ellas. En el año 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la Comisión Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) con el propósito de revisar el conocimiento existente, crear conciencia social y promover el desarrollo de políticas que reduzcan las inequidades en salud entre los países y al interior de ellos. La CSS refiere que *“los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país”* (CDSS, 2008). Bajo este enfoque, es necesario enfatizar el papel de los factores sociales, políticos y económicos, los cuales adquieren una relevancia especial para entender la salud de los grupos poblacionales.

En el informe de la CDSS se presenta la evidencia que sustenta las múltiples inequidades sociales que afectan la salud de la población y recomienda tres principios de acción:

- a) *Mejorar las condiciones de vida;*
- b) *Abordar la distribución inequitativa del poder, dinero y recursos;*
- c) *Medir el problema y evaluar los efectos de las intervenciones. Es de destacar el papel estratégico de los actores que deben participar en esas tres tareas, que incluyen entre otros a las agencias multinacionales, los gobiernos nacionales y locales, la sociedad civil, el sector privado y la academia*

La vulnerabilidad social en salud expresa las desigualdades sociales de distintos grupos poblacionales, por lo que no corresponde a una condición natural ni preferida. Los denominados *“grupos vulnerables”* no son vulnerables, son las condiciones sociales en que viven indígenas, migrantes, mujeres, niños, adultos mayores y personas en situación de calle. La comprensión

integral de tales desigualdades puede abordarse desde el marco de determinantes sociales de la salud, que es un enfoque innovador y relevante para el estudio de la vulnerabilidad.

4.3 La Teoría estructuralista

Al final de la década de 1950, la teoría de las relaciones humanas entro en decadencia. La teoría estructuralista significa un desdoblamiento de la teoría de la burocracia y una ligera aproximación a la teoría de las relaciones humanas; representa una visión crítica de la organización formal.

4.3.1 Orígenes

La oposición que surgió entre la teoría tradicional y la teoría de las relaciones humanas hizo necesaria una posición más amplia y comprensiva que integrase los aspectos considerados por una y omitidos por la otra y viceversa.

La influencia del estructuralismo en las ciencias sociales y repercusiones en el estudio de las organizaciones. El estructuralismo tuvo fuerte influencia en la filosofía, en psicología, en la antropología, en las matemáticas, etc. En la teoría administrativa, los estructuralistas se concentran en las organizaciones sociales, variando entre el estructuralismo fenomenológico y el dialéctico.

El estructuralismo está enfocado hacia el todo y para la relación de las partes en la constitución del todo. La totalidad, la interdependencia de las partes y el hecho de que todo es más grande que la sencilla suma de sus partes son las características básicas del estructuralismo.

Objetivos:

- *Identificar los orígenes de la teoría estructuralista en la TGA.*
- *Mostrar el enfoque orientado de afuera hacia adentro de la organización en una sociedad de organizaciones, cada organización debe estudiarse en su contexto y no sólo en su interior.*
- *Proporcionar un análisis organizacional desde un enfoque múltiple y amplio.*
- *Mostrar las diversas tipologías de organización, con el fin de facilitar el estudio comparativo de estas.*
- *Dar una idea de los objetivos organizacionales que orientan la dinámica y la estructura de las organizaciones.*

- *Identificar los conflictos organizacionales y su influencia en los cambios e innovaciones que ocurren en las organizaciones.*
- *Dar a conocer las diversas sátiras contra las organizaciones, efectuadas por diversos autores.*
- *Proporcionar una evaluación crítica del estructuralismo en la administración.*

Objetivos de la Teoría Estructuralista

Los orígenes de la teoría estructuralista en la administración fueron los siguientes:

- *La oposición surgida entre la teoría tradicional y el de las relaciones humanas, requirió una visión más amplia y más comprensiva que abarca los aspectos considerados por una e ignoradas por otra.*
- *La necesidad de considerar la organización como una unidad social y compleja donde interactúan muchos grupos sociales.*
- *La influencia del estructuralismo en las ciencias sociales y la repercusión de éstas en el estudio de las organizaciones.*

El estructuralismo se preocupó exclusivamente por las estructuras e ignoró otros modos de comprender la realidad. El estructuralismo es un método analítico y comparativo que estudia los elementos o fenómenos en relación con una totalidad destacando el valor de su posición. El concepto de estructura implica el análisis interno de los elementos constitutivos de un sistema, su disposición, sus interrelaciones, etc., permitiendo compararlos, pues puede aplicarse a cosas diferentes. Además de su aspecto totalizante, el estructuralismo es fundamentalmente comparativo.

Los autores estructuralistas buscan interrelacionar las organizaciones con su ambiente externo, que es la sociedad organizacional, caracterizada por la interdependencia de las organizaciones. Es por esto que nace un nuevo concepto de organización y un nuevo concepto de hombre: el hombre organizacional, que desempeña roles simultáneos en diversas organizaciones.

Desde el punto de vista estructuralista, el análisis de las organizaciones, utiliza un enfoque múltiple y globalizante que abarca la organización formal y la informal, considera el efecto de las

recompensas y las sanciones materiales y sociales en el comportamiento de las personas, toma en cuenta los diferentes tipos de organizaciones.

La teoría estructuralista inicia los estudios ambientales, partiendo del concepto de que las organizaciones son sistemas abiertos en constante interacción con su medio ambiente. Sin embargo, las organizaciones no marchan sin tropezar. En ocasiones se presentan conflictos y dilemas organizacionales que provocan tensiones y provocan antagonismo e involucran aspectos positivos y negativos, cuya solución exige innovación y cambios en la organización.

Esta teoría es eminentemente crítica. Además, se citan y comentan algunos cuestionamientos satíricos a la organización como los que hacen Parkinson, Peter Thompson y Jay. Se concluye que esta teoría es una teoría de transición a la teoría de sistemas.

4.3.2 Principales representantes

El principal representante del dialéctico es Kart Marx (quien asegura que la estructura se compone de partes que, a lo largo del desarrollo del todo, se descubren, se diferencian y, de una forma dialéctica, ganan autonomía unas sobre las otras, manteniendo la integración y la totalidad sin hacer suma o reunión entre ellas, sino por la reciprocidad instruida entre ellas) y Max Weber (fenomenológico: la estructura es un conjunto que se constituye, se organiza y se altera y sus elementos tienen una cierta función bajo una cierta relación, lo que impide que el tipo ideal de estructura retrate fiel e íntegramente la diversidad y la variación del fenómeno real).

James D. Thompson

Este notable autor se ha despegado casi por completo de las particulares orientaciones que estaban en boga en aquél momento. Su perspectiva respecto del perfil que adoptan las organizaciones eficientes se diferencia por completo de las ideas de Chester Barnard (*The functions of the executive*), como así también del enfoque cognitivo que es privilegiado por James March y Herbert Simon. Es notable que además se distinga del enfoque de 2 opciones a que hacen mención Burns & Stalker en 1961, y que despliega con precisión Tom Burns al referirse a las nuevas formas organizacionales de la industria

Amitai Etzioni

Estudió en Jerusalén (en contacto con Martin Buber) y en el campus de Berkeley de la Universidad de California. Ha trabajado en el Departamento de Sociología de la Universidad de Columbia (Nueva York) en la Havard Business School y en las administraciones demócratas de los presidentes Jimmy Carter y Bill Clinton. Ha sido presidente de la Asociación Americana de Sociología. Y ha escrito libros de notable influencia como *Modern Organizations* (1964), *The Active Society* (1968), *The New Golden Rule* (1996).

Para los estructuralistas, la sociedad moderna e industrializada es una sociedad de organizaciones de las cuales el hombre depende para nacer, crecer, vivir y morir. Esas organizaciones se diferencian y requieren de sus participantes determinadas características de personalidad. Esas características permiten la participación simultánea de la persona en varias organizaciones, en las cuales desempeña variados papeles. El estructuralismo amplió el estudio de las interacciones entre los grupos sociales para el de las interacciones entre las organizaciones sociales¹².

4.4 El Seguro Popular

4.4.1 Antecedentes

México cuenta con 103, 263,388 habitantes, por ello guarda una amplia diversidad cultural y una problemática social multifactorial que enfrenta diferentes retos, entre ellos cumplir con el mandato constitucional de garantizar el derecho a la salud.

Reflexionar sobre la dimensión demográfica de la sociedad mexicana es importante para comprender las necesidades más importantes en materia de salud. Hay que considerar que la estructura de la población por edades ha variado mucho en las últimas décadas, lo cual plantea desafíos adicionales al sistema de salud, que no estaban previstos en la oferta de servicios de salud.

En los sectores más rezagados socialmente se observa con mayor frecuencia la presencia de enfermedades del subdesarrollo y las del desarrollo, lo que complica todavía más las soluciones. Sencillamente, la infraestructura para el tratamiento de las enfermedades asociadas a comunidades

¹² <http://www.gestiopolis.com/administracion-estrategia/teoria-estructuralista-de-la-administracion.htm>

económicamente desfavorecidas es muy distinta a la que atendería enfermedades características de personas con niveles de vida superiores.

Mediante publicación en el Diario Oficial de la Federación de fecha 3 de febrero de 1983, se adiciona un tercer párrafo al artículo 4 de la Constitución General de la República que dice:

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y de las entidades federativas en materia de salubridad general conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.”

Igualmente, mediante publicación en el Diario Oficial de la Federación de fecha 15 de mayo de 2003, se adiciona un Título Tercero Bis a la Ley General de Salud denominado “De la Protección Social en Salud” compendiendo los artículos 77 Bis 1 al 77 Bis 41.

4.4.2 Creación del seguro popular

El seguro popular fue creado como una supuesta solución a la problemática de Sistema Nacional de Salud además de que con él se iba aminorar el gasto de “millones de familias” que carecen de servicios de salud derivados del sistema de seguridad social. Comenzó como un programa de gobierno en 2001, durante el sexenio de Vicente Fox, para lograr en 2003 reformar la Ley General de Salud. El seguro Popular dejó de ser un programa de gobierno para establecerse como una política de salud transexenal legalmente establecida.

Con esta reforma el sistema de financiamiento del sector salud, sufrió un cambio considerable, ya que dejó de basarse en la fijación de cuotas de recuperación que de por sí iban contra el principio de gratuidad, para implementarse la “cultura prepago” en los beneficios del sector público de salud. Según lo señalado en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, uno de los objetivos de este seguro es “evitar empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal”, por lo que se plantea el acceso de la población con mayores carencias a los servicios públicos de salud promoviendo su incorporación al Seguro Popular, a los programas para no asegurados de la Secretaría de Salud y el IMSS.

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular, es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud de México con autonomía técnica, administrativa y operativa que responsable de financiar la provisión de los servicios de salud a la

población beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud. El Seguro Popular coordina la atención la atención de salud a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) y los proveedores de servicios de salud públicos o privados en las entidades federativas.

El Seguro Popular es un modelo de aseguramiento en salud mexicano perteneciente al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), que tiene como objetivo financiar la prestación de servicios de salud a las personas que no están afiliados a servicios de seguridad social como los del Instituto Mexicano del Seguro Social o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Según cifras oficiales, al año 2014 el programa ha afiliado 57 millones de mexicanos¹³

En noviembre de 2002, el Congreso de la Unión reformó la Ley General de Salud reconociendo a la protección social en salud. El 15 de mayo de 2003 se aprobaron las reformas legales que establecieron a la Comisión Universal de Servicios de Salud (CAUSES) establece los tratamientos para las enfermedades que cubre el Seguro Popular. El Seguro Popular cuenta también con un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, que cubre el financiamiento para trata casi 50 enfermedades graves y crónicas (VIH/SIDA, algunos tipos de cáncer y cataratas, entre otras). Se busca que, con una mayor protección en salud, las familias mexicanas gasten menos dinero propio en el tratamiento de sus enfermedades y, de esta manera, combatir paralelamente la pobreza.

¹³ «Presenta el Presidente Calderón Consulta Segura y Entrega Póliza a la Afiliada Número 57 Millones». Sitio oficial del Seguro Popular. 29 de octubre de 2010. Consultado el 24 de enero de 2011

CAPÍTULO V

EXCLUSIÓN SOCIAL Y GRUPOS VULNERABLES

La exclusión social, que debe entenderse como una ruptura profunda del tejido social, resulta de un proceso institucional de canalización de recursos que difunde la pobreza, propaga as desigualdades entre amplios sectores de la población y favorece la concentración de riqueza en grupos pequeños, consecuencia de las decisiones tomadas desde centros de poder retirados de la esfera de lo político, en su sentido más tradicional. Se alude a la esfera pública porque en el retroceso de ésta frente a la esfera de los intereses privados se produce la ruptura del principio de ciudadanía como membresía plena al patrimonio históricamente construido y heredado por y a la comunidad. (Oxhorn, 2003).

El término exclusión social un significado multidimensional y heterogéneo en todos los ámbitos se usa en forma indiscriminada y asume diferentes connotaciones y dimensiones, haciendo referencia a diferentes rupturas del vínculo social, con un colectivo social y con la sociedad en general, haciendo referencia a una situación específica de origen, condición física, económica, política o cultural, por lo que algunos teóricos la denominan también como *desafiliación social*. La exclusión social ha existido en las diferentes transformaciones por las que ha evolucionado la humanidad.

La exclusión social, se entiende como la acumulación de decadencia que impide a las personas ejercer su derecho a la ciudadanía plena. Se trata de un concepto multidimensional en el que se conjugan tres dimensiones generales (educación, trabajo, vivienda) y otras dimensiones específicas (edad, género, salud y etnia). Los múltiples y nuevos factores que influyen en ella son desde nuevos procesos demográficos, al impacto en el empleo de los cambios en la economía y el déficit de inclusividad del Estado de Bienestar.

Es la imposibilidad de gozar de los derechos sociales sin ayuda en la imagen desvalorizada de sí mismo y de la capacidad personal de hacer frente a las obligaciones propias, en el riesgo de verse relegado de forma duradera al estatus de persona asistida y en la estigmatización que todo ello conlleva para las personas y en las ciudades, para los barrios en que residen. Esta noción se entiende como concepto dinámico mucho más amplio que el de mera pobreza. El individuo no será integrado por las ventajas del empleo ni aunque mejore el mismo de manera generalizada. El

concepto de exclusión social se refiere a la acción y al efecto de impedir la participación de ciertas categorías de personas en aspectos considerados como valiosos de la vida colectiva,

5. Orígenes de la Exclusión Social

Si nos referimos a cuáles son los orígenes del término exclusión social señalamos que gran parte de las aportaciones teóricas de la expresión ya han sido desarrolladas en épocas anteriores por clásicas figuras de la Sociología tales como Marx, Engels, Durkheim, Bourdieu y Parkin, haciendo especial incidencia en el alienamiento dual de la “clase social” y en la dinámica “dentro-fuera”. Sin embargo, las atribuciones más recientes del concepto exclusión social se le atribuyen generalmente a René Lenoir (1974), en su obra pionera *Les exclus: Un Française sur dix*, entendiendo como tal que en la actualidad el fenómeno de la exclusión social presenta rasgos y características singulares (Tezanos 1999:13; Rubio y Monteros 2002:21).

Lenoir estima que una décima parte de la población francesa podía considerarse “excluida”, a saber:

“...minusválidos físicos y mentales, personas con tendencias al suicidio, ancianos inválidos, niños víctimas de abusos, toxicómanos, delincuentes, familias monoparentales, miembros de hogares con problemas múltiples, personas marginales y asociales, y otros inadaptados sociales”.

(Lenoir, 1974)

Se trataba en todos los casos de categorías sociales carentes de protección social en un momento en que Francia, precisamente, estaba completando su sistema general de bienestar social. El término ganó popularidad al menos por dos razones. En primer lugar, porque fue apropiado por el discurso republicano para contrarrestar la influencia de la noción “pobreza”, que nunca gozó en aquél país de demasiadas simpatías, especialmente por sus vinculaciones al *Ancien Regime* y al liberalismo utilitarista (De Haan 1999).

En segundo lugar, porque hacia mediados de los años ochenta, el concepto fue recuperado para designar a la variada gama de privaciones derivadas los problemas sociales emergentes en un contexto de reestructuración económica y crisis del Estado de Bienestar. La noción de exclusión social paso a ser utilizada, por aquellos años, para referenciar no sólo los problemas del desempleo

de largo plazo y recurrente, sino también la creciente inestabilidad de los vínculos sociales: inestabilidad de la familia, hogares monoparentales, aislamiento social y declinación de la solidaridad basada en los sindicatos, en el mercado de trabajo y en los vecindarios (Silver, 1994).

De este modo puede comprobarse que desde su origen, el término fue objeto de sucesivas definiciones ampliatorias, al tiempo que fue aplicándose a un número cada vez mayor e categorías de desventaja social. Un rápido repaso por la literatura reciente alcanza para evidenciar la extensa variedad de situaciones descripta con la retórica de la exclusión social¹⁴.

A pesar de ésta y otras críticas ensayadas, el concepto de exclusión social registró durante la última década una marcada expansión de su influencia geográfica, que se entienden hoy bastante más allá de las fronteras de Francia¹⁵.

Asimismo, cabe señalar que este proceso se ha visto acompañado por una progresiva tendencia hacia la convergencia de los debates sobre la temática tanto en el ámbito de los países desarrollados, como entre éstos y los países en desarrollo (De Haan, 1997; Maxwell, 1997; Silver, 1998).

Frente a este panorama, la perspectiva de los paradigmas propuesta por Silver (1994) continúa ofreciendo una manera efectiva de organizar las diversas contribuciones empíricas y conceptuales a la temática. Según la autora las tres visiones más persistentes al análisis de la exclusión social son: “solidaridad”, “especialización” y “monopolio”. Estos tres paradigmas son,

¹⁴ De acuerdo a la exhaustiva revisión bibliográfica hecha por Silver entre las publicaciones europeas relativas a la exclusión social se cuentan estudios sobre las siguientes categorías sociales: "los desempleados de larga duración o en forma reiterada; los trabajadores asalariados que ocupan puestos de trabajo precarios, que no exigen calificaciones especiales, sobre todo los de mayor edad o los que no están protegidos por la reglamentación laboral; los mal remunerados y los pobres; los trabajadores agrícolas sin tierras; los obreros no calificados; los analfabetos y las personas que abandonaron los estudios primarios; los inválidos y las personas mental y físicamente disminuidas; los toxicómanos; delinquentes; presidiarios y personas con prontuarios criminales; los padres o madres sin cónyuge; los niños golpeados o víctimas de abusos sexuales; los que se han criado en hogares con problemas; los adolescentes; las personas que carecen de calificaciones o de experiencia laboral; niños que trabajan; mujeres; extranjeros, refugiados, inmigrantes, miembros de minorías raciales, religiosas y étnicas; los que necesitan asistencia social, pero no tienen derecho a recibirla; los habitantes en viviendas en mal estado o en barrios de mala reputación; aquellos cuyos niveles de consumo se encuentran por debajo del mínimo de subsistencia; aquellos cuyas pautas de consumo, recreación y otras prácticas (toxicomanías, alcoholismo, delincuencia, indumentaria, lenguaje, maneras peculiares) son estigmatizadas; las personas en movilidad social descendente y las aisladas, sin amigos y sin familia" Silver (1994).

¹⁵ Como sugiere De Haan (1999), a través del canal institucional de la Unión Europea el término se ha instalado en la mayoría de los países que componen la región. También se aprecia una significativa influencia en Gran Bretaña, donde se ha convertido en un tema clave de la política social. Su importancia es menor en Estados Unidos, donde ha sido mayormente opacado por la noción local de “underclass”. Por último, cabe indicar que la noción encontró una limitada recepción en los países en desarrollo, si bien en los últimos años ha tenido una mayor difusión (Ver Figueredo, et. al., 1998 y Rodgers, et. al., 1995)

en realidad, teorías de la sociedad, y la exclusión tiene diferentes causas y significados en cada uno de ellos:

“Cada paradigma atribuye la exclusión a una causa diferente, y se basa en una diferente filosofía política: republicanismo, liberalismo y democracia social. Cada uno ofrece una explicación para las múltiples formas de desventaja social económica, social, política y cultural, y así abarca teorías de la pobreza y el desempleo a largo plazo, la desigualdad racial y la ciudadanía”.

(Silver, 1994)

El primer paradigma considera la exclusión como una ruptura del vínculo social, un fracaso en la relación entre la sociedad y el individuo. Existe implícitamente un núcleo de valores y derechos compartidos, una “comunidad moral”, alrededor de la cual se construye el orden social; una variedad de instituciones aportan los mecanismos para integrar a los individuos a la sociedad, y la exclusión refleja su fracaso así como un posible peligro para el cuerpo social.

El paradigma de la especialización ve a la exclusión como resultado de comportamientos e intercambios individuales. Las sociedades están compuestas de individuos con diversos intereses y capacidades, y la estructura de la sociedad se construye alrededor de una división del trabajo y de los intercambios en las esferas tanto económica como social. Los individuos podrán excluirse a sí mismos en base a lo que escojan, o podrán quedar excluidos debido a los patrones de intereses o relaciones contractuales entre otros actores, o sus exclusiones podrían ocurrir como resultado de la discriminación, de las fallas del mercado o de derechos que no se hacen cumplir. La sociedad puede verse compuesta por individuos que participan en algunos campos y quedan excluidos de otros. La exclusión de un campo social no implica quedar excluidos de todos los campos.

El paradigma del monopolio ve a la sociedad de manera jerárquica, con diferentes grupos controlando los recursos. Los de adentro protegen sus dominios contra los de afuera construyendo barreras y restringiendo el acceso a ocupaciones, a recursos culturales, a bienes y servicios. Simultáneamente, promueven solidaridad dentro del grupo. La membresía en una sociedad es, por lo tanto, necesariamente desigual. Pero el cuadro puede ser complejo, con una jerarquía de inclusiones y exclusiones más que un simple dualismo como ocurre en el modelo de la solidaridad.

Las reglas que determinan el acceso a los grupos más privilegiados también determinan la vulnerabilidad, y deciden quién queda excluido. Es así que se construye socialmente la identidad de los excluidos. Los mismos mecanismos podrán excluir a inmigrantes en una situación, a los analfabetos en otra, y a las minorías religiosas en una tercera. La exclusión es un aspecto central de este paradigma, un mecanismo que subyace en la estructura existente de la sociedad. (Lépure, 2004)

Silver (1994) realiza una descripción bastante clasificadora sobre la evolución del término. Argumenta que el discurso de la exclusión comenzó a debatirse en Francia durante el decenio de 1960 para formular referencias vagas e ideológicas a los pobres, hablando de los excluidos (v.g. Klanfer, cit. en Silver, ibid.) y cómo el concepto de exclusión no llegó a difundirse mientras no sobrevino la crisis económica. También describe como durante el decenio de 1980 el concepto fue aplicándose gradualmente a un número cada vez mayor de categorías de desventaja social (Paugam 1993; Nasse 1992, cit. en Ibid.), dando lugar a diversas definiciones para ir abarcando nuevos grupos y nuevos problemas sociales, lo cual dio lugar a sus difusas connotaciones.

En la literatura encontramos numerosas definiciones sobre el término exclusión social. No obstante, Rubio (2002:21) argumenta que *“a pesar de la rápida divulgación del término, frecuentemente empleado tanto en el marco académico-científico como el político-institucional, lo cierto es que ni existe un consenso sobre su definición, si se trata de un concepto radicalmente nuevo, aunque sí presenta unas características singulares”*.

Dice Robert Castell (2004) que exclusión es el nombre de una multitud de situaciones completamente dispares; que no se trata de una noción analítica sino de una denominación puramente negativa. Coincidiendo en el sentido negativo de la expresión, Tezanos (1999^a) considera que se trata de un concepto cuyo significado se define en términos de aquello de lo que se carece y que, por tanto, al formar parte de una polaridad conceptual, su comprensión solo es posible en función de su referente alternativo, es decir, de la idea de inclusión o integración social.

El término de exclusión empezó a usarse en Francia a mediados de los años 60's en el ámbito académico y de los movimientos sociales. Tanto Francia como Europa vivían años de prosperidad y fuerte crecimiento económico, con bajas tasas de desocupación, empleos estables, buenos salarios y la protección que brindaban los diversos Estados de Bienestar, y en este contexto se empezó a considerar “excluidos” a quienes permanecían en la pobreza sin incorporarse a la

prosperidad general. A finales de los 70's el término pasó a utilizarse en el ámbito político de la administración francesa y al final de la década de 1980 ya se había extendido a la escena europea, pero esa idea inicial de incapacidad personal o falta de voluntad del individuo para incorporarse a un progreso generalizado había acaparado el significado de la palabra exclusión.

5.1 Definiciones

Tomando como referente las características expuestas, la exclusión social se puede analizar y entender como un proceso multidimensional, que tiende a menudo a acumular, combinar y separar, tanto a individuos como a colectivos, de una serie de derechos sociales tales como el trabajo, la educación, la salud, la cultura, la economía y la política, a los que otros colectivos si tienen acceso y posibilidad de disfrute y que terminan por anular el concepto de ciudadanía.

Según la Comisión de las Comunidades Europeas, dicho concepto alude *“a la imposibilidad de gozar de los derechos sociales sin ayuda, en la imagen desvalorizada de sí mismo y de la capacidad personal de hacer frente a las obligaciones propias, en el riesgo de verse relegado de forma duradera al estatus de persona asistida y en la estigmatización que todo ello conlleva para las personas y, en las ciudades, para los barrios en que residen”* (1992:9). Castells (2001:98) realiza del término exclusión social. Este la define como *“...el proceso por el cual a ciertos individuos y grupos les impide sistemáticamente el acceso a posiciones que les permitirían una subsistencia autónoma dentro de los niveles sociales determinados por las instituciones y valores en un contexto dado”*. Normalmente, *“...tal posición suele asociarse con la posibilidad de acceder a un trabajo remunerado relativamente regular al menos para un miembro de una unidad familiar estable. De hecho, la exclusión social es el proceso que descalifica a una persona como trabajador en el contexto del capitalismo”* (ibid).

Tezanos (2001) indica que la exclusión hay que entenderla *“como parte de un proceso en el que se pueden identificar diferentes estadios, que van desde un alto grado de integración social hasta la más completa de las postergaciones”* (p.171). El camino que conduce de la integración a la exclusión se puede recorrer en mayor o menor grado en función de un número considerable de variables o ámbitos, de forma que las combinaciones sociales son muy numerosas y pueden dar lugar a trayectorias finales distintas en individuos que parten de similares condiciones iniciales, variables tales como laborales, económicas, culturales, personales y sociales.

Señala diferentes elementos de exclusión y de integración e indica que la influencia recíproca de estos dos elementos puede dar lugar a itinerarios personales en los que inciden variables conectadas directamente a las condiciones particulares de los individuos, así como a circunstancias del contexto económico, social o cultural. Por tanto insiste en que la exclusión social “debe ser entendida como la etapa final de procesos subyacentes bastante complejos, de los que nadie puede quedar totalmente prevenido en una sociedad de riesgo” (ibid., p. 173).

La exclusión social es un proceso que afecta a millones de personas en todo el mundo, tanto en los países en vías de desarrollo como en las prósperas sociedades occidentales. La sociedad de la información en la que estamos inmersos está demostrando una triple diferencia social. Por un lado, la seguridad de los privilegiados como trabajo fijo y pleno disfrute de sus derechos individuales y sociales. Por otro, la inseguridad de los que tienen trabajos eventuales y viven en permanente estado de ansiedad y escepticismo y, por último, el desarraigo del mercado laboral de amplias capas de la población. Todo ello conduce a la dualización de la sociedad. En ocasiones, tiene mucho que ver con la percepción y el sentimiento que muchas personas experimentan de no ser valoradas ni tenidas en cuenta en la sociedad por lo que son. Hoy sabemos que, en muchos casos, esa exclusión social se anticipa o se prepara en procesos de exclusión educativa que, como aquella, tiene múltiples caras:

- a) *Falta de acceso a los sistemas educativos,*
- b) *Escolarización segregada en dispositivos especiales,*
- c) *Educación de segunda para los más desfavorecidos,*
- d) *Fracaso escolar,*
- e) *Maltrato entre iguales por abuso de poder,*
- f) *Desafecto, etc...*

El concepto de exclusión implica un proceso de separación entre grupos distintos entre sí y supuestamente homogéneos dentro de sí mismos. Pero esta separación no es tan simple: la exclusión también incorpora una valoración diferencial entre estos grupos ya que uno es considerado mejor que el otro y esto conlleva a comportamientos diferenciales con uno u otro grupo lo que instaura diferencias en el acceso a oportunidad y beneficios.

Según Vélaz de Medrano (2002), “*la exclusión es un proceso de apartamiento de los ámbitos sociales propios de la comunidad en la que se vive, que conduce a una pérdida de autonomía para*

conseguir los recursos necesarios para vivir, integrarse y participar en la sociedad de la que forma parte.”

Diversos autores han planteado que el concepto de exclusión social quiere recoger aspectos y dimensiones más amplias que las que contempla el concepto de pobreza (Cabrera, 2002; Raya, 2004, Subirat et al., 2005). Con anterioridad a la utilización y aparición del concepto de exclusión social, las privaciones humanas era caracterizadas como pobreza, recogiendo principalmente las carencias de necesidades básicas materiales en la que muchas personas se encontraban, de forma que la ausencia de recursos materiales imposibilitaba la participación en el consumo de bienes y en las condiciones de vida de una sociedad determinada.

En este sentido, se ha planteado una tipología de representaciones de pobreza (Simmel, en Hernández Pedreño, 2008): en primer lugar, la pobreza integrada, por la cual las personas pobres serían numerosas pero no estarían estigmatizadas, situadas en territorios que tradicionalmente se han considerado poco desarrollados; en segundo lugar, la pobreza marginal, que conformaría un grupo menor de población, al que se le consideraría como inadaptado y estigmatizado socialmente, y, por último, la pobreza descalificadora, que aglutinaría a un colectivo de población numeroso, al que se ha expulsado de la esfera productiva y que con anterioridad estaba integrado. Estas personas se encontrarían en situaciones de vulnerabilidad debido a la precariedad en el acceso a recursos básicos. A éstos sería a los que competiría el concepto de exclusión social.

La participación en todas las esferas de una sociedad no se reduce exclusivamente a un aspecto económico y material, aunque éste sea muy importante. Existen otros obstáculos que impiden dicha participación. Se pueden tener recursos económicos muy bajos y no encontrarse excluido socialmente. Para recoger estas dimensiones y características, que por el concepto de pobreza no contemplaba, emerge el término exclusión social.

La exclusión social es un proceso dinámico y acumulativo de barreras y dificultades que apartan de la participación en la vida social a personas, familias, grupos y regiones, con relaciones desiguales con el resto de la sociedad. La exclusión social lleva implícita una serie de características (Cabrera, 2005; Subirats et al., 2005):

1. Es estructural, puesto que sus causas no se encuentran situadas en el plano individual sino en la estructura de las sociedades post industriales, que genera acceso desigual a los

recursos, así como espacios de desintegración y no participación, expulsando hacia los márgenes a sectores de población o territorios. La merma del Estado de Bienestar y de los niveles de protección social han contribuido a acrecentar los procesos de exclusión y pobreza.

2. No es una situación fija, sino un proceso dinámico, cambiante, que puede modificarse en diferentes sentidos, desde zonas de integración a zonas de exclusión, y nuevamente de integración. El riesgo y la vulnerabilidad son conceptos importantes en esta situación dinámica y las buenas prácticas de intervención y los recursos apropiados pueden hacer reversibles los procesos de exclusión.
3. Es relacional, de relaciones construidas en el acceso desigual a los recursos con el resto de la sociedad, es decir, de carencia de relaciones de ciudadanía.
4. Es multidimensional, pues no contempla una sola dimensión como conductora de los procesos de vulnerabilidad y exclusión, sino diferentes aspectos del desarrollo humano.

Esta multidimensionalidad es lo que permite hablar de forma diferenciada de pobreza y exclusión social. Como ha planteado Cabrera (2002), hablamos de pobreza cuando nos referimos principalmente a la privación de recursos materiales y económicos, mientras que utilizamos exclusión social cuando queremos incluir la ausencia de participación en la esfera no sólo económica, sino política, cultural y social, es decir, cuando se carece de los derechos de ciudadanía. Además, hace referencia a las dinámicas dentro/fuera de la sociedad en la participación de las personas y grupos en distintas esferas de integración como son el mercado de trabajo, las relaciones sociales y familiares o la vivienda (García Laso, 2003). Más concretamente estas dimensiones que componen la exclusión social son:

- La escasez económica, caracterizada por falta de ingresos suficientes o ausencia de los mismos. Está muy relacionada con el acceso al empleo y al mercado laboral, puesto que un trabajo estable, seguro y remunerado es un pilar básico de integración. Por tanto, el desempleo de larga duración o la inseguridad en el trabajo son elementos que generan vulnerabilidad y exclusión, ya que niegan, entre otros aspectos, el acceso a sistemas de protección. Los ingresos suficientes son además una garantía de consumo de bienes y servicios y por tanto de acceso a recursos, entre los principales la vivienda.
- Las privaciones sociales, cuya pérdida principal son los lazos familiares y las relaciones sociales. La familia es fuente de apoyo en los momentos críticos de ausencia de recursos,

de cuidados ante la pérdida de salud, de afectividad y de formación de la identidad. Es decir, las redes sociales y familiares permiten afrontar las adversidades y cubrir muchas necesidades vitales, permitiendo compartir conocimientos, interrelaciones e intercambio, intereses y afecto. Pero fundamentalmente evita el aislamiento y hace del ser humano un ser social.

- La ausencia en la participación política, que puede conllevar ausencia de poder, de toma de decisiones tanto individuales como colectivas, de libertad, de derecho a ejercer el voto, o de protección de la justicia y de la legislación. Es decir, de vivir en condiciones de ciudadanos con derechos y deberes.
- Las privaciones en los aspectos culturales y educativos, que pueden conllevar menor capacidad para afrontar sus necesidades y menor autonomía para conseguirlas. Disponer de adecuados niveles de instrucción, información, formación y conocimiento constituye un importante factor de protección. (Meneses F., 2011).

Estas dimensiones se interrelacionan entre sí, puesto que una única dimensión no satisface las necesidades de las personas, grupos o comunidades. La acumulación de carencias en cada una de estas dimensiones genera una privación múltiple que limita las posibilidades de desarrollo y las salidas de la exclusión. La exclusión social se muestra de forma diferente en cada sociedad y estado, determinada por las estructuras sociales, políticas y económicas en cada uno de ellos. Por otra parte, se relaciona con otros factores que pueden aumentar la vulnerabilidad hacia la exclusión como son la edad, el sexo y el género.

5.2 La definición de estigma

El concepto de estigma fue introducido en las ciencias sociales por Goffman (1963), quien lo ha definido como una marca, una señal, un atributo profundamente deshonroso y desacreditador que lleva a su poseedor de ser una persona normal a convertirse en alguien «manchado». En los casos más extremos de estigma, se legitima el hecho de que estas personas sean excluidas moralmente de la sociedad, de la vida social y que además producen una serie de emociones negativas en el resto de la sociedad, como el miedo o el odio.

