

EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD
Y SU PRECARIA ATENCIÓN
EN LAS COMUNIDADES RURALES
MIGRATORIAS DE LA COSTA DE CABORCA,
SONORA

Susana Angélica Pastrana Corral
Ignacio Alberto Valdez Bernal

INTRODUCCIÓN

La base del desarrollo social de un país es su crecimiento económico, mismo que está en función de los factores productivos existentes en una economía, integrada en una serie de redes de relaciones comerciales, financieras y tratados internacionales, entre otros. En los últimos casi treinta años, las economías latinoamericanas se han visto envueltas en las nuevas corrientes internacionales del comercio mundial, que han determinado sus políticas de crecimiento y desarrollo, dando origen también a una serie de importantes alteraciones en sus sociedades.

Los cambios que la globalización propicia son inconmensurables. Lo cual, y a modo de caracterizarla, es resultado de todos los factores que la conforman, y de la participación directa de los individuos, incluyendo en ello el modelo económico neoliberal. Pues para ello, se sostiene como discurso retórico, que el país que no está inmerso en la globalización, no está en consonancia con el

resto del mundo. Cuando en realidad, se debería decir que no está en consonancia con una posición occidentalizada de lo que se entiende por globalización. Pues la misma implica, en un sentido general, la difusión y sedimentación de una multitud de esquemas, patrones, valores de tipo económico, político, social, cultural y jurídico. Los cuales se encuentran en los países de primer mundo, y que se busca sean a su vez ejemplo de otros países de economía periférica.¹

Como muestra de uno de los efectos locales de la globalización, el presente trabajo plantea los avances de un estudio comparativo entre una población urbana y rural del municipio de Caborca, Sonora, México, para identificar cómo inciden en el acceso a los servicios de salud pública, tanto el lugar de residencia como el estatus socio-económico de las personas así como el impacto de dichos factores en la aplicación de las políticas públicas de atención en los Centros de Salud para población abierta, poniendo en evidencia la falta de equidad, planeación efectiva y corrupción en los órganos obligados a instrumentarlas.

DESCRIPCIONES Y ACOTACIONES

A partir de 1982, la economía mexicana ha sufrido un proceso de transformación acelerada que incluye su inserción a los mercados mundiales y una mayor participación de los procesos globalizadores. Comienza con la decisión del gobierno de Miguel de la Madrid de adoptar el llamado modelo neoliberal, cuyas principales propuestas son: una menor participación del Estado en la economía y la inserción acelerada de México al mundo globalizado.

¹ José Alfredo Hernández Castillo, *Soberanía y globalización, un enfoque sistémico*, México, Porrúa, 2008, p. 19.

A su vez, la adopción de las teorías neoliberales y los excesos cometidos en su aplicación han significado el abandono paulatino de las obligaciones gubernamentales en diversas áreas, como: salud, educación, vivienda, sistemas de pensiones, entre otros. Siendo las personas de menores ingresos los más afectados por estas políticas neoliberales que han disminuido el gasto social.

Por otra parte, las políticas públicas se definen como las decisiones del gobierno que toman en cuenta e incorporan la opinión, participación, corresponsabilidad y el dinero de los particulares, en su calidad de ciudadanos, electores y contribuyentes,² por lo que toda acción llevada a cabo por parte del gobierno que incluya la participación y opinión de los ciudadanos se considera una política pública; si por el contrario, no existe la opinión de los ciudadanos en la toma de decisiones gubernamentales, se definen como políticas gubernamentales.

Cualquiera que fuesen las acepciones de políticas públicas, se puede vislumbrar que, las acciones gubernamentales demandadas por el sector social u originado desde los gabinetes de gobierno deben tener como fin principal mejorar las condiciones de vida de la población. Sin embargo, en México, la participación y distribución del gasto público en aquellas áreas consideradas como prioritarias, por la importancia que representan para todo país, ha ido en descenso en términos porcentuales, afectando los servicios más importantes de toda sociedad, como son la alimentación y la salud.

