

# CONDICIONES DE VIDA EN LAS CIUDADES, POLÍTICAS PÚBLICAS Y ACCIONES PRIVADAS EN EL CAMPO DE LA SALUD

*José Blanco Gil\**  
*Olivia López Arellano\*\**

## Introducción

El impacto diferencial —sobre grupos y regiones— de la recesión económica y de las políticas de ajuste estructural, que caracterizan la década de los ochenta y parte de los noventa y el incremento relativo de la pobreza, han revitalizado el debate sobre la importancia de los procesos económicos y socio-políticos en la producción de la enfermedad, la muerte y las respuestas sociales organizadas para enfrentarlas. Así mismo, han replanteado la discusión acerca de la relación entre desigualdad social y salud por el reconocimiento de la existencia de poblaciones que concentran mayores riesgos y daños a la salud. Si bien esta discusión no es nueva, en los últimos años cobra mayor importancia por el aumento de los diferenciales sociales y sanitarios entre países, regiones y grupos (Castellanos 1992).

Estudiar cómo se determinan, distribuyen y enfrentan los fenómenos colectivos de salud-enfermedad en ámbitos urbanos no es sólo un tema relevante para la teoría sino, fundamentalmente, un problema social práctico de gran importancia (Novick 1987, OMS 1992).

Desde los enfoques sociomédicos se ha incursionado en este campo de investigación para aportar un punto de vista propio, tanto en explicación del problema, como en la búsqueda de soluciones. Desde los trabajos pioneros sobre la patología de la metrópolis, (Berlinguer 1978) hasta investigaciones más recientes que abordan la distribución regional de la enfermedad y la muerte, los diferenciales de condiciones de vida y salud en ámbitos urbanos, el impacto del proceso de consumo sobre los perfiles de daño y la polarización de las políticas de salud en distintos espacios-población.<sup>1</sup>

Una aproximación teórica y metodológica que empieza a desarrollarse en los últimos años, es el acercamiento a los riesgos, daños y atención a la salud en términos de su expresión socio-territorial, en donde interesa analizar el peso de la espa-

\* Profesor-investigador titular. Departamento de Atención a la Salud. UAM-X.

\*\* Profesor-investigador titular. Maestría en Medicina Social. UAM-X.



cialidad en la determinación, la distribución y las respuestas a la enfermedad y la muerte como fenómenos colectivos.

Así, el concepto de territorio-población orienta la caracterización de zonas diferentes respondiendo a condiciones distintas de espacialidad. El territorio se concibe como la articulación específica del conjunto de relaciones, condiciones y procesos de reproducción de los diferentes grupos sociales e incluye tanto las particularidades geofísicas y del equipamiento básico, servicios, tipo y calidad de la vivienda, como las características económicas, sociales y culturales de la población ahí asentada (Pradilla 1984).

Este concepto además de constituirse en un recurso metodológico, permite avanzar en la construcción de mediaciones entre los determinantes más generales de la salud-enfermedad y su expresión concreta en poblaciones, ámbitos y tiempos particulares. Su fundamento reside en la distribución socialmente diferenciada del territorio que conforma áreas relativamente homogéneas, en las que los distintos grupos comparten los mismos soportes materiales de la reproducción en el ámbito del consumo. Así, se plantea la posibilidad de distinguir zonas relativamente homogéneas habitadas predominantemente por grupos sociales similares, en los que el equipamiento arquitectónico y de servicios, establece condiciones particulares de consumo que determinan la calidad de vida de la población ahí asentada.

Es decir, en el territorio se presenta de manera objetiva un conjunto de relaciones sociales, que se expresan ante los individuos que ocupan lugares particulares del espacio social como una estructura de opciones. De esta manera ser un trabajador significa enfrentarse a una estructura particular de opciones posibles, no significa haber optado (Przeworski y Mertens 1982).

En una perspectiva epidemiológica la articulación entre territorio y población, puede considerarse como un ámbito privilegiado de observación de los componentes sociales del proceso salud-enfermedad en el ámbito urbano. Esta observación, a su vez, puede contribuir al esclarecimiento de la relación entre distribución diferencial del espacio urbano y la distribu-

ción diferenciada de las condiciones y las respuestas; es decir, a la identificación de perfiles de riesgo, daño y atención según grupos sociales, distribución territorial y formas particulares de consumo (Blanco y Sáenz 1994).

A partir de estas aproximaciones surgen una serie de reflexiones e interrogantes sobre la relación ciudad y salud, en donde las características territoriales, los criterios organizativos de la vida ciudadana y las políticas públicas, tienen una enorme importancia socio-sanitaria, en tanto impactan la calidad de vida de los habitantes urbanos. Esto es, las condiciones objetivas y subjetivas en que se realiza la reproducción social de estos grupos humanos y que incluye diversas dimensiones, tales como: las condiciones de trabajo remunerado y no remunerado (práctica doméstica), la cantidad y calidad de las formas de consumo de bienes, servicios y valores de uso, el acceso y realización de expresiones culturales y políticas y la calidad del entorno; Así como elementos subjetivos: realización, satisfacción, sensación de bienestar y sentimientos de privación.