Crocker y cols. (1998) plantean: «Los individuos estigmatizados poseen (o se cree que poseen) cierto atributo o característica que expresa una identidad social devaluada en un contexto social particular». Los autores consideran tres elementos para esta definición: en primer lugar lo

importante es que la persona sienta que posee este atributo; segundo, sólo aquellas características que conduzcan a sentirse identificados negativamente respecto al resto de la sociedad pueden ser consideradas estigmatizadoras; por último, tanto los atributos como las pertenencias sociales devaluadas son socialmente contruidos y culturalmente relativos, es decir, varían en función de cada cultura o sociedad. En resumen, para Crocker y cols. (1998), «el problema del estigma no reside en el atributo estigmatizador ni en la persona que lo posee, sino en la desafortunada circunstancia de poseer un atributo que, en un contexto social dado, conduce a la devaluación».

Link y Phelan (2001) inciden más sobre la diferencia entre «poseer» un atributo y que éste sea «aplicado» por quien estigmatiza. Afirman: «El estigma existe cuando los elementos de etiquetaje (asignación de categorías sociales a los individuos), estereotipia (las diferentes etiquetas son relacionadas a estereotipos), separación (ellos-nosotros), pérdida de status y discriminación, ocurren conjuntamente en una situación de poder que lo permite». También, por tanto, es necesario gozar de poder para estigmatizar a un grupo social.

El estigma es una marca que implica que en el momento que una persona tiene esa marca o señal, automáticamente la relacionamos con una serie de disposiciones personales negativas: una persona en situación de calle, es una persona que ha llevado una mala vida.

El estigma hace en la persona que la sociedad lo considere como una persona ilegítima ¿Por qué? Porque no cuenta con habilidades para entrar en la vida y las relaciones sociales, porque su conducta puede ser impredecible (son raros, son extraños); y además, porque su conducta la percibimos como si fuese una amenaza para el resto de la sociedad, por ejemplo, la idea de que el SIDA es una enfermedad contagiosa y no transmisible.

El estigma se produce porque una persona pertenece a un grupo determinado (personas en situación de calle, migrantes, jornaleros, etc.) y automáticamente esas personas son devaluadas en situaciones concretas. Es decir, no siempre los estigmas tienen que producir discriminación o exclusión en todo tipo de situaciones.

5.3 El concepto de Vulnerabilidad Social

Según lo señalado por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), la vulnerabilidad es el resultado de la exposición a riesgos, aunado a la incapacidad para enfrentarlos y la inhabilidad

para adaptarse activamente¹⁶. El riesgo, se refiere a la posibilidad de que una contingencia (ocurrencia o presencia de un evento, característica o proceso) entrañe efectos adversos para [...] la comunidad, hogar, persona, empresa, ecosistema, etc. [...] El riesgo no alude a un acontecimiento intrínsecamente negativo, sino a uno que puede generar daño o incertidumbre y cuyas consecuencias pueden ser ambiguas o mixtas, combinando adversidad y oportunidad¹⁷.

La CEPAL define vulnerabilidad social de la siguiente manera: La vulnerabilidad social se relaciona con los grupos socialmente vulnerables, cuya identificación obedece a diferentes criterios: algún factor contextual que los hace más propensos a enfrentar circunstancias adversas para su inserción social y desarrollo personal,[...] el ejercicio de conductas que entrañan mayor exposición a eventos dañinos, o la presencia de un atributo básico compartido (edad, sexo, condición étnica) que se supone les confiere riesgos o problemas comunes¹⁸.

La vulnerabilidad social es el resultado de los impactos provocados por el patrón de desarrollo vigente pero también expresa la incapacidad de los grupos más débiles de la sociedad para enfrentarlos, neutralizarlos u obtener beneficios de ellos. Frecuentemente se identifica la condición de pobreza de la gente con vulnerabilidad. Sin embargo, la inseguridad e indefensión que caracterizan a ésta no son necesariamente atribuibles a la insuficiencia de ingresos, propia a la pobreza. En efecto, si se comparan las condiciones de vida de los trabajadores urbanos con la de los campesinos de áreas remotas es probable que éstos, al basar su vida en la agricultura de subsistencia, se hayan visto menos afectados frente a los programas de ajuste estructural y a los golpes de naturaleza macroeconómica. (CEPAL, 2001)

Los términos “vulnerabilidad” y “grupos vulnerables” se vienen utilizando con mucha frecuencia en círculos intelectuales y gubernamentales de América Latina. Los fuertes impactos sociales provocados por los programas de ajuste tienen responsabilidad en la incorporación de esta nueva terminología. Sin embargo, no se observa gran precisión conceptual cuando se hace referencia a la vulnerabilidad social y la mayoría de las veces se le confunde con pobreza¹⁹.

¹⁶ CEPAL-ECLAC, Vulnerabilidad Sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas. Brasilia, Brasil, ONU, LC/R.2086, 22 abril, 2002. p. 3. (documentos electrónico)

¹⁷ *Ibid* p.4

¹⁸ *Ibid* p.5

¹⁹ De hecho, las políticas de focalización que reemplazaron a las de universalidad se orientan precisamente al diseño e implementación de programas públicos en favor de los “grupos vulnerables” asociados éstos a las personas de mayores carencias.

La vulnerabilidad representa un estado de debilidad, la ruptura de un equilibrio precario, que arrastra al individuo o al grupo a una espiral de efectos negativos acumulativos. Uno de sus rasgos distintivos es la incapacidad de actuar o de reaccionar a corto plazo. La noción de vulnerabilidad no se limita a la falta de satisfacción de necesidades materiales, también incluye las conductas discriminatorias (Jacques, 1994). La noción de vulnerabilidad puede aplicarse a individuos, a grupos sociales o a sociedades. La noción de vulnerabilidad puede obedecer a contextos nacionales, por ejemplo, bajo ciertas circunstancias los refugiados, los emigrantes, los desplazados, las personas en situación de calle o los solicitantes de asilo pueden constituir grupos vulnerables. La noción de vulnerabilidad se puede aplicar en el ámbito internacional, así, hay naciones que por ser más pobres y menos integradas son más vulnerables (Jacques, 1994).

El concepto de vulnerabilidad social tiene dos componentes explicativos. Por una parte, la inseguridad e indefensión que experimentan las comunidades, familiar e individuos en sus condiciones de vida a consecuencia del impacto provocado por algún tipo de evento económico social de carácter traumático. Por otra parte, el manejo de recursos y las estrategias que utilizan comunidades, familias y personas para enfrentar los efectos de ese evento. Recientemente, el mundo intelectual anglosajón comenzó a utilizar el enfoque de vulnerabilidad para comprender los cambios en las condiciones de vida que experimentan las comunidades rurales pobres en condiciones de eventos socioeconómicos traumáticos (Chambers, 1989; Chambers, 1995; Longhurst, 1994; Buchanan-Smith y Maxwell, 1994; Bayliss-Smith, 1991).

La insatisfacción analítica con los enfoques de pobreza y sus métodos de medición ha extendido los estudios de vulnerabilidad. Así, estos especialistas señalan que el concepto de pobreza, al expresar una condición de necesidad resultante sólo de la insuficiencia de ingresos, se encuentra limitado para comprender el multifacético mundo de los desamparados. En cambio, el enfoque de vulnerabilidad al dar cuenta de la “Indefensión, inseguridad, exposición a riesgos, shocks y estrés” (Chambers, 1989), provocados por eventos socioeconómicos extremos entrega una visión más integral sobre las condiciones de vida de los pobres y, al mismo tiempo, considera la disponibilidad de recursos y las estrategias de las propias familias para enfrentar los impactos que las afectan.

En realidad, el enfoque de pobreza califica de forma descriptiva determinados atributos de personas y familias, sin dar mayor cuenta de los procesos causales que le dan origen. La

vulnerabilidad, en cambio, hace referencia al carácter de las estructuras e instituciones económico-sociales y al impacto que éstas provocan en comunidades, familias y personas en distintas dimensiones de la vida social. Esta diferencia conceptual tiene, desde luego, importancia explicativa. Pero además también debiera tener incidencia en las políticas públicas, con tratamientos que permitan atacar la pobreza y la vulnerabilidad de forma integral.

La noción de vulnerabilidad suele ser acompañada con diversos adjetivos que delimitan “a que” se es vulnerable (Rodríguez, 2001). De este modo, puede encontrarse una creciente bibliografía que utiliza la noción desde diversos enfoques y acepciones. La noción no es una nueva en las ciencias sociales, su uso más tradicional ha tenido relación con enfoques vinculados a temas económicos, jurídicos, ambientales y con la salud física y mental de los individuos. En los últimos años se han encontrado, aunque con distintos grados de sistematización teórica, trabajos sobre vulnerabilidad social, psicosocial, jurídica, política, cultural, demográfica, entre otros. En este sentido, la vulnerabilidad es una noción dinámica y multidimensional en la medida que afecta tanto a individuos, grupos y comunidades en distintos planos de su bienestar, de diversas formas y con diferentes intensidades a lo largo del tiempo.

Puede afirmarse que todos los seres humanos y comunidades, en mayor o menor medida, son vulnerables, ya que por ingresos, por patrimonio, por lugar de residencia, por país de nacimiento, por origen étnico, por género, por discapacidad, por enfermedad, por factores políticos, ambientales o por una infinidad de motivos que implican riesgos e inseguridades que sería imposible e inviable enumerar. Lo opuesto a la vulnerabilidad es la invulnerabilidad, situación que estaría dada por la protección total o blindaje eficaz respecto del efecto de choques adversos que hieren u ocasionan algún tipo de daño. Entre la vulnerabilidad total y la invulnerabilidad habría un gradiente, dada por los recursos internos que permiten alternativas de acción (deliberadas o no) para enfrentar los efectos de cambios o choques externos. A mayor cantidad, diversidad, flexibilidad y rendimiento presenten los recursos internos que se pueden movilizar para hacer frente a cambios externos, menos será el nivel de vulnerabilidad.

Es posible coincidir con Moser (1998) en que los cambios en el entorno económico, social y político, generados por shocks repentinos o transformaciones de carácter estructural, puedan llegar a ser tan adversos sobre las familias y comunidades como los desastres naturales. En efecto, los ajustes macroeconómicos y los cambios en el patrón de desarrollo de América Latina, así como

el paso desde el “socialismos real” al capitalismo en Europa Oriental, y el repliegue del Estado del Bienestar en Europa Occidental, han producido reestructuraciones productivas, tecnológicas, económicas, sociales e institucionales de tal envergadura que han clocado en condiciones de indefensión e inseguridad a millones de habitantes en todo el mundo.

Podemos decir que la vulnerabilidad se manifiesta de tres formas:

1. *Multidimensional*: porque se manifiesta tanto en distintas personas como en grupos determinados o identificados por características comunes, así como en comunidades, objetos en los que la vulnerabilidad se manifiesta de diferentes formas y a su vez en diversas modalidades.
2. *Integral*: porque la existencia de la misma, por cualquiera de las causas que le dan origen, implica la afectación no de uno sino de varios de los aspectos de la vida de las personas que la sufren.
3. *Progresiva*: debido a que como una situación lleva a la otra, como en un efecto dominó, ésta se acumula y aumenta en intensidad, lo que provoca consecuencias cada vez más graves en la vida de quienes sufren de alguna causa de vulnerabilidad y sus consecuencias, lo que propicia el surgimiento de nuevos problemas y a un aumento de la gravedad de la vulnerabilidad, por lo que esta condición se vuelve cíclica.

La vulnerabilidad provoca que, a nivel jurídico, quienes la sufren sólo vean reconocidos sus derechos y libertades fundamentales a un nivel forma, ya que en la realidad o en el mundo material es en donde se les limitan, nulifican o desconocen, debido a prácticas culturales, sociales, políticas o económicas, movidas por intereses diversos en los que el poder y el abuso del mismo tienen una influencia importante; es decir, no existen las condiciones para su goce y ejercicio (Torres, 2000).

5.3.1 Dimensiones de la vulnerabilidad social

En mayor o menor medida, los recursos de que disponen las familias y personas en las áreas urbanas de América Latina sufrieron el impacto del nuevo patrón de desarrollo. Así, la vulnerabilidad se manifestó, en los años noventa, en las distintas dimensiones de la vida social: en el trabajo, en el capital humano, en el capital físico del sector informal, y en las relaciones sociales.

Los asalariados y trabajadores por cuenta propia se encuentran expuestos a mayores riesgos en el trabajo a consecuencia de la preponderancia adquirida por la apertura externa, con sus

mayores exigencias de competencia, lo que acentuó la heterogeneidad productiva y ha promovido la desregulación del mercado de trabajo.

Los trabajadores se enfrentan a mayor inestabilidad y precariedad en el empleo y a un manifiesto crecimiento de la informalidad. Esto ha provocado además el debilitamiento de las organizaciones sindicales y la disminución de sus capacidades de negociación. El trabajo, sin duda el más importante de los recursos con que cuentan los grupos medios y de bajos ingresos en áreas urbanas, se encuentra acorralado por una forma de producción predominantemente basada en núcleos modernos que demandan escasa fuerza de trabajo.

La incapacidad de generación de empleo de éstos, junto a la expulsión de fuerza de trabajo hacia las ramas de baja productividad y la precariedad resultante de las políticas de flexibilización, sin seguros de desempleo, ha provocado una alta condición de vulnerabilidad en el trabajo. En la práctica, el acceso al empleo en las ramas modernas y en las grandes empresas, vale decir en el sector dinámico de la economía, se encuentra restringido a personas con formación altamente calificada.

Para el resto de la fuerza de trabajo las oportunidades se reducen a las ramas de baja productividad y a las micro y pequeñas empresas, las que normalmente ofrecen bajos salarios y se caracterizan por una mayor precariedad. Es posible constatar, entonces, un estrecho vínculo entre vulnerabilidad social y empleo, que no existía con el patrón de desarrollo propio de la industrialización. Ello explica que algunas estrategias familiares de recuperación de los niveles de ingreso se hayan centrado en la ampliación de las actividades informales y en el empleo de niños y adolescentes, los que muchas veces se ven obligados a renunciar al sistema educacional. Por su parte, los gobiernos hacen énfasis en políticas y programas de educación y capacitación para favorecer una mejor adecuación de los trabajadores ante la nueva realidad que presenta el mercado de trabajo, aunque en general con escaso éxito.

El denominado capital humano es otra dimensión dónde se observa un aumento de la indefensión de las personas. En efecto, a fines de la década del noventa cualquier tipo de educación y sistema de salud no asegura las mismas garantías de fortalecimiento del capital humano y por tanto oportunidades de progreso en la vida. Las nuevas instituciones y las políticas que caracterizan al patrón de desarrollo vigente han favorecido la proliferación de la educación privada y, en los

hechos, se ha deteriorado la pública provocando un aumento de la vulnerabilidad de los educandos de los estratos medios y bajos de la sociedad en todos los niveles.

Una característica propia de la educación en los años noventa es la segmentación según niveles de ingresos de los estudiantes. Los niños y jóvenes de alto nivel de ingreso acuden a establecimientos privados, los que ofrecen una mejor infraestructura y calidad formativa, mientras que los provenientes de familias de bajos ingresos pueden acceder sólo a establecimientos públicos, en los que es evidente el deterioro académico. Dadas las restringidas posibilidades de acceso al mercado de trabajo, las diferencias de CEPAL - SERIE Estudios estadísticos y prospectivos N° 6 15 calidad entre la educación pública y privada son mucho más relevantes hoy día que el número de años de estudio de los educandos²⁰.

En cuanto a la salud, la vulnerabilidad se torna manifiesta cuando se constatan las inequidades entre los servicios privados, asociados a la nueva institucionalidad con seguros de alto costo, que atienden a los sectores de altos ingresos, y seguros tradicionales, de carácter público, que ofrecen menor grado de protección para los sectores de bajos ingresos. Las tecnologías obsoletas, sistemas de administración ineficientes y los insuficientes recursos con que cuenta la salud pública en los países de América Latina han colocado a las personas de bajos ingresos en condiciones de franco riesgo cuando no pueden ser atendidas oportunamente o no pueden acceder a medicinas por sus altos costos. Consecuentemente, la condición de vulnerabilidad en que se encuentran el capital humano de la población latinoamericana no sólo otorga al patrón de desarrollo una particularidad socialmente distintiva, sino que también muestra el escaso aprovechamiento que se hace de los recursos humanos para lograr el mejoramiento sistémico de la competitividad en los mercados mundiales.

La tercera dimensión en que se manifiesta la vulnerabilidad social se encuentra en el debilitamiento del capital físico del sector informal. La apertura externa y la entrada en vigencia del nuevo patrón de desarrollo provocaron un notable crecimiento del sector informal. Sin embargo, los trabajadores por cuenta propia, los artesanos, los talleres y pequeños negocios familiares, las microempresas y las unidades económicas solidarias ven debilitados sus activos

²⁰ En las mediciones de logros de aprendizaje se observa que mientras el promedio de los estudiantes apenas alcanza 50% de lo esperado en el currículo oficial, los estudiantes matriculados en colegios privados fácilmente logran el 100%. Incluso los puntajes de aquellos matriculados en escuelas privadas de elites son cercanos al puntaje promedio de los países desarrollados, (UNESCO, 1996).

productivos con un patrón de desarrollo que, al privilegiar el ordenamiento macroeconómico, limita las políticas estatales de protección y subsidios.

La importancia que tiene la tierra como activo productivo para un campesino ha sido largamente reconocida en los estudios y políticas agrarias. Aunque no en la misma medida, la utilización de la tenencia de una vivienda o de pequeñas maquinarias, herramientas y vehículos en las áreas urbanas pueden ser importantes para enfrentar los impactos provocados por el nuevo entorno económico. Los propietarios de viviendas, por ejemplo, ante condiciones económicas adversas alquilan habitaciones o dedican determinados espacios de la vivienda para desarrollar pequeños negocios, o, en otros casos, los dueños de un vehículo pueden destinarlo al transporte de carga. De aquí, entonces, la relevancia que pueden tener las políticas y programas públicos de crédito, capacitación empresarial, o el apoyo en información de mercados para que los pequeños empresarios movilicen y complementen los recursos que poseen, reduciendo así su vulnerabilidad frente al mercado.

La cuarta dimensión en que se constata la vulnerabilidad se refiere a las relaciones sociales. Los vínculos y redes que tienen las personas y familias son muy determinantes para acceder a oportunidades de trabajo, información y posiciones de poder. Como señala el PNUD: “Las redes sociales son aquellas estructuras de sociabilidad a través de las cuales circulan bienes materiales y simbólicos entre personas más o menos distantes. Es el vínculo que permite a la madre dejar a su pequeño hijo con la vecina cuando debe llevar a la hija al policlínico, el que permite a un padre empresario solicitar trabajo para un hijo a otro colega gremial. Las redes sociales operan como uno de los recursos básicos de supervivencia de familias en condiciones de precariedad. Se trata de uno de los mecanismos importantes de movilidad social y aprovechamiento de oportunidades” (PNUD, 1998, p.142).

El patrón de desarrollo vigente ha afectado las formas tradicionales de organización y participación social y de representación política por medio de los sindicatos, partidos políticos o movimientos sociales tradicionales (Panorama Social, 1997). La apertura al mundo, la privatización de la vida económica, la disminución del papel del estado como instancia de protección de la vida social y el debilitamiento de las organizaciones sindicales han acercado a los individuos al mercado, pero lo han aislado de la sociedad.

La exacerbación de la competencia ha reducido los hábitos solidarios y la responsabilidad social de los individuos, replegándose éstos en la familia como principal instancia de protección y sociabilidad. No obstante, también se puede observar que los pobres y grupos medios están creando formas nuevas de organización para enfrentar la vulnerabilidad ante la debilidad de los sindicatos, el menor peso de los partidos políticos y, en general, ante el agotamiento de las formas tradicionales de organización social. Surgen así iniciativas ciudadanas de socialización como las organizaciones de consumidores, de defensa del medio ambiente, de protección de los derechos humanos, contra la violencia e incluso de defensa por los efectos negativos de la globalización²¹ entre otras.

5.3.2 Derechos Humanos y Grupos Vulnerables

El derecho internacional de los derechos humanos establece las obligaciones que tienen los Estados de tomar medidas en determinadas situaciones o de abstenerse de actuar de determinada forma en otras, a fin de promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de los individuos o grupos. La promoción y protección de los derechos de los grupos en situación de vulnerabilidad han sido uno de los ejes de la actual gestión de gobiernos.

En este sentido, resulta imprescindible delimitar el concepto de “grupo en situación de vulnerabilidad” para poder determinar a quiénes y en qué contextos estarían dirigidas las políticas públicas. El concepto tradicionalmente usado de “vulnerabilidad” se asocia al de “debilidad” e “incapacidad” o “en riesgo”, y constituye una identidad devaluada del grupo al que califica y así refuerza su discriminación. Por ello, resulta más adecuada la expresión “grupos en situación de vulnerabilidad” que posee carácter dinámico y modificable de una situación para su transformación.

La expresión “grupos en situación de vulnerabilidad” se utiliza para designar a aquellos grupos de personas o sectores de la población que, por razones inherentes a su identidad o condición y por acción u omisión de los organismos del Estado, se ven privados del pleno goce y

²¹ El fracaso de la reunión de la Organización Mundial de Comercio (OMC) en Seattle, en los primeros días de diciembre de 1999, para dar el inicio a la Ronda del Milenio se puede atribuir, en gran medida, a la vigorosa protesta de las ONGs, las que de manera muy similar a las luchas civiles contra la guerra de Vietnam, prácticamente acorralaron a las representaciones gubernamentales. Su movilización, cuestionando los efectos de la globalización en los países pobres es, quizás, un ejemplo paradigmático de la importancia que han adquirido las ONGs como formas nuevas de organización de la sociedad civil y de desafío a las políticas de los gobiernos.

ejercicio de sus derechos fundamentales y de la atención y satisfacción de sus necesidades específicas.

En la definición de estos grupos es necesario considerar, junto a la dimensión jurídica, las dimensiones histórica y social de su constitución como tales, ya que se trata siempre de personas que son, o han sido persistentemente, objeto de alguna forma de discriminación o afectación de sus derechos y que, por lo tanto, requieren de políticas activas para garantizar, mediante el reconocimiento y respeto de su identidad, condición y necesidades particulares, el goce igualitario de derechos. Es necesario tener en cuenta que no todas las sociedades discriminan a las mismas personas. Asimismo, van surgiendo nuevos grupos objeto de alguna forma de discriminación que antes no existían; por ejemplo, las personas portadoras de VIH/sida.

Por esta razón, la identificación de los grupos en situación de vulnerabilidad varía en cada sociedad y en cada momento histórico; y también, en este sentido, cada Estado debe definir, para su país, las políticas de inclusión apropiadas que le garanticen el ejercicio pleno de todos sus derechos. El proceso de desarrollo del derecho internacional de los derechos humanos, a fin de brindar una mayor protección a estos grupos, ha aprobado tratados y otros instrumentos internacionales específicos que han sido ampliamente ratificados por los Estados. Entre ellos, pueden destacarse aquellos instrumentos que refieren a la situación de las mujeres, los niños, niñas y adolescentes, las personas con discapacidad, los migrantes, los refugiados, los pueblos originarios, personas adultas mayores, entre otras

Actualmente, la constante violación a los derechos humanos de grupos en condición de vulnerabilidad, es un problema que se encuentra latente dentro de nuestra sociedad; la carencia en los servicios de salud, educación, alimentación y vivienda son el pan de cada día; se podría decir que tantos los derechos como oportunidades para contar con una calidad de vida adecuada, se encuentra exclusivamente al alcance de tan solo unos pocos. En nuestro país, se identifican diversos grupos en situación de vulnerabilidad.

La SEDESOL (Secretaría de Desarrollo Social) atiende particularmente a los siguientes:

- a) *Niñas y niños.*
- b) *Jóvenes.*
- c) *Mujeres.*

- d) *Personas adultas mayores.*
- e) *Personas con discapacidad.*
- f) *Migrantes.*
- g) *Pueblos y comunidades indígenas.*

a) Niñas y niños

Las niñas y los niños en México enfrentan una especial situación de vulnerabilidad estructurada principalmente por los motivos siguientes: § En primer lugar, porque dependen de sus padres, tutores y en general de personas adultas, para ejercer sus derechos de manera plena, ya que se encuentran en proceso de desarrollo y formación, lo que los coloca en una situación de desventaja para satisfacer sus necesidades básicas como son la salud, la educación y la alimentación. En segundo término, porque las violaciones a sus derechos humanos generalmente suceden en el ámbito familiar, lo que dificulta que se conozcan. La violencia intrafamiliar, la necesidad de que niños y niñas contribuyan al ingreso económico de la familia, la falta de conocimiento de sus propios derechos, entre otros motivos, exponen a la niñez a la violación de otros derechos que son para ellos y ellas difícilmente denunciables, lo que facilita la repetición de las violaciones y aumenta la vulnerabilidad²².

b) Jóvenes

Entre los grupos de población en situación de vulnerabilidad se encuentran los jóvenes, quienes de conformidad con la Ley Orgánica del Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), son todas las personas de 12 a 29 años de edad. Los jóvenes conforman un sector social que requiere atención especial por encontrarse en un período de la vida donde se forma y consolida la personalidad, la adquisición de conocimientos, la seguridad personal y la proyección al futuro. La Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes, establece una serie de derechos para este grupo de población, sin perjuicio de los que igualmente les beneficie a los menores de edad, contenidos en la Convención sobre los Derechos del Niño. Es importante mencionar que la Convención citada anteriormente fue firmada por nuestro país en octubre de 2005; pero no ha sido ratificada por el Senado, razón por la cual no puede considerarse vigente en México. Los derechos de las y los jóvenes resultan un eje de atención estratégico en el

²² http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=127&id_opcion=45&op=45

desarrollo de México, es por ello que se han establecido medidas de inclusión social, laboral y económica.

c) Mujeres

Aun cuando mujeres y hombres tenemos los mismos derechos, y la igualdad entre ambos está plasmada en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la realidad es distinta. A lo largo de la historia, las mujeres se han enfrentado a la discriminación, así como a múltiples dificultades para ejercer sus derechos, a diferencia de los hombres. La condición de género ha hecho a las mujeres susceptibles de recibir agresiones de tipo físico, verbal, emocional, sexual y económico. En la actualidad aún se observan desventajas económicas y laborales en cuanto a salarios y puestos, así como educativas, ya que por los roles que desempeñan, en muchas ocasiones requieren interrumpir sus estudios. Son las sociedades, la cultura, la historia y no los genes ni la herencia, los que fomentan las ideas que llevan a una discriminación sistemática que coloca a la mitad de la población que representan las mujeres en situación de vulnerabilidad²³.

d) Adultos mayores

Personas adultas mayores son quienes cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional. Las personas adultas mayores llegan a ver disminuidas sus facultades físicas y, en ocasiones, también mentales, lo cual los deja en una situación de desventaja con respecto a otras personas. Asimismo, sufren doble o triple discriminación cuando, además de ser adultas mayores, son mujeres, indígenas o llegan a padecer alguna discapacidad, exponiéndolas en mayor grado a la marginación, exclusión, rechazo e incluso violencia²⁴.

Este sector está en crecimiento, ya que la curva poblacional de juventud va decreciendo y la cantidad de personas adultas mayores está aumentando 4 veces más que el resto de la población, por lo que se calcula que para 2050 las personas adultas mayores representarán casi el 30 por ciento de la población.

²³ http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=121&id_opcion=44&op=44

²⁴ http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=52&id_opcion=39&op=39

Actualmente no existe un instrumento internacional que considere específicamente los derechos de este grupo de población. Al respecto, la Organización de Estados Americanos ha emprendido esfuerzos por elaborar una Convención Interamericana que consagre los derechos de los adultos mayores, la cual está siendo desarrollada por el Grupo de Trabajo sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Por su parte, la Organización de Naciones Unidas estudia la posibilidad de establecer un instrumento internacional de esta naturaleza, a través del Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre el Envejecimiento (OEWGA). En nuestro país, las personas adultas mayores cuentan con el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), el cual promueve su pleno desarrollo, brindándoles atención integral para que tengan una mejor calidad de vida, además de incluirlos en la sociedad. Asimismo, la SEDESOL debe generar políticas integrales que permitan el pleno ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, promoviendo una cultura del respeto a los derechos de este grupo de población, así como fomentar entre las y los servidores públicos un trato empático hacia la población, permitiendo con cada acción desplegada en la Secretaría la inclusión, la no discriminación y el ejercicio pleno de los derechos humanos.

e) Personas con discapacidad

Son consideradas personas con discapacidad aquellas que por razón congénita o adquirida presentan una o más deficiencias de carácter físico, mental, intelectual o sensorial, ya sea permanente o temporal y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva, en igualdad de condiciones con los demás. Este grupo de población en situación de vulnerabilidad es discriminado e incluso invisibilizado, lo que le impide desarrollarse de la misma manera que el resto de las personas. Las personas con discapacidad se enfrentan a fuertes estigmatizaciones que las deja fuera de toda posibilidad de ejercer plenamente sus derechos. Históricamente se les ha señalado como inútiles, incapacitados, estorbos. Además, han padecido escarnio público y burlas tanto a nivel social como en los medios de comunicación²⁵.

²⁵ http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=133&id_opcion=46&op=46

A nivel internacional existen diversos instrumentos que establecen los derechos de las personas con discapacidad, como la Convención Interamericana para Eliminar todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, mediante la cual nuestro país se ha comprometido a hacer exigibles todos los derechos de este grupo de población; asimismo, se establece como un derecho fundamental el de no discriminación.

En el sistema universal, tenemos la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la cual establece derechos de forma general y obligatoria para el Estado mexicano. En nuestro país contamos con el Consejo Nacional para la Inclusión y Desarrollo de las Personas con Discapacidad (CONADIS), el cual busca asegurar el pleno cumplimiento de los derechos de este grupo de población, estableciendo políticas que contribuyan a su desarrollo, inclusión y empoderamiento. La SEDESOL tiene la atribución de fomentar las políticas públicas y dar seguimiento a los programas que garanticen la plenitud de los derechos de las personas con discapacidad.

f) Migrantes

La fracción XVII del artículo 3 de la Ley de Migración, define al migrante como el individuo que sale, transita o llega al territorio de un estado distinto al de su residencia por cualquier tipo de motivación. Muchas de las personas que emigran del territorio nacional, lo hacen debido a la marginación y exclusión social de la que han sido objeto, es por ello que la restricción de derechos es en muchas ocasiones un motivo para salir del país o cambiar de localidad en busca de mejores oportunidades de empleo y desarrollo.

Su recorrido, cambio de residencia y acogida en un nuevo entorno social, en múltiples ocasiones potencializa su condición de vulnerabilidad y discriminación. En particular, consideraremos como un grupo de población en situación de vulnerabilidad a los migrantes mexicanos que han vivido en condiciones de pobreza y marginación, y cambian su residencia motivados por el deseo de mejorar las condiciones económicas y sociales propias y de su familia; al conseguir salir de esta situación con el producto de su trabajo, cambian su estatus social y colaboran activamente con su comunidad.

LA SEDESOL tiene un gran compromiso con este sector de la población, es por ello que ha establecido el Programa 3x1 para Migrantes, el cual apoya las iniciativas de los mexicanos que viven en el exterior y les brinda la oportunidad de canalizar recursos a México, en obras

de impacto social que benefician directamente a sus comunidades de origen. Con dicho programa se pretende superar las barreras de marginación y discriminación estructural, integrando en un proyecto productivo, las inversiones realizadas por este grupo en nuestro país, fomentando así el desarrollo económico.

g) Pueblos y comunidad indígenas

En el artículo 2º de nuestra Constitución, se reconoce la facultad de los pueblos y comunidades indígenas de auto determinarse, reconociendo su valor ancestral y estableciendo los mecanismos jurídicos necesarios para conservar sus usos y costumbres, a fin de lograr la igualdad de derechos y establecer los mecanismos necesarios para hacerlos exigibles y justiciables. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha hecho un esfuerzo significativo por garantizar el respeto a los derechos de los pueblos y comunidades indígenas, emitiendo el Convenio 169, mismo que conjuntamente con la norma constitucional, reconoce los derechos de este colectivo de población y establece obligaciones al Estado mexicano en la materia.

México es una nación pluricultural, identificada por la variedad de pueblos y comunidades indígenas que la enriquecen a través de sus lenguas, costumbres y tradiciones, mismos que lamentablemente han sido invisibilizados, discriminados y marginados, lo cual ha ocasionado su franca desventaja frente al resto de la población. A nivel nacional, existen diversas instituciones preocupadas por preservar nuestras tradiciones, lenguas e idiomas y en general la cultura mexicana, así como por garantizar el respeto de los derechos de estos pueblos y comunidades indígenas en situación de vulnerabilidad; entre estas, se encuentra el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas y la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Por lo que respecta a la SEDESOL, con el fin lograr la inclusión social de este grupo de población, así como de respetar y garantizar sus derechos humanos, se han emprendido acciones para facilitar el acceso a los programas sociales que opera nuestra Secretaría, traduciendo las reglas de operación a las lenguas indígenas más representativas de nuestro país.

Este tipo de medidas aumentarán progresivamente, con el fin de fomentar el trato digno, respetuoso y comprometido de las y los servidores públicos. En términos generales, se busca hacer llegar los programas sociales a quienes más lo necesitan, para así abatir la pobreza extrema, propiciando la inclusión y la cohesión social.

El respeto, la promoción y la protección de los derechos humanos es un elemento intrínseco de todo régimen democrático, por lo que podemos afirmar que existe una relación indisoluble entre democracia y estado de derecho y derechos humanos. De esta manera, en la medida en que un régimen democrático garantiza el estado de derecho y el respeto a los derechos humanos de todos los habitantes de un Estado, el fortalecimiento de los demás. Así, por ejemplo, el fortalecimiento de las instituciones democráticas y el ejercicio de un pleno estado de derecho potencian la posibilidad del respeto, defensa y promoción de los derechos humanos.

La alternancia en el poder, no provocó por sí misma la mejoría en el estado general que guarda el respeto a los derechos humanos en México. No obstante los constantes señalamientos del gobierno en la materia y la activa participación de México a nivel internacional, que ha costado al país algunos desencuentros a los derechos humanos en el país son mínimos. Organismos no gubernamentales de carácter nacional e internacional señalan reiteradamente que México se ha vuelto un activo promotor de los derechos humanos en el extranjero, pero que la situación en el ámbito interno no ha registrado los avances que se esperaban, mucho menos en relación con la protección y promoción de los derechos humanos de grupos vulnerables.

5.3.3 Las poblaciones en situación de calle como grupos potencialmente vulnerables

Uno de los principales elementos que conforman el estudio de la igualdad parte de la identificación y reconocimiento de la existencia de grupos de población y personas que, por causas económicas, sociales o culturales, se encuentran en una situación de especial desventaja respecto del resto de la comunidad. Tales desventajas pueden traducirse en la falta de reconocimiento legal como personas titulares de derechos, la restricción indebida de sus libertades, la afectación del ejercicio pleno de sus derechos humanos o la falta de oportunidades para acceder a las condiciones y servicios que les permitirían desarrollar una vida adecuada.

La identificación de ciertos grupos de población bajo el rubro en especial situación de vulnerabilidad obedece a las desventajas previamente mencionadas y se basa en la intención de visualizarles como integrantes de una sociedad que requieren acceder a mecanismos de compensación que les permitan participar en la vida política y en la toma de decisiones, de modo que puedan contribuir a la modificación de los patrones discriminatorios a los que se enfrentan (Anón, 2012). Asimismo, la asociación de un grupo de población con la categoría en especial situación de vulnerabilidad refuerza la obligación estatal de activar todo el aparato gubernamental

con el fin de adoptar todas aquellas medidas necesarias para que los grupos de población trasciendan la situación en que se encuentran y ejerzan de manera libre sus derechos humanos.