La salud pública requiere de la participación decidida del gobierno en su reglamentación, vigilancia y otorgamiento. En este sentido, la salud pública se define como la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la sa-

² Luis F. Aguilar Villanueva, *El estudio de las Políticas Públicas*, México, Porrúa, 1992, p. 36.

lud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para:³

1. El saneamiento del medio ambiente.
2. El control de las enfermedades transmisibles.
3. La impartición de una educación sanitaria.
4. La organización de los servicios médicos y de enfermería.
5. El desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud.

Por otra parte y de acuerdo con el objeto de estudio de este trabajo, resulta necesario destacar que se partió del marco teórico interpretativo concerniente a la organización de la sociedad mediante el modelo de estratificación social; es decir, a partir de la idea de la *desigualdad estructurada*⁴ que existe entre los individuos y los grupos dentro de las sociedades humanas,⁵ esto es, la división social en capas o clases que determina el acceso desigual a los beneficios derivados de los arreglos sociales. Max Weber basa los conceptos de estrato social en el prestigio (estatus), partido y poder. Carlos Marx en tanto, se ocupó sobre todo de las clases sociales como dimensión económica de la estratificación.⁶

Desde el funcionalismo estructural a mediados del siglo pasado, Kingsley Davis y Wilbert Moore afirmaron que la estratificación era una estructura funcionalmente necesaria para la

³ Miguel Ángel Ortiz Gil, *Lo que hay que saber de salud pública*, 25 de marzo, 2007. En <http://quimicaclinicaub.blogspot.com>. Consultado el 19 de septiembre, 2012.

⁴ Richard J. Gelles y Ann Levine, *Sociología con aplicaciones en países de habla hispana*, México, Mc-Graw-Hill, 2000.

⁵ Anthony Giddens, *Sociología*, Madrid, Alianza Editorial, 2007, p. 298.

⁶ George Ritzer, *Teoría Sociológica Contemporánea*, México, McGraw-Hill, 2003.

existencia de la sociedad, por lo que plantean la necesidad de la desigualdad en términos ideológicos, refiriendo la estratificación, no a los individuos sino a un sistema de posiciones, haciendo hincapié en que éstas conferirían cierto grado de prestigio, soslayando el análisis del modo como los individuos llegan a ocupar esas posiciones. Talcott Parsons identifica cuatro sistemas de acción que intervienen para el efecto: el sistema social, el cultural, el de la personalidad y el organismo conductual; de tal manera que, para hablar de movilidad entre los estratos habrá que considerarlos en su conjunto.⁷

Randall Collins en su obra *Conflict Sociology* publicada en 1975, plantea que, un estudio científico de la estratificación supone la contrastación empírica y el análisis comparado de las hipótesis en estudios referidos a realidades concretas que indaguen las múltiples causas de las formas de conducta social implicadas. Giddens, por su parte, identifica en todos los sistemas estratificados tres características:

1. La clasificación se aplica a categorías sociales de personas que comparten una característica común sin que necesariamente interactúen o se identifiquen unos con otros [...]
2. Las experiencias y las oportunidades que se presentan en la vida de las personas dependen mucho de la categoría social a la que pertenezcan [...]
3. Los estratos que determinan las diferentes categorías sociales tienden a cambiar muy lentamente a lo largo del tiempo.⁸

De lo anterior, se puede desprender que la interpretación de los conceptos básicos para el estudio de la estratificación social con sus diferentes dimensiones, supone una estrecha dependencia entre las condiciones existentes de la realidad social a la que se refiera y las dimensiones o indicadores que la manifiesten y

⁷ *Ibid.*

⁸ Anthony Giddens, *op. cit.*, p. 299.

son estudiadas. Dado que la estratificación social es multidimensional y va incorporando dimensiones nuevas relacionadas a la propia dinámica social de la comunidad objeto, supone la necesidad de enfocar los aspectos privilegiados en el diseño de recolección de los datos dentro del contexto específico histórico-geográfico delimitado, considerando que los resultados obtenidos habrán de ser interpretados como elementos de una realidad multidimensional con características propias.