## Ciudad y salud

En México, los procesos de urbanización acelerada y las transformaciones demográficas observadas en las últimas décadas —descensos en las tasas de fecundidad, natalidad, mortalidad general y modificación de la estructura por edades— conforman un complejo panorama de condiciones de y para la salud.

Una de las modificaciones más importantes es la redistribución geográfica de la población que transita de asentamientos mayoritariamente rurales (1950), a poblaciones crecientemente urbanas (1990). Se prevé que para el año 2000, el 75% de la población en México habitará en ciudades y que uno de cada cinco latinoamericanos vivirá en alguna de las 10 ciudades que tendrán más de cinco millones de habitantes. Según datos de la Organización de las Naciones Unidas, ONU, en el periodo 1985-2000 el porcentaje de crecimiento de la población en las áreas metropolitanas de las ciudades latinoamericanas se moverá entre 21 (Buenos Aires) y 112 por ciento (Brasilía).

El crecimiento de ciudades medias y metrópolis en momentos de crisis y recomposición neoliberal de las economías caracterizados por desempleo creciente, flexibilización laboral, precarización del empleo, contención salarial, disminución del gasto social, privatización selectiva y mercantilización de servicios públicos, profundiza la desigualdad preexistente y agudiza el deterioro de las condiciones y la calidad de vida de la mayoría de los habitantes urbanos. En México, como en el resto de América Latina, durante los años ochenta la magnitud de la pobreza y la indigencia aumenta respecto a la década anterior, pasando de 35 a 37% y de 15 a 17%, respectivamente. Una característica de la pobreza en esta década es que el mayor incremento porcentual se produce en las áreas urbanas. Es decir, que "...a diferencia de 1970 la pobreza en América Latina es hoy un fenómeno mayoritariamente urbano. Mientras en 1970 sólo el 37% de los pobres residían en las zonas urbanas, hacia finales del decenio de 1980 más de la mitad

(57% son urbanos" (PNUD1990), convirtiéndose, la pobreza urbana, en el problema más importante y más explosivo del siglo próximo desde el punto de vista político (Banco Mundial 1992).

En este contexto la intensa migración de población rural empobrecida y la expulsión de pobres urbanos hacia la periferia de los centros industrializados, apuntala los procesos de segregación socio-territorial y polarización de las condiciones de vida, y favorece el crecimiento de asentamientos irregulares sin equipamiento urbano básico en donde se concentra población pobre, con bajos niveles de escolaridad, con acceso limitado a los servicios públicos y con mayores riesgos de enfermar y morir. Es decir, una población cuyas condiciones de vida son sumamente precarias con expresiones territoriales observables a través de las características de la vivienda y la disponibilidad de servicios básicos (agua intradomiciliaria, drenaje, energía eléctrica, recolección de basura); el acceso a los servicios públicos de educación y atención médica; la infraestructura vial y las redes de abasto; así como, los espacios de recreación y esparcimiento que posibilitan la utilización positiva del tiempo libre, entre otros.

En la ciudad, bajo la apariencia de progreso y modernización, se gestan procesos de degradación de la calidad de vida de la población urbana. Tal es el caso del deterioro ambiental del entorno urbano, la inseguridad y el incremento de los tiempos dedicados a la transportación. Así mismo, el desarrollo desigual posibilita que las ciudades aparentemente más desarrolladas sean también las más polarizadas respecto a indicadores de calidad de vida, coexistiendo zonas muy precarias con otras cuyas condiciones podrían considerarse satisfactorias y que, al ser analizadas como conjuntos homogéneos, producen un efecto de invisibilidad social del deterioro.

El caso de la ciudad de México es indicativo de la polarización de la calidad de vida en las grandes urbes. En términos generales esta ciudad tiene índices de bienestar y desarrollo por arriba del promedio nacional (INEGI 1990), sin embargo, diversos autores señalan la heterogeneidad existente en términos de la dinámica de poblamiento (Negrete y Salazar 1988), el equipamiento urbano (Puente 1988), las condiciones de vida

(Blanco y col. 1995) y las características sociodemográficas de la población asentada (Camposortega 1992), entre la llamada ciudad central y los tres contornos de crecimiento que conforman la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM), en donde habitan 15 millones de personas, en 16 delegaciones políticas (áreas administrativas en las que se subdivide el Distrito Federal) y 27 municipios conurbados del Estado de México (Esquivel y col. 1993).

El 80% del territorio del área metropolitana se encuentra ocupado por viviendas, de las cuales sólo el 35% cumplen con las disposiciones urbanas y son ocupadas por familias con ingresos económicos altos y medios; el resto, es decir la mayoría de las viviendas se encuentran localizadas en fraccionamientos irregulares y precarios, fuera de las disposiciones urbanas y habitados por familias de trabajadores industriales y de servicios, así como por población subempleada y desempleada (Puente 1988).