La discriminación y la exclusión son dos fenómenos a los que comúnmente se enfrentan los grupos y personas que se hallan en una situación especial de vulnerabilidad. Aun cuando ambos conceptos son utilizados de manera similar, es necesario precisar que tienen connotaciones, significados y consecuencias distintas que impactan de manera diferenciada en los derechos humanos de las personas y grupos que se encuentran en una situación de desventaja dentro de la sociedad.

Para Boaventura de Sousa Santos, la desigualdad y la exclusión se colocan como dos sistemas de pertenencia jerarquizada. En el primero, la desigualdad surge como un fenómeno socioeconómico y jerárquico de integración social en donde la pertenencia de las personas se produce como resultado de la pertenencia subordinada; es decir, aquel individuo que se encuentre subordinado forma parte del sistema y su presencia resulta indispensable. En cambio, la exclusión se coloca como un fenómeno social, cultural e histórico a través del cual las sociedades construyen un discurso de verdad que impone prohibiciones y rechazos hacia aquellas personas o poblaciones que no lo reproducen. A diferencia de la desigualdad, en el sistema de exclusión se pertenece en función de la no pertenencia (Boaventura de Sousa Santos, 2010).

En el marco del fenómeno de la exclusión social, la calle también se convierte en un espacio de segregación en donde se concentran las situaciones más extremas de malestar urbano; es ahí donde la sociedad y el gobierno abandonan a las personas que viven o sobreviven en el espacio público (Bossert, 2007). La calle se traduce así en la materialización física de la exclusión social en donde los procesos de gentrificación, caracterizados por la recuperación de espacios públicos o deshabitados y por la delimitación y asignación física de espacios a partir de un sistema de clases, terminan por colocar a las poblaciones callejeras en lugares cada vez más desolados y precarios (Díaz Urueta, 2013), e incluso más riesgosos para ser habitados. Aunado a ello, las limitaciones en el ejercicio de sus derechos implican que las poblaciones callejeras no son habitualmente reconocidas ante las instancias gubernamentales como titulares de derechos humanos, situación que se agudiza con problemáticas específicas como la carencia de documentos de identificación que les permitan exigir de las autoridades las prestaciones y prerrogativas que les corresponden, por señalar sólo un ejemplo.

En ese contexto, la indiferencia emerge como el eje articulador de actos de injusticia pasiva y activa de las autoridades y sociedades que llevan a cabo acciones negligentes y de rechazo las cuales, además de afectar a las personas que conforman las poblaciones callejeras, al no ser denunciadas revelan la existencia de sociedades injustas (Shklar, 2010). En resumen, las afectaciones originadas por la exclusión social y la indiferencia de la sociedad y el Estado reproducen la situación de desventaja de las poblaciones callejeras y mantienen constantes las barreras que obstaculizan su acceso al goce y ejercicio de los derechos humanos. Lo anterior, en palabras de *Avishai Margalit*, no es característico de sociedad que puedan preciarse de ser decentes, civilizadas y mucho menos justas.

Los individuos somos titulares de todo un conjunto de derechos humanos. Sin embargo, los problemas estructurales de la sociedad condicionan a niñas, niños, jóvenes, mujeres y adultos a vivir excluidos y al margen de las condiciones mínimas para satisfacer sus necesidades básicas. Diferentes circunstancias, ya sea económicas, emocionales, sociales o familiares, conducen a los individuos a vivir en el espacio público, generalmente urbano.

La calle, así, es reapropiada por la población en situación de calle como zona de trabajo, diversión o pernocta; y se convierte en lugar de disputa entre transeúntes, automovilistas, comerciantes y autoridades públicas que compiten por el dominio de este espacio. De esta forma, la población en situación de calle se mimetiza con el entorno y se vuelve parte de un contexto social invisible o invisibilizado.

Dicha invisibilización hace posible perpetuar las condiciones inhumanas en las que sobreviven los habitantes de la calle. Estas circunstancias conducen a un doble círculo vicioso en el que, por un lado, un grupo vulnerado y excluido por no contar con recursos económicos ni sociales se mantiene al margen de políticas públicas gubernamentales y del interés de la ciudadanía; y, por el otro, sin vivienda ni medios de subsistencia, su labor diaria se concentra en la satisfacción de las necesidades básicas y no en la defensa del ejercicio de sus derechos.

Aunque para algunos especialistas en el tema "es necesario superar la mirada asistencial y la discriminación tutelar para dar paso al empoderamiento y construcción de un sujeto de derechos

reconocido en cada una de las personas que vive en la calle"²⁶; es difícil dar paso a una política de empoderamiento social de las poblaciones en situación de calle cuando sus condiciones son tan precarias; y ni el Estado ni la sociedad reconocen el rezago en el que se encuentra este sector de la población.

Es fundamental dirigir la mirada y las políticas públicas hacia la inclusión y la atención de la población en situación de calle para dar cabida al ejercicio de los derechos políticos y civiles de todas y todos los ciudadanos. Actualmente no existe "una convención o tratado internacional específico para que los Estados se comprometan a respetar y vigilar los derechos de la población en situación de calle"²⁷. Las siguientes leyes consideran a estos grupos:

- Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social
- Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación

Entre los principales obstáculos que restringen el libre y completo goce de derechos humanos de estas poblaciones destacan los siguientes:

- La sociedad aún no reconoce a las poblaciones callejeras como sujetos de derechos en igualdad de condiciones.
- Las representaciones sociales todavía les miran y tratan como potenciales delincuentes, lo que agudiza los actos de discriminación y violencia tanto del Estado como de la población en general.
- Las acciones y programas gubernamentales basados en la "discriminación tutelar" tratan a estas poblaciones como objetos de protección, como víctimas o como potenciales delincuentes; afectando, entre otros, su derecho a la integridad, a la libertad y a la seguridad personal.
- Faltan políticas públicas que atiendan y prevengan las raíces del fenómeno callejero, así como estrategias y programas integrales que eviten acciones de "cero tolerancia", estigmatización, discriminación y criminalización de la pobreza en contra de las poblaciones callejeras.

²⁶ Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México (COPRED), Por la No Discriminación, "Poblaciones callejeras". Disponible en la dirección electrónica: http://www.copred.df.gob.mx/wb/copred/poblacion_en_situacion_de_calle

²⁷ Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal, IASIS, Censo "Tú también cuentas" V. Disponible en la dirección electrónica: http://www.iasis.df.gob.mx/pdf/tu%20tambien%20cuentas%202011_2012.pdf

- Se requieren espacios de coordinación y concertación entre las dependencias para una adecuada atención de las poblaciones callejeras y entre los programas gubernamentales y los de la sociedad civil para aprovechar su experiencia y propuestas con enfoque de derechos humanos.
- Falta información estadística confiable, sistemática, desagregada y que considere la situación contextual de las poblaciones callejeras.
- Falta regulación y supervisión oficial de los centros de rehabilitación y tratamiento de adicciones llamados "anexos".
- Persiste la discriminación que les obstaculiza el acceso adecuado y oportuno a los servicios de salud, incluidos los servicios de emergencia.
- Factores como la carencia de redes sociales positivas, el estigma social que les acompaña, la discriminación que reciben por su apariencia, el consumo de drogas, la falta de documentos oficiales y de una vivienda fija, resultan en la restricción de posibilidades de subsistencia y acceso al empleo de las poblaciones callejeras. La falta de documentos oficiales (acta de nacimiento, comprobante de domicilio, registro de seguridad social, constancia de estudios o credencial de elector) también les impide acceder a los beneficios de los programas sociales²⁸

5.3.4 La situación de vulnerabilidad de los migrantes en situación irregular

La probabilidad de convertirse en migrante irregular varía según los criterios de origen, situación social, capital humano, sexo y edad. Los ciudadanos de los países altamente desarrollados, que tienen pasaportes universalmente reconocidos y poseen un considerable capital humano, tienen una bajísima probabilidad de convertirse en irregulares, dado que la mayor parte de los Estados de destino les dan la bienvenida y les procura ingreso legal y un estatus seguro de residencia.

La gente proveniente de los países más pobres, pero que pertenece a las clases medias y posee un elevado capital humano, con frecuencia también son capaces de migrar de manera regular. Pero la gente afectada por múltiples formas de vulnerabilidad tiene una probabilidad mucho más alta de encontrar bloqueadas las rutas legales de migración y de convertirse en migrante irregular.

²⁸ Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal (PDHDF) en materia de Derechos de las poblaciones callejeras, Folleto de divulgación para la vigilancia social. Disponible en la dirección electrónica: [\[http://www.dao.gob.mx/seg_pdhdf/poblacionescallejerasweb.pdf\]](http://www.dao.gob.mx/seg_pdhdf/poblacionescallejerasweb.pdf)

Los migrantes con escasa calificación provenientes de países menos desarrollados con frecuencia se encuentran con que necesitan visas para traspasar las fronteras internacionales, y que estas visas no están disponibles. En donde la demanda de fuerza de trabajo no corresponde con las oportunidades de migración legal, se sigue la irregularidad. A la gente que huye de la violencia o la persecución, en particular en los países más pobres, con frecuencia no se le permite el ingreso al territorio de un Estado, incluso si ese Estado ha firmado la Convención de Refugiados de las Naciones Unidas. La irregularidad y el uso de los contrabandistas de personas pueden constituir el único camino para hacer una demanda de protección. Las mujeres y los niños provenientes de países pobres y afectado por el conflicto son especialmente vulnerables al tráfico y la explotación, dado que carecen de derechos formales, recursos y poder social.

La situación de vulnerabilidad de los migrantes como sujetos de derechos humanos ha sido ampliamente reconocida a nivel internacional. El hecho de no ser nacionales del país en el que se encuentran o el ser de origen extranjero conlleva a que los migrantes sean víctimas de diversas violaciones a sus derechos humanos, delitos malos tratos y actos de discriminación, racismo y xenobia. La discriminación en contra de los migrantes se manifiesta tanto de jure como de facto. La vulnerabilidad de los migrantes también se produce como consecuencia de las dificultades que tienen estas personas para comunicarse en el idioma del país en el que se encuentran, el desconocimiento de la cultura y las costumbres locales; la falta de representación política; las dificultades que enfrentan para ejercer sus derechos económicos, sociales y culturales en particular el derecho al trabajo, el derecho a la educación y el derecho a la salud; los obstáculos que enfrentan para obtener documentos de identidad y los obstáculos para acceder a recursos judiciales efectivos en casos de violaciones a sus derechos humanos o en la reparación de estas.

La situación de vulnerabilidad de los migrantes se agrava cuando se trata de migrantes en situación irregular. La comisión ha reconocido que los migrantes en situación irregular se encuentran en una situación de extrema vulnerabilidad, la cual los expone a ser víctimas de abusos y violaciones a sus derechos humanos. A criterio de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos los migrantes en situación irregular enfrentan una condición de vulnerabilidad estructural, en la cual es común que los migrantes sean víctimas de arrestos arbitrarios y ausencia de debido proceso; de expulsiones colectivas; de discriminación en el acceso de servicios públicos y sociales a los que extranjeros tienen derecho por ley; condiciones de detención inhumanas; de

apremios ilegítimos por parte de autoridades de migración y policías; de obstáculos en el acceso y procuración de justicia de los delitos de los que son víctimas y completa indefensión cuando son expuestos a condiciones de explotación por parte de empleadores inescrupulosos (CIDH, 2000).

La exclusión social y las inequidades persistentes en la distribución de la riqueza y en el acceso y la utilización de los servicios se reflejan en los resultados de salud. Estos factores siguen siendo los principales obstáculos para el desarrollo humano inclusivo en la Región y obstaculizan las estrategias de lucha contra la pobreza, así como la unidad social y el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. La discriminación racial y por razón de género agravan aún más la exclusión social y la inequidad.

Generalmente se utilizan tres medidas principales para describir las inequidades: las desventajas en materia de salud debidas a las diferencias entre los sectores de la población o las sociedades; las brechas de salud, que se forman por las diferencias entre las personas que están en peor situación y el resto de la población; y los gradientes de salud, relacionados con las diferencias encontradas a lo largo de todo el espectro de la población.

Los datos probatorios indican cada vez más que los más pobres entre los pobres tienen la peor salud; este es un fenómeno mundial que se presenta en los países de ingresos bajos, medianos y altos. Los datos dentro de los países indican que, en general, cuanto más baja es la posición socioeconómica de una persona, peor es su salud. A esto se le conoce como gradiente social de la salud y significa que las inequidades en salud afectan a todos.²⁹

Así, aunque una buena atención médica es de importancia fundamental, el bienestar no se logrará a menos que se aborden las causas sociales subyacentes que socavan la salud de la gente:

- 1) *mejorar las condiciones de vida cotidianas;*
- 2) *luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; y*
- 3) *medir y entender el problema y evaluar la repercusión de las medidas.*³⁰

²⁹ [World Health Organization. Closing the gap: policy into practice on social determinants of health. Discussion paper \[Internet\]; 2011.](#) Acceso el 14 de junio de 2016.

³⁰ [World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health \[Internet\]; 2008.](#) Acceso el 14 de junio de 2016.

CAPÍTULO VI

LA INTERDISCIPLINARIEDAD APLICADA AL DERECHO DE ACCESO A LA SALUD

La interdisciplinariedad no es una yuxtaposición ni una suma de saberes en cadena, ni un conglomerado de actuaciones grupales, ni el troceado a la carta de las distintas terapias. La interdisciplinariedad es una puesta en común, una forma de conocimiento aplicado que se produce en la intersección de los saberes. Es, por tanto, una forma de entender y abordar un fenómeno o una problemática determinada³¹.

En palabras de V. Gómez Pin, «no se trata de defender la necesidad de un saber interdisciplinar concebido como acumulación, en un sujeto portentoso, de los distintos saberes especializados en el punto de intersección de cada saber con los demás reside la matriz de cada uno de esos caminos; alcanzar tal punto constituye el objetivo que la razón persigue a través de los objetivos parciales de cada una de las disciplinas»³². Este modelo de trabajo supone una apertura recíproca, una comunicación entre los distintos campos de fecundación mutua³³, sin totalitarismos o imposiciones, ni tampoco reduccionismos o sectarismos que constriñan la propia complejidad³⁴ de todo campo científico.

Una aplicación práctica de lo que la interdisciplinariedad supone en el avance de los descubrimientos lo tenemos en nuestro propio campo médico, donde la investigación punta y los descubrimientos clínicos más importantes en U.S.A. se desarrollan por equipos de investigación interdisciplinarios, donde un tanto por ciento elevado de los investigadores no son médicos (biólogos, ingenieros, matemáticos, físicos, etc). Tomando otro ejemplo de interdisciplinariedad en un campo de conocimiento moderno, estaría en el de la biología molecular, como encrucijada de disciplinas en las que se dan cita los campos del saber de la vida y de la química, pero también de la geometría, lingüística, teoría de los códigos, etc³⁵.

³¹ MORIN, E., «La Unidad del hombre como fundamento y aproximación interdisciplinaria», en ApOSTEL, y otros, Interdisciplinariedad y Ciencias humanas, Madrid, Tecnos/Unesco, 1983, pp. 206-208.

³² GÓMEZ PIN, v., Actas del I.º Congreso Internacional de Ontología, Barcelona, Publicaciones de la Universidad Autónoma, 1994, p. 11

³³ GUSDORF, G., «Pasado, presente y futuro de la investigación interdisciplinaria», en AposTEL, y otros, Interdisciplinariedad y Ciencias Humanas, citada, 1983, pp. 49.

³⁴ PRIGOGINE, Y; GLANDSFORPP, P., Structure, stabilité et fluctuations, París, Masson, 1971.

³⁵ VINISTE, I. M., «La interdisciplinariedad en las ciencias sociales», en ApOSTEL, y otros, op. cit., pp. 165-186.

Al referirse a la interdisciplinariedad en general hay una utilización ambigua y polisémica del término, en el sentido de confundirla con el trabajo conjunto de diferentes profesionales sobre un mismo problema, o bien con el hecho de que un especialista o servicio tenga colaboradores o forme un equipo polivalente que se nutre de otras disciplinas.

La interdisciplinariedad no supone la suma y aglomerado de conocimientos, aunque ésta sea la versión errónea más extendida. Este modelo de suma aritmética supone conceptualmente un error básico operativo desde la propia matemática, pues la suma de elementos diferentes (médico, psicólogo, trabajador social, maestro, etc.), no puede realizarse en una operación aritmética, sino que pertenece a las operaciones relativas a la teoría de los conjuntos, como cualquier estudiante de matemáticas conoce.

6. ¿Qué es la interdisciplinariedad?

La necesidad de contar con nuevos conocimientos científicos para la comprensión y solución de los problemas relevantes, motivó a las Ciencias Sociales, casi desde su nacimiento, a emprender estudios con perspectivas interdisciplinarias, de modo que contribuyeran con conocimientos integrados sobre el hombre y la sociedad; de aquí, que el término interdisciplinariedad surgiera por primera vez en 1937 atribuyéndole su invención al sociólogo Louis Wirtz.

La importancia de la interdisciplinariedad aparece con el propio desarrollo científico-técnico, que desembocó en el surgimiento de múltiples ramas científicas. Esta dinámica hizo que la necesidad de integrar situaciones y aspectos para generar conocimientos sea cada vez mayor. Pese a que el primero en mencionar este término fue Louis Wirtz, recién se postuló una teoría consistente en los 70's. Lo hizo Smirnov, al desarrollar las bases ontológicas y epistemológicas de este concepto. En dicho estudio determinó la importancia que tenía la integración social y aseguró que para poder comprenderla realmente era necesario establecer una nueva forma de encarar el conocimiento.

Gracias a la interdisciplinariedad, los objetos de estudios son abordados de modo integral y se promueve el desarrollo de nuevos enfoques metodológicos para la resolución de problemas. En otras palabras, puede decirse que la interdisciplinariedad ofrece un marco metodológico que está basado en la exploración sistemática de fusión de las teorías, instrumentos y fórmulas de

relevancia científica relacionadas a distintas disciplinas que surge del abordaje multidimensional de cada fenómeno.

La interdisciplina aparece como producto de una nueva actitud, donde cada disciplina debe mirarse así misma con una perspectiva más abarcativa, que la trascienda, a la vez que debe tratar de encontrar una distancia óptima entre las distintas disciplinas convocadas por el objeto del estudio común, y una proximidad adecuada entre éste y aquéllas. Cuando hablamos de un trabajo interdisciplinario nos referimos al estudio, o desarrollo de actividades que se realizan con la cooperación e intercambio de varias disciplinas. Cada disciplina pone a disposición de las otras sus esquemas conceptuales, prestándolos al interjuego de asimilación y reformulación de los mismos, de los que resulta una integración diferente por esa reciprocidad en el intercambio es decir que resulta un nuevo esquema.

La interdisciplinariedad es definida como un conjunto de disciplinas conexas entre sí y con relaciones definidas, a fin de que sus actividades no se produzcan en forma aislada, dispersa y fraccionada. También se define como un proceso dinámico que busca proyectarse, con base en la integración de varias disciplinas, para la búsqueda de soluciones a problemas de investigación, por lo cual, excluye la verticalidad de las investigaciones como proceso investigativo. (Tamayo y Tamayo, 2004).

Parafraseando a Ferrari, la interdisciplina aparece también por situaciones de conflicto no suficientemente explicadas, en las que están involucrados los diferentes cuerpos teóricos de cada disciplina, con sus dogmas y encuadres, y desde donde en un primer momento, cada una registra, prioriza e interpreta el mismo fenómeno pero desde su postura. La interdisciplina como es un hacer entre, en medio o más allá de las fronteras, intenta dar respuesta a la situación de conflicto, a la vez que ella misma es fuente generadora de conflicto en un doble aspecto.

Por una parte, porque cada disciplina pone a disposición de las otras sus propios marcos conceptuales, generando incertidumbre, y por la otra, porque necesita para la praxis la conformación de equipos interdisciplinarios, situación muy compleja, porque es en el equipo propiamente dicho, en donde verdaderamente se administra la problemática del poder entre las disciplinas.

La interdisciplinariedad en la investigación no es sólo un modo de encarar el análisis de los fenómenos sociales sino también una actitud. En la práctica, el encuentro entre disciplinas se caracteriza por la disposición de los investigadores para hacer realidad la integración de saberes científicos, encontrando interrelaciones en los análisis teóricos, diseños metodológicos y en la interpretación de la información. Investigar de esa manera, no excluye el análisis en profundidad de partes constitutivas del objeto de estudio que compete a cada profesional/disciplina que integra un equipo; al contrario es una necesidad.

La realización de una investigación con varias disciplinas diferentes puede requerir un enfoque multidisciplinario o interdisciplinario. El primero se basa en aportes paralelos de distintas disciplinas, sin que existan necesariamente instancias de consulta entre ellos. El segundo implica una interacción de diferentes disciplinas en relación con el problema que se investiga, a través de todo el proceso de investigación, a partir en el caso ideal de la definición del problema.

Dirk Van Dusseldorp enumera concisamente los principales componentes y etapas de la investigación y el análisis interdisciplinarios:

- a. *Estudio del mismo objeto,*
- b. *Al mismo tiempo,*
- c. *Por miembros de distintas disciplinas,*
- d. *En estrecha cooperación y;*
- e. *Con un continuo intercambio de información,*
- f. *Obteniendo un análisis integrado del objeto de estudio. (Van Dusseldorp, 1992).*

El hecho de traspasar las fronteras disciplinarias en las investigaciones sobre desarrollo, no implica la integración de las disciplinas en cuestión. Se trata, más bien, de aunar puntos de vista e información provenientes de diferentes ámbitos disciplinarios. Es ésta una importante diferenciación, que puede facilitar la cooperación entre individuos de campos disciplinarios diferentes sin afectar el valor de sus conocimientos específicos.

6.1 Conceptos complejos y básicos

La 'complejidad' constituye una perspectiva novedosa y marginal en la ciencia contemporánea; su carácter de novedad radica en que el estudio de la complejidad implica, en buena medida, un quiebre o discontinuidad en la historia de la ciencia o, más precisamente dicho, en la racionalidad científica occidental. La complejidad introduce, en el terreno de las ciencias,

una racionalidad post-clásica que habilita e incorpora problemas ignorados o vedados por el pensamiento científico moderno. Estos problemas involucran, en un sentido no exhaustivo, cuestiones relativas al desorden, el caos, la no-linealidad, el no-equilibrio, la indecibilidad, la incertidumbre, la contradicción, el azar, la temporalidad, la emergencia, la auto-organización. La complejidad puede entenderse, por lo tanto, como un paradigma científico emergente que involucra un nuevo modo de hacer y entender la ciencia, extendiendo los límites y criterios de científicidad, más allá de las fronteras de la ciencia moderna, ancladas sobre los principios rectores del mecanicismo, el reduccionismo y el determinismo (Delgado, 2004; Morin 2004).

a) Teoría de los conceptos

La comunicación interdisciplinaria, y por lo tanto la tasa de progreso en la comprensión académica, sería menormente mejorada si los estudiosos tuvieran acceso a una clasificación universal de documentos o ideas basados en particulares disciplinas o culturas. Esta clasificación es factible si es posible entender los conceptos complejos como la combinación de los conceptos más básicos.

“La investigación sobre la naturaleza de los conceptos está en curso, en la filosofía y la psicología, y no existe un consenso general en cualquiera de los campos en cuanto a la teoría preferida de conceptos” (Earl, 2007).

Cualquier intento por parte de los científicos de la investigación para echar a tierra la teoría de conceptos la que debe ser guiada primordialmente por una apreciación de la falta de consenso entre ambos, filósofos y psicólogos. Es de los científicos de la información el presumir que podemos identificar el mejor argumento filosófico, sino más que el garantizar que las clasificaciones que desarrollamos sean en la medida posibles en consonancia con el rango más amplio de teorización filosóficos y psicológico (STOCK, 2010). Mientras que los científicos de la información individuales pueden tener sus preferencias epistemológicas, como un campo debemos de ver cualquier argumento en favor o en contra de cualquier clasificación particular que sea basada en solo un enfoque filosófico como seriamente incompleto.

b) Teoría Clásica

La Teoría Clásica sostiene que un concepto lexical tiene una estructura de definición en la cual es compuesta de conceptos más simples que expresan condiciones necesarias y suficientes. (Margolis, Laurence, 2006). Esto era importante para la filosofía, en la que los filósofos podrían tratar de definir términos tales como “Libertad” en términos de más conceptos básicos, y una vez

con éxito tales definiciones permitirían una categorización universal compartida de los libres y los no libres.

Como se señala anteriormente, la principal objeción ha sido empírica: aunque muchos filósofos a través de los siglos han intentado precisar definiciones de conceptos tales como “Libertad” han sido colectivamente menos exitosos de lo que desearían (Fodor, 1981). Los científicos de la información tienen mucho que contribuir al lado empírico de este debate.

c) La Teoría del Prototipo

Todas las otras teorías son intentos para reaccionar a los desafíos empíricos de la teoría clásica. La teoría del prototipo, con raíces tanto en la filosofía del lenguaje de Wittgenstein y en la psicología; sugiere en la necesidad de las tendencias probabilísticas asociadas a conceptos. La implicación para la información de la ciencia sería que siempre tendremos dificultad definiendo clases y subclases de una manera en la que todos los usuarios lo apreciaran. Aunque la teoría del prototipo evidentemente no es toda la historia, existe gente que piensa con lógica acerca de la naturaleza de los conceptos.

d) La Teoría de la Teoría

La teoría de la teoría se ha convertido en el método más popular en las últimas décadas y ha tenido una considerable influencia en la información de la ciencia. Argumenta que los conceptos están en relación unos con otros en la misma forma que los términos de la teoría científica, de forma que la categorización es un proceso que se parece mucho a la teorización científica.

Cualquiera de los conceptos se entiende en una manera que no es dependiente a toda la red de creencias, por lo que, las personas cuentan con acceso a estrategias para entender lo que otro dice, sin tener que comprender la totalidad de dicha red. Una consecuencia práctica de la teoría de la teoría es que sería útil clasificar documentos académicos en términos de las teorías que se aplican. (Szostak, 2008).

e) Atomismo conceptual

El atomismo Conceptual argumenta que los conceptos no están relacionados entre sí, sino al mundo real. Así como un nombre personal no tiene ningún significado inherente, sino más bien se refiere a una cosa en particular en el mundo, los conceptos se refieren a las cosas reales en el mundo (Millikan, 2000).

El Atomismo conceptual no habla directamente a la cuestión de si los conceptos complejos se pueden dividir en los conceptos básicos. Pero hace dos argumentos críticos que se consideran razonables por muchos filósofos:

- Los conceptos hacen o deberían tener referentes externos.
- La comprensión de un individuo de un concepto refleja su percepción del mundo real.

Aunque el atomismo conceptual puede ser objeto de crítica como cualquier otra teoría de concepto, los científicos de la información no deben ignorar las implicaciones del atomismo conceptual: que los conceptos son (deben ser) vinculados a la percepción del mundo real, y que las personas pueden percibir las cosas que componen el mundo y las relaciones entre ellas de manera muy similar.

f) Pluralismo

Aunque los filósofos prefieren una línea de argumentación convincente, hay un creciente reconocimiento de que cada uno de los enfoques anteriores tiene mérito. Por tanto, los científicos de la información deben ser cuidadosos al basar sus esfuerzos en cualquier teoría de conceptos. Si bien la idea clásica de que los conceptos complejos se pueden dividir en los conceptos básicos es atractiva, el científico de información debe preocuparse de si esto se puede hacer en la práctica en el grado requerido por la ciencia de la información.

Mientras la teoría prototipo proporciona información útil sobre cómo las personas toman algunas decisiones de clasificación, el científico de información debe apreciar que la lógica tiene que jugar un papel en este tipo de decisiones, y también que una exhaustiva o casi exhaustiva clasificación de las subclases puede potencialmente proporcionar conocimientos compartidos. Mientras que la teoría del prototipo de este modo nos advierte que miembros de diferentes grupos pueden percibir los conceptos de forma diferente, no establece que este grado de ambigüedad es forzosamente demasiado grande para los efectos de la clasificación.

Nuestra discusión teórica sólo puede plantear algunas preocupaciones por la clasificación. La cuestión de si una verdaderamente clasificación universal es factible no puede ser decidido por razones teóricas solamente. Un camino obvio para la investigación empírica, entonces, es tomar los conceptos clasificados dentro de una disciplina basada en una clasificación universal, y ver si estos pueden ser prestados en términos de una clasificación de los conceptos básicos que potencialmente podría entenderse en todas las disciplinas. Los esfuerzos para desarrollar una nueva

clasificación siempre deben proceder con una mezcla de la deducción y la inducción. Es decir, la clasificación debe pensar primero, lógicamente, sobre la amplia estructura de la misma, y deducir como medida de lo posible las clases que caen dentro de ella.

Si los conceptos complejos en la práctica pueden ser divididos en conceptos básicos, este equilibrio entre la deducción y la inducción se logra fácilmente; una división lógica se persigue con la medida de lo posible y se complementa con un análisis de cómo los conceptos son empleados en la práctica. Sin embargo, los conceptos complejos sólo pueden ser comprendidos dentro de una red de conceptos y teorías, en donde puede haber poco margen para la deducción.

Aclarar el significado de conceptos complejos es útil tanto dentro como más allá de los límites de la ciencia de la información. Para la clasificación, hace posible conseguir una no basada en la disciplina de una clasificación universal. Para clasificadores, facilita la clasificación exacta de obras complejas. Para los usuarios, tal clasificación permitiría búsquedas por cosa, relación, y el argumento causal (cosas más relación).

La primera de éstos se complica en las clasificaciones existentes por el hecho de que la misma cosa puede ir por diferentes términos en diferentes disciplinas, o ser subsumidos dentro de muy diferentes conceptos complejos. La segunda y tercera son apenas posible en todo caso, ya que la mayoría de las relaciones no están codificados (y ciertamente no de manera consistente a través de una clasificación), y conceptos complejos no se rompen en partes constituyentes. Sin embargo, estos son el tipo de búsquedas que (especialmente interdisciplinarias) los académicos desean seguir.

Tal clasificación tanto, sería de gran ayuda importante a la erudita empresa, y para todas las actividades sociales que se benefician de la comprensión académica mejorada. Y esto no puede incluso ser el beneficio más importante de la clasificación con respecto a los conceptos básicos. Una vez que los estudiosos de diferentes disciplinas han encontrado el uno al otro, tienen que entender lo que el otro dice. Una clasificación que aclara el significado de conceptos complejos en términos de conceptos básicos (como se define en este documento) reducirá sustancialmente el grado de malentendido interdisciplinario, y así mejorar aún más la velocidad de avance académico.

6.2 El Proceso de Investigación Interdisciplinaria

Uno de los principales atractivos de la investigación interdisciplinar es que permite a los investigadores liberarse de las restricciones disciplinares. Las disciplinas se fortalecen a través de una perspectiva compartida que incluye muchos elementos: un conjunto compartido de temas abordados, una serie de teorías y métodos compartidos que son aplicados a ellos (e incluso una serie de presupuestos sobre cómo se deben de aplicar), unos presupuestos epistemológicos comunes sobre aquello que puede ser conocido y cómo; un conjunto de cuestiones éticas sobre lo que es “bueno” y a menudo, actitudes ideológicas compartidas.

Los interdisciplinarios pueden (o puede que no) respetar el poder de la investigación especializada pero siempre están conscientes de sus fuertes desventajas. El fuerte incentivo para obedecer las preferencias interdisciplinarias respecto a la teoría, el método y el tema significa que los investigadores monodisciplinares necesariamente ignoran teorías o métodos competentes e incluso ignoran fenómenos relacionados que podrían arrojar una importante luz a los temas abordados por las disciplinas.

La idea de un proceso de investigación interdisciplinar recuerda a las metodologías usadas por las disciplinas. Sería indeseable disciplinar la interdisciplinariedad de esta manera. Sin embargo, al mismo tiempo, puede ser apreciable que muchas de las fortalezas de las disciplinas se originen en estas metodologías compartidas (y gran parte del resto proviene de la forma en que estos son institucionalizados en estructuras disciplinares de recompensas).

Los disciplinarios generalmente no enseñan su perspectiva disciplinar de manera explícita. Sin embargo, el hecho de que ellos enseñan sólo uno de los dos tipos de teorías y uno de los dos métodos nos brinda una introducción sólida a esa perspectiva disciplinaria. Los interdisciplinarios carecen incluso de esta introducción.

Repko (2008) escribió su primer libro sobre el tratamiento del proceso de investigación interdisciplinario. Repko se basa a su vez en una variedad de obras escritas por académicos de la interdisciplina: Klein (especialmente 1990), Newell (especialmente 2007), Szostak (2002,2004) y Bal (especialmente 2002). Incluso toma bases principalmente en trabajos de ciencia cognitiva y psicología social. Más importante, para cada paso en su proceso de investigación recomendado, Repko brinda ejemplos de su aplicación de las humanidades, ciencias sociales y ciencias naturales.

Y, por cada paso, sugiere un puñado de estrategias o guías de acción que pueden ser útiles para aplicar. Repko propone 10 pasos generales:

1. *Definir el problema o la pregunta central.*
2. *Justificar el uso de la aproximación interdisciplinar.*
3. *Identificar disciplinas pertinentes.*
4. *Llevar a cabo la búsqueda de literatura*
5. *Desarrollar adecuaciones en cada disciplina pertinente.*
6. *Analizar el problema y evaluar cada perspectiva de ella.*
7. *Identificar los conflictos entre los puntos de vista y sus fuentes.*
8. *Crear o descubrir un terreno común.*
9. *Integrar conocimientos.*
10. *Producir un entendimiento interdisciplinario y probarlo.*

Este proceso de investigación, en particular, es similar a los que propugna Szostak (2002) y Newell (2001). Se pueden identificar cinco grupos comunes de pasos de estos tres enfoques. Los primeros pasos implican la identificación de una pregunta de investigación interdisciplinaria. El segundo conjunto de pasos guía al investigador para identificar los fenómenos pertinentes, teorías, métodos y disciplinas. El tercer conjunto de pasos implican la evaluación de conocimientos disciplinarios. El cuarto conjunto de pasos centrarse en encontrar un terreno común a través de puntos de vista disciplinario. Los pasos finales exigen la reflexión, el ensayo, y la comunicación de los resultados.

A continuación de presente el modelo interdisciplinar implicado en mi objeto de investigación.