Aunado a ello y dado que el estudio se orienta a establecer la relación entre el lugar de residencia, el estrato socio-económico y sus efectos en el acceso desigual a los servicios de salud pública, a fin de identificar políticas públicas que mejoren la cobertura y los servicios de atención, es importante analizar los determinantes sociales de las inequidades en salud, estableciéndolos como:

elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o de los factores protectores de la salud.⁹

Este enfoque representa un concepto alternativo al tradicional que plantea sólo factores de riesgo para la población objeto en relación con su salud, la pertenencia a un determinado estrato, soslayando inequidades entre grupos sociales manifestadas en las diferencias en el estado de salud de las personas, que son evitables y por lo tanto injustas. El denominado gradiente de salud constituye un claro ejemplo del fenómeno, es decir, en todas las sociedades la salud, y sobre todo la prevalencia de todas las enfermedades crónicas y agudas, tiene la misma forma que la estructura social; en tanto, a medida que se baja un peldaño en

⁹ Luz Stella Álvarez Castaño, “Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo”, en *Gerencia y políticas de salud*, junio-diciembre, 2009, Colombia, Pontificia Universidad Javeriana, p. 72.

la escalera social, aumenta la prevalencia de casi todas las enfermedades y problemas de salud.

La evidencia muestra entonces que, si bien en promedio las condiciones de salud han mejorado en casi todos los países del mundo y al interior de cada uno de ellos, por el contrario, las desigualdades en materia de atención y población atendida en los centros de salud pública aumentaron. Lo cual se puede ver en cualquiera que sea el indicador de evaluación escogido. Al elegir las variables lugar de residencia y el estrato social económico se pretende ahondar en la determinación de cuáles son las vías por las cuales el contexto geográfico, social y económico se convierte en factor de enfermedad. Nuestro interés se incluye en el ámbito de estudios para los cuales existen tres supuestos teóricos y aunque están en proceso de contrastación y comparación a nivel latinoamericano, no son mutuamente excluyentes:

- *La teoría psico-social.* Propone que la autopercepción de las personas sobre el lugar que ocupan en la jerarquía, en sociedades profundamente desiguales, causa serios daños a la salud. La discriminación sentida por aquellos ubicados en los lugares menos privilegiados de la estructura causa estrés y éste lleva a respuestas fisiológicas de larga duración que hacen a las personas susceptibles a las enfermedades.
- *La teoría de la producción social de la enfermedad,* fundamentada en el materialismo-estructuralista, sostiene que el escaso ingreso de algunas personas y grupos sociales las lleva a la falta de recursos para superar los factores que afectan su salud y producen enfermedad
- *La perspectiva eco social.* Esta perspectiva analiza cómo el contexto, no sólo el social, sino también el medio ambiente físico, interactúa con la biología y cómo los individuos “encarnan”, es decir, expresan en su cuerpo

aspectos del contexto en que viven y trabajan. Ese proceso configura los “estilos de vida colectivos”, entendiendo que los estilos de vida no son decisiones individuales, sino conductas influenciadas por las oportunidades definidas por el medio.¹⁰

Se considera que éstos tres supuestos teóricos tienen un acercamiento más congruente con la realidad latinoamericana, sobre todo porque se encuentran enfocados precisamente al objeto de análisis que es la salud; el contexto social, debe retomar los elementos psico-sociales, económicos y del medio ambiente físico y social, que tienen influencia en la población, de manera determinante. De ahí se derivarán en mucho, las formas y maneras como acceden a los servicios de salud pública, mismos que se encuentran garantizados por el Estado, dentro de las garantías individuales considerados, por ejemplo, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el artículo 4:

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.

De ahí que, la salud pública sea parte importante de toda sociedad, ya que su acceso permite que todo individuo disfrute de una vida plena; por el contrario, su deficiente servicio significa una disminución gradual de las capacidades generales de la población. La salud pública se relaciona directamente con la productividad del trabajo y con la competitividad de la eco-

¹⁰ *Ibid.*

nomía. Una población bien alimentada, con educación y que cuente con servicios de salud de calidad es aquella que, por lo general, tiene una mayor capacidad productiva que aquella que no cuenta con esos servicios.