6.3 Modelo Interdisciplinar

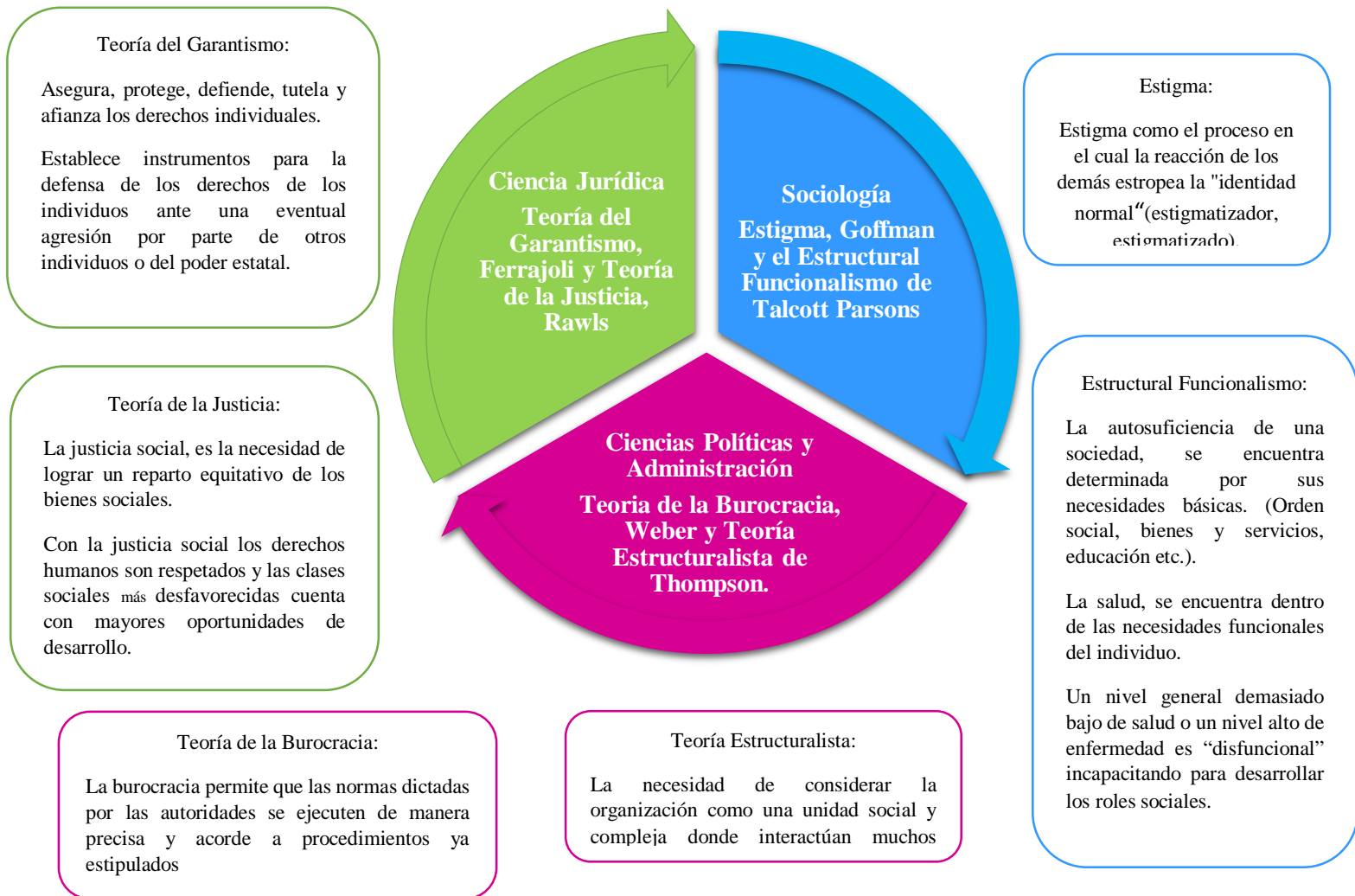


Figura 3. Modelo Interdisciplinar de Investigación

a. La Ciencia Jurídica

La ciencia jurídica ha de tener, como toda ciencia, un objeto de experiencia, la realidad jurídica en cuanto dada como esta concreta realidad jurídica. El conocimiento de ésta, como actividad científica, tiene una doble dimensión: dogmática y técnica. La dogmática prolonga la lógica del Derecho (teoría de los conceptos jurídicos fundamentales: asunto propio de la Filosofía y la Teoría general del Derecho) frente a los problemas particulares y fundamentales de cada disciplina jurídica. La técnica es el conjunto de operaciones por las que se adaptan los medios adecuados a los fines buscados y queridos.

La misión de la ciencia jurídica se traduce en estos cuatro momentos: interpretar, construir, sistematizar y valorar. Por lo pronto, ha de interpretar el contenido de un adecuamiento jurídico dado. Pero el Derecho es realidad vital humana, e interpretarlo es interpretar la realidad jurídica, o sea, la vida, por medio de un instrumento conceptual, que son las normas legales y las normas consuetudinarias formuladas por la actividad jurisprudencial (de los jueces o de los juristas). Para que la interpretación sea cabal es menester que el aparato conceptual esté plenamente en forma, o sea, perfectamente depurado y clarificado.

A ello contribuye el segundo momento de la actividad científico jurídico, que es la construcción. Éste tiende a elaborar conceptos que no estén explícitos en las normas, pero que sirven para encajar en ella los casos de la vida jurídica no claramente previstos. La construcción es una actividad creadora, crea formas nuevas de conocimiento jurídico y su riesgo está en considerarse a sí misma como finalidad suprema o preponderante de la ciencia jurídica. El riesgo lo elude no sólo la atención debida a la realización técnica del Derecho, sino el tener siempre presente que la ciencia jurídica es, fundamentalmente, práctica y que su finalidad última es contribuir a la instauración de un orden justo de convivencia entre los hombres.

La sistematización tiende a mostrar el orden jurídico como un todo sistemático. Es un punto de vista sobre la justicia que se realiza en una multitud de vivencias y valoraciones en la sociedad en que rige. Destacar la unidad fundamental de ese punto de vista, lo que enlaza orgánicamente la variedad vivencial y valorativa, mostrar cómo el sistema integra la misma realidad jurídica concreta, creo es la tercera misión de la ciencia jurídica, la cual no puede terminar su ciclo sin una valoración del orden jurídico que ha tratado de «conocer», pero a cuya transformación y reforma no puede renunciar.

Parece que la actividad científica se agota en «conocer»; pero, usando una terminología popularizada por el profesor Carlos Cossío, el jurista no conoce como «espectador» (al modo, p. ej., del naturalista que clasifica especies botánicas o zoológicas) sino como «protagonista». El jurista se halla implicado como protagonista en la realidad jurídica. Su protagonismo es de tipo «judicial», en cierto modo, actúa como juez, y, como el juez, crea Derecho cuando, al «sentenciar», actualiza y vitaliza el punto de vista sobre la justicia en que todo Derecho consiste. (Bobbio, 1959).

b. Ciencias Políticas

La ciencia política (conocida también como politología) es una ciencia social que desarrolla su campo de estudio tanto en la teoría como en la práctica de políticas y la descripción y análisis de sistemas y comportamientos políticos, de la sociedad con el Estado. Significa no abandonarse a la creencia del vulgo y no lanzar juicios de valor sobre la base de datos no atinados. En una palabra, remitirse a la prueba de los hechos; es decir, estudiar la repetición de fenómenos en el terreno de la política, a semejanza de lo que ocurre en las ciencias numéricas. Por tanto, el estudio de la política es lo observable.

El término ciencia política fue acuñado en 1880 por Herbert Baxter Adams, profesor de historia de la Universidad Johns Hopkins. Aunque su verdadero desarrollo como disciplina científica es posterior a la Segunda Guerra Mundial, antes de dicho periodo se asociaba al estudio de la jurisprudencia y la filosofía política. Otros autores afirman que el término Ciencia Política es propuesto por Paul Janet, quien lo utiliza por primera vez en su obra *Historia de la Ciencia Política y sus relaciones con la Moral* escrita a mediados del siglo XIX.

En general no está referido a lo que debería ser la política como tipo ideal o conducta deseada; esa área dentro de la teoría política es característica de la filosofía política. Tampoco es el estudio de los elementos formales de la política como lo son las leyes, su formación y las intenciones de éstas, tarea de la jurisprudencia. La ciencia política tiene en cuenta el comportamiento político efectivo y observable de las personas y las sociedades, así como de sus estructuras y procesos. Sus niveles de teorización son el descriptivo, el explicativo y el interpretativo.

En conclusión, la ciencia política es una disciplina que tiene como objetivo estudiar, analizar y entender los fenómenos políticos y las relaciones de poder. Estos estudios se desarrollan en campos temáticos como las instituciones democráticas, el desarrollo estatal, el comportamiento político, la opinión pública, los movimientos sociales, las relaciones internacionales y la política exterior, los conflictos armados y la construcción de paz. (Nohlen, 2006)

c. Sociología

La Sociología es la ciencia que se ocupa del estudio de la realidad social. Su unidad de análisis es la sociedad y los individuos en ellas. La Sociología observa, analiza e interpreta el conjunto de estructuras y relaciones que se halla en toda sociedad dentro de un determinado

contexto histórico. Además, procura predecir sus transformaciones y procesos con el fin, a posteriori, de realizar diagnósticos que permitan la intervención, es decir, mejorar las políticas públicas y sociales propuestas por los gobiernos y las instituciones privadas y estatales. Para todo ello, la Sociología trata de encontrar los métodos y técnicas que le resultan más eficaces, creando teorías propias para su adecuada comprensión.

Los sociólogos utilizan dos tipos de métodos para llevar a cabo sus investigaciones: cuantitativos y cualitativos. Los métodos cuantitativos son aquellos que hace uso de aquellas variables que se representan numéricamente y que son los que permiten abordar los datos estadísticos y establecer relaciones entre los mismos. Los métodos cualitativos, en cambio, son los vinculados con explicaciones y descripciones de sujetos, situaciones y acciones. Además, pueden incluirse los testimonios de los propios protagonistas de los hechos a investigar.

Varias han sido las teorías desarrolladas dentro de esta ciencia, de las cuales muchas han sido de importante relevancia. Entre ellas, el funcionalismo que considera a las instituciones sociales herramientas para satisfacer las necesidades propias de cada sociedad por lo que se aboca al estudio de estas y de las estructuras presentes en cada una de ellas.

La teoría del conflicto estudia los mismos elementos que el funcionalismo pero estableciendo contradicciones. Por ejemplo, no consideran que la sociedad esté en constante equilibrio sino cambio, por lo que el conflicto es inherente a la sociedad. El interaccionismo simbólico, por otro lado, considera que es la comunicación e interacción simbólica lo que constituye los grupos sociales y permiten la conformación del pensamiento humano. (Tezanos, 2006).

6.4 La relación de salud y las ciencias sociales

Las ciencias sociales involucradas con la salud son un campo relativamente reciente en la historia de las ciencias. Su conformación como área disciplinar y dominio teórico pueden ubicarse en la posteridad de la Segunda Guerra Mundial, pues es a partir de los años cincuenta del siglo XX que se define su orientación y práctica, a pesar que sus orígenes pueden ser rastreados mucho antes, pero exclusivamente en el mundo médico y sin impacto específico en las ciencias sociales.

Como ha señalado Foucault (1979), las ciencias sociales y las de la salud se encuentran emparentadas desde su mismo nacimiento, pues las condiciones históricas que en el siglo XVIII

dieron origen al pensamiento clínico fueron las mismas que facilitaron el surgimiento de las ciencias del hombre. Esto es notable cuando señala que en el estudio de la vida de los grupos, de las sociedades, de la raza, o incluso del sentir psicológico “(...) no se pensará en principio en la estructura interna del ser organizado, sino de la bipolaridad médica de lo normal y de lo patológico” (Foucault, 1979, p. 62). También se refiere, al acto de convergencia de opiniones donde médicos y economistas consideraron “que el único lugar posible de remedio de la enfermedad, es el medio natural de la vida social, la familia” (Foucault, p. 65). Además, argumentaron esta posición basados en la reducción de costos para la nación y lo más importante era que desaparecían los riesgos de “(...) verla complicarse en el artificio, multiplicarse por sí misma y toma, como en el hospital, la forma aberrante de una enfermedad de la enfermedad” (Foucault p. 65).

La relación de salud y las ciencias sociales es ampliamente expuesta por autores como Hayward (1993), Lolas Stepke (1992), Gyarmati (1992), Vicens (1995), que han propuesto la idea de que la noción de salud señala un equilibrio relativo entre la estructura social y la función corporal, que es consecuencia de la tensión dinámica del organismo ante las fuerzas que tienden a destruirlo.

Para abordar cualquier campo determinado de la realidad caben múltiples disciplinas que confluyen en su resolución, la interdisciplinariedad hace referencia al método, al modelo de trabajo y a la aplicación de los conocimientos y de la técnica. Al modo de desarrollar un conocimiento o conjunto de conocimientos y disciplinas. Si multidisciplinariedad se refiere a las disciplinas y ramas del conocimiento, interdisciplinariedad se refiere al modelo de aplicación, al método como estas disciplinas se aplican o realizan (Menéndez, 1998).

La interdisciplinariedad es un acto de cultura, no es una simple relación entre contenidos, sino que su esencia radica en su carácter educativo, formativo y transformador, en la convicción y actitudes de los sujetos. Es una manera de pensar y de actuar para resolver los problemas complejos y cambiantes de la realidad, con una visión integrada del mundo, es un proceso basado en las relaciones interpersonales de cooperación y de respeto mutuo, es decir, es un modo de actuación, una alternativa para facilitar la integración del contenido. De esta manera la interdisciplinariedad es un proceso que refiere la conexión de todo lo existente, la concatenación de los procesos y fenómenos, lo diverso pero único; desde el punto de vista filosófico marxista, se trata de una

expresión de la unidad material del mundo. (Fernández, 2005). El término interdisciplina surge...conectado con la finalidad de corregir los posibles errores y la esterilidad que acarrea una ciencia excesivamente compartimentalizada y sin comunicación interdisciplinar (Torres-Santome, 1987:108).

Follari (1980) aporta una síntesis de sus propias investigaciones, en donde explica brevemente como la interdisciplinariedad se ha justificado, “con mayor o menos rigor teórico” (p.10), llegando a conclusiones ilusorias de “última palabra de la ciencia”, de “totalidad del conocimiento”, que crean por sí mismas el efecto ideológico de ocultar la dimensión política de los problemas. Estas justificaciones, aclara Follari, se han dado en las concepciones que se han tenido de la interdisciplinariedad, tanto en el desarrollo de los sistemas económicos basados en el capitalismo, como “desde la izquierda”.

Un ejemplo muy claro de estas conclusiones ilusorias lo encontramos en Duguet (1975), que planteaba que la “interdisciplinariedad aparece como un principio muy adecuado para la solución de un buen número de los problemas que plantea la universidad y la sociedad actuales, toda vez que apoya el movimiento de la ciencia y de la investigación hacia la unidad, permite llenar el foso existente entre las actividades profesionales y la formación que la universidad ofrece actualmente, desarma la rebeldía de los estudiantes contra el trabajo desarticulado y favorece su regreso al mundo presente, así como su unidad personal”.

Piaget concibe la interdisciplinariedad como una forma de cooperación y de intercambios recíprocos entre dos o más ciencias, que necesariamente conllevan a un enriquecimiento mutuo. La interdisciplinariedad puede darse entonces, entre ciencias que tienen el mismo tipo de estructuras, como la topología y el álgebra; o bien entre disciplinas que utilizan estructuras diferentes, como la psicología y la lingüística (Piaget, 1981).

En la formación de recursos humanos que se desempeñan en el sector de la salud ha predominado un carácter disciplinario fragmentado, con influencia en el diseño de las investigaciones y por lo tanto en la producción científica; la investigación ha sido competitiva, altamente especializada y dirigida a un solo sector (Sadana, 2003). Los desafíos sociales a nivel mundial, junto a los rápidos cambios demográficos y a los imparable avances en la tecnología, plantean la necesidad de alcanzar nuevos conocimientos y transformar los métodos para conseguirlos; un enfoque idóneo para hacer frente a esta realidad podría ser la aplicación de la

transdisciplinariedad en todo el proceso de diseño e implementación de proyectos de investigación (Nicolescu, 2002).

Tal enfoque comprende una familia de métodos para relacionar el conocimiento científico, la experiencia extra científica y la práctica de la resolución de problemas orientada hacia aspectos del mundo real, trascendiendo a aquellos cuyos orígenes y relevancia se limitan al debate científico. En este modelo las normas se ponen en tela de juicio, son discutidas y no hay lugar para la estandarización: se propone tener en cuenta la probable alta sensibilidad a las condiciones iniciales y los saltos no lineales de una posición a otra que se contraponen (Hirsch, 2008).

La toma de decisiones frente a los problemas sanitarios en muchas ocasiones ha sido inefectiva porque se ha obviado la aparición de contingencias y de eventos imprevistos e indeseados (Plesk, 2001): Se justifica entonces la participación de diversos actores, incluyendo instituciones políticas y del Estado especialistas, investigadores y organizaciones sociales, de modo que se concrete una verdadera integración de los saberes y sus protagonistas (Martínez, 2010). Un enfoque con estas características podría facilitar el logro de un nuevo conocimiento sincrético que exceda la suma de las partes individuales, donde las ideas son aportadas de forma descentralizada producto de los procesos de interacción e intercambio (McMurtry, 2010).

La vinculación entre la ciencia jurídica, la sociología y las ciencias políticas para los efectos de la tesis titulada “Exclusión Social y Políticas Públicas en materia de Derecho Acceso a la Salud de Grupos Vulnerables en el Estado de Sonora. El caso del Hospital General del Estado: Dr. Ernesto Ramos Bours”, resultan relevantes puesto que, solo de ésta manera se podrá dar respuesta a la relación que existe entre la carencia de políticas públicas en materia de salud, las consecuencias que representa el no contar con un sistema de salud accesible para grupos en estado de vulnerabilidad desde la perspectiva del estructural funcionalismo y por último, el marco jurídico que obliga a las autoridades a proporcionar un servicio de salud uniforme, accesible y de calidad para la población en general.

El marco jurídico de los derechos humanos entorno al derecho acceso a la salud es claro y preciso; el Estado se encuentra obligado a ofrecer un sistema de calidad, que cumpla con las necesidades de sus usuarios así como la cobertura universal del mismo, lo que implica, la inclusión de los grupos más desfavorecidos.

CAPÍTULO VII

DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Como se estableció dentro del primer capítulo del trabajo en curso, el derecho de acceso a la salud de grupos en situación de vulnerabilidad específicamente y haciendo referencia a: migrantes, personas en situación de calle, personas que no cuentan con seguridad social y aquéllas afiliadas al seguro popular que diariamente acuden al área de urgencias del Hospital General del Estado a recibir atención médica, se ha visto violentado ante el fenómeno de exclusión social por parte de las autoridades médicas y administrativas del nosocomio.

Si bien es cierto las carencias económicas que sufre la institución de salud pública son considerables, también es cierto que la falta de capacitación y sensibilización de personal médico, administrativo y de seguridad privada para tratar con éste sector de la población es evidente, lo que conlleva a quejas tanto por la omisión de atención médica como por la falta de seguimiento del tratamiento del paciente afectado.

De acuerdo con el objeto de estudio y los objetivos que fueron definidos en la investigación realizada, para efectos de la presente tesis, consideramos que la estrategia metodológica más adecuada para su abordaje es la que se inserta en la metodología cualitativa; ello en virtud de que nos ha interesado captar la dinámica de una parte de la institución seleccionada como escenario de investigación (área de urgencias del Hospital General del Estado) y, asimismo, las percepciones de la población arriba señalada, en relación con su experiencia, al solicitar la atención institucional.

En un sentido amplio, la metodología cualitativa se define como: la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable. Los estudios cualitativos intentan describir sistemáticamente las características de las variables y fenómenos, así como el descubrimiento de relaciones causales, pero evita asumir constructos o relaciones a priori. Intentan descubrir teorías que expliquen los datos. Las hipótesis creadas inductivamente, o las proposiciones causales ajustadas a los datos y los constructos generados, pueden posteriormente desarrollarse y confirmarse.

Hay que enfatizar que en tanto existen perspectivas teóricas distintas, también hay abordajes metodológicos diferentes; cada una de las perspectivas estudia problemas diversos y en niveles distintos, en este sentido Guba y Lincoln (2000) afirman que la investigación cualitativa

es un campo muy amplio que de manera transversal de basa y aporta distintas disciplinas, problemas de investigación, métodos y perspectivas epistemológicas; son un conjunto de prácticas interpretativas que no se debe a una determinada teoría o paradigma en particular de manera exclusiva. Pero sus fundamentos se basan en las corrientes interpretativas en el estudio de la sociedad, y es allí donde deben ubicarse sus preceptos básicos; en este sentido, la metodología cualitativa es más que una serie de recetas de cómo recolectar información empírica, es una manera de entender el mundo.

Tal como lo plantea Valles (1997), la distinción entre observación científica y observación común es una de las cuestiones centrales que ha caracterizado a la reflexión metodológica sobre este tema. En términos generales las relaciones entre observación en la ciencia y en la vida cotidiana han sido entendidas recurriendo a las nociones de la ruptura o de continuidad. Kawulich (2005) afirma que la observación participante conlleva el involucramiento del investigador en una variedad de actividades, y por un período prolongado de tiempo, con el fin de observar a los miembros de una cultura en su vida cotidiana y participar en sus actividades facilitando una mejor comprensión de los mismos. Se trata de un proceso que implica el acceso a la comunidad del interés, la que los miembros de la comunidad permitan, la clarificación de los hallazgos a través, de controles con algunos de los miembros, de entrevistas formales y de conversaciones informales, y el registro de notas organizadas y estructuradas que faciliten el desarrollo de una narración que explique diversos aspectos de esa cultura.

Yin (1989) considera el método de estudio de caso apropiada para temas que se consideran prácticamente nuevos, pues en su opinión, la investigación empírica tiene los siguientes rasgos distintivos:

- Examina o indaga sobre un fenómeno contemporáneo en su entorno real.
- Las fronteras entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes.
- Se utilizan múltiples fuentes de datos y;
- Puede estudiarse tanto un caso único como múltiples casos.

En este sentido, Chetty (1996) indica que el método de estudio e caso es una metodología rigurosa que:

- Es adecuada para investigar fenómenos en los que se busca dar respuesta a ¿cómo? y ¿por qué? Ocurren.
- Permite estudiar un tema determinado.
- Es ideal para el estudio de temas de investigación en los que las teorías existentes son inadecuadas y;
- Permite estudiar los fenómenos desde múltiples perspectivas y no desde la influencia de una sola variable.

La metodología cualitativa ha ido ganando un gran interés, dadas las posibilidades que presenta en la explicación de nuevo fenómenos y en la elaboración de teorías en las que los elementos de carácter intangible, tácito o dinámico juegan un papel determinante. Además, el estudio de caso es capaz de satisfacer todos los objetivos de una investigación, e incluso podrían analizarse diferentes casos con distintas intenciones (Sarabia, 1999).

La recogida de datos puede preceder a la formulación final de hipótesis o los datos pueden obtenerse con fines descriptivos y de análisis en estudios de tipo exploratorio. El diseño cualitativo, se adapta especialmente bien a las teorías sustantivas, ya que facilitan una recogida de datos empíricos que ofrecen descripciones complejas de acontecimientos, interacciones, comportamiento, pensamientos... que conducen al desarrollo o aplicaciones de categorías y relaciones que permiten la interpretación de los datos. En este sentido el diseño cualitativo, está unido a la teoría, en cuanto que se hace necesario una teoría que explique, que informe e integre los datos para su interpretación.

En contraposición, los estudios cuantitativos, buscan la verificación comprobación deductiva de proposiciones causales elaboradas fuera del lugar en el que se realiza la investigación. Construyen hipótesis sobre relaciones causales específicas entre variables, comprueban la medida de los efectos (Goetz y LeCompte, 1988).

7. Estrategia de la Investigación

Con el objetivo de conseguir una mayor descripción entorno al fenómeno de exclusión social que diversos grupos de personas en situación de vulnerabilidad sufren dentro del área de urgencias del Hospital General del Estado, se optó por aplicar tres técnicas: *entrevista semi estructurada*,

observación participante y fotografía participante, las cuales nos proporcionarían una mejor visión de la problemática a estudiar.

7.1 Entrevista Semi-estructurada

En la investigación cualitativa existen diferentes técnicas de colecta de datos, cuyo propósito principal es obtener información de los participantes fundamentada en las percepciones, las creencias, las opiniones, los significados y las actitudes. Para Denzin y Lincoln (2005) la entrevista es “una conversación, es el arte de realizar preguntas y escuchar respuestas”.

Además, esta técnica está fuertemente influenciada por las características personales del entrevistador, así mismo, ha llegado a convertirse en una actividad de nuestra cultura, aunque la entrevista es un texto negociado, donde el poder, el género, la raza y los intereses de clases han sido de especial interés en los últimos tiempos.

Se tiene que la entrevista es una técnica utilizada desde tiempos milenarios. Según Fontana y Frey (2005), el uso de la entrevista se inicia desde la época ancestral egipcia cuando se conducían censos poblacionales. Así mismo, se destaca que en tiempos recientes la tradición de la entrevista evoluciona desde dos tendencias, la primera cuando la entrevista adquirió gran popularidad y expansión en casos de uso para diagnóstico clínico y orientación, y el segundo fue durante la primera guerra mundial donde la entrevista llegó a ser utilizada para pruebas de psicología con énfasis en medición Macobby y Macobby citados por Fontana y Frey (2005).

Sin embargo, Lucca y Berríos (2003) señalan que no es sino a partir del siglo XIX cuando se comenzó a documentar el uso de la estrategia de la entrevista en la recopilación de información para usos de investigación, y mencionan como dato interesante al sociólogo Charles Booth, quien en 1886 realizó una encuesta social basada en entrevista y esto ocurrió durante la Primera Guerra Mundial; según Denzín y Lincoln las encuestas de opinión ganaron terreno y se desarrollaron en los Estados Unidos, de donde se pueden destacar los miembros de la Escuela de Chicago alrededor de los años 30's, quienes utilizaron una combinación de observación, documentos personales y entrevistas formales en la realización de estudios.

Así, a partir de 1965, se inició con una distinción más clara entre la entrevista y el cuestionario, y es cuando se empieza hablar de estructurada, y no estructurada, las cuales se usan

como una estrategia apropiada para revelar información, y en la que el entrevistador mantenía el control de la misma, y lleva al entrevistado a contestar lo que deseaba escuchar.

Para principios de la década de los ochenta, se comenzó a dar énfasis a la estrategia de la entrevista a profundidad, en donde el papel del entrevistador no solo es obtener información sino aprender qué tipo de pregunta se formula y cómo. (Lucca y Berrios, 2003).

La entrevista cualitativa permite la recopilación de información detallada en vista de que la persona que informa comparte oralmente con el investigador aquello concerniente a un tema específico o evento acaecido en su vida, como lo dicen Fontana t Frey (2005). La misma continúa practicándose mano a mano con el método de la observación participante, aunque también esto es asumido por científicos cuantitativos a quienes les preocupan el rigor de la medición en investigaciones de grandes extensiones.

Se puede decir que la entrevista dentro de la investigación cualitativa es más íntima, y flexible, según Creswell. Las entrevistas cualitativas deben ser abiertas, sin categorías preestablecidas, de tal forma que los participantes puedan expresar sus experiencias. Al respecto, Alonso (2007) nos indica que:

(...) la entrevista de investigación es por lo tanto una conversación entre dos personas, un entrevistador y un informante, dirigida y registrada por el entrevistador con el propósito de favorecer la producción de un discurso conversacional, continuo y con una cierta línea argumental, no fragmentada, segmentada, precodificado y cerrado por cuestionario previo del entrevistado sobre un tema definido en el marco de la investigación. (Alonso, 2007).

Existe consenso para (Gurdián, 2010; Hernández, Fernández & Baptista, 2005; y Lucca & Berrios, 2003) cuando se lleva a cabo una entrevista cualitativa y recomiendan los siguientes aspectos: abordar a la persona entrevistada que propicie identificación y cordialidad, ayudar a que se sienta segura y tranquila, dejarla concluir el relato, utilizar preguntas fáciles de comprender y no embarazosas, actuar espontáneamente, escuchar tranquilamente con paciencia y comprensión, saber respetar las pausas y los silencios del entrevistado, buscar que las respuestas a las preguntas sean abarcadoras con relación al propósito de la investigación, evitar los roles de autoridad, no dar consejos ni valoraciones, ser empáticos, no discutir ni rebatir a la persona entrevistada, dar tiempo,

no discutir sobre las consecuencias de las respuestas, ser comprensivo, demostrar al entrevistado la legitimidad, seriedad e importancia del estudio y de la entrevista.

Inicialmente se aplicó la técnica de entrevista mixta o semi-estructurada, la cual se entiende como: aquella en la que los entrevistadores despliegan una estrategia mixta, con preguntas estructurales y con preguntas no estructurales. La parte estructural permite las comparaciones entre los entrevistados, mientras que la parte no estructurada permite un conocimiento inicial de las características específicas del mismo, en ésta parte se tomaron a consideración tres puntos:

- a) *población de estudio,*
- b) *tiempo en campo y;*
- c) *lugar de estudio.*

a) Población de estudio

Los criterios a considerar para las entrevistas fueron: el primer grupo conformado por personal médico que actualmente laborara dentro del Hospital General o que en su defecto, hubiese tenido algún tipo de experiencia laboral previa dentro del mismo (cuatro), pudiendo aportar información relacionada a la calidad, acceso, aceptabilidad y disponibilidad del servicio de atención médica orientada a grupos vulnerables.

El segundo grupo conformado por miembros de la A.C Red Solidaria, los cuales proporcionan alimento diariamente en horario nocturno por fuera de las instalaciones del hospital, a personas en situación de calle, además de apoyarlos con atención médica, medicamentos y enseres básicos (uno). El tercer grupo conformado por población en condición de vulnerabilidad (siete) que fueron seleccionados tomando en cuenta las siguientes características: sexo, edad, situación migratoria, estatus laboral, condición socioeconómica y tipo de seguridad social.

b) Tiempo en campo

El trabajo en campo se dividió en dos etapas, una más compleja y desgastante que la otra, éstas transcurrieron del mes de octubre 2015 a marzo 2016. El primer trimestre fue encaminado a realizar contacto tanto con personal médico y administrativo del hospital, así como con la Asociación Civil denominada Red Solidaria, a su vez, se gestionó un permiso ante el Departamento de Enseñanza e Investigación del HGES realizando la presentación del protocolo en presencia de los responsables del área, los cuales, posteriormente solicitarían se acudiera directamente con la

Jefa del Departamento de Investigación y Calidad de la Secretaría de Salud para platicar sobre el proyecto y poder otorgar su consentimiento. Desafortunadamente, se indicó que realizáramos una serie de modificaciones al protocolo, dejando de lado el objetivo principal del mismo, condicionando el apoyo que tanto la Secretaría de Salud como el HGES se encontraban dispuestos a proporcionar de no llevar a cabo dichos cambios.

Al no recibir respuesta positiva y habiendo agotado todas las instancias correspondientes con el afán de conducirse conforme a los protocolos y lineamientos establecidos dentro del HGES, se optó por trabajar en el área de urgencias, aún sin la anuencia de las autoridades tanto de la Secretaría de Salud como del nosocomio. Es importante recalcar que durante el período de octubre - diciembre 2015 se entrevistó al Director Médico del Hospital General, así como a una de las encargadas de la A.C Red Solidaria.

Durante el segundo trimestre, se enfocó en trabajar en diversos horarios dentro del área de urgencias en el HGES aplicando la técnica de observación participante, personificando a un familiar o amigo que esperaba recibir información de algún ser querido ingresado por el área de urgencias, lo cual contribuyó en conocer la historia y experiencias de distintos usuarios que día con día acuden a las instalaciones provenientes de varios puntos del estado, así como del interior y exterior del país, orillados por su condición de vulnerabilidad, sea por su estatus laboral, situación migratoria o su condición socioeconómica, buscando recibir atención médica de calidad, siendo testigo del servicio que ahí se ofrece.

c) Lugar de Estudio

Históricamente se hace referencia que en el año de 1868 se empezó a construir, en terrenos situados al poniente de la Alameda (hoy Parque Madero), lo que vendría a ser el Hospital Civil, llamado así para diferenciarlo de otros hospitales militares de esa época. El primer director de quien se tiene referencia fue el Dr. Eugenio Pesqueira en 1872. Como primer administrador fungió Don Tomás Pérez, de origen chileno y curandero de profesión.

El Hospital se estableció con 56 camas y su sostenimiento dependía del Ayuntamiento. Su personal constaba de un enfermero, una enfermera, un paje (mozo), una lavandera y una cocinera. De 1910 a 1920 el Hospital recibe, además de usuarios con diversas enfermedades, a los heridos que resultaban de las revueltas. En 1917, el Gobernador del Estado Plutarco Elías Calles ordenó

que se le cambiara el nombre de Hospital Civil por el de Hospital del Estado, con el propósito de atender tanto a usuarios con enfermedades infectocontagiosas, como con lesiones.

En 1923, a instancias de la convocatoria del Instituto de Higiene para que se fundaran unidades sanitarias, el Hospital General del Estado vuelve a estar bajo la conducción del Ayuntamiento.

En 1932 se designa como Director del Hospital General del Estado al Dr. Domingo Olivares. Al año siguiente, en 1933, Don Rodolfo Elías Calles, Gobernador del Estado, apoyó con \$60,000.00 anuales para sostener 100 camas, y se establecieron los servicios de Medicina Interna, Cirugía, Maternidad, Infecciones Venéreas y Tuberculosis, aumentando el personal médico a 6 plazas.

Este mismo año, el Dr. Ignacio Cadena inicia el servicio de Cirugía. La Consulta Externa se brindaba por las mañanas y las Urgencias se resolvían llamando al médico adecuado para cada caso. El Dr. Domingo Olivares estableció contacto con el Instituto Paltmore de Chihuahua y solicitó 6 elementos de la Escuela de Enfermería y cada enfermera se hizo cargo de una sala con capacidad para 15 camas y baño independiente, haciendo con esto más ágil la atención del Hospital.

En informe rendido por el General Anselmo Macías al Congreso del Estado sobre su labor administrativa del 1° de Septiembre de 1939 al 31 de Marzo de 1940, describe el total de usuarios atendidos, los recursos utilizados para su atención y el costo, haciendo notar que las dos terceras partes fueron a usuarios incurables de Tuberculosis Pulmonar y el 20% de enfermos graves de familias indigentes. Ya en ese informe el Gral. Macías hace mención de que " se tiene el proyecto de construir, si es posible, el año entrante un hospital moderno, destinándose el actual previo acondicionamiento a un Centro Escolar".

De 1941 a 1942 el Gral. Macías adquiere un terreno ubicado en el barrio el "Vapor Viejo" que actualmente se llama Colonia "San Benito" y que correspondía al antiguo molino de trigo de la familia Camou.

En 1943, se inicia la construcción del edificio donde actualmente se encuentra el Hospital, integrándose para ello un comité formado por representantes del Gobierno del Estado, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la Cámara de Comercio y la Asociación Médica de Hermosillo.

En 1948 se terminó la construcción del Hospital General del Estado y fue entregado por el Gobierno Federal al Estatal a cargo del General Abelardo L. Rodríguez, encontrándose como director el Dr. Gastón S. Madrid. El edificio constaba de dos plantas grandes. En la superior se encontraban dos quirófanos con central de equipos y vestidores para médicos, la sala de Pediatría y la Dirección. En la planta baja se encontraba Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia. El Hospital contaba con 200 camas.

En 1951 es nombrado director el Dr. Ernesto Ramos Bours, quien permanece en el puesto por 18 años. En este período se ampliaron los servicios de Consulta Externa, los Quirófanos y los Servicios de Urgencias y Radiología. En 1977, haciendo eco a las peticiones de un grupo de médicos internos, el Gobernador del Estado, Alejandro Carrillo Marcor accedió a la construcción de una casa habitación para médicos internos y residentes en el lugar donde anteriormente se encontraba el internado para enfermeras. Al inicio del Gobierno estatal del Dr. Samuel Ocaña García y siendo director el Dr. Luis Castillo Carrillo se inauguraron las nuevas instalaciones del Hospital. Se anexaron la Biblioteca y un Auditorio. Para los quirófanos y Tococirugía se construyó una nueva ala en la planta baja que además alberga la Central de Equipos.

En 1982, el día 26 de Julio, se publicó en el Boletín Oficial del Gobierno del Estado de Sonora N° 8, I sección, Tomo CXXX, el Reglamento Interior del Hospital General del Estado de Sonora, siendo Gobernador del Estado el Dr. Samuel Ocaña García y Secretario de Gobierno el Lic. Daniel Acosta Cázares.

En 1983 inicia funciones el Patronato del Hospital General del Estado como organismo de apoyo para el mismo, iniciándose inmediatamente actividades para poder realizar cirugía cardiovascular altamente tecnificada, contándose con la aportación de una bomba de perfusión (circulación extracorpórea) por parte del Dr. Francisco Lanz Pérez de Magdalena, Sonora. También en 1983, en el marco de la reforma sanitaria, iniciada para consagrar el derecho constitucional de la salud, el Hospital General del Estado pasa a formar parte de la red hospitalaria para población abierta y de acuerdo al modelo de atención funge como unidad médica de referencia regional (centro y norte del Estado) y en forma conjunta con el Hospital General de Ciudad Obregón (sur del estado) brinda apoyo a los hospitales generales básicos.

Durante el período de 1986-1991 además de su integración a la red hospitalaria estatal, se refuerzan la infraestructura y los recursos a fin de aumentar la capacidad resolutive de acuerdo a

la necesidad del Sistema Estatal de Salud. Ello y la creciente aceptación de los usuarios de sus servicios, lo perfilan como un Hospital capaz de ofrecer servicios de salud de tercer nivel.

En 1989, el día jueves 1° de Junio, se publicó en el Boletín Oficial N° 44 del Gobierno del Estado de Sonora, Oficialía Mayor, Tomo CXLIII, el Reglamento Interior del Hospital General del Estado de Sonora, siendo Gobernador del Estado Rodolfo Félix Valdez y Secretario de Gobierno Francisco Javier Aldana Montaña.

En el año 2003, el día Jueves 12 de Junio, se publicó en el Boletín Oficial Órgano de Difusión del Gobierno del Estado de Sonora N° 47, Sección III, Tomo CLXXI, el Acuerdo por el que se impone al Edificio del Hospital General del Estado el nombre “Dr. Ernesto Ramos Bours”, en honor de este médico que durante más de cinco décadas colaboró intensamente en la actividad médica de este Hospital, siendo Gobernador del Estado Armando López Nogales y Secretario de Gobierno Genaro Encinas Ezrre.

Otro aspecto que destaca al Hospital General del Estado Dr. Ernesto Ramos Bours, es la preparación académica que ofrece al personal médico por lo que es considerado un hospital escuela. Cada año ha celebrado Jornadas Médicas, con diversos acontecimientos académicos y homenajes a médicos que han transitado por este hospital colaborando con la formación profesional de los becarios y poniendo a la disposición de los mismos su gran experiencia en beneficio de los usuarios.

El Hospital General del Estado Dr. Ernesto Ramos Bours, sigue siendo un hospital escuela que prepara profesionalmente a becarios del hospital y apoya la formación académica de los estudiantes de la Escuela de Medicina y del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora. En la organización actual del Hospital General del Estado Dr. Ernesto Ramos Bours se tiene enlace estrecho con la Secretaría de Salud en reuniones semanales con la Junta de Directores.

Además, la Dirección General se coordina con las diferentes áreas a través de los comités técnicos hospitalarios establecidos para este tipo de institución. El hospital cuenta actualmente con 158 camas censables y 59 no censables y una plantilla de personal de 1239 elementos entre los que se incluyen los de base, eventuales, regularizados y becarios.

7.2 Observación participante

Como se comentó, el segundo trimestre del trabajo en campo fue dedicado aplicar la técnica de observación participante dentro y fuera del área de urgencias del hospital, teniendo mayor oportunidad de compartir experiencias y convivir con personas en situación de vulnerabilidad que se ven obligadas a recibir una atención deficiente al solicitar el servicio de salud.

Ésta parte del trabajo de campo fue sin duda alguna la más enriquecedora, ya que se pudo constatar de viva voz de los usuarios y pacientes que no son derechohabientes o sencillamente que no gozan de una situación migratoria regular o de una condición económica estable, las peripecias que deben experimentar para aspirar a un servicio de salud digno y de calidad.

También se tuvo la oportunidad de conversar con diversos usuarios que esperaban ser atendidos y en el lugar se aprovechó para cuestionar el *¿por qué?* de su visita al mismo. En la mayoría de los casos, estos comentaron que al no contar con algún tipo de seguridad social o al no estar afiliados al seguro popular se veían obligados hacer fila y a esperar su turno para tener acceso al servicio.

Las distintas muestras de molestia e inconformidad por parte de los usuarios de dicha institución de salud pública eran más que evidentes, la falta de limpieza, la poca o nula disposición de personal médico o administrativo para atender a los afectados, el retraso en las consultas y la carencia en medicamentos y material de curación fueron tan sólo algunas de las quejas que pacientes y familiares externaron en todo momento. Pero, *¿por qué utilizar la técnica de observación participante?*

Marshall y Rossman (1989) definen la observación como "la descripción sistemática de eventos, comportamientos y artefactos en el escenario social elegido para ser estudiado" (p.79). Las observaciones facultan al observador a describir situaciones existentes usando los cinco sentidos, proporcionando una "fotografía escrita" de la situación en estudio. (Erlandson, Harris, Skipper & Allen, 1993). DeMunck y Sobo (1998) describen la observación participante como el primer método usado por los antropólogos al hacer trabajo de campo.

El trabajo de campo involucra "mirada activa, una memoria cada vez mejor, entrevistas informales, escribir notas de campo detalladas, y, tal vez lo más importante, paciencia" (DeWalt & DeWalt, 2002). La observación participante es el proceso que faculta a los investigadores a

aprender acerca de las actividades de las personas en estudio en el escenario natural a través de la observación y participando en sus actividades. Provee el contexto para desarrollar directrices de muestreo y guías de entrevistas (DeWalt & DeWalt, 2002). Schensul, Schensul & LeCompte (1999) definen la observación participante como "el proceso de aprendizaje a través de la exposición y el involucrarse en el día a día o las actividades de rutina de los participantes en el escenario del investigador."

Bernard (1994) se suma a esta interpretación, indicando que la observación participante requiere del manejo de una cierta cantidad de engaño e impresión. Advierte que la mayoría de los antropólogos necesitan mantener un sentido de la objetividad a través de la distancia. Define la observación participante como el proceso para establecer relación con una comunidad y aprender a actuar al punto de mezclarse con la comunidad de forma que sus miembros actúen de forma natural, y luego salirse de la comunidad del escenario o de la comunidad para sumergirse en los datos para comprender lo que está ocurriendo y ser capaz de escribir acerca de ello.

Él incluye más que la mera observación en el proceso de ser un observador participativo; tiene en cuenta además conversaciones naturales, entrevistas de varias clases, listas de control, cuestionarios, y métodos que no sean molestos. La observación participante se caracteriza por acciones tales como tener una actitud abierta, libre de juicios, estar interesado en aprender más acerca de los otros, ser consciente de la propensión a sentir un choque cultural y cometer errores, la mayoría de los cuales pueden ser superados, ser un observador cuidadoso y un buen escucha, y ser abierto a las cosas inesperadas de lo que se está aprendiendo. (DeWalt & DeWalt 1998).

Fine (2003) usa el término "peopled ethnography" para describir un texto que facilita una interpretación del escenario y que describe las implicaciones teóricas a través del uso de viñetas, basadas en las notas de campo de observaciones, entrevistas, y productos de miembros del grupo. Él sugiere que la etnografía es más efectiva cuando se observa al grupo en estudio en escenarios que lo facultan a uno para "explorar las rutinas organizadas del comportamiento". Fine en parte, define la "peopled ethnography" como basada en una vasta observación en el campo, una actividad de labor intensiva que a veces tiene una duración de años.

En esta descripción del proceso de observación, se espera que uno se convierta en parte del grupo estudiado, al punto de que los miembros incluyan al observador en la actividad y se vuelvan hacia el observador en busca de información acerca de cómo está operando el grupo.

Los métodos de observación son útiles a los investigadores en una variedad de formas. Proporcionan a los investigadores métodos para revisar expresiones no verbales de sentimientos, determinan quién interactúa con quién, permiten comprender cómo los participantes se comunican entre ellos, y verifican cuánto tiempo se está gastando en determinadas actividades (SCHMUCK 1997).

La observación participante permite a los investigadores verificar definiciones de los términos que los participantes usan en entrevistas, observar eventos que los informantes no pueden o no quieren compartir porque el hacerlo sería impropio, descortés o insensible, y observar situaciones que los informantes han descrito en entrevistas, y de este modo advertirles sobre distorsiones o imprecisiones en la descripción proporcionada por estos informantes (Marshall & Rossman 1995).

DeWalt y DeWalt (2002) creen que:

"la meta para el diseño de la investigación usando la observación participante como un método es desarrollar una comprensión holística de los fenómenos en estudio que sea tan objetiva y precisa como sea posible, teniendo en cuenta las limitaciones del método".

Sugieren que la observación participante sea usada como una forma de incrementar la validez del estudio, como observaciones que puedan ayudar al investigador a tener una mejor comprensión del contexto y el fenómeno en estudio. La validez es mayor con el uso de estrategias adicionales usadas con la observación, tales como entrevistas, análisis de documentos o encuestas, cuestionarios, u otros métodos más cuantitativos. La observación participante puede ser usada para ayudar a responder preguntas de investigación, para construir teoría, o para generar o probar hipótesis (DeWalt & DeWalt 2002).

Finalmente, diremos que una condición heurística que tomamos en cuenta para decantarnos por la utilización de esta técnica es la condición de imposibilidad de acceder a la institución por una vía más formalizada, en virtud de la respuesta –que ya indicamos más arriba- recibida ante nuestra solicitud formal de realizar trabajo de campo en el nosocomio. La observación participante constituyó una vía de acceso a las instalaciones (tanto en su parte exterior como en el área de Urgencias Médicas) como de contacto e interacción con enfermos y familiares situados en estos dos puntos del edificio que alberga la institución.

7.3 Fotografía participativa

Por último, se decidió utilizar la técnica de fotografía participativa, para representar una realidad que no es ajena a nuestra sociedad. Es importante exponer el fenómeno de la exclusión social a través de fotografías que invitan al lector a formar parte de una problemática que nos involucra a todos. El estudio de un fenómeno social debe de ir más allá de la lectura, éste debe apoyarse en imágenes que evidencien el común denominador de los sectores más vulnerables, la pobreza, la marginación, la discriminación, la violencia y la exclusión social.

La fotografía participativa persigue objetivos ambiciosos y comprometidos con la realidad cultural y social: la generación de conocimiento colectivo, el desarrollo del pensamiento crítico, el aporte de valores a la sociedad y la alfabetización visual; es conocida a nivel internacional como *photovoice*, un método usado, sobre todo, en el campo del desarrollo comunitario, la salud pública y la educación que combina la fotografía con bases de acción social.

Se caracteriza porque busca investigar a través de la mirada cómo las personas sostienen una serie de condiciones sociales y desafíos en la vida. A los participantes se les pide representar su contexto, su comunidad, su entorno desde su punto de vista, tomando fotografías, hablando de ellos, desarrollando narrativas, etc.

A menudo es usada por grupos desfavorecidos, marginales, en riesgo de exclusión social, etc., para dar una nueva perspectiva de cómo ellos conceptúan, interpretan y ven sus esperanzas e ilusiones para el futuro, y aunque rara vez se define el proceso, trae consigo una persona desconocida «investigador» y un individuo o grupo de personas «intervinientes» que usan la cámara para explorar de forma conjunta un tema de interés común (Lutthel y Chalfen, 2010).³⁶

La fotografía participativa, por lo tanto, tiene enormes posibilidades como herramienta para fomentar la participación de la gente en el proceso de investigación y sitúa a los sujetos de la investigación como co-colaboradores en el proceso de creación de conocimiento proporcionando el espacio y la oportunidad para que las personas reflexionen sobre cuestiones que les afectan.

³⁶ Lutrell, W., & Chalfen, R. Lifting up voices of participatory visual research. *Visual Studies*. 2010, 25(3), 197-200. doi: 10.1080/1472586X.2010.523270

Finalmente, diremos que hemos incluido en el anexo de esta tesis los diseños instrumentales que formulamos para la obtención y registro de la información obtenida a través de cada una de las técnicas de investigación consideradas.

CAPÍTULO VIII

RESULTADOS

En el presente capítulo se exponen los hallazgos y resultados obtenidos durante la fase empírica de la investigación al aplicar las técnicas de recolección de datos señaladas en el capítulo anterior correspondiente a *la estrategia metodológica (observación participante, entrevista semi-estructurada y fotografía participante)* a la par, de fotografías que documentan y dejan de manifiesto la situación actual de los diversos grupos de personas en situación de vulnerabilidad que diariamente acuden con el objetivo de recibir un servicio de calidad y trato digno, dentro del Área de Urgencias del Hospital General del Estado.

8. Técnicas

8.1 Observación participante (descripción etnográfica en el área de urgencias)

A continuación se describe el panorama dentro del área de urgencias, que nos fue posible apreciar durante nuestra estancia en dicha área para efectos de realizar observación en el escenario seleccionado para la investigación que ha dado lugar a la presente tesis.

Al ingresar al área de urgencias del Hospital General, nos encontramos con un área descuidada, sucia, sin mantenimiento alguno y con un olor fétido.

Durante los días que duró la observación, pudimos apreciar que a pesar de contar con dos cajas solamente se mantenía activa una, el módulo de información carecía de personal que pudiera orientar tanto a las familias de pacientes ingresados como a usuarios que buscan recibir un servicio y la responsable del cubículo de trabajo social no mostró evidencias de disposición e iniciativa al momento de solicitarle algún tipo de apoyo. Durante nuestra estancia en el lugar, pudimos percatarnos de que: la cafetería fue clausurada el 17 de marzo del año en curso por parte de la secretaria de salubridad, ya que al momento de realizar un operativo de revisión en las instalaciones del nosocomio y a través de una verificación sanitaria general, se interpondría una denuncia por derrame de aguas de drenaje así como por la presencia de fauna nociva en los alimentos que se comerciaban, y aunque a principios de abril dicha cafetería reanudara sus servicios la incertidumbre sobre la limpieza en los alimentos permanece.

Por otro lado, pudimos apreciar también que (al menos a simple vista) los baños representan un foco de infección puesto que, orines y materia fecal se encontraban tanto en el piso

como en los asientos del inodoro, no hay jabón ni tampoco papel higiénico y lo peor de todo es que el baño de hombres es utilizado también por las mujeres, lo anterior derivado de la falta de mantenimiento; los encargados de limpieza en urgencias trapean con agua negra y no utilizan los sanitizante hospitalarios propios del área. Asimismo bolsas de basura, alimentos varios y botellas de agua son olvidados en los asientos contiguos al banco de sangre, la ventanilla de rayos x no tiene luz y es por ello que las 24 horas del día da la impresión de estar abandonada, el mobiliario es viejo y se encuentra en mal estado, las moscas parecen no abandonar el lugar, el flujo de gente es constante y la atención muy limitada, el poco personal que existe pierde el tiempo en sus dispositivos móviles, los guardias de seguridad que se ubican en la puerta para acceder a las camillas de urgencias son déspotas y prepotentes con la población que acude al Hospital y los residentes no cumplen con el horario de atención en consulta externa ya que al encontrarse saturados de trabajo son rebasados por el agotamiento.

Durante las noches no hay urgenciólogos en servicio (personal especializado en urgencias médicas), los encargados del lugar son los médicos residentes por lo que se expone a los usuarios a ser víctimas de algún tipo de negligencia. Por su parte, los pacientes que se localizan en la parte interna de urgencias carecen de atención ya que no se cuenta con medicamentos, camillas, ni material para trabajar, el área está por demás decirlo sin mantenimiento y las paredes se ven descuidadas, pudimos observar que tanto médicos internos como médicos residentes ignoran las necesidades de los enfermos al distraerse constantemente con sus dispositivos móviles y gadgets y que,- los baños para los pacientes no cuentan con luz, papel sanitario o jabón, mientras que las regaderas (cuartos relativamente pequeños) no solo destacan por la suciedad, sino también por la falta de agua.

Los custodios que laboran en el hospital pasean arbitrariamente con armas de fuego entre la población de urgencias, sin temor a ser reprendidos por personal de seguridad del HGES, las consultas externas se restringen sin tomar a consideración el protocolo de “triage”³⁷, las enfermeras no se dan abasto para atender y diariamente se ve reflejada la frustración del personal médico al carecer de material de curación y medicamentos para sobrellevar la guardia nocturna, los guardias

³⁷ El triage, en definitiva, es una clasificación. A través de él se busca que los pacientes que requieren de atención terapéutica inmediata por el cuadro que presentan sean tratados en primer lugar, privilegiándolos sobre aquellos que sufren trastornos de menor gravedad.

que se ubican dentro de la caseta de acceso al estacionamiento de urgencias evitan que personas en condición de calle accedan al servicio de salud, sacándolos agresivamente del lugar sin importar su estado o rango de edad, nadie tiene derecho a quejarse o a exigir un trato digno ya que la reacción del poco personal que se encuentra de guardia es de molestia y se demora la atención al o los afectados.

Una de las tantas pláticas casuales que se sostuvo durante la estadía en urgencias, llevó a conocer la historia de Don Salvador, adulto mayor de 74 años en fase terminal de cáncer de próstata que a pesar de contar con el seguro popular y al no tener ingresos, ni apoyo familiar, se ha tenido que ver obligado a trabajar en lo que se le permite, dejando de lado su condición de salud con el objeto de solventar los gastos que su enfermedad ha generado y que el seguro popular no cubre, debiendo pagar poco más de diez mil pesos.

Don Salvador cuenta que cuando comenzó a sentirse mal, (*ya hace un par de años*), inmediatamente vino a urgencias para que lo atendieran y así saber qué era lo que en ese momento lo aquejaba, sin embargo, al auscultarlo el médico en turno dijo no encontrarle nada y lo dejó ir, dos años después, regresó a urgencias con un dolor insoportable, por lo que tuvieron que ingresarlo de emergencia; fue hasta entonces que el personal médico haría de su conocimiento que se encontraba en una fase muy avanzada de cáncer de próstata, debiendo extirparle los testículos para posteriormente colocarle una bolsa con sonda para la orina.

Don Salvador no comprendía lo que estaba pasando así que accedió y se sometió al procedimiento quirúrgico, a partir de ese momento su vida jamás volvería a ser la misma, actualmente, lleva más de 6 meses con la sonda y todavía no le señalan cuando habrá de removerse la misma, aunque admite que de no contar con una solución que aminore su dolor y le permita tener una calidad de vida de manera permanente, optaría por otra intervención quirúrgica.

Como Don Salvador, son varias los casos de personas en condición de vulnerabilidad que viven constantemente discriminación en su derecho de acceso a la salud dentro del hospital general, muestra de ello es el caso de una joven atropellada que debió esperar en la parte exterior de urgencias a ser atendida, ya que ante la falta de camillas, médicos y material no podían proporcionarle el servicio, o el caso de una persona en situación de calle que al acudir al nosocomio por presentar una lesión en su columna no recibiría el servicio de atención debido a que una vez más, ante la falta de camillas y de personal médico haría imposible su atención.

Historias de personas en situación de calle, migrantes, hombres y mujeres sin seguridad social o, con seguro popular, que por necesidad terminan acudiendo al HGES, son víctimas de un sistema que beneficia a los más ricos y excluye a los más vulnerables, donde las políticas de salud solucionan a medias un problema que afecta a un sector muy grande de la población, donde el apoyo y los recursos nunca llegan, una población que por su condición de vulnerabilidad son mucho más susceptibles a la exclusión, marginación y violación de sus derechos, una población, que sólo busca un trato digno y de calidad que mejore su salud.

8.2 Entrevista semi-estructurada

Como ya se mencionó, los criterios a considerar para las entrevistas fueron: el primer grupo conformado por personal médico que actualmente laborara dentro del Hospital General o que en su defecto, hubiese tenido algún tipo de experiencia laboral previa dentro del mismo (cuatro entrevistados), pudiendo aportar información relacionada a la calidad, acceso, aceptabilidad y disponibilidad del servicio de atención médica orientada a grupos vulnerables.

El segundo grupo conformado por miembros de la A.C Red Solidaria, los cuales proporcionan alimento diariamente en horario nocturno por fuera de las instalaciones del hospital, a personas en situación de calle, además de apoyarlos con atención médica, medicamentos y enseres básicos (un entrevistado). El tercer grupo conformado por población en condición de vulnerabilidad (siete entrevistados) que fueron seleccionados tomando en cuenta las siguientes características: sexo, edad, situación migratoria, estatus laboral, condición socioeconómica y tipo de seguridad social.

Es importante señalar que durante el análisis de la información nos encontramos con seis categorías principales las que a su vez se dividieron en sub-categorías: *disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad, universalidad y políticas públicas*; las cuales ayudaron a ordenar y clasificar la información obtenida así como también a comprender el fenómeno de exclusión que se vive dentro del área de urgencias del Hospital General del Estado de Sonora.

8.2.1 Disponibilidad

El término de disponibilidad según la OMS se entiende como: *la capacidad de hacer uso de algún bien o servicio en el momento que se requiera*, por lo que, se tomaron a consideración 2 sub-categorías: infraestructura y bienes y servicios de salud.

Entre los entrevistados, el concepto de disponibilidad en cuanto a infraestructura así como en relación con bienes y servicios, sin duda alguna fue de los más importantes, ya que tanto la percepción de informantes claves como de los sujetos de estudio hicieron referencia a ellos aunque con valoraciones muy distintas. Por una parte, tres de los cuatro informantes claves que forman parte del personal médico, comentaban que la atención en ningún momento se interrumpe o se niega ya que se trata de una institución de salud pública y de población abierta, además de que se cuenta con programas encaminados a la atención y estabilización del paciente para su traslado:

“...dentro del Hospital General el empleado trabaja 24 horas y el hospital siempre tiene personal, y éste como sistema, no debe de interrumpir nunca la atención” (IC1)³⁸

“...hay un programa que se llama “atención total” en la que toda persona que trae una urgencia médica y la condición de salud no permite que se les traslade a los hospitales que les corresponde pues se busca atenderlos y estabilizarlos, esto confiere que se tenga acceso a la atención médica en el 100% de la población que llega y solicita ser atendido” (IC2)

“...existe la consigna de que todo hospital tiene la obligación de recibir un paciente que peligre su vida y en ese momento para atenderlo, estabilizarlo y canalizarlo” (IC3)

Sin embargo, el cuarto informante hizo referencia al sobrecupo de pacientes que impiden la atención adecuada, lo que nos lleva a pensar que desde su perspectiva la disponibilidad de servicio depende del recurso humano con el que se cuenta dentro del nosocomio:

“...Hermosillo cuenta con infraestructura institucional suficiente, si bien no puede ser la más adecuada no es que no sirva sino la saturación es tal, que el médico no puede atender adecuadamente” (IC4)

³⁸ Véanse en los Anexos, la clasificación y etiquetas de identificación de los informantes y sujetos de estudio, utilizadas en esta tesis.

Ahora bien, los sujetos de estudio muestran un panorama muy diferente a través de sus apreciaciones en virtud de que manifestaron el no recibir atención de ningún tipo debido a la falta de personal o al exceso de trabajo, así como también el hecho de ser ignorados por parte del personal médico:

“...ya había venido pero no me atienden...” (I1)

“...allá adentro ni me hacen caso...” (I1)

“...si quieren te atienden y si quieren no...” (I2)

“...llevo esperando más o menos unas 4 horas, dicen que no hay doctores o que están muy ocupados...” (I3)

“...se tardaron mucho en revisarme y calmarme el dolor, era fin de semana y había mucha gente, no había doctores, en las tardes los fines no hay personal...” (I6)

“...ella lloraba por los dolores de cabeza no los soportaba, la encargada de información me dijo que tenía que esperar, que ni modo, se tenía que aguantar porque no había doctores, unos habían ido a comer y nada más estaban 2 atendiendo. Esperamos 2 horas y la pasaron...no me dejaron entrar, salieron y me dijeron que la tenían que operar de emergencia...” (I7)

La no recepción del servicio en tiempo y forma, constituye un *patrón de significado* en nuestros hallazgos. Ello en virtud de que los sujetos de estudio expresaron haber enfrentado problemas en cuanto a la disponibilidad en el servicio de salud ya que, la mayoría coincidió en la falta de personal o la sobrecarga de trabajo que el personal médico tenía al momento de querer recibir el servicio.

8.2.2 Accesibilidad

La OMS define como accesibilidad a: *“el nivel en el que cualquier ser humano, más allá de su condición física o de sus facultades cognitivas, puede usar un bien, disfrutar de un servicio o hacer uso de una infraestructura”*; por ello, se manejaron dos sub-categorías: exclusión y asequibilidad.

Uno de los médicos entrevistados comenta sobre las expectativas cada vez más altas que los derechohabientes tienen en relación a los servicios de salud, así como que las personas en situación de vulnerabilidad no son apoyadas u orientadas en cuanto a sus derechos, por lo que poco a poco son excluidas del servicio:

“...las expectativas de los derechohabientes y usuarios cada vez son más altas, los servicios de salud pública están rebasados y los servicios de salud privados se encuentran vacíos. Enfermarse no es un lujo es una catástrofe, un siniestro que ocurre y que te va a consumir muchos recursos y que si no cuentan con la forma de cubrirlos, resulta en una tragedia para la familia...”
(IC1)

“...no hay nadie que apoye a las personas en situación de vulnerabilidad en cuanto a sus derechos y pues se les va excluyendo, se les va dando preferencia a otras personas y no a las más vulnerables...” (IC1)

“Creo que es mucho más complejo el servicio de salud de estas personas ya que no solo les privan del derecho a la salud, sino que no tienen derecho a la vida, al trabajo o alimentación digna, se les está quitando su derecho a la vida, así de poquito ¿no?, así que tarde o temprano se va a dar un evento que acabe con su existencia tal vez muy lentamente o tal vez den el porrazo; yo creo que las personas que llegan a los hospitales en condición de vulnerabilidad están en un intento desesperado por sobrevivir...” (IC1)

Por su parte, otro informante encargado del área administrativa y médica del nosocomio hace hincapié en que el servicio de salud es inclusivo, ya toda aquella persona que llega al hospital es atendida en base a protocolos y no en base a un trato preferencial, el acceso es para todo sector de la población en especial grupos en situación de vulnerabilidad:

“...la atención se le da a toda la persona que lo solicita...” (IC2)

“...como te digo el hospital a los pacientes cuando llegan son clasificados acorde a su nivel socioeconómico, obviamente tenemos pacientes que no pagan, que se les da todo, tenemos pacientes que pagan un 10%, un 30% dependiendo de la clasificación de su nivel socioeconómico, tenemos pacientes indigentes atropellados en vía pública y se les da toda la atención, tenemos pacientes extranjeros, chinos, japoneses, guatemaltecos...” (IC2)

“...muchas veces dentro del hospital tenemos personas en situación de calle ue los traen en ambulancias, son atendidos en urgencias, so pacientes que se asean, alimentan y que incluso el voluntariado les provee ropa o pasajes para regresarlos a sus lugares de origen pero si estamos tratando de poder subsanar una situación que no le corresponde al hospital...”(IC2)

“...aquí no hay criterio de exclusión por el hecho de no ser mexicano de hecho a todos los extranjeros no se les cobra un peso, ellos no pagan nada, ni un centavo...” (IC2)

Aunque la realidad parece ser otra, cuando son los pacientes (o aspirantes a serlo) quienes exponen sus apreciaciones. Los sujetos de estudio mencionaron en más de una ocasión que por el simple hecho de no contar con dinero para cubrir el servicio o por su aspecto físico se les ignoraba y negaba el servicio a la salud. Ello muestra otra cara de la misma moneda, desde el ángulo de las percepciones de los usuarios del servicio, signada por significados que rondan la exclusión en diversas manifestaciones:

“...No les importamos, como no tenemos pa’pagar nos ignoran, he sabido de muchos casos donde vienen chavalos muy enfermos de esos de las vías, pero no se ven bien, piensan que están drogados y los dejan aquí afuera...” (II)

“...los señores que andan en la calle, los que se quedan en el puente luego quieren entrar porque se sienten mal y los corren, les dicen que aquí no es hotel y los sacan, hasta miedo da enfermarse...” (I3)

8.2.3 Aceptabilidad

La OMS define al término como: *“la conformidad de pacientes y familiares con las expectativas que tenían sobre la atención médica solicitada y obtenida”*, lo que deriva en 3 sub-categorías: *respeto, sensibilidad y ética*.

Aquí los informantes claves coincidieron en el aspecto ético, la necesidad por un compromiso mayor lejos de lo económico, así como por las directrices humanistas y asistenciales que conforman a la medicina:

“Mi comentario sería que esa persona tiene tanto derecho como cualquier otra a ser atendida y nosotros los médicos tenemos la obligación de atenderlos sin importar el horario, claro que hay personas agresivas y eso da miedo pero eso puede solucionarse.”(IC1)

“...falta mucho compromiso ético, médico, moral y administrativo...” (IC3)

“Que sigamos los médicos enfocados a tratar a los pacientes indistintamente que así como atiendes al pacientes que te va a pagar, trates igual al que no tiene dinero, si queremos cambiar, sabemos que las autoridades tienen su parte, pero antes de eso estamos nosotros, porque de

nosotros depende que los pacientes se mejoren, pero está en uno, no en la institución y si le niegas la atención en ese momento estás viendo la parte económica de la medicina, nuestra prioridad es atender, lo administrativo no nos debe de importar, eso viene después.”(IC3)

“...considero que el hospital trabaja con todo el esfuerzo humano posible, mantener la sensibilidad, tener las capacitaciones continuas, desde el guardia, los administrativos, las enfermeras, los doctores, sobretodo una formación para que tengan humildad y sean sensibles ante el dolor humano. Tenemos que decir que la medicina es un negocio y un trabajo, solo que está limitado por los puntos de humanismo y asistencial en el apoyo de ayuda a los semejantes y debe estar remunerado y bien remunerado es un derecho después de tantos años de estudio, pero no se trata de que seas selectivo en tu trabajo.”(IC4)

Sin embargo, las apreciaciones arriba mostradas se acercan más al “deber ser”, si las contrastamos con uno de nuestros informantes que se encuentra en la el final de la cadena de la exclusión (informante en condición de calle), al no encontrarse vinculado al disfrute de los derechos sociales más básicos. La evidencia que mostramos a continuación expresa la necesidad de ser reconocidos como personas y la necesidad por el respeto a la dignidad humana:

“...somos personas, somos humanos, no animales, yo creo que todos merecemos el mismo trato, los doctores están para salvar vidas, para ayudar, para curar.” (I5)

8.2.4 Calidad

La adecuación al uso que implica todas aquellas características de un producto que el usuario reconoce que le benefician se denomina como: *calidad*. Se tomaron 4 sub-categorías: servicio, infraestructura, bienes y trato. Dos de nuestros informantes claves comentaron sobre la necesidad por descentralizar el Hospital General con el objeto de minimizar las conglomeraciones y la falta de apoyo económico:

“...somos una ciudad que se extendió mucho a los lados y por eso es momento de descentralizar al Hospital General del Estado, tal vez hacer un hospital en otra área y así evitar que éste se conglomere...” (IC1)

“... faltan muchas cosas que lamentablemente, tendríamos que hacer una revolución en el sistema de salud, se cuenta con un adeudo tremendo y deudas multimillonarias y cada vez se va

viendo que sea menos la calidad y apoyo económico y no hay como resolverlo, pero de que existe buena intención de mejorar, la hay.”(IC3)

Mientras tanto, uno de los responsables del área administrativa y médica resalta no solo el trabajo constante que se está da desde el gobierno estatal en colaboración con el secretario de salud, sino un aumento en cuanto al recurso financiero destinado hacia las instituciones de salud teniendo una mayor profesionalización en la atención médica.

“...desafortunadamente, la demanda es constante y mucha y en el momento que llegan a urgencias pues los pacientes tienen que ser priorizados, en los que son pacientes que deben de ser inmediatamente atendidos o dentro de los primeros 15, 30 o 60 minutos dependiendo del problema que el paciente tiene, actualmente la calidad de la atención se trabaja constantemente, se busca que la calidad de la atención sea la adecuada, justo lo que el paciente necesite recibir.”(IC2)

“...aumentando el recursos financiero hacia las instituciones de salud, si mejoramos el número de camas, personal médico o de enfermeras que trabajan en los hospitales, creo que también la parte de fortalecer todas las redes de atención primaria de los primeros niveles para que pudieran atenderse un mayor grupo de personas en los centros de salud y que todas las personas que consultamos y que provocan demora puedan ser consultadas en otros centro y así, poder concentrarnos en la población más necesitada.”(IC2)

“Hay una política de crecimiento muy importante desde la gobernadora al secretario de salud y nosotros estamos trabajando muy fuerte no por recuperar la atención que se ha perdido, sino para hacer que la atención sea diferente, mayor, así como te digo, mira si nosotros profesionalizamos la atención médica y la hacemos eficiente, humana, con calidez, una manera en la que el paciente se sienta seguro, cobijado, que sepa que está en un lugar donde se le va ayudar atender, el concepto de atención cambia totalmente aunque nos quedemos como estamos en instalaciones, pero no, nosotros buscamos crecer en el acceso de medicamentos, productos médicos, personal, infraestructura, el hecho de poder hacer trasplantes de hígado, corazón, estamos por abrir el área de quemados, hay mucho, mucho por hacer y el hospital infantil está trabajando lo mismo, la cruz del norte, el hospital de la mujer, en todas partes, porque la necesidad está dispersa en todo el estado.”(IC2)

Molestia en relación con la atención, higiene, la falta de suministro de medicamentos y la actitud de médicos y administrativos, constituyen también patrones de significado en las apreciaciones de nuestros sujetos de estudio, en virtud de aparecer como constantes reclamos en sus narrativas cuando se refirieron, al momento de ser entrevistados, a un servicio lento, malo, al sobrecupo de usuarios, al poco recurso humano y material, así como al deterioro del inmueble y la falta de higiene, que muestran una realidad diferente en cuanto a la calidad dentro del nosocomio, si comparamos estas manifestaciones con las expresadas por el personal administrativo de la institución:

“¡No tienen nada!, antes no había tanta enfermo, tanta gente, ahora se llena el hospital y los doctores que hay son puros morritos que están estudiando, así que ya es cosa de suerte, ni aspirinas hay, luego necesitas un estudio y no te lo hacen porque no tienes para pagar o porque no quieren.”(I2)

“Si uno tuviera con que pagar no vendría aquí, mira muchacha como están las sillas, todas cochinas y sucias, los baños llenos de orines, ni papel tienen y luego ni medicinas hay, y ya cuando te toca pasar te tratan de mala gana.” (I3)

“Lo trataron muy mal, no lo bañaban, no le daban de comer, las enfermeras no querían que uno se quedara con él pero ellas no le ayudaban, mi hermano apenas se movía y no me dejaban estar con él, luego lo mandaron con las personas infecciosas por error. Los últimos días de mi hermano fueron los más horribles, lo dejaron morir, la ropa de las camas estaban percutidas, cochinas, no había personal suficiente para atender a tanta pobre persona, tienes que andar pagando a los residentes para que den un buen servicio.”(I4)

“El servicio es pésimo, muy malo...” (I4)

“El servicio es lento, malo, el personal que hay en urgencias tiene muy mala actitud, son muy groseros, no hay medicamentos, ni material de curación, los doctores siempre están cansados y las que trabajan en caja te exigen el pago como si te fueras a ir sin pagar nada.” (I6)

“¡Es una porquería!, nadie te ayuda, ni siquiera te voltean a ver, te ignoran, hay mucha gente y pocos doctores, jamás hay medicinas, los estudios que hacen a veces los hacen mal y te los vuelven a cobrar, el lugar es muy sucio...” (I7)

8.2.5 Universalidad

El servicio de acceso a la salud, según lo establecido en distintos tratados internacionales y en instrumentos en materia de derechos humanos, así como en la legislación nacional y estatal, hace referencia a una cobertura universal, donde todos y cada uno de los habitantes gocen de un servicio de salud de calidad, sin tomar en cuenta: sexo, raza, condición económica, situación migratoria, estatus laboral o religión.