Además, la salud pública, junto con un ingreso suficiente, educación de calidad, buena alimentación y servicios de esparcimiento, están considerados dentro de los Indicadores de Desarrollo Humano. Aquellas economías con mayores niveles de desarrollo son aquellas que cuentan con mayores porcentajes de cobertura de servicios públicos.

SERVICIOS DE SALUD E INEQUIDAD SOCIAL

De acuerdo con los avances de nuestra investigación sobre “Las políticas públicas mexicanas en materia de salud: Equidad y atención a usuarios de los servicios públicos de salud de primer nivel (consulta externa) en el Municipio de Caborca, Sonora, 2003-2010”, presentados en el “III Coloquio Internacional de Migración y Desarrollo en el Occidente Mexicano. Una visión latinoamericana”, se hace hincapié en el análisis del acceso a los servicios de salud pública, en el municipio de Caborca, Sonora, diferenciando a los usuarios por su condición de residencia, en pobladores urbanos y rurales, así como el ingreso económico de los mismos. Al respecto, se describen algunos indicadores del problema detectados en el trabajo de campo, en el área rural, donde la corrupción hace su aparición en el otorgamiento de los servicios de salud. La investigación responde a un estudio de caso, en el área rural costera del Municipio de Caborca, Sonora, en los poblados Y Griega, Desemboque y Ejido El Coyote.

El área rural en México es una de las más desprotegidas en el país, desde el gobierno federal hasta el estatal y municipal. A pesar de los esfuerzos de coordinación a distintos niveles que

establece el Plan Nacional de Desarrollo (2006-2012), a partir de los programas Oportunidades y Seguro Popular, el rezago económico de muchos años es patente. Por tanto, la poca importancia de inyectarle recursos a la infraestructura y a los servicios básicos que requiere la ciudadanía de éstas áreas, no ayuda al desarrollo local y mucho menos a insertarse de mejor manera al mercado global.

El Municipio de Caborca, Sonora, tiene una extensión de 10 721.84 km² y se encuentra ubicado al Noroeste de la República Mexicana, la cabecera es H. Caborca, Sonora, con una población de 81 mil 309 habitantes. Las poblaciones objeto de estudio se ubican en la Costa, a una proximidad entre ellas de entre 60 y 86 kilómetros. La población más lejana es El Desemboque, una playa turística que no cuenta con servicio médico de planta y sólo cuenta con una persona Técnica en Enfermería. El médico visita ese lugar una vez por mes como parte del Programa Oportunidades, pero en caso de emergencias no se cuenta con una ambulancia para trasladar a las personas. La medicina se tiene que comprar a 26 kilómetros de distancia del lugar, en farmacias privadas y muchas veces los habitantes no cuentan con recursos para adquirirlas o para enfrentar una emergencia de cualquier índole. En todo caso, el enfermo, o su familia, debe cubrir el monto del combustible hasta la cabecera municipal, Caborca.

La ambulancia es enviada desde el poblado Plutarco Elías Calles (La Y Griega) que tiene 2 034 habitantes. Su población está conformada por 1 071 hombres que representan el 52.65% del total de la población y por 963 mujeres (47.35%). La población mayor de 18 años es de 1 075 personas. Para alojar a sus habitantes, Plutarco Elías Calles (La Y Griega) cuenta con 445 viviendas, el 7.42% de las cuales están rentadas por sus moradores. El 63.08% de los habitantes mayores de 5 años son católicos, mientras que las personas que están casadas o unidas

en pareja, representan el 59.42% de la población mayor de 12 años de edad.

El grado medio de escolaridad en Plutarco Elías Calles (La Y Griega) es de 5.14, la media en el municipio es de 7.32, mientras que en el estado es de 8.18, de tal manera que, mientras el número de población es más alto, mayor es la formación académica. Para obtener el índice de escolaridad se suman los años aprobados desde primero de primaria hasta el último año que cursó cada habitante; posteriormente, se divide entre el número de habitantes de la localidad. Se cuenta con dos primarias, una de ellas para los indígenas, misma que fue gestionada por el representante de las etnias (zapotecas, náhuatl, triqui y mixtecas).