Aunque los comentarios entorno a ésta categoría fueron pocos, nos pareció apropiado incluir la universalidad como una categoría, ya que es uno de los pilares principales en los que el derecho de acceso a la salud se encuentra basado. El fortalecer la cobertura universal de salud, una mejora en la infraestructura, incremento en la adquisición de nueva tecnología que ayuda a tratar de una forma más eficiente determinadas condiciones y enfermedades es lo que nuestros informantes claves exponen:

“El gran detalle es el recurso económico, el fortalecer la cobertura, la finanza del sector salud automáticamente aumentaría la cobertura, porque realmente el acceso al hospital no es un problema, por ejemplo, el hospital tiene un proyecto de crecimiento en camas, personal y enfermería que lleva el único fin de atender a una mayor cantidad de personas en el menor tiempo posible...” (IC2)

“Es un derecho y obligación del estado, pero no se puede ejercer si no existe la infraestructura o los recursos adecuados, si existe el derecho a la salud pero no se cubre ampliamente como debería ser para toda la población.”(IC4)

“Creo que si se obtuviera más tecnología para tratar padecimientos, nuevos aparatos, una mejora en la infraestructura y un ambiente más adecuado para los trabajadores el servicio cumpliría con esta premisa de “universal”...” (IC5)

8.2.6 Políticas Públicas

El programa del seguro popular ha sido, sin duda alguna, uno de los avances más destacados en materia de salud, teniendo por objetivo una cobertura universal de acceso y atención médica. El seguro popular es un programa que si bien es cierto ha beneficiado a un determinado sector de la población, también es cierto que se encuentra limitado en cuanto a recursos materiales y económicos, afectando a la población más susceptible ante epidemias o enfermedades, los trámites

administrativos son tediosos y complejos y eso provoca que aquellas personas que no cuentan con un determinado tipo de seguridad social desistan de afiliarse al seguro popular. Nuestros informantes claves lo valoran acudiendo a referentes diversos. Mientras algunos hacen énfasis en sus bondades y beneficios, otros ponen en condición dudosa la cobertura que el propio seguro busca lograr y el tipo de beneficios que pretende brindar en condiciones de equidad, al resaltar los aspectos y condiciones que muestran algunas de sus debilidades:

“El seguro popular es un servicio de cobertura muy importante que le está dando oportunidad a personas que por su situación laboral como jornaleros puede adquirir un seguro y tener acceso a la atención, hay una parte que es necesario que se conozca, hay cosas que se cubren y hay otras que no, de pronto el asegurado se puede sorprender de que el seguro popular no les cubra determinada patología. Obviamente como todo hay cosas que más que el seguro popular falle yo creo que son situaciones en las que el seguro popular pueda tener oportunidad de crecer, evolucionar y proveer una cobertura más amplia...” (IC2)

“...es una política pública que ha venido mejorando la calidad del servicio y el acceso del mismo.” (IC2)

“Es una política viable si se tuviera una infraestructura viable, te pueden decir que cubren muchas cosas pero lo grueso de la medicina son de costos muy altos y medicamentos muy altos y me pregunto si no pueden pagarles a los afanadores, proveedores, etc., mucho menos van a tener recursos para brindarle una calidad de servicio al paciente, se puede tener el recurso, el recurso nacional, el que brinda el gobierno federal pero también es limitado, tenemos un retraso de 30 años en todas las instituciones de salud pública, algunos intentan renovarse pero te das cuenta que no cuentan con lo básico, ¿para qué quieres un hospital grande y bonito si no hay equipo para dar soporte a los pacientes que hay ahí?” (IC3)

“Es una buena oportunidad para las personas que no tenían servicio, pero igual, se debe mejorar mucho, pero es un servicio que es ganancia tenerlo, que no cubra todo esos son los detalles que se deben arreglar, pero en lo personal, es una política positiva.” (IC4)

“Te piden muchos papeles y tienes que pagar, no es cierto que si te ven jodido te ayudan, tú pagas, para que luego te enfermes y salgan con que no te pueden pagar, ¡no!, ¡no!, ¡no! ¡Esa madre no funciona!” (II)

“...no cubre todo, tengo una hermana que tiene cáncer y las medicinas y tratamientos están bien caros y el seguro popular no le paga esas cosas, mi cuñado es el que tiene que andar juntando de aquí y allá para sus medicinas.” (I3)

8.3 Análisis

El derecho a la salud es parte fundamental de los derechos humanos y de lo que entendemos por una vida digna. El derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental, por decir con todas las palabras, no es nuevo. En el plano internacional se proclamó por primera vez en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 1946, en cuyo preámbulo se define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”. También se afirma que *“el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”*.

En la Declaración Universal de Derechos Humanos, de 1948, también se menciona la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado (art.25). El derecho a la salud también fue reconocido como derecho humano en el Pacto Internacional de Derechos, Económicos, Sociales y Culturales, de 1966.

Desde entonces, se ha reconocido o se ha hecho referencia al derecho a la salud o a elementos del mismo, por ejemplo el derecho a la atención médica, en otros tratados internacionales de derechos humanos. El derecho a la salud es importante para todos los Estados: todo Estado ha ratificado por lo menos un tratado en el que se reconoce ese derecho. Además, los estados se han comprometido a protegerlo en el marco de declaraciones internacionales, leyes y políticas nacionales y conferencias internacionales.

El derecho a la salud es un derecho inclusivo, el cual comprende tanto derechos como obligaciones, es por ello que se busca facilitar los servicios de salud a todas las personas, dejando de lado discriminación alguna, es necesario recalcar, que todos los servicios, bienes e instalaciones deben estar disponibles y ser accesibles, aceptables y de buena calidad.

El trabajo de campo que se llevó a cabo dentro de las instalaciones del hospital, así como las entrevistas realizadas, dejan de manifiesto que la realidad es otra, dentro del Hospital General no se vela por el derecho humano de acceso a la salud, la salud ha pasado de ser un derecho humano

a un lujo, las instalaciones de salud públicas encargadas de proveer atención de calidad, gratuita y accesible para toda la población se ha convertido en un negocio, hoy en día enfermarse no es una opción. De acuerdo a lo planteado por Parsons, los esquemas estructurales principales del “sistema social”; parten el marco de referencia de la acción, en el análisis del puesto central de las pautas de orientación de valor en esta estructura, en el análisis de los mecanismos motivacionales del proceso social y en el análisis de la implicación de las pautas culturales, que no son las de orientación de valor, en el sistema social.

El autor explica que una tradición cultural muy destacada, ciertas partes de la ciencia moderna, proporciona un foco central para las actividades de la profesión médica. Y agrega que existen importantes problemas en los modos de institucionalización de semejante tradición cultural. Dicha institucionalización encaja en el contexto de “funcional” de un problema práctico siempre presente en todas las sociedades: *el problema de la “salud”*, este problema, para Parsons, se encuentra especialmente organizado en relación con pautas de “rol” y orientaciones de valor destacadas de la sociedad norteamericana a la cual él pertenece. Para Parsons, la enfermedad no es simplemente un peligro externo, sino un parte integral del equilibrio social mismo. La enfermedad es un estado de perturbación en el funcionamiento “normal” del individuo humano total, comprendiendo el estado del organismo como sistema “Biológico” y el estado de su ajustamiento “personal” y “social”. Según Parsons, la enfermedad se define en parte biológicamente y en parte socialmente.³⁹

Para superar esta disfuncionalidad causada por la enfermedad, el autor le da importancia a la práctica médica, la cual está organizada en la aplicación del conocimiento científico a los problemas de la enfermedad y la salud, es decir, a controlar la enfermedad. De esa manera en una sociedad con un alto grado de salud de sus miembros, estos serán funcionales dentro de un sistema social. El estructural funcionalismo de Parsons nos enseña que una sociedad sana, libre de enfermedad, es una sociedad productiva, caso contrario de una sociedad donde la enfermedad predomina y la productividad decrece. En el caso del Hospital General, el común denominador de la población que acude a él, corresponde al sector de personas trabajadoras que aunque no cuentan con seguridad social, y a pesar de que el seguro popular no cubre la totalidad de los gastos, afecta directamente la productividad de nuestra ciudad. Es aquí cuando tomamos a consideración

³⁹ BERLINGUER, G. (1994) “*La Enfermedad*”. Editorial Buenos Aires

elementos tan importantes como la calidad en el servicio, el acceso de la población a una atención médica digna, así como la ética y profesionalismo de los responsables de la salud en velar a cada uno de los pacientes que acuden al hospital dejando de lado su estatus social, migratorio, laboral o económico.

El sociólogo canadiense Erving Goffman comenzaría a manejar el término de “estigma” entre fines de la década de 1950 y principios de la de 1960. Según Goffman, es el medio social el que establece las categorías de persona que en él se encuentran. De esta manera, la sola presencia de un extraño ante los ojos de otro individuo, moviliza las primeras apariencias que permiten “prever en qué categoría se halla y cuáles son sus atributos”⁴⁰

El estigma es un atributo que vuelve a una persona diferente a las demás, que la convierte en alguien “menos apetecible” y hasta inferior con respecto a la figura de una “persona total y corriente”. En realidad, aclara Goffman, el concepto de estigma no debe entenderse de un modo esencial sino relacional. Entonces, en el caso de los grupos en condición de vulnerabilidad debemos entender que éste no es un atributo que los desacredite. El atributo que en apariencia identifica a una persona que se encuentra en condición de vulnerabilidad lo que hace en realidad es confirmar la normalidad de otras personas. En el escenario que hemos explorado, esta condición fluye como situación “vívida” y “significada”, de acuerdo con las referencias y expresiones de muchos de nuestros sujetos de estudio.

Las personas en condición de vulnerabilidad que visitan diariamente el Hospital General tales como: personas en situación de calle, migrantes, jornaleros, personas sin seguridad social o que aunque gozan de un seguro popular no reciben un trato óptimo y digno, han llegado a ser estigmatizadas por su condición social y económica. Dentro del Hospital General (de acuerdo con nuestras observaciones en el trabajo de campo) no es raro percatarnos del trato tan inhumano que reciben aquellos que no cuentan con los recursos para recibir atención médica. Indigentes y migrantes son constantemente expulsados de las instalaciones del nosocomio, puesto que, su apariencia no corresponde al común denominador del lugar y las personas que, aunque “modestas” pero que tienen la oportunidad de pagar un seguro que les beneficie a corto o mediano plazo, son

⁴⁰ Goffman, E., *Estigma*, p.12

víctimas de discriminación y exclusión al momento de recibir un servicio que se jacta de ser “universal y completo”,

Rawls le otorga prioridad absoluta a la justicia y la entiende como la primera virtud de las instituciones sociales, por lo mismo en su planteamiento no le concede un valor mayor a las instituciones por presentarse, estables o eficientes, lo fundamental – menciona – será que ellas sean justas y en el caso de no serlo deberán atenerse a ser reformadas o invalidadas.

John Rawls se rige por dos principios vitales para la impartición de justicia; el primero de estos, exige la igualdad en la repartición de derechos y deberes básicos y el segundo mantiene las desigualdades sociales y económicas siempre y cuando éstas solo producen beneficios compensadores para todos y especialmente para los sujetos menos aventajados de la sociedad, es decir, este segundo principio implica aceptar que unos pocos obtengan mayores beneficios con el fin de que se mejore la situación de los sujetos menos afortunados a diferencia de la lógica común en donde se justifica que unos pocos sufran privaciones si es que se compensa con que se obtenga un mayor bien para todos en general.

El seguro popular tiene por objetivo mejorar la calidad del servicio médico de personas que no cuentan con los recursos o cuyos recursos se ven limitados y aunque en teoría ésta política se cree viable, no lo es. *¿Cómo el gobierno es capaz de ofrecer una cobertura universal en materia de salud cuándo no es capaz de pagar a proveedores ni a personal médico? ¿Cómo otorgar un servicio de calidad, cuando no se cuenta con infraestructura adecuada, medicamentos, material de curación y equipo médico de vanguardia? ¿Cómo hablar de un respeto al derecho humano de acceso a la salud, cuando el mismo personal del nosocomio deja de atenderte por no contar con recursos económicos que cubran los gastos de atención?*

Entonces, *¿Dónde queda el trato igualitario y la justicia en la que tanto Rawls hace énfasis?* Los principios pueden ser interpretados “democráticamente” y con esa intensión remite a las tradicionales ideas de libertad, igualdad y fraternidad ajustando la idea de libertad e igualdad al primer principio, aunque la igualdad también concuerda con la justa igualdad de oportunidad y la fraternidad al principio de la diferencia. Pero no queda todo allí, incorpora un orden y unidad entre estos dos principios lo cual se manifiesta en un “orden serial” o en la prioridad de uno sobre el otro, es decir, el primer principio posee prioridad sobre el segundo. Así también es prioritaria la segunda parte del segundo principio, la igualdad de oportunidades, sobre la primera parte del

mismo. Significa que hasta que no se consiga el nivel adecuado en uno de los principios, el siguiente no entra en juego, Rawls, con este orden hace evidente la distinción entre derechos y libertades fundamentales, y beneficios sociales y económicos, generando con ello la jerarquización de diversos bienes primarios, en donde las libertades básicas pasan a ser prioritarias e irrenunciables a pesar de que su abandono pueda compensarse desde el punto de vista de las ventajas económicas y sociales.

La exclusión en salud es un fenómeno multicausal y complejo que presenta grandes variaciones entre países y al interior de los mismos y cuyas causas se encuentran dentro y fuera del sector salud. Uno de los aspectos que es necesario resaltar 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.

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 Bismarck 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.

La garantía de parte de los poderes públicos (públicos, no solamente referidos al gobierno sino en términos amplios de ciudadanía) para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas sociales, obteniendo acceso a los servicios en forma oportuna y de una manera adecuada a través de alguno(s) de los subsistemas existentes⁴¹.

Ahora, si se parte de una visión más amplia de la protección social, se debe hacer énfasis en los problemas relacionados con la exclusión y la necesidad de políticas públicas inclusivas. En este sentido, los objetivos principales estarían dirigidos a disminuir la vulnerabilidad, lograr una

⁴¹ OIT-OPS, "Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y El Caribe", Santiago de Chile, OIT-OPS, 2000, pp. 146 y 147.

mayor uniformidad en el consumo de bienes y servicios esenciales, y una mayor equidad, lo que significa establecer la protección social como una red de protección, y a la vez como un medio de superación de la pobreza.

Por lo anterior, se debe asumir que las estrategias de la protección social son la prevención, mitigación y superación del riesgo en tres niveles de formalidad (informal, de mercado y público) y dirigido a varios actores (personas, hogares, comunidades, ONG, diversos niveles del gobierno y organismos internacionales), cuestión que implica una estrategia compartida de gobierno (intersectorial), de la sociedad civil y de cooperación internacional.

En el caso específico de la salud, es importante identificar y definir el riesgo y la exclusión como categorías complementarias y no excluyentes, debido a que la salud es producto de determinantes tanto macro como micro, por lo tanto, se vuelve fundamental definir una estrategia integral de la protección a la salud, que se base en el conjunto de riesgos que la población tiene para enfermar y morir, o para alentar una vida más saludable, entre ellos la exclusión.

Introducir el tema de la exclusión en trabajos de este tipo es importante porque permite describir y analizar la complejidad intrínseca que lo compone, permite abordar problemas tales como la inequidad, las causas y agravamiento de los problemas de salud, la regresividad del sistema económico, la mala asignación de los recursos en el sistema y la competitividad y capacidad productiva de los países⁴².

El acceso a los servicios de salud es un elemento primordial del nivel de vida que brinda las bases necesarias para el mantenimiento de la existencia humana y su adecuado funcionamiento físico y mental. Cuando las personas carecen de un acceso a los servicios de salud oportuno y efectivo, el costo de la atención de una enfermedad o accidente puede vulnerar el patrimonio familiar o, incluso, su integridad física. El contar con acceso a la salud, garantiza una sociedad mucho más productiva, ya que si los niveles de enfermedad superan a los niveles de salud entonces esto repercute negativamente en el desarrollo de nuestra comunidad, tal como lo señala Talcott Parsons.

⁴² Norton, A. et al., *Social Protection and Approches: Implications for Policy and Practice in International Development*, Londres, Overseas Development Institute, 2001, p. 203

Uno de los elementos esenciales para el cumplimiento del derecho a la salud es la disponibilidad, que significa que el Estado deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud. Analizando la disponibilidad de establecimientos, es decir, la infraestructura sanitaria, se puede observar que en nuestro país se tiene un número precario y una desigual distribución de los mismos. Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) la exclusión en salud “*es la negación del derecho a satisfacer las necesidades de salud de una persona o grupo de personas en una sociedad determinada*”⁴³.

Entre los factores causales más comunes se anotan deficiencias de infraestructura, fallas en la asignación o gestión de los recursos, barreras de acceso y problemas de calidad de los servicios de salud, y determinantes como la pobreza, las desigualdades entre grupos sociales, la discriminación racial, el desempleo, la insuficiencia de la respuesta estatal en servicios y las disparidades entre países⁴⁴. Pero la exclusión no sólo depende de las relaciones entre oferta y demanda o de las relaciones de redistribución, sino también de factores culturales, simbólicos⁴⁵ y de poder⁴⁶ que tienen implicaciones normativas, institucionales y de gobierno sobre prácticas de inclusión-exclusión, asignación de recursos, estratificación de individuos y grupos para acceder a los recursos y reconocimiento o desconocimiento de la autonomía, entre otras.

Las infraestructuras de salud deben ser respetuosas con la ética médica y la cultura de los individuos y las comunidades, esto es conocido como la aceptabilidad en materia del derecho a la salud. El personal médico tiene la obligación de proporcionar un servicio de calidad siendo respetuosos con la cultura de cada uno de los pacientes que atienden dejando de lado los actos de discriminación, así como la conformidad de mismos con las expectativas que tenían sobre la atención médica solicitada y obtenida.

⁴³ OPS-OMS. Ampliación de la Protección Social en Materia de Salud: Iniciativa conjunta de la OPSOIT (26ª Conferencia Sanitaria Panamericana) Washington, septiembre 23-27 de 2002.

⁴⁴ Sen A. Social Exclusion: concept, application, and scrutiny. Social Development Papers, No. 1, Asian Development Bank, June 2000.

⁴⁵ Fraser N. Redistribución, reconocimiento y exclusión social. En: Alcaldía Mayor de Bogotá, Departamento Administrativo de Bienestar Social / Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales. Inclusión social y Nuevas Ciudadanías (Seminario Internacional – Memorias). Bogotá; 2003

⁴⁶ Kabeer N. The Concept of Social Exclusion: What is its value-added for thinking about social policy? Paper prepared for the International Conference, Revisioning Social Policy for the 21th Century: what are the key challenges. Institute of Development Studies, University Sussex, 28-29th October, 1999.

Otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas, las de los prestadores de servicios y las de la institución es una de las características de la calidad en materia de salud. Uno de los conceptos que se manejan dentro del término de exclusión social es el de desigualdad. En materia de salud alude al impacto que tienen, sobre la distribución de la salud y la enfermedad en la población, los determinantes sociales como la riqueza, la educación, la ocupación, el grupo racial o étnico, la residencia urbana o rural y las condiciones de habitabilidad o equipamientos del lugar en el que se vive o trabaja.

La OMS define el concepto desigualdad como las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas; por lo tanto es un concepto que incluye una dimensión moral y ética. El fenómeno de las desigualdades en salud está caracterizado según Daponte por su carácter injusto y evitable, además de su ubicuidad, consistencia, su enorme magnitud, su carácter gradual, su tendencia creciente, su persistencia, su carácter histórico y su carácter adaptativo (lo que indica que los grupos sociales mejor posicionados socialmente son los más beneficiados de las acciones sanitarias y sociales dirigidas a mejorar la salud) (Daponte 2009)⁴⁷.

El concepto es el de equidad en salud y hace referencia a la disminución o ausencia de estas diferencias. Amartya Sen, Premio Nobel de Economía y miembro de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud creada por la OMS en 2006 afirma sobre la equidad que no concierne únicamente a salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica; prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humanas. La equidad en salud va más allá, por todo ello, de la distribución de la salud y de la asistencia sanitaria o de los recursos (Sen 2002)⁴⁸

El concepto de cobertura universal de salud (CUS) implica que la gente acceda a los servicios médicos que necesita sin tener que experimentar dificultades financieras. La CUS apunta a lograr mejores resultados en materia de salud y desarrollo, ayuda a prevenir que las personas

⁴⁷ Daponte Codina, A., Bolívar Muñoz, J., García Calvente, M. M. 2009. Las desigualdades sociales en salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

⁴⁸ Sen A. 2002. “¿Por qué la equidad en salud?”. Revista Panameña de Salud Pública 5-6: 302-309.

caigan en la pobreza debido a enfermedades y les da la oportunidad de llevar una vida más saludable y productiva.

En los últimos años, el movimiento global de la CUS ha ganado impulso gracias a los llamados de la Asamblea Mundial de la Salud y la Asamblea General de las Naciones Unidas a los países a “ampliar de manera urgente y significativa las iniciativas dirigidas a acelerar la transición a servicios de salud asequibles y de calidad”.

El objetivo de la cobertura sanitaria universal es asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos.

Para que una comunidad o un país puedan alcanzar la cobertura sanitaria universal se han de cumplir varios requisitos, a saber:

1. Existencia de un sistema de salud sólido, eficiente y en buen funcionamiento, que satisfaga las necesidades de salud prioritarias en el marco de una atención centrada en las personas (incluidos servicios de VIH, tuberculosis, paludismo, enfermedades no transmisibles, salud materno infantil) para lo cual deberá:
 - proporcionar a las personas información y estímulos para que se mantengan sanas y prevengan enfermedades,
 - detectar enfermedades tempranamente,
 - disponer de medios para tratar las enfermedades,
 - ayudar a los pacientes mediante servicios de rehabilitación.
2. Asequibilidad: debe haber un sistema de financiación de los servicios de salud, de modo que las personas no tengan que padecer penurias financieras para utilizarlos.
3. Acceso a medicamentos y tecnologías esenciales para el diagnóstico y tratamiento de problemas médicos.
4. Una dotación suficiente de personal sanitario bien capacitado y motivado para prestar los servicios que satisfagan las necesidades de los pacientes, sobre la base de las mejores pruebas científicas disponibles.

La cobertura sanitaria universal implica la necesidad de reconocer la función crucial que desempeñan todos los sectores para asegurar la salud de las personas, en particular los de transporte, educación y planificación urbana.

La cobertura sanitaria universal tiene consecuencias directas para la salud de la población. El acceso a los servicios sanitarios permite a las personas ser más productivas y contribuir más activamente al bienestar de sus familias y comunidades. Además, asegura que los niños puedan asistir a la escuela y aprender. Al mismo tiempo, la protección contra riesgos financieros impide que las personas se empobrezcan al tener que pagar de su propio bolsillo los servicios de salud. Por lo tanto, la cobertura sanitaria universal es un componente fundamental del desarrollo sostenible y la reducción de la pobreza, y un elemento clave de todo esfuerzo por reducir las desigualdades sociales. La cobertura universal es el sello distintivo de un gobierno determinado a mejorar el bienestar de todos sus ciudadanos.

La cobertura universal está sólidamente basada en la Constitución de la OMS de 1948, en la que se declara que la salud es un derecho humano fundamental, así como en el programa de Salud para todos establecido en 1978 en la declaración de Alma-Ata. La equidad es un aspecto primordial. Eso significa que los países deben evaluar los progresos no solo en el conjunto de la población nacional, sino en los diferentes grupos (por ejemplo, los grupos determinados por niveles de ingresos, sexo, edad, lugar de residencia, condición de migrante u origen étnico)⁴⁹.

Y por último, tenemos a las políticas públicas. El Seguro Popular es un programa de bienestar social que provee acceso a salud preventiva y curativa y protección financiera en caso de gastos catastróficos en salud a las familias que, por sus condiciones laborales, no cuentan con acceso a la protección en materia de salud de las instituciones existentes de seguridad social.

Más allá de su nombre, el Seguro Popular no es, estrictamente, un sistema de aseguramiento que se sostenga financieramente en el tiempo y la palabra “seguro” no aparece en el texto de su legislación. De entrada, es un programa que busca redistribuir recursos públicos hacia la población desprotegida. Por la forma en que está definido se esperaría que el programa resulte progresivo, o sea, que distribuya recursos de personas con ingresos relativamente mayores a personas con menores ingresos. Esta hipótesis se deriva del hecho que, si bien los hogares afiliados tienen que

⁴⁹ OMS 2016

pagar una cuota, el 20% de los hogares más pobres está exento y para el resto la cuota aumenta para cada decil de ingreso⁵⁰.

El Derecho a la Salud se refiere a que la persona tiene como condición innata, el derecho a gozar de un medio ambiente adecuado para la preservación de su salud, el acceso a una atención integral de salud, el respeto a su concepto del proceso salud - enfermedad y a su cosmovisión. Este derecho es inalienable, y es aplicable a todas las personas sin importar su condición social, económica, cultural o racial. De una manera general es un hecho positivo que a nivel nacional e internacional se reconozca el derecho a la salud como un derecho básico o fundamental de todas las personas. No obstante, y desgraciadamente, hay que reconocer que una cosa es que exista un derecho, teórico, en declaraciones de principios y otra es que exista en la realidad, es decir que pueda ejercerse de manera efectiva.

Es fundamental establecer mecanismos de rendición de cuentas para garantizar el respeto de las obligaciones que se derivan del derecho a la salud para los Estados ¿Cómo y por quién se vigila el cumplimiento de las obligaciones jurídicas que incumben a los Estados partes? ¿Cómo puede pedirse responsabilidades a un Estado que ha conculcado el derecho a la salud? La vigilancia y la rendición de cuentas de los Estados tienen lugar a nivel nacional, regional e internacional e involucra a diversos agentes, a saber, el propio Estado, ONG, instituciones nacionales de derechos humanos u órganos creados en virtud de tratados internacionales.

⁵⁰ Nora Lustig Número Actual Revista nexos No. 367 Julio de 2008

8.4 Fotografía Participativa



Figura 4. Entrada principal del HGES



Figura 5. Entrada del Área de Urgencias



Figura 6. Sala de espera en urgencias



Figura 7. Entrada del baño de hombres



Figura 8. Inodoro del baño de hombres

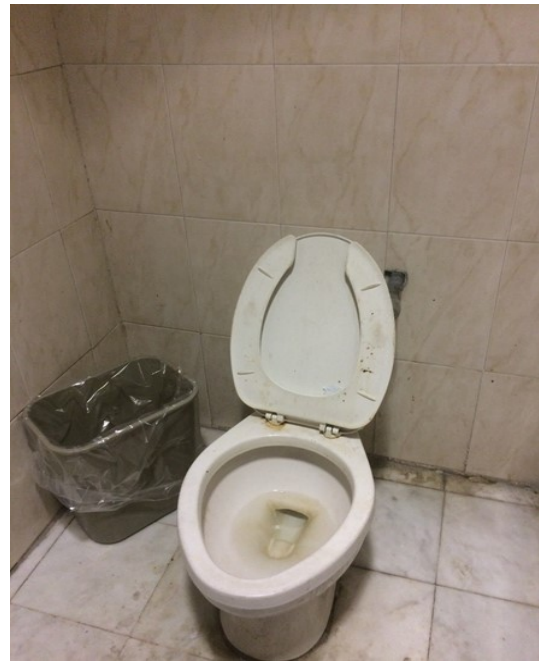


Figura 9. Suciedad y falta de papel higiénico



Figura 10. Puerta del baño de hombres



Figura 11. Parte del mobiliario del baño de hombres



Figura 12. WC pacientes mujeres en urgencia



Figura 13. Retrete sucio, cesto de basura lleno, no hay luz



Figura 14. Falta de camillas en el Área interna de urgencias



Figura 15. Ausencia de personal médico



Figura 16. Don Salvador esperando se le practique su diálisis después de 13 horas en el área de urgencias del HGES



Figura 17. Joven atropellada esperando atención



Figura 18. Indigente esperando atención

CAPÍTULO IX

CONCLUSIONES

Como se ha expuesto a lo largo del presente trabajo entendemos que el derecho a la salud no solo es un derecho innalienable y universal, el derecho a la salud es reflejo del trabajo del gobierno federal en conjunto con los estados y municipios, los cuales tienen por obligación garantizar un servicio de atención digno y acorde a las necesidades de la población, con el objeto de mejorar su calidad de vida, respetando los derechos fundamentales consagrados en la Constitución Política, Tratados internacionales e instrumentos en materia de protección a los derechos humanos.

Desafortunadamente la falta de recursos, tecnología, personal médico, infraestructura y programas que garanticen completamente una cobertura universal en salud ha dado como resultado el fenómeno de exclusión social, que si bien es cierto, no es exclusivo del tema en curso, si es una prueba fehaciente de la problemática y del rezago que día a día enfrentan grupos en situación de vulnerabilidad buscando hacer valer su derecho de acceso a la salud dentro de las instituciones de salud pública en nuestro país.

En el caso de Sonora, el Hospital General del Estado ubicado en ésta capital, es un claro ejemplo de negligencia por parte de nuestras autoridades, que lejos de ofrecer una atención de calidad así como un trato respetuoso y digno a las personas que constantemente acuden a él, terminan recibiendo una atención mediocre o nula, así como un trato inhumano, degradante y violatorio a sus derechos.

Migrantes, jornaleros, personas en situación de calle, afiliados al seguro popular o aquellos que con cuentan con algún tipo de seguridad social son víctimas de las carencias de una institución que ha tenido por misión:

“Proporcionar atención médica especializada de calidad y con alto sentido humano a la población que no cuenta con el beneficio de seguridad social y para las familias con Seguro Popular de Salud, así como realizar investigación médica y participar en el desarrollo de recurso humano médico y paramédico que cumpla con los requerimientos y exigencias del usuario en materia de salud”.

La falta de trabajo dentro del sector salud es latente, las carencias son más que obvias y las necesidades, muchas. Nuestros representantes no pueden hablar de una cobertura universal en materia de salud cuando los recursos destinados a éste sector son insuficientes o mal encausados,

no se puede pensar que un programa como el seguro popular vendrá a resolver una problemática estructural.

Al principio de mi investigación buscaba conocer si el derecho de acceso a la salud dentro del HGES se encontraba garantizado, si la cobertura universal en ésta materia era un hecho y si el seguro popular era un programa de política pública viable para garantizar el servicio a la salud, sin embargo, una vez comenzado mi trabajo de campo y al involucrarme con pacientes afiliados a éste programa, me quedó muy en claro que todavía falta mucho por hacer.

En el pasillo principal de urgencias se encuentran camillas de alto riesgo (*camillas de ambulancias*), el sobrecupo en el área sobrepasa a los médicos y enfermeras que se ven superados por la alta demanda de usuarios, pacientes que al no contar con ropa de cama usan plásticos como sábanas, enfermos convaleciendo en el piso, una higiene muy pobre dentro de un área blanca, desabasto de medicamentos, estudios de imagenología que no los cubre el programa de seguro popular, una tabla que limita la cobertura del mismo a poco más de 275 padecimientos y procedimientos quirúrgicos, la mayoría del tiempo se deben de esperar horas para poder ser atendidos y una vez dentro del consultorio tener que lidiar con la mala actitud del personal médico en turno.

Es evidente que el Hospital General del Estado de Sonora ha sabido sobrellevar tanto carencias como una mala administración, reflejándose en una calidad al servicio insuficiente, un acceso limitado, una disponibilidad supeditada a la infraestructura y a los bienes y servicios de salud, a la falta de compromiso de personal médico y administrativo y sobretodo a la corrupción.

Ésta investigación no pretende juzgar a nadie, salvo presentar una realidad de la cual todos somos partícipes, directa o indirectamente, un problema que aunque preocupa más a unos que otros nos involucra a todos, un fenómeno que con el paso de los años ha ido creciendo y dista mucho de querer detenerse.

Por lo anterior y habiendo estudiado el fenómeno de exclusión social de grupos vulnerables dentro del hospital general se propone lo siguiente:

- Asegurar e incrementar los recursos en materia de salud.
- Garantizar la igualdad y la no discriminación dentro de la creación de políticas públicas que afecten a los grupos mayormente vulnerables.
- Implementar el enfoque de derechos dentro de los programas de políticas públicas e;
- Implementar y mejorar los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas dentro del sector salud.

Lo cambios en los sistemas de salud no son fáciles de implementar. Sin embargo, para alcanzar las metas de atención médica y abatir los rezagos en esta materia, se requiere mejorar el funcionamiento del sistema de salud y el uso sus recursos.

El derecho de acceso a la salud nos corresponde a todos, debemos exigir a nuestras autoridades la mejora en los programas de salud, mayor capacitación y sensibilización para el personal médico y administrativo en materia de derechos humanos, políticas inclusivas y de apoyo para los grupos en situación de vulnerabilidad y transparencia en el gasto público; sólo así nos encontraremos ante el umbral de la transformación de un estado fallido de gobierno.

“Es mi aspiración que la salud no sea vista finalmente como una bendición a desear, sino como un derecho humano por el que luchar”

.-Kofi Annan.

BIBLIOGRAFÍA

Abramovich, V. & Courtis, C. (2001). “*El derecho a la atención sanitaria como derecho exigible*”, La Ley Suplemento de Jurisprudencia de Derecho Administrativo, Buenos Aires, año LXV, núm. 119, p.16.

ACNUR México (2009) *Estudio sobre la integración local de las personas refugiadas en México*, México, D.F.