En esa localidad hay 95 personas mayores de 5 años que hablan una lengua indígena; de ellas, 88 también dominan el español. Las etnias que se encuentran en esta localidad son: zapotecas, triquis, náhuatl y mixtecas, mismas que emigraron alrededor de los años setenta del siglo xx de sus lugares de origen a La Y Griega, en busca de empleo como jornaleros en la cosecha de la uva, olivo, naranja y recientemente, en la de espárrago; también los encontramos trabajando en las minas de oro, cercanas a este núcleo poblacional.

La población económicamente activa es de 903 personas (44.40% de la población total), ocupadas en los siguientes sectores:

- Sector Primario: 612 (68.61%) (Municipio: 37.19%, Estado: 16.45%) Agricultura, Explotación forestal, Ganadería, Minería, Pesca.
- Sector Secundario: 65 (7.29%) (Municipio: 17.24%, Estado: 30.44%) Construcción, Electricidad, gas y agua, industria manufacturera.
- Sector Terciario: 215 (24.10%) (Municipio: 45.57%, Estado: 53.11%) Comercio, Servicios, Transportes.

En cuanto al nivel de ingresos, (número de personas y % sobre el total de trabajadores en cada ramo), se tiene que:

- 0 Salarios mínimos (sin ingresos): 25 (2.97%)
- 1 Salario mínimo: 42 (4.99%)
- 1-2 Salarios mínimos: 433 (51.49%)
- 2-5 Salarios mínimos: 317 (37.69%)
- 5-10 Salarios mínimos: 19 (2.26%)
- 10+ Salarios mínimos: 5 (0.59%)

Respecto de la infraestructura en materia de salud pública, sólo se cuenta con un módulo de atención por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con un médico. En el pasado, se recibían también los casos de urgencia para los derechohabientes del IMSS, sin embargo, se dejó de utilizar y el módulo fue compartido con una unidad del Hospital General Básico, donde, no obstante, también se tiene sólo a un médico. La unidad, por cierto, no cuenta con el equipamiento básico necesario para atender, por ejemplo, un paro cardíaco, ni cuenta tampoco con las medicinas básico-necesarias de acuerdo con el historial clínico de la población (enfermedades más frecuentes).

El acceso a estos servicios se agrava, debido a la alta inseguridad pública, provocada en buena parte por la presencia en la región de quienes se dedican a traficar con estupefacientes, a tal grado que, para ser atendido, un paciente en la noche debe de ir acompañado de un policía. Asimismo, para ser trasladado tendrá que tener el monto solicitado por la única ambulancia en esa región agrícola, perteneciente a la Cruz Roja, que además, solicita una cuota de 300 pesos para la gasolina. Ésta situación no es privativa del área rural; también en la ciudad de Caborca, si las personas no tienen para pagar la gasolina de traslado hacia la capital del Estado –Hermosillo– se tardan más en atender una situación apremiante, debido a que los familiares o amistades

según sea el caso, tratan de cubrir el monto requerido. De igual forma, si lo contextualizamos a los estratos sociales, se puede decir que la manera y forma de acceder a los servicios públicos es comparativo a la pirámide de la pobreza, donde, en la base se encuentra la mayoría de la población con ingresos de un salario mínimo o menos, y que a su vez presentan más enfermedades; luego entonces, mayor frecuencia de demanda por el servicio de atención médica.

La anterior situación hace muy difícil la atención a los residentes de esta área, amén de las restantes circundantes. Es por ello que a partir de un diagnóstico de las tres poblaciones en estudio, se pretenden plantear a los tres niveles de gobierno alternativas que mejoren la calidad de los servicios de salud pública, ya que la inequidad entre la atención a las zonas urbana y zonas rurales marca una brecha abismal, desde equipo necesario para la atención, como dotación de medicamentos y facilitación de los traslados de urgencias. Algo muy similar sucede con la ciudad de Caborca, en relación con la capital del Estado, Hermosillo, Sonora (población de 715 061 habitantes), de la que dista 260 kilómetros.