Aguilar V. (2006). *Gobernanza y gestión pública*. México: FCE. (2009). “*Marco para el análisis de las políticas públicas* “. En Mariñez F. y V. Garza Cantú (Coord.), *Política pública y democracia en América Latina. Del análisis a la implementación*. México: EGAP/CERALE/Miguel Ángel Porrúa, pp. 11-31.

Aguilera, N. (2006) “*Desigualdad en salud en México: los factores determinantes*”, Comercio Exterior, México, vol. 56, núm. 2, pp.106-113

Alonso, L. E. (2007). *Sujetos y Discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa*. En J. M. Delgado y J. M Gutiérrez (Coord.). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales* (pp. 225-240).Ed. Síntesis. España.

Ambrosini, C., (2005). “*La fraternidad III. John Rawls y la justicia como equidad*” disponible en <http://www.fractal.com.mx/F16armes.html>

Amín, S. (2001): *Imperialismo y globalización*, Capturado el 22 de marzo del 2007, de <http://www.rcci.net/globalizacion/2001/fg175.htm>

Arteaga N. (1999). *Derecho constitucional*. 2ª ed. México: Oxford, 1999. p 392.

Bayliss, S. (1991), “*Food security and agriculture sustainability in the New Guinea Highlands: vulnerable people, vulnerable places*”, en *IDS Bulletin*, Sussex, Reino Unido.

Beck, U. (2000). *Un nuevo mundo feliz. La precariedad del trabajo en la era de la globalización*. Barcelona: Paidós.

Beltrán, L. R. (1976): “*Políticas nacionales de comunicación en América Latina: los primeros pasos*», Nueva Sociedad, núm. 25:4-34, Caracas.

Bernard, H. Russell (1994). *Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approaches* Walnut Creek, CA: AltaMira Press.

Bernard, H. Russell (1998). *Handbook of methods in cultural anthropology*. Walnut Creek: AltaMira Press.

Bobbio N. (1959). *Teoría della scienza giuridica*, Turín.

Bohle, H. G., T. E. Downing y M. J. Watts (1994), "*Climate Change and Social Vulnerability. Toward a Sociology and Geography of Food Insecurity*", en *Global Environmental Change*, n° 4, vol. 1, Butterworth-Heinemann Ltd, Oxford, pp. 37-48.

Brugué, Q. Gomà, R y Subirats, Joan (2002). *De la pobreza a la exclusión social*, en *Revista Internacional de Sociología RIS*, n° 33, sep- dic. Pág. 7-45.

Buchanan-Smith, M. y Maxwell, S. (1994). *Linking relief and development: an introduction and overview*, *IDS Bulletin*, Sussex, Reino Unido.

Busso G. (2001). Vulnerabilidad social: *Nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a principios del siglo XXI. Seminario internacional*. Las diferentes expresiones de vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Naciones Unidas. Disponible en:

<http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/ORGIN011.pdf> Acceso el 10 de marzo de 2014.

Capriles, O. (1980): *De las políticas nacionales de comunicación al nuevo orden internacional de la información: algunas lecciones para la investigación*. Conferencia científica AIERI-IAMRC, Caracas.

Castañeda, X. y Zavella, P. (2005). "*Theorizing cross border interventions: The California-Mexico Health Initiative*" Conferencia dictada en el Congreso de la Society for Applied Anthropology, panel Political Ecology of Borders, Santa Fe.

Castel R. (1997). *Las metamorfosis de la cuestión social*, Buenos Aires, Paidós

Castells, M. (2001). *La era de la información*. Fin de milenio. Vol. 3, Madrid: Alianza Editorial.

CEPAL, (2006) *Panorama social de América Latina*, Santiago de Chile.

Chambers, R. (1989), "Vulnerability, Coping and Policy", *IDS Bulletin*, vol. 20, n° 2, Institute of Development Studies, University of Sussex, Brighton.

- Chambers, R. (1989). *Vulnerability: How de poor cope?* IDS Bulletin, Sussex, Brighton.
- Chetty S. (1996). *The case study method for research in small- and médium - sized firms. International small business journal*, vol. 5, octubre – diciembre.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Cohen, J. (1998). “*Procedimiento y sustancia en la democracia deliberativa* “. En *Metapolítica*, Vol.4 Núm. 14.
- Crocker, J., Major, B., y Steele, C. (1998). *Social Stigma*. En D.T. Gilbert, S.T Fiske y G. Lindzey (Eds.): *The Handbook of social psychology* (4ª edición, pp. 504-553). New York: McGraw-Hill.
- Das, Veena & Poole, D. (2004), *Anthropology in the Margins of the State*. Santa Fe, SAR Press.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).
- Delgado, C. (2004), “*The political significance of small things*”. *Emergence: Complexity and Organization* 6 (Special Double Issue. Nos. 1-2):49-54.
- DeMunck, C. & Sobo (1998). *Using methods in the field: a practical introduction and casebook*. Walnut Creek, CA: AltaMira Press.
- Denzin, N. K., y Lincoln, Y. S. (2005). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. London, Inglaterra: Sage.
- DeWalt, M. & DeWalt, R. (1998). *Participant observation*. In H. Russell Bernard (Ed.), *Handbook of methods in cultural anthropology* (pp.259-300). Walnut Creek: AltaMira Press.
- Duguet P. (1975). *Aproximación a los problemas*. Apostel et allí (1975) *Interdisciplinariedad. Problemas de la enseñanza e investigación en las universidades*, ANUIES, México.
- Earl, D. (2007) *Concepts. Internet Encyclopedia of Philosophy*. <http://www.iep.utm.edu/concepts/> Accessed May 16, 2011.
- El Achkar, Soraya (2008). «*Ley del Servicio de Policía y del Cuerpo de Policía Nacional: un ejercicio de soberanía democrática*”, Caracas, UCV, mimeo.
- Erlandson A.; Harris L.; Skipper L. & Allen, D. (1993). *Doing naturalistic inquiry: A guide to methods*. Newbury Park, CA: Sage

- Estivill, J. (2003). *Panorama de la lucha contra la exclusión social*. Conceptos y estrategias, OIT.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (1995). *Public Welfare Services and Social Exclusion: The Development of Consumer Oriented Initiatives in the European Union*, Dublín.
- Fernández, R., Comendador Laguna J, Morales Pérez M. (2005). *La interdisciplinariedad: una vía para el desarrollo de las habilidades del trabajo con magnitudes*. Las Tunas: Instituto Superior Pedagógico Pepito Tey.
- Fernández, R. (2001). *La entrevista en la Investigación cualitativa*. Revista Pensamiento Actual, 2(3), 14-21.
- Fernández, R., Comendador J & Morales M. (2005). *La interdisciplinariedad: una vía para el desarrollo de las habilidades del trabajo con magnitudes*. Las Tunas: Instituto Superior Pedagógico Pepito Tey.
- Ferrajoli, L. (1989). *Derecho y Razón: Teoría del garantismo penal*, Ed. Trotta, Madrid.
- Fine, Gary A. (2003). *Towards a peopled ethnography developing theory from group life*. *Ethnography*, 4(1), 41-60
- Flick, U. (2007). *Introducción a la Investigación cualitativa*. Madrid, España: Morata.
- Fodor, J. (1981). *The Present Status of the Innateness Controversy*. In his *Representations: Philosophical Essays on the Foundations of Cognitive Science*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Follari R. (1980). *Interdisciplinariedad, espacio ideológico* en: Simposio sobre Alternativas Universitarias, UAM-Azcapotzalco, México.
- Fontana, A., Frey, J. (2005). *The Interview, from neutral stance to political involvement*. En N. K. Denzin & y S., Lincoln (Comp). *The Sage Handbook of Qualitative Research (695-727)*. London, UK: Sage.
- Foucault, M. (1979). *El nacimiento de la clínica*. México: Editorial Siglo XXI.
- Foucault, M. and Gordon, C. (1980): *Power/knowledge: Selected interviews and other writings 1972-1977*, New York, Phanteon

Frenk, M. (1993). *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*, Fondo de Cultura Económica, México.

García, M.C. (2006). *El prejuicio y su relación con el proceso de aculturación de los inmigrantes magrebíes*. Tesis Doctoral, Universidad de Almería.

García Serrano, C.; M. A. Malo y G. Rodríguez Cabrero (1998). “*Un intento de medición de la vulnerabilidad ante la exclusión social*”. Unidad de Políticas Comparadas (CSIC). Documento de trabajo 00-13. España.

Giménez, C. y Xavier, V. (2008). «*Observatorio de derechos sociales en Venezuela: fundamentos conceptuales y metodológicos*», Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura, vol. 14, n°2, Caracas, julio-diciembre, pp. 43-67.

Giménez, C., Mariela R., y Juan Carlos, R. (2007). «*Estado y participación ciudadana en las políticas de intervención urbanística del barrio en Venezuela. Del puntofijismo a la revolución bolivariana. Una retrospectiva crítica*». Ponencia presentada en el Seminario Internacional Procesos Urbanos Informales, Bogotá.

Goffman, E. (1963). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.

González, P. (2004a). «*Los derechos humanos como centro de las políticas públicas: apuntes teóricos y prácticos*», Caracas, Provea, mimeo.

González, P. (2004b). «*Participación popular, obligaciones estatales y políticas públicas en derechos humanos*», Caracas, Provea, mimeo.

González-Block MA, Duarte Gómez MB, Salgado de Snyder N, Robles-Silva L, Scott J. (2007). *Atención a la salud de grupos vulnerables. Hacia una síntesis de la literatura*. Resumen Ejecutivo. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

González, P. (2010). *Indicadores de derechos humanos y políticas públicas*. Herramientas para el diseño, monitoreo y evaluación participativa, disponible en:

www.dhnet.org.br/direitos/indicadores/a_pdf/09_plessmann_indicadores_ddhh.ppt. Consultado el 8-3-2010.

Goetz, J.P. y M.D. LeCompte (1985): *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Morata. Madrid.

Goetz, J. P., LeCompte, M. D. (1998). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid, España: Ediciones Morata.

Grad, Frank P. (2002). *The Preamble of the Constitution of the World Health Organization*, Boletín de la Organización Mundial de la Salud, 80 (12): 981.

Guba, Egon G. e Yvonna S. Lincoln. (2000). *Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa*. En Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social, compilado por Catalina A. Denman y Jesús Armando Haro, 113-145. Hermosillo: COLSON.

Guba E. G. y Lincoln, Y.S (1981): *Effective evaluation*. Jossey-Bass, San Francisco

Gurdián, A. (2010). *El paradigma cualitativo en la investigación socio-educativa*. San José, Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica.

Güendel, L. (2000). *La política pública y la ciudadanía desde el enfoque de los derechos humanos. La búsqueda de una nueva utopía.*, en Sergio Reuben, comp., Política social: vínculo entre Estado y sociedad, San José, Costa Rica, UCR, pp. 169-218.

Güendel, L. (2002). «*Políticas públicas y derechos humanos*», Revista de Ciencias Sociales, vol. III, nº 97, San José, Costa Rica, pp. 105-125.

Güendel, L. (2003): *Por una gerencia social con enfoque de derechos*, disponible en www.iigov.org/documentos/?p=3_0108. Consultado el 2-1-2008.

Güendel, L. (2007). «*Derechos humanos, política y programación social*». Ponencia presentada en el VIII Seminario de Formación en DESC «Una mirada a las políticas públicas desde los derechos humanos», Caracas.

Güendel, L. y otros (1999). *La política social con un enfoque de derecho*, disponible en: http://espanol.geocities.com/tsocial1/tsocial/politica_social_con_un_enfoque_de_derecho.htm Consultado el 2-1-2008.

Gyarmati, G. (1992). *Salud y Enfermedad: Hacia un paradigma biopsicosocial*. Conferencia de ciencias sociales y medicina (Santiago de Chile 1991). Ciencias Sociales y Medicina. Perspectivas Latinoamericanas (1. Ed.). Santiago de Chile: Editorial Universitaria S. pp. 173-183.

Habermas, J. (1992): *Between facts and norms*. Cambridge, MA: The MIT Press.

Hammersley, M. y Paul A. (2001). *Emografía. Métodos de investigación*. Argentina: Paidós Básica.

Hayward J.A. (1993). *Historia de la Medicina*. México: Fondo de Cultura Económica.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*: Mc Graw-Hill Interamericana Editores, México.

Hirsch Hadorn G, Hoffmann-Riem H, Biber-Klemm S, Grossenbacher-Mansuy W, Joye D, Pohl C, et al. (2008). *Handbook of Transdisciplinary Research*. Berlin: Springer.

Hirsch, J. (1999): *Transnacionalización y renacionalización. Estado nacional, nacionalismo y conflicto de clases*, Revista HERRAMIENTA N° 10, Buenos Aires.

Jabri, V. (2007): *Michael Foucault's analytics of war: The social, the international and the racial*, *International Political Sociology* (2007), 1, pp. 67-81.

Johnson, A. & Sackett, R. (1998). *Direct systematic observation of behavior*. In H. Russell Bernard (Ed.), *Handbook of methods in cultural anthropology* (pp.301-332). Walnut Creek: AltaMira Press.

Kawulich, B. B. (2005). *La observación participante como método de recolección de datos*. Forum: Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal], 6(2), Art. 43.

Kawulich, B. (2006). *La observación participante como método de recolección de datos*. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal], 6(2), Art. 43, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0502430>.

Klein, J.T. & Newell, W.H. (1996). *Advancing interdisciplinary studies*. In J.G. Gaff, J. Ratcliff, & Associates, Eds., *Handbook of the undergraduate curriculum* (393-415). San Francisco: Jossey-Bass

- Leary, A. (1995). *Justiciabilidad y más allá: procedimientos de quejas y el derecho a la salud*, Revista de la Comisión Internacional de Juristas; núm. 55, diciembre, pp. 91.
- Lenoir, R. (1974) *Les exclus, un Française sur dix*, París, Du Seuil.
- Lindblom, Ch. (1992): “*La ciencia de salir del paso*”, en Aguilar Villanueva (comp.), *La hechura de las políticas públicas*, México, Miguel Angel Porrúa Grupo Editorial.
- Link, B.G., y Phelan, J.C. (2001). *Conceptualizing stigma*. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Lolas Stepke, F. (1992). *Las transformaciones de la medicina: Modelos Farmacéuticas y ciencias sociales*. Conferencia de ciencias sociales y medicina (Santiago de Chile 1991). *Ciencias Sociales y Medicina. Perspectivas Latinoamericanas* (1.Ed.). Santiago de Chile: Editorial Universitaria S. pp. 120-135.
- Longhurst, R. (1994). *Conceptual frameworks for linking relief and development*, en *IDS Bulletin, Sussex*, Reino Unido.
- Lucca, N. y Berríos, R. (2003). *Investigación cualitativa, fundamentos, diseños y estrategias*: Ediciones S. M. Colombia.
- Lustig, N. (2005). *La salud, pobreza y crecimiento*, en Ruiz de Chávez, Manuel y Valdés Olmedo José Cuauhtémoc (eds), *La salud de los mexicanos en el siglo XXI: un futuro con responsabilidad de todos*, México, Fundación Mexicana para la Salud. p. 216.
- Majone, G. (2004). “*La credibilidad de las políticas: por qué es importante y cómo lograrla*”. En Pardo, M. C. (Comp.), *De la administración a la gobernanza*. México: Colegio de México. pp. 143-182.
- Mateo, M.A. y Penalva, C. (2000). *Per al mesurament de la desigualtat, pobresa i exclusió. Limitacions, propostes tècniques i alternatives*, en *Revista Catalana de Sociologia*, nº 11, pág. 13-32.
- Marco, M. (2000). *Consideraciones en torno al concepto de exclusión social*, en *Revista de Investigaciones sociales*, nº 11, pág. 11- 21.

- Margolis, E. and Laurence, S. (2006) *Concepts. Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Retrieved May 15, 2010 from <http://plato.stanford.edu/entries/concepts/>
- Marshall, A. & Batten, S. (2004). *Researching across cultures: Issues of ethics and power*. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 5(3), Art.39. Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/3-04/04-3-39-e.htm>
- Martínez, F. & Proenza, R. (2010). *La Teoría de la Red de Actores desde una perspectiva latinoamericana. Revista Cubana de Ciencias Sociales.* ; 42:61–80.
- McMurtry, A. (2010). *Complexity, collective learning and the education of interprofessional health teams: Insights from a university-level course*. J Interprof Care.
- Medellín Torres, P. (1997): “*Inestabilidad, incertidumbre y autonomía restringida: elementos para una teoría de la estructuración de Políticas Públicas en Países de Baja Autonomía Gubernativa*”, en Revista del CLAD Reforma y Democracia, N° 8, Julio, Caracas. (Disponible en www.clad.org.ve)
- Menendez, L. (1998). “*Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social*”, en *Cuadernos Médico-Sociales*, núm. 73, Rosario, Argentina pp. 5-22.
- Merlinsky, G. (2006). *La entrevista como forma de conocimiento y como texto negociado: notas para una pedagogía de la investigación*. Revista Cinta de Moebio: Revista Electrónica de Epistemología de Ciencias.Sociales.
- Millikan, R. (2000). *On Clear and Confused Ideas*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Minujin, A. (1998). “*Vulnerabilidad y exclusión en América Latina*”, en BUSTELO, Eduardo y MUNIJIN, Alberto (eds.), *Todos entran, propuesta para sociedades incluyentes*, Santillana-UNICEF.
- Morin E. (2004), *La Méthode VI. Éthique.*, 1° ed. Seuil, Paris.
- Nicolescu B. (2002). *Manifesto of Transdisciplinarity*. Albany: State University of New York Press.
- Nohlen, D. (2006), “*La ciencia política en América Latina*”, en D. Nohlen (editor), *Diccionario de Ciencia Política*, tomo I. México: Porrúa/ El Colegio de Veracruz, pp. 171–176.

- Palmade, G. (1979). *Interdisciplinarietà e Ideologías*, Narcea S. A. Ediciones, Madrid; p. 30.
- Pérez de Armiño, K. (1999). *Vulnerabilidad y desastres. Causas estructurales y procesos de la crisis de África*, Cuadernos de Trabajo, nº 24, HEGOA, Universidad del País Vasco, Bilbao.
- Piaget, J. (1981). *Psicología y Epistemología*, Ed. Ariel, Barcelona, Caracas, México, p. 15.
- Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Gobierno de la República Federal.
- Plan Sectorial de Salud 2013-2018. Gobierno de la República Federal.
- Plesk P, Greenhalgh T. (2001). *Complexity science: The challenge of complexity in health care*. BMJ.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en material de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1988). Publicación en el Diario Oficial de la Federación: 1/IX/ 1998.
- Repko, A. (2008). *Interdisciplinary research: Process and theory*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Restrepo, D. (2003): “*Las prácticas participativas: entre la socialización y la privatización de las políticas públicas*”, en Revista del CLAD Reforma y Democracia, N° 25, Caracas. (Disponible en www.clad.org.ve)
- Sadana R, Pang T. (2003). *Health research systems: A framework for the future*. Bull World Health Organ.
- Salgado de Snyder VN, Riosmena F, Gonzalez Block MA, Wong R. (2013). *Migrant health vulnerability through the migration process: Implications for health policy in Mexico and the United States*. In: Escobar A, Martin S, Lowell L, Eds. *The binational study on Mexican immigrants in the US and Mexico*. Washington, D.C.: Georgetown University.
- Sarabia Sánchez, F. J. (1999). *Metodología para la investigación en marketing y dirección de empresas*, Madrid, Pirámide.
- Silverman, D. (1994). *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analyzing Talk, Text and Interaction*. Londres: Sage.

Serrano, R. (2009). *Cuéntame tu experiencia en el curso on line. Empleo de la entrevista cualitativa como técnica para la investigación cualitativa*. Quaderns digitals: Revista de Nuevas Tecnologías y Sociedad.

Schensul. Schensul J. & LeCompte, D. (1999). *Essential ethnographic methods: Observations, interviews, and questionnaires* (Book 2 en Ethnographer's Toolkit). Walnut Creek, CA: AltaMira Press.

Stock, W.G. (2010) *Concepts and Semantic relations in Information Science*. Journal of the American Society for Information Science & Technology 61:10, 1951-69.

Szostak, R. (2008a). *Classification, interdisciplinarity, and the study of science*. Journal of Documentation 64:3, 319-32.

Szostak, R. (2003). *A schema for unifying human science: Interdisciplinary perspectives on culture*. Selinsgrove, PA: Susquehanna University Press.

Taylor, S.J. y R. Bogdam (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. España: Paidós.

Taylor, S. y R.C. Bogdan (1989): *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*.

Paidós, Barcelona.

Taylor, Steven J. & Bogdan, Robert (1984). *Introduction to qualitative research: The search for meanings*, New York: John Wiley.

Tamayo Sáez, M., (1997): “*El análisis de las políticas públicas*”, en Bañón, Rafael y Carrillo, Ernesto (comp.) *La nueva Administración Pública*, Madrid, Alianza.

Tamayo y Tamayo (2004) “*El proceso de la Investigación Científica*”. 4ta edición, Ed. Limusa, México

Tena Ramírez, F. (1998). *Derecho Constitucional Mexicano*, 32ª ed. México: Porrúa, pp. 119 a 122.

Tezanos, José Félix (1999). *Tendencias en desigualdad y exclusión social*. Tercer foro sobre tendencias sociales. Madrid: Editorial Sistema.

Tezanos, José Félix (2001). *La sociedad dividida. Estructuras de clases y desigualdades en las sociedades tecnológicas*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Tezanos, J. (2006). *La explicación sociológica: una introducción a la sociología*. Universidad Nacional de Educación a Distancia

Torres Santomé J. (1987). *La globalització com a forma d'organització del currículum*, En Quaderns del Seminari de Globalització. M.R.P. Escola d'Estiu del País Valencià, Valencia.

Valles, M. S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social*, Síntesis, Madrid.

Van Dusseldorp, D. (1992) *Integrated rural development and inter-disciplinary research: a link often missing*. In Baker, J.I., ed., *Integrated Rural Development Review*. Universidad de Guelph, Guelph, ON. Canada.

Vicens, J. (1995). *El Valor de la salud. Una reflexión sociológica sobre la calidad de vida*. Madrid, España: Siglo XX.

Villarini, A. (1996). *El currículo orientado al desarrollo humano integral*. Biblioteca de Pensamiento. P Rico.

Yin, R. K. (1984/1989). *Case Study Research: Design and Methods, Applied social research Methods Series*, Newbury Park CA, Sage.

Ziccardi, Alicia. (1998). *Gobernabilidad y participación ciudadana en la ciudad capital*. México: UNAM y Miguel Ángel Porrúa.

(1) Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del ser Humanos con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, de 4 de abril de 1997: “Artículo 3. Acceso equitativo a los beneficios de la sanidad: las partes, teniendo en cuenta las necesidades de la sanidad y los recursos disponibles, adoptarán las medidas adecuadas con el fin de garantizar, dentro de su ámbito jurisdiccional, un acceso equitativo a una atención sanitaria de calidad apropiada”.

(2) SCJN, Tesis P. XIX/2000, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, Tomo XI, marzo de 2000, p. 112. [Énfasis añadido]

(3) Amparo en revisión 173/2008. 30 de abril de 2008. Unanimidad de cinco votos. Ponente: Ministro José Ramón Cossío Díaz. [Obligaciones del Estado respecto del derecho a la salud de las personas; Reformas legales que exigen especialidad para operaciones de cirugía plástica. Elementos esenciales del derecho a la salud]

(4) Jurisprudencia visible en la página 1042 del Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, tomo XV, enero de 2002, Novena Época, registro: 187,982.

ANEXOS

ANEXO 1

I. Requisitos para afiliarse al Seguro Popular

Los requisitos para el seguro popular que deben cumplirse para poder formar parte de que el seguro popular son:

1. Residir en el territorio nacional.
2. No ser una persona derechohabiente de cualquier institución que proporciona seguridad social como pueden ser ISSSTE o IMSS entre otras.
3. Cubrir la cuota familiar cuando corresponde.

II. Documentos que se necesitan para afiliarse al seguro popular:

1. Comprobante de domicilio de no más de dos meses de antigüedad
2. Acta de nacimiento o CURP de cada integrante de la familia
3. identificación oficial con fotografía de la persona titular de la familia
4. Si la persona interesada es estudiante de 18 a 25 años de edad, se debe de presentar una constancia de estudios.
5. Para tramitar el seguro popular para embarazadas deben de llevar un comprobante del diagnóstico de embarazo.
6. Algunas personas que desean afiliarse seguro popular forman ya parte de algún otro programa de combate a la pobreza extrema, si éste fuera el caso deben de presentar el número de folio del beneficiario.
7. Si la persona interesada en afiliarse no presenta toda la documentación completa o no cumple con los requisitos, puede afiliarse de manera temporal por 90 días, de este modo se tiene ese tiempo para presentar la documentación faltante, y si no se completa la documentación la solicitud no será atendida de la manera en que corresponde.
8. Si es una persona que está interesada en afiliarse al seguro popular y cumple con los requisitos anteriores lo mejor es que asistas a los diferentes módulos de afiliación que existen.

III. Beneficiarios del Seguro Popular

El seguro popular tiene como finalidad brindar un servicio de salud y de protección social a las familias mexicanas, de este modo los familiares que pueden salir beneficiados son:

- Los cónyuges, la pareja en unión libre, los padres siempre y cuando tengan una edad mayor de 64 años y que dependan económicamente de la familia inscrita y vivan en la misma casa, los hijos menores de edad o hijos solteros de hasta 25 años que sean estudiantes, los hijos que presenten alguna discapacidad, y cualquier persona que aunque no tenga pa

rentesco sanguíneo habite y dependa económicamente de la familia siempre y cuando sea menor de 18 años o discapacitado.

- Las personas que tengan más de 18 años pueden afiliarse al seguro popular de manera individual voluntariamente acudiendo a realizar el trámite correspondiente.

IV. Derechos del Seguro Popular

Las personas afiliadas al seguro popular poseen diversos derechos entre los cuales están:

1. Recibir los servicios de salud, medicamentos y otros métodos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cubiertas por el seguro popular y acceso a los hospitales del seguro popular.
2. Servicio integral de salud.
3. Acceso a la atención.
4. Trato digno, atención de calidad y respeto.
5. Recibir los medicamentos que sean necesarios para su atención y que correspondan al servicio de salud ofrecido por el seguro popular.
6. Recibir toda la información necesaria, que aclare y oriente todo lo relacionado a la atención de su salud, así como el riesgo y las diferentes alternativas que existen de procedimientos de diagnóstico, de tratamiento y quirúrgicos según sea el caso si aplica.
7. Se debe conocer el informe anual del seguro popular.
8. Se debe contar con expediente clínico.
9. Tiene derecho a decidir libremente sobre su atención médica.
10. Tiene derecho a otorgar o no su consentimiento para aceptar o rechazar tratamientos o procedimientos médicos.
11. Tiene derecho a ser tratado confidencialmente.
12. Se le debe dar facilidad para obtener una segunda opinión.
13. Tiene derecho a recibir atención médica de urgencia.
14. Puede recibir información sobre todos los procedimientos y servicios que se ofrecen en los establecimientos de atención médica.
15. No debe cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que usted reciba del seguro popular.
16. Puede presentar quejas ante las diversas autoridades de salud e informar acerca de los procedimientos y formas de atención.

V. Obligaciones de los afiliados al Seguro Popular

1. Debe tener una conducta que promueva la salud y prevengan enfermedades.
2. Se debe hacer uso de la póliza o la credencial que verifique que es beneficiario del seguro popular y presentarla siempre que se requiera un servicio.
3. Debe estar informado de todos los procedimientos de los establecimientos de atención médica.

4. Debe colaborar informando con verdad y esa actitud al personal de salud todos los antecedentes de su problema de salud.
5. Se deben de cumplir todas las recomendaciones, tratamientos o procedimientos a los cuales haya aceptado someterse.
6. Debe informarse siempre de todas las alternativas que existan acerca de los tratamientos y procedimientos quirúrgicos que se le puedan indicar o aplicar.
7. Es importante siempre cubrir a tiempo las cuotas familiares del seguro popular.
8. Se debe de brindar respeto a todo el personal de salud y administrativo.
9. Se debe de hacer uso adecuado y cuidar las instalaciones de los centro de salud.
10. Usar responsablemente los servicios de salud.
11. Brindar de manera fidedigna toda la información necesaria y documentación requerida por el seguro popular para el estudio necesario sobre la cuota familiar corresponde.
12. Siempre que se necesite modificar o actualizar los datos de los beneficiarios del seguro popular como cambio de domicilio, integrar o dar de baja a un integrante de la familia, se debe de acudir a los módulos de afiliación y orientación correspondientes.

VI. Costo del Seguro Popular

Los diferentes centros de afiliación al seguro popular evalúan la situación de cada familia de acuerdo a su solicitud de registro de este modo determinando la cantidad de la cuota que la familia debe cubrir según su condición socioeconómica, las cuotas son anuales y se basan según en el ingreso que puedan presentar. Estas cuotas pueden ir desde \$0.0 hasta 11.378.86 según sea el caso. Es por esto que es importante acudir a los diferentes módulos de afiliación y orientación para una correcta evaluación.

Algunas familias pueden ubicarse en un régimen no contributivo con unos niveles de ingresos muy bajos los cuales tendrían una cuota anual familiar de cero.

VII. Cobertura del Seguro Popular

I.- SALUD PÚBLICA

RECIÉN NACIDO Y MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD

1. Vacuna BCG.
2. Vacuna antihepatitis B.
3. Vacuna pentavalente con componente pertussis acelular (DpaT+VIP+Hib).
4. Vacuna triple viral SRP.
5. Vacuna contra rotavirus.
6. Vacuna anti influenza.
7. Vacuna DPT.

8. Vacuna antipoliomielítica oral trivalente tipo Sabin.
9. Acciones preventivas para recién nacido.
10. Acciones preventivas para menores de 5 años.

NIÑAS Y NIÑOS DE 5 a 9 AÑOS

11. Acciones preventivas para niñas y niños de 5 a 9 años.

ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS

12. Detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria.
13. Acciones preventivas para adolescentes de 10 a 19 años.
14. Vacuna antihepatitis B.

ADULTOS DE 20 A 59 AÑOS

15. Vacuna doble viral SR.
16. Toxoide tetánico y diftérico (Td).
17. Acciones preventivas para la mujer de 20 a 59 años.
18. Acciones preventivas para el hombre de 20 a 59 años.
19. Examen médico completo para mujeres de 40 a 59 años.
20. Examen médico completo para hombres de 40 a 59 años.
21. Prevención y atención de la violencia familiar y sexual en mujeres.

ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS EN ADELANTE

22. Vacuna antineumocócica para el adulto mayor.
23. Vacuna anti influenza para el adulto mayor.
24. Acciones preventivas para el adulto mayor de 60 años en adelante.

II.- CONSULTA DE MEDICINA GENERAL/FAMILIAR Y DE ESPECIALIDAD

CONSULTA GENERAL/FAMILIAR

25. Diagnóstico y tratamiento de anemia ferropriya y por deficiencia de vitamina B12.
26. Diagnóstico y tratamiento de deficiencia de vitamina A.
27. Diagnóstico y tratamiento de rubéola.
28. Diagnóstico y tratamiento de sarampión.
29. Diagnóstico y tratamiento de varicela.
30. Diagnóstico y tratamiento de faringoamigdalitis aguda.

31. Diagnóstico y tratamiento de tos ferina.
32. Diagnóstico y tratamiento de otitis media no supurativa.
33. Diagnóstico y tratamiento de rinofaringitis aguda (resfriado común).
34. Diagnóstico y tratamiento de conjuntivitis.
35. Diagnóstico y tratamiento de rinitis alérgica.
36. Diagnóstico y tratamiento de dengue clásico.
37. Diagnóstico y tratamiento ambulatorio de diarrea aguda.
38. Diagnóstico y tratamiento de fiebre paratifoidea y otras salmonelosis.
39. Diagnóstico y tratamiento de fiebre tifoidea.
40. Diagnóstico y tratamiento del herpes zoster.
41. Diagnóstico y tratamiento de candidiasis.
42. Diagnóstico y tratamiento de gonorrea.
43. Diagnóstico y tratamiento de infecciones por Clamidia -incluye tracoma-.
44. Diagnóstico y tratamiento de infecciones por Trichomona.
45. Diagnóstico y tratamiento de sífilis.
46. Diagnóstico y tratamiento de cistitis.
47. Diagnóstico y tratamiento de vaginitis aguda.
48. Diagnóstico y tratamiento de vulvitis aguda.
49. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de amebiasis intestinal.
50. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de anquilostomiasis y necatoriasis.
51. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de ascariasis.
52. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de enterobiasis.
53. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de equinococosis.
54. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de equistosomiasis (bilharziasis).
55. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de estrongiloidiasis.
56. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de filariasis.
57. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de giardiasis.
58. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de teniasis.
59. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de tricuriasis.

60. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de triquinosis.
61. Diagnóstico y tratamiento de escabiasis.
62. Diagnóstico y tratamiento de pediculosis y phthiriasis.
63. Diagnóstico y tratamiento de micosis superficiales.
64. Diagnóstico y tratamiento de onicomicosis.
65. Diagnóstico y tratamiento de celulitis infecciosa.
66. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis alérgica de contacto.
67. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis atópica.
68. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis de contacto por irritantes.
69. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis del pañal.
70. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis exfoliativa.
71. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis seborreica.
72. Diagnóstico y tratamiento de verrugas vulgares.
73. Diagnóstico y tratamiento del acné.
74. Diagnóstico y tratamiento de hepatitis A.
75. Diagnóstico y tratamiento de gastritis aguda.
76. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de colon irritable.
77. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de diabetes mellitus 2.
78. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de hipertensión arterial.
79. Diagnóstico y tratamiento de osteoartritis.
80. Diagnóstico y tratamiento de lumbalgia.
81. Otras atenciones de medicina general.
82. Métodos temporales de planificación familiar: anticonceptivos hormonales (AH).
83. Métodos temporales de planificación familiar: preservativos.
84. Métodos temporales de planificación familiar: dispositivo intrauterino.
85. Atención prenatal en embarazo.

CONSULTA DE ESPECIALIDAD

86. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos por déficit de atención e hiperactividad.
87. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos generalizados del desarrollo (Autismo).
88. Diagnóstico y tratamiento de dismenorrea.
89. Atención del climaterio y menopausia.
90. Diagnóstico y tratamiento de mastopatía fibroquística.
91. Diagnóstico y tratamiento de hiperplasia endometrial.
92. Diagnóstico y tratamiento de vaginitis subaguda y crónica.
93. Diagnóstico y tratamiento de endometriosis.
94. Diagnóstico y tratamiento de uretritis y síndrome uretral.
95. Diagnóstico y tratamiento de lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado.
96. Diagnóstico y tratamiento de lesiones escamosas Intraepiteliales de alto grado.
97. Diagnóstico y tratamiento de la desnutrición y obesidad en niños y adolescentes.
98. Diagnóstico y tratamiento de Kwashiorkor.
99. Diagnóstico y tratamiento de marasmo nutricional.
100. Diagnóstico y tratamiento de secuelas de desnutrición.
101. Diagnóstico y tratamiento de laringotraqueítis aguda.
102. Diagnóstico y tratamiento de otitis media supurativa.
103. Diagnóstico y tratamiento de sinusitis aguda.
104. Diagnóstico y tratamiento del asma en adultos.
105. Diagnóstico y tratamiento del asma en niños.
106. Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis (TAES).
107. Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis fármacorresistente.
108. Prevención, diagnóstico y tratamiento de psoriasis.
109. Diagnóstico y tratamiento de esofagitis por reflujo.
110. Diagnóstico y tratamiento de úlcera péptica.
111. Diagnóstico y tratamiento de la dislipidemia.
112. Diagnóstico y tratamiento del hipertiroidismo.
113. Diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo congénito y en adultos.

114. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de diabetes mellitus 1.
115. Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica.
116. Diagnóstico y tratamiento de osteoporosis.
117. Diagnóstico y tratamiento de gota.
118. Diagnóstico y tratamiento de artritis reumatoide.
119. Diagnóstico y tratamiento de trastornos afectivos (Distimia, depresión y trastorno afectivo bipolar).
120. Diagnóstico y tratamiento de trastornos de ansiedad (Ansiedad generalizada, crisis de angustia y pánico y reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación [trastorno de estrés postraumático y trastorno adaptativo]).
121. Diagnóstico y tratamiento de trastornos psicóticos (Esquizofrenia, ideas delirantes, psicóticos y Esquizotípico).
122. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de epilepsia.
123. Diagnóstico y tratamiento de enfermedad de Parkinson.
124. Diagnóstico y tratamiento de luxación congénita de cadera.
125. Rehabilitación de fracturas.
126. Rehabilitación de parálisis facial.
127. Prevención selectiva e indicada de adicciones (Consejería).
128. Diagnóstico y tratamiento de adicciones.

III.- ODONTOLOGÍA

129. Prevención de caries y enfermedad periodontal.
130. Sellado de fosetas y fisuras dentales.
131. Eliminación de caries y restauración de piezas dentales con amalgama, resina o ionómero de vidrio.
132. Eliminación de focos de infección, abscesos (incluye drenaje y farmacoterapia).
133. Extracción de piezas dentarias, incluye restos radiculares y erupcionados (no incluye tercer molar no erupcionado).
134. Diagnóstico y tratamiento de pulpitis y necrosis pulpar.
135. Diagnóstico y tratamiento de absceso maxilar.
136. Extracción de tercer molar.

IV.- URGENCIAS

137. Estabilización en urgencias por crisis hipertensiva.
138. Estabilización de urgencia del paciente diabético.
139. Manejo de urgencia del síndrome hiperglucémico no cetósico.
140. Estabilización en urgencias por angina de pecho.
141. Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por fenotiazinas.
142. Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por álcalis.
143. Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda alimentaria.
144. Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda por salicilatos.
145. Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda por alcohol metílico.
146. Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por organofosforados.
147. Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por monóxido de carbono.
148. Diagnóstico y tratamiento de mordedura de serpiente.
149. Diagnóstico y tratamiento del alacranismo.
150. Diagnóstico y tratamiento de picaduras de abeja, araña y otros artrópodos.
151. Manejo de mordedura y prevención de rabia en humanos.
152. Extracción de cuerpos extraños.
153. Manejo de lesiones traumáticas de tejidos blandos (curación y suturas).
154. Diagnóstico y tratamiento del traumatismo craneoencefálico leve (Glasgow 14-15).
155. Manejo en urgencias de quemaduras de primer grado.
156. Diagnóstico y tratamiento de esguince cervical.
157. Diagnóstico y tratamiento de esguince de hombro.
158. Diagnóstico y tratamiento de esguince de codo.
159. Diagnóstico y tratamiento de esguince de muñeca y mano.
160. Diagnóstico y tratamiento de esguince de la rodilla.
161. Diagnóstico y tratamiento de esguince de tobillo y pie.

V.- HOSPITALIZACIÓN

162. Diagnóstico y tratamiento de pielonefritis
163. Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis
164. Diagnóstico y tratamiento de bronquitis aguda.
165. Diagnóstico y tratamiento de meningitis.
166. Diagnóstico y tratamiento de mastoiditis.
167. Diagnóstico y tratamiento de osteomielitis.
168. Diagnóstico y tratamiento de neumonía en niños.
169. Diagnóstico y tratamiento de neumonía en el adulto y adulto mayor.
170. Diagnóstico y tratamiento del absceso hepático amebiano.
171. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria.
172. Diagnóstico y tratamiento de amenaza de aborto.
173. Diagnóstico y tratamiento del parto pretérmino.
174. Atención del parto y puerperio fisiológico.
175. Pelviperitonitis.
176. Endometritis puerperal.
177. Diagnóstico y tratamiento del choque séptico puerperal.
178. Atención del recién nacido.
179. Ictericia neonatal.
180. Diagnóstico y tratamiento del prematuro sin complicaciones.
181. Diagnóstico y tratamiento del prematuro con hipotermia.
182. Diagnóstico y tratamiento del recién nacido con bajo peso al nacer.
183. Diagnóstico y tratamiento de preeclampsia.
184. Diagnóstico y tratamiento de preeclampsia severa.
185. Diagnóstico y tratamiento de eclampsia.
186. Hemorragia obstétrica puerperal.
187. Hemorragia por placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
188. Infección de episiorrafía o herida quirúrgica obstétrica.
189. Diagnóstico y tratamiento de la litiasis renal y ureteral.

190. Diagnóstico y tratamiento de la litiasis de vías urinarias inferiores.
191. Diagnóstico y tratamiento de dengue hemorrágico.
192. Diagnóstico y tratamiento del traumatismo craneoencefálico moderado (Glasgow 9- 13).
193. Diagnóstico y tratamiento conservador de pancreatitis aguda.
194. Manejo hospitalario de crisis convulsivas.
195. Manejo hospitalario de hipertensión arterial.
196. Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda (edema pulmonar).
197. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
198. Diagnóstico y tratamiento de neuropatía periférica secundaria a diabetes.
199. Manejo hospitalario de quemaduras de segundo grado.
200. Diagnóstico y tratamiento de hemorragia digestiva.
201. Diagnóstico y tratamiento de síndrome de HELLP.
202. Diagnóstico y tratamiento de corioamniotitis.
203. Diagnóstico y tratamiento de embolias obstétricas.
204. Diagnóstico y tratamiento de diabetes gestacional.
205. Diagnóstico y tratamiento de cardiopatía funcional en la mujer embarazada.
206. Diagnóstico y tratamiento de trombosis venosa profunda en la mujer embarazada.

VI.- CIRUGÍA GENERAL

207. Laparotomía exploradora.
208. Apendicectomía.
209. Esplenectomía.
210. Tratamiento quirúrgico de enfermedad diverticular.
211. Tratamiento quirúrgico de isquemia e infarto intestinal.
212. Tratamiento quirúrgico de obstrucción intestinal.
213. Tratamiento quirúrgico de perforación gástrica e intestinal.
214. Tratamiento quirúrgico de vólvulo colónico.
215. Tratamiento quirúrgico del absceso rectal.
216. Tratamiento quirúrgico de fístula y fisura anal.
217. Hemorroidectomía.

218. Tratamiento quirúrgico de hernia hiatal.
219. Tratamiento quirúrgico de hipertrofia congénita de píloro.
220. Hernioplastia crural.
221. Hernioplastia inguinal.
222. Hernioplastia umbilical.
223. Hernioplastia ventral.
224. Colectomía abierta.
225. Colectomía laparoscópica.
226. Tratamiento quirúrgico de condilomas.
227. Tratamiento quirúrgico de fibroadenoma mamario.
228. Tratamiento quirúrgico de quistes de ovario.
229. Tratamiento quirúrgico de torsión de anexos.
230. Salpingoclasia (Método definitivo de planificación familiar).
231. Atención quirúrgica de la enfermedad trofoblástica.
232. Tratamiento quirúrgico de embarazo ectópico.
233. Legrado uterino terapéutico por aborto incompleto.
234. Atención de cesárea y puerperio quirúrgico.
235. Reparación uterina.
236. Ablación endometrial.
237. Laparoscopia por endometriosis.
238. Miomectomía.
239. Histerectomía abdominal.
240. Histerectomía vaginal.
241. Colpoperineoplastia.
242. Vasectomía (Método definitivo de planificación familiar).
243. Circuncisión.
244. Orquidopexia.
245. Prostatectomía abierta.
246. Resección transuretral de próstata.

247. Extirpación de lesión cancerosa de piel (no incluye melanoma).
248. Extirpación de tumor benigno en tejidos blandos.
249. Amigdalectomía con o sin adenoidectomía.
250. Escisión de papiloma faríngeo juvenil.
251. Palatoplastía.
252. Reparación de labio hendido.
253. Cirugía de acortamiento muscular para estrabismo.
254. Cirugía de alargamiento muscular para estrabismo.
255. Tratamiento quirúrgico de glaucoma.
256. Escisión de pterigión.
257. Tratamiento quirúrgico de hidrocefalia.
258. Colocación y retiro de diversos catéteres.
259. Disección radical de cuello.
260. Toracotomía, pleurotomía y drenaje de tórax.
261. Tratamiento quirúrgico de la luxación congénita de cadera.
262. Tratamiento quirúrgico del pie equino en niños.
263. Safenectomía.
264. Reducción quirúrgica por luxaciones.
265. Reducción quirúrgica de fractura de clavícula.
266. Reducción quirúrgica de fractura de húmero (incluye material de osteosíntesis).
267. Reducción quirúrgica de fractura de cúbito y radio (incluye material de osteosíntesis).
268. Reducción quirúrgica de fractura de mano.
269. Reducción quirúrgica de fractura de cadera (incluye hemiprótosis con acetábulo).
270. Reducción quirúrgica de fractura de fémur (incluye material de osteosíntesis).
271. Reducción quirúrgica de fractura de tibia y peroné (incluye material de osteosíntesis).
272. Reducción quirúrgica de fractura de tobillo y pie.
273. Artroplastía de rodilla (incluye cirugía artroscópica).
274. Amputación de miembro inferior secundaria a pie diabético.
275. Tratamiento de quiste sinovial.

ANEXO 2 DISEÑO OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

a) Definición de la variable cualitativa a considerar en el diseño de la observación

Exclusión Social: Según la Comisión de las Comunidades Europeas, dicho concepto alude “a la imposibilidad de gozar de los derechos sociales sin ayuda, en la imagen desvalorizada de sí mismo y de la capacidad personal de hacer frente a las obligaciones propias, en el riesgo de verse relegado de forma duradera al estatus de persona asistida y en la estigmatización que todo ello conlleva para las personas y, en las ciudades, para los barrios en que residen” (1992:9)

Vulnerabilidad: Inseguridad e indefensión que experimentan las comunidades, familias e individuos en sus condiciones de vida a consecuencia del impacto provocado por algún tipo de evento económico y social de carácter traumático (Chambers, 1995).

b) Objetivo de la observación

Determinar las razones por las cuales se limita la atención de población en situación de vulnerabilidad dentro del área de urgencia en el Hospital General de Estado.

c) Aspectos a observar

- Accesibilidad al servicio
- Calidad
- Disponibilidad
- Aceptabilidad

d) Definición de tipo de escenario

Institución de salud pública dentro de la capital del Estado de Sonora.

e) Selección del escenario

Hospital General del Estado “Dr. Ernesto Ramos Bours”

f) Estrategia para la entrar al campo

- Establecer un diálogo con las autoridades encargadas de la institución.
- Convivir con la población en condición de vulnerabilidad dentro y fuera del área de urgencias, así como en la parte externa del nosocomio.

g) Selección de informantes claves e instrumentos de registro

- Miembros de la A.C Red Solidaria
- Población en condición de vulnerabilidad
- Personal médico del Hospital

h) Instrumentos de registro

Notas de campo y fotografía participante

ANEXO 3
Guía de entrevista semi-estructurada a personal médico

(INFORMANTES CLAVES)

- 1.- ¿Qué opina sobre el Sistema de salud en México?
- 2.- ¿Considera que el acceso a la salud en nuestro país es aplicable a toda la población?
- 3.- ¿Considera que en la actualidad, se respeta el derecho a la salud de grupos vulnerables tales como, migrantes, jornaleros y personas en situación de calle?
- 4.- ¿El Hospital General del Estado, cuenta con programas de atención a grupos vulnerables?
- 5.- ¿En qué casos, se niega la atención médica a personas en situación de calle?, ¿Por qué?
- 6.- ¿Considera que las personas en situación de calle, migrantes irregulares y jornaleros dentro del Hospital General del Estado, goza de un trato digno?
- 7.- ¿Cree usted, que el seguro popular es una política pública viable para la cobertura universal del derecho a la salud?, ¿Por qué?
- 8.- ¿Cómo mejoraría el acceso y calidad a los servicios de salud, encaminados a la atención de grupos vulnerables?

ANEXO 4
(SUJETOS DE ESTUDIO)

Guía de entrevista semi estructurada a grupos en condición de vulnerabilidad

- 1.- Datos generales
- 2.- ¿Cuántas veces ha necesitado de atención médica en el Hospital General?
- 3.- ¿Qué opina sobre el trato que reciben las personas en su condición, dentro del HGES?
- 4.- ¿Qué opina sobre el seguro popular?

ANEXO 5
DISEÑO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

a) Definición de la variable cualitativa

El derecho de acceso al servicio de salud de la población en condición de vulnerabilidad, víctimas de exclusión social.

b) Objetivo de la entrevista

Conocer las experiencias del sector de la población que debido a su condición migratoria, estatus laboral y posición socioeconómica, han vivido al momento de acudir al Hospital General del Estado dentro del área de urgencias.

c) Sujetos a entrevistar

Migrantes, personas en situación de calle, personas sin seguridad social y personas que cuenten con el seguro popular, personal médico y miembros de la A.C Red Solidaria.

d) Tiempo

6 meses

e) Duración de la entrevista

15 minutos a una hora

ANEXO 6
CUADRO DE INFORMANTES CLAVES Y SUJETOS DE ESTUDIO

INFORMANTES CLAVES	CÓDIGO
<p>Sexo: Masculino Profesión: Doctor Anestesiólogo, más de 18 años de experiencia</p>	IC1
<p>Sexo: Masculino Profesión: Especialista en medicina interna con sub-especialidad en medicina crítica y terapia intensiva de paciente adulto, médico internista desde 1998, médico intensivista desde marzo del año 2000, actualmente Director Médico del Hospital General del Estado de Sonora y médico dentro del sector privado cuya oficina se encuentra en la Torre Médica Cima, Segundo Piso, Módulo A.</p>	IC2
<p>Sexo: Masculino Profesión: Médico General enfocado al área de urgencias desde hace más de 12 años.</p>	IC3
<p>Sexo: Masculino Profesión: Médico desde hace 34 años, especialidad como anestesiólogo, egresado del Hospital General, posgrado en clínica del dolor y cuidados paliativos, tanatólogo.</p>	IC4
<p>Sexo: Femenino Profesión: Abogada y voluntaria en la A.C Red Solidaria</p>	IC5

SUJETOS DE ESTUDIO (INFORMANTES)	CÓDIGO
<p>Sexo: Masculino Edad: 65 años Lugar de origen: Banámichi Condición migratoria: Migrante Estatus laboral: desempleado Nivel socioeconómico: persona en situación de calle Seguridad Social: No</p>	I1
<p>Sexo: Masculino Edad: 40 Lugar de origen: Hermosillo Condición migratoria: mexicano Estatus laboral: empleado/vendedor Nivel socioeconómico: bajo Seguridad Social: No</p>	I2
<p>Sexo: Femenino Edad: 45 Lugar de origen: Hermosillo Condición migratoria: mexicana Estatus laboral: ama de casa Nivel socioeconómico: bajo Seguridad Social: Seguro popular</p>	I3

<p>Sexo: Femenino Edad: 70 Lugar de origen: Hermosillo Condición migratoria: doble nacionalidad (Mexicana/Americana) Estatus laboral: jubilada Nivel socioeconómico: medio alto Seguridad Social: No</p>	I4
<p>Sexo: Masculino Edad: 35 Lugar de origen: Chiapas Condición migratoria: migrante Estatus laboral: desempleado Nivel socioeconómico: condición de calle Seguridad Social: No</p>	I5
<p>Sexo: Femenino Edad: 33 Lugar de origen: Hermosillo Condición migratoria: mexicana Estatus laboral: freelance Nivel socioeconómico: medio Seguridad Social: No</p>	I6

<p>Sexo: Masculino Edad: 57 Lugar de origen: Hermosillo Condición migratoria: mexicano Estatus laboral: jubilado Nivel socioeconómico: medio Seguridad Social: No</p>	<p>I7</p>
--	------------------

**ANEXO 7
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN CUALITATIVA**

CATEGORIZACIÓN Y ESTRUCTURACIÓN DE LA INFORMACIÓN

(Martínez, 2011; Miles y Huberman, 1994)

SALUD	CATEGORIA	CONCEPTO	SUBCATEGORIA	FRASES CODIFICADAS
	<p>DISPONIBILIDAD</p>	<p><i>Capacidad de hacer uso de algún bien o servicio, en el momento que se requiera. (OMS, 2015)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infraestructura 2. Bienes y servicios de salud 	<p>IC1” <i>La falta de recursos hace que se ignore a los pacientes</i> <i>“...dentro del Hospital General el empleado trabaja 24 horas y el hospital siempre tiene personal, y éste como sistema, no debe interrumpir nunca la atención”</i> <i>“jamás debe de negarse un servicio mucho menos si es una institución de salud pública y de población abierta”</i>(2)</p> <p>IC2 “<i>...hay un programa que se llama “atención total” en la que toda persona que trae una urgencia médica y la condición de salud no permite que se les traslade a los hospitales que les corresponde pues se busca atenderlos y estabilizarlos, esto confiere que se tenga acceso a la atención médica en el 100% de la población que llega y solicita ser atendido”</i>(2) <i>“...nosotros ahorita tenemos 5 consultorios en urgencias, tenemos 5 médicos que consultan de manera constante, 3 por la tarde y 2 en la noche, lo anterior según la variación de consultas...”</i>(2)</p> <p>IC3: “<i>...existe la consigna de que todo hospital tiene la obligación de recibir un paciente que peligre su vida y en ese momento para atenderlo, estabilizarlo y canalizarlo”</i>(2)</p> <p>IC4: “<i>...Hermosillo cuenta con infraestructura institucional suficiente, si bien no puede ser la más adecuada no es que no sirva sino la saturación es tal, que el médico no puede atender adecuadamente”</i>(1) <i>“...es un hospital que recibe todo lo que venga herido, muchos de ellos accidentados por migraciones...”</i>(2)</p> <p>I1: “<i>...ya había venido pero no me atienden...”</i>(2) <i>“allá adentro ni me hacen caso...”</i>(2)</p> <p>I2: “<i>...si quieren te atienden y si quieren no...”</i>(2)</p> <p>I3; “<i>...más o menos unas 4 horas, dicen que no hay doctores y que están muy ocupados...”</i>(2)</p> <p>I5: “<i>...aquí me operaron, cuando llegué se portaron bien conmigo, me vió el doctor y dijo que tenía que operarme, yo le</i></p>

			<p><i>expliqué que no tenía dinero, pero me operaron sin cobrar...”(2)</i></p> <p>I6: <i>“...se tardaron mucho en revisarme y calmarme el dolor, era fin de semana y había mucha gente, no había doctores, en las tardes los fines no hay personal...”(2)</i></p> <p>I7: <i>“...ella lloraba por los dolores de cabeza no los soportaba, la encargada de información me dijo que tenía que esperar, que ni modo, se tenía que aguantar porque no había doctores, unos habían salido a comer y nada más estaban 2 atendiendo. Esperamos 2 horas y la pasaron...no me dejaron entrar, salieron y me dijeron que la tenían que operar de emergencia...”(2)</i></p>
<p>ACCESIBILIDAD</p>	<p><i>Nivel en el que cualquier ser humano, más allá de su condición física o de sus facultades cognitivas, puede usar un bien, disfrutar de un servicio o hacer uso de una infraestructura. (OMS, 2015)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exclusión 2. Asequibilidad 	<p>IC1: <i>“...Las expectativas de los derechohabientes y usuarios cada vez son más altas, los servicios de salud pública están rebasados y los servicios de salud privados se encuentran vacíos. Enfermarse no es un lujo es una catástrofe, un siniestro que ocurre y que te va a consumir muchos recursos y que si no cuentas con la forma de cubrirlos, resulta en una tragedia para la familia.”(2)</i></p> <p><i>“...no hay nadie que los apoye en cuanto a sus derechos y pues se les va excluyendo, se les va dando preferencia a otras personas y no a los más vulnerables.”(1)</i></p> <p><i>“Creo que es mucho más complejo el servicio de salud de estas personas ya que no solo les privan del derecho a la salud, sino que no tienen derecho a la vida, al trabajo o alimentación digna, se les está quitando su derecho a la vida, así de poquito ¿no? , así que tarde o temprano se va a dar un evento que acabe con su existencia tal vez muy lentamente o tal vez den el porrazo; yo creo que las personas que llegan a los hospitales en condición de vulnerabilidad están en un intento desesperado por sobrevivir...”(1)</i></p> <p>IC2: <i>“...la atención se le da a toda la persona que lo solicita...”(1)</i></p> <p><i>“...como te digo el hospital a los pacientes cuando llegan son clasificados acorde a su nivel socioeconómico, obviamente tenemos pacientes que no pagan, que se les da todo, tenemos pacientes que pagan un 10%, un 30% dependiendo de la clasificación de su nivel socioeconómico, tenemos pacientes indigentes que son atropellados en vía pública y se les da toda</i></p> <p><i>la atención, tenemos pacientes extranjeros, chinos, japoneses, guatemaltecos...”(1) (2)</i></p>

			<p>“...muchas veces dentro del hospital tenemos a personas en situación de calle que los traen las ambulancias, son atendidos en urgencias, son pacientes que se asean, alimentan y que incluso el voluntariado les provee ropa o pasajes para regresarlos a sus lugares de origen, pero si estamos tratando de poder subsanar una situación que no le corresponde al hospital.”(1)(2)</p> <p>“Aquí no hay un criterio de exclusión por el hecho de no ser mexicano de hecho a todos los extranjeros no se les cobra un peso, ellos no pagan nada, ni un centavo.”(1)(2)</p> <p>IC3: “...La vulnerabilidad en cuanto a los pacientes séase de la calle, migrantes, de bajos recursos ponle como quieras siempre ha existido, lamentablemente tanto en hospitales públicos y privados.”(1)</p> <p>“...pero si existen trabas para la atención de estos pacientes, si, se quieren esconder muchas veces la estadísticas...”(1)</p> <p>I1: “...yo quiero que me curen, que me den algo para mis dolores, los únicos que ayudan son los que nos dan cena...”(1)</p> <p>“No les importamos, como no tenemos pa’pagar nos ignoran, he sabido de muchos casos donde vienen chavalos muy enfermos de esos de las vías, pero como no se ven bien, piensan que están drogados y los dejan aquí afuera.”(1)</p> <p>I3: “...los señores que andan en la calle, los que se quedan en el puente luego quieren entrar porque se sienten mal y los corren, les dicen que aquí no es hotel y los sacan, hasta miedo da enfermarse.”(1)</p> <p>I5: “Muchos dicen que tuve suerte, porque no ayudan a las personas como yo, al principio yo ni les creí, luego platicando con mis “hermanos” (personas en situación de calle) vi que si lo tratan muy mal...”(1)</p> <p>I6: “Antes tú veías la sala de urgencias llena de indigentes, unos venían por el servicio y otros solo a dormir, luego comenzaron a sacarlos, construyeron la reja de afuera y ahora es raro que los atiendan, los corren o les niegan el servicio por estar “drogados” aunque no les conste pues.”(2)</p>
			<p>IC1: “Mi comentario sería que esa persona tiene tanto derecho como cualquier otra a ser atendida y nosotros los médicos tenemos la obligación de atenderlos sin importar el horario, claro que hay personas agresivas y eso da miedo pero eso puede solucionarse.”(1,2,3)</p>

<p>ACEPTABILIDAD</p>	<p><i>Conformidad de pacientes y familiares con las expectativas que tenían sobre la atención médica solicitada y obtenida. (OMS, 2015)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respeto 2. Sensibilidad 3. Ética 	<p>IC3: “...falta mucho compromiso ético, médico, moral y administrativo...”(1,2,3) “Que sigamos los médicos enfocados a tratar a los pacientes indistintamente que así como atiendes al pacientes que te va a pagar, trates igual al que no tiene dinero, si queremos cambiar, sabemos que las autoridades tienen su parte, pero antes de eso estamos nosotros, porque de nosotros depende que los pacientes se mejoren, pero está en uno, no en la institución y si le niegas la atención en ese momento estás viendo la parte económica de la medicina, nuestra prioridad es atender, lo administrativo no nos debe de importar, eso viene después.”(1,2,3) IC4: “...considero que el hospital trabaja con todo el esfuerzo humano posible, mantener la sensibilidad, tener las capacitaciones continuas, desde el guardia, los administrativos, las enfermeras, los doctores, sobretudo una formación para que tengan humildad y sean sensibles ante el dolor humano. Tenemos que decir que la medicina es un negocio y un trabajo, solo que está limitado por los puntos de humanismo y asistencial en el apoyo de ayuda a los semejantes y debe estar remunerado y bien remunerado es un derecho después de tantos años de estudio, pero no se trata de que seas selectivo en tu trabajo.”(1,2,3) I5: “...somos personas, somos humanos, no animales, yo creo que todos merecemos el mismo trato, los doctores están para salvar vidas, para ayudar, para curar.”(1,2,3) I7: “...y lo peor de todo, es que juegan con la vida del paciente.”(1,2,3)</p>
			<p>IC1: “...somos una ciudad que se extendió mucho a los lados y por eso es momento de descentralizar al Hospital General del Estado, tal vez hacer un hospital en otra área y así evitar que éste se conglomere...”(1,2) IC2: “...desafortunadamente, la demanda es constante y mucha y en el momento que llegan a urgencias pues los pacientes tienen que ser priorizados, en los que son pacientes que deben de ser inmediatamente atendidos o dentro de los primeros 15, 30 o 60 minutos dependiendo del problema que el paciente tiene, actualmente la calidad de la atención se trabaja constantemente, se busca que la calidad de la atención sea la adecuada, justo lo que el paciente necesite recibir.”(1,2,3,4)</p>

<p style="text-align: center;">CALIDAD</p>	<p><i>La adecuación al uso (calidad) implica todas aquellas características de un producto que el usuario reconoce que le benefician. (OMS, 2015)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Servicio 2. Infraestructura 3. Bienes 4. Trato 	<p><i>“...aumentando el recursos financiero hacia las instituciones de salud, si mejoramos el número de camas, personal médico o de enfermeras que trabajan en los hospitales, creo que también la parte de fortalecer todas las redes de atención primaria de los primeros niveles para que pudieran atenderse un mayor grupo de personas en los centros de salud y que todas las personas que consultamos y que provocan demora puedan ser consultadas en otros centro y así, poder concentrarnos en la población más necesitada.”(1,2,3,4)</i></p> <p><i>“Hay una política de crecimiento muy importante desde la gobernadora al secretario de salud y nosotros estamos trabajando muy fuerte no por recuperar la atención que se ha perdido, sino para hacer que la atención sea diferente, mayor, así como te digo, mira si nosotros profesionalizamos la atención médica y la hacemos eficiente, humana, con calidez, una manera en la que el paciente se sienta seguro, cobijado, que sepa que está en un lugar donde se le va ayudar atender, el concepto de atención cambia totalmente aunque nos quedemos como estamos en instalaciones, pero no, nosotros buscamos crecer en el acceso de medicamentos, productos médicos, personal, infraestructura, el hecho de poder hacer trasplantes de hígado, corazón, estamos por abrir el área de quemados, hay mucho, mucho por hacer y el hospital infantil está trabajando lo mismo, la cruz del norte, el hospital de la mujer, en todas partes, porque la necesidad está dispersa en todo el estado.”(1,2,3,4)</i></p> <p><i>IC3:”... faltan muchas cosas que lamentablemente, tendríamos que hacer una revolución en el sistema de salud, se cuenta con un adeudo tremendo y deudas multimillonarias y</i></p> <p><i>cada vez se va viendo que sea menos la calidad y apoyo económico y no hay como resolverlo, pero de que existe buena intención de mejorar, la hay.” (1,2,3,4)</i></p> <p><i>I2: “¡No tienen nada!, antes no había tanta enfermo, tanta gente, ahora se llena el hospital y los doctores que hay son puros morritos que están estudiando, así que ya es cosa de suerte, ni aspirinas hay, luego necesitas un estudio y no te lo hacen porque no tienes para pagar o porque no quieren.”(1,2,3,4)</i></p> <p><i>I3: “Si uno tuviera con que pagar no vendría aquí, mira muchacha como están las sillas, todas cochinas y sucias, los baños llenos de orines, ni papel tienen y luego ni medicinas hay, y ya cuando te toca pasar te tratan de mala gana.”(1,2,3,4)</i></p>
---	---	--	--

			<p>I4: “Lo trataron muy mal, no lo bañaban, no le daban de comer, las enfermeras no querían que uno se quedara con él pero ellas no le ayudaban, mi hermano apenas se movía y no me dejaban estar con él, luego lo mandaron con las personas infecciosas por error. Los últimos días de mi hermano fueron los más horribles, lo dejaron morir, la ropa de las camas estaban percutidas, cochinas, no había personal suficiente para atender a tanta pobre persona, tienes que andar pagando a los residentes para que den un buen servicio.”(1,2,3,4) “El servicio es pésimo, muy malo...”(1)</p> <p>I6: “El servicio es lento, malo, el personal que hay en urgencias tiene muy mala actitud, son muy groseros, no hay medicamentos, ni material de curación, los doctores siempre están cansados y las que trabajan en caja te exigen el pago como si te fueras a ir sin pagar nada.”(1)</p> <p>17:” ¡Es una porquería!, nadie te ayuda, ni siquiera te voltean a ver, te ignoran, hay mucha gente y pocos doctores, jamás hay medicinas, los estudios que hacen a veces los hacen mal y te los vuelven a cobrar, el lugar es muy sucio...”(1,2,3,4)</p>
UNIVERSALIDAD	<i>Hecho o idea que abarca o es para todos.(OMS, 2015)</i>	Cobertura	<p>IC2: “El gran detalle es el recurso económico, el fortalecer la cobertura, la finanza del sector salud automáticamente aumentaría la cobertura, porque realmente el acceso al hospital no es un problema, por ejemplo, el hospital tiene un proyecto de crecimiento en camas, personal y enfermería que lleva el único fin de atender a una mayor cantidad de personas en el menor tiempo posible...”</p> <p>IC4: “Es un derecho y obligación del estado, pero no se puede ejercer si no existe la infraestructura o los recursos adecuados, si existe el derecho a la salud pero no se cubre ampliamente como debería ser para toda la población.”</p> <p>IC5: “Creo que si se obtuviera más tecnología para tratar padecimientos, nuevos aparatos, una mejora en la infraestructura y un ambiente más adecuado para los trabajadores el servicio cumpliría con esta premisa de “universal”...”</p>
			<p>IC1: “El seguro popular fue un avance que se consiguió, ¿por qué?, porque antes de eso, los servicios de salud estaban enfocados atender a toda la gente, me refiero a la población</p>

<p style="text-align: center;">POLÍTICAS PÚBLICAS</p>	<p><i>Acciones del gobierno que buscan dar respuesta a las demandas de la sociedad, haciendo uso estratégico de recursos para aliviar los problemas nacionales” (Chandler y Plano, 1998).</i></p>	<p style="text-align: center;">Seguro Popular</p>	<p><i>abierta, el problema fue que las instituciones de salud se enfrentaron a la carencia de recursos, como medicamentos, instalaciones, y mobiliario porque nadie pagaba, paciente que entraba se le atendía; pero con el seguro popular se crea un compromiso de pago acorde a la situación de las familias para recibir un servicio de salud...pero aun así es insuficiente, se comenzó por tratar de cubrir las enfermedades más básicas que finalmente son las que, si se atacan primero, se evitan complicaciones a futuro que impliquen más gasto.</i></p> <p><i>No sé si lo sepas pero los sistemas de salud se dividen en tres niveles, la base es el primer nivel... la atención básica (prevención y diagnóstico temprano) esto debe hacerse en casa y escuelas, el segundo nivel... son los hospitales (atención temprana que evite complicaciones) y el tercer nivel habla de manejar enfermedades crónicas o que no se atendieron. El seguro popular tiene esa intención de atacar todas las enfermedades de primer nivel para evitar que avancen hasta el pináculo de la pirámide. En sonora la prevención sigue siendo muy mala, tenemos enfermedades del siglo XIX, (pulgas, sarna, piojos, dengue), a la salud la veo con un gran problema de prevención en todo nivel social.”</i></p> <p><i>IC2: “El seguro popular es un servicio de cobertura muy importante que le está dando oportunidad a personas que por su situación laboral como jornaleros puede adquirir un seguro y tener acceso a la atención, hay una parte que es necesario que se conozca, hay cosas que se cubren y hay otras que no, de pronto el asegurado se puede sorprender de que el seguro popular no les cubra determinada patología. Obviamente como todo hay cosas que más que el seguro popular falle yo creo que son situaciones en las que el seguro popular pueda tener oportunidad de crecer, evolucionar y proveer una cobertura más amplia...”</i></p> <p><i>“...es una política pública que ha venido mejorando la calidad del servicio y el acceso del mismo.”</i></p> <p><i>IC3: “Es una política viable si se tuviera una infraestructura viable, te pueden decir que cubren muchas cosas pero lo grueso de la medicina son de costos muy altos y medicamentos muy altos y me pregunto si no pueden pagarles a los afanadores, proveedores, etc., mucho menos van a tener recursos para brindarle una calidad de servicio al paciente, se puede tener el recurso, el recurso nacional, el que brinda el gobierno federal pero también es limitado, tenemos un retraso de 30 años en todas las instituciones de salud pública, algunos intentan renovarse pero te das cuenta que no cuentan con lo</i></p>
--	---	---	--

			<p><i>básico, ¿para qué quieres un hospital grande y bonito si no hay equipo para dar soporte a los pacientes que hay ahí?”</i></p> <p><i>IC4: “Es una buena oportunidad para las personas que no tenían servicio, pero igual, se debe mejorar mucho, pero es un servicio que es ganancia tenerlo, que no cubra todo esos son los detalles que se deben arreglar, pero en lo personal, es una política positiva.”</i></p> <p><i>I1: “Te piden muchos papeles y tienes que pagar, no es cierto que si te ven jodido te ayudan, tú pagas, para que luego te enfermes y salgan con que no te pueden pagar, ¡no!, ¡no!, ¡no! ¡Esa madre no funciona!”</i></p> <p><i>I2: “No, ya me han dicho que lo tramite pero no tengo tiempo y soy yo solo, luego te traen de un lado a otro para que a la hora de la hora ni sirva, tengo amigos que han usado el seguro popular pero siempre pagan y esa chingadera ni sirve.”</i></p> <p><i>I3: “...no cubre todo, tengo una hermana que tiene cáncer y las medicinas y tratamientos están bien caros y el seguro popular no le paga esas cosas, mi cuñado es el que tiene que andar juntando de aquí y allá para sus medicinas.”</i></p> <p><i>I4: “...antes de que mi hermano falleciera aquí lo cuide y aquí estuvo, el sí tenía seguro popular pero su problema era del hígado y no le cubría todo”-</i></p>
--	--	--	---