La corrupción en el sector salud puede apreciarse en el cobro por parte de los médicos en la zona rural, por consulta o medicamento propiedad exclusiva del sector público, en donde la población tiene que ceder ante ello debido a la necesidad imperante. Esta es una de las situaciones que más quejas tiene entre la ciudadanía de esas áreas, como también la discriminación a los grupos étnicos asentados en el poblado de la Y griega, según casos planteados por los propios residentes. Al ser poblaciones pequeñas, es fácil detectar situaciones de corrupción, a pesar de que la población conoce sobre el uso de los servicios públicos que no demandan un costo para ellos. Sin embargo, el personal les exige un pago del que no hay opción de escaparse, debido a la urgencia de atención que se tiene.

CONCLUSIONES

La necesidad de contar con servicios de salud de calidad es una prioridad para toda población ya que de ello depende la equidad social. Sin embargo, el acceso a los servicios de salud pública está determinado en gran medida por el tamaño de la localidad que cada persona habita. En este sentido, en el México de nuestros tiempos, los habitantes urbanos¹¹ cuentan con mayores facilidades para acceder a los servicios de salud que los habitantes rurales.

En general, los habitantes rurales tienen una menor cobertura de servicios públicos de calidad debido a la dificultad para otorgar estos servicios a localidades pequeñas y distantes. Por su parte, las economías de escala facilitan la dotación de servicios públicos en las áreas urbanas, debido a que la aglomeración poblacional abarata los costos de la construcción de infraestructura, como el cableado eléctrico, agua potable, servicio telefónico, clínicas de salud, entre otros.

Esto significa que la distribución y concentración de la población es un factor que determina la oportunidad de obtener una serie de satisfactores básicos del desarrollo económico, entendido éste como la existencia de factores de bienestar humano; como una alimentación sana y equilibrada, acceso a servicios de educación y salud de calidad, un empleo bien remunerado, una vivienda y acceso a servicios públicos de calidad. Por lo tanto,

¹¹ Aunque la categoría urbana y rural es difícil de definir, INEGI considera población rural aquella que habita localidades que cuentan con menos de 2 500 habitantes, en contraste, la población urbana es aquella que reside en localidades con más de 2 500 habitantes. Por su parte, CONAPO, en el Sistema Urbano Nacional, define a los habitantes urbanos como aquellos que residen en ciudades y cataloga a éstas de acuerdo al número de habitantes, el rango menor es de 15 000 habitantes, por lo que, con base en esa lógica, los habitantes urbanos serían los que residen en localidades de más de 15 mil habitantes. En este trabajo consideraremos como población urbana aquella que habita localidades habitadas por 5 000 o más personas.

las condiciones de mayor rezago económico y social se encuentran en las localidades rurales.

Los habitantes de localidades rurales están en clara desventaja respecto a los urbanos, en cuanto al acceso a servicios de salud. De ahí la necesidad de diseñar estrategias que faciliten el acceso de toda la población, independientemente de su condición de residencia, a los servicios de salud pública, ya sea a través del incremento del número de clínicas y su distribución óptima, de acuerdo al radio de influencia que cada una de ellas puede abarcar.

El acceso a los servicios de salud debe ser de una manera equitativa sin discriminación de ninguna índole, entendiendo el concepto de equidad como:

un complemento del valor justicia, pues la equidad es el criterio que permite realizar la justicia en los casos particulares. Se ha dicho, por ello, que la equidad es la misma justicia, pero no la justicia abstracta, sino la justicia aplicada a la solución de los conflictos que suelen presentarse en el diario vivir.¹²

Por ello, enfatizamos en la imperante atención que los gobiernos federal, estatal y municipal, deben tener hacia esos núcleos sociales, poniendo en marcha nuevas estrategias en las políticas públicas de salud. Éstos necesitan permitir que los programas orientados a la preservación de una sociedad sana lleguen de manera eficaz y eficiente a todos los núcleos poblacionales del país.

¹² Rodrigo Noguera Calderón, *Hermenéutica Jurídica*, Colombia, Rosaristas, 1977, p. 86.