En un estudio reciente y según un Índice de Calidad de Vida (ICV) construido con información censal de 1990, en las áreas clasificadas como precarias o malas de la ZMCM, sólo entre el 20 y el 35% de la población tiene una vivienda suficiente con el consecuente impacto sobre su salud.<sup>2</sup> Esta situación se expresa en un perfil de morbilidad caracterizado por el predominio de enfermedades infectocontagiosas, particularmente gastroenteritis infecciosas. En las zonas con mayor proporción de población que gana dos o menos salarios mínimos, se presenta la mayor frecuencia de enfermedades carenciales en menores de cinco años, relacionadas estrechamente al poder de compra de la unidad familiar. Mientras que las enfermedades respiratorias agudas presentan una mayor incidencia en las delegaciones del suroeste del Distrito Federal, situación que podría asociarse más a los elevados niveles de contaminación atmosférica de la ZMCM —especialmente en esas áreas— que a las condiciones particulares de la vivienda (Blanco y col. 1995).

En síntesis, en la ZMCM coexisten problemas ligados a la calidad de la vivienda y del equipamiento urbano, que posibilitan proporciones elevadas de enfermedades transmisibles; condiciones de urbanización desordenada y entorno contaminado que se expresan en mayor frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles respecto a los promedios nacionales; así como zonas inseguras, en donde los accidentes y las violencias generan un grave problema de lesiones accidentales e intencionales.

En esa complejización del perfil de los riesgos y los daños para la salud destacan algunos grupos de población más vulnerables (ops 1992).

## Los niños y los adolescentes

El medio urbano puede ser particularmente hostil a los niños. El desempleo, las malas condiciones de la vivienda y el hacinamiento, la disgregación familiar, el maltrato y el abandono, así como el trabajo infantil, se expresan en el predominio de enfermedades infecciosas transmitidas por agua contaminada y por disposición inadecuada de excretas, enfermedades



carenciales y lesiones, con elevadas tasas de morbilidad y mortalidad entre los niños pequeños de las familias urbanas pobres. Así, a pesar de que el descenso de la mortalidad infantil en las últimas décadas es un fenómeno ampliamente documentado, para el caso de la ZMCM, la mortalidad infantil delegacional o municipal —para 1990— estimada por métodos indirectos presenta diferencias que van de 16.3 defunciones en menores de un año por 1000 Nacidos Vivos Registrados (NVR) a 40 por 1000 NVR, en donde las áreas calificadas con calidad de vida precaria y mala presentan los valores más altos. Por otra parte, y como expresión de la violencia urbana se asiste al incremento del fenómeno conocido como *niños de la calle*. En su mayoría no viven en la calle, pero hacen de ella espacio social de sobrevivencia suyo y de sus familias. Muchos de ellos han desertado de la escuela al verse obligados a trabajar en edades muy tempranas, o por abandono familiar. En el grupo de los adolescentes se observa un número elevado de embarazos precoces, toxicomanías y lesiones accidentales e intencionales.

### Las mujeres

La elevada proporción de hogares urbanos pobres encabeza por mujeres, sin otra ayuda familiar, entraña exigencias crecientes para las mujeres jefas de familia. Con un nivel de especialización menor que los hombres y en el contexto de gran desempleo en el mercado de trabajo, las mujeres son forzadas al autoempleo o al empleo con salarios menores y con largas jor-

nadas de trabajo. Paralelamente, continúan siendo responsables de las tareas de la reproducción doméstica y de la crianza de los hijos, conformando lo que estudiosos de la temática han definido como doble jornada. Además, se encuentran sometidas al riesgo de abusos y agresiones de índole sexual. Su acceso a los servicios de salud está limitado por la insuficiencia de esos servicios en las zonas donde viven, la incompatibilidad entre su trabajo y el horario de los servicios o el elevado precio de los servicios de salud del sector privado.

### Los ancianos

Las proyecciones demográficas para México apuntan que la proporción de personas con 65 años o más seguirá aumentando en la próxima década. En la ciudad de México, esta población representa hoy el 3.8% del total de habitantes y de mantenerse las tendencias demográficas, de distribución del ingreso y de política social, es posible que la mayoría de las personas de este grupo etáreo, vivan no sólo en condiciones de pobreza, sino también excluidos de los precarios beneficios de los sistemas de protección social. Adicionalmente, en este grupo se presenta la mayor frecuencia de enfermedades crónico-degenerativas y sus secuelas incapacitantes (ENEC 1994).

### Los trabajadores

La recesión económica —particularmente grave en México— y la reorganización productiva impulsada por los neoliberales ha dado como resultado que miles de trabajadores pierdan su empleo y, simultáneamente, ha impedido que los jóvenes en edad productiva ingresen en el mercado de trabajo. El desempleo creciente, la informalización del trabajo, el aumento del empleo precario y la contención salarial, obstaculiza los esfuerzos de los trabajadores, por alcanzar y mejorar sus condiciones de trabajo y su calidad de vida. Esas condiciones adversas se manifiestan en el aumento de accidentes de trabajo, alcoholismo, lesiones autoinflingidas y enfermedades mentales. En las grandes ciudades, especialmente, esta situación contribuye a la epidemia de violencia (Capote 1985).

Respecto a la salud-enfermedad de los habitantes urbanos, se puede concluir que su comportamiento condensa la multiplicidad de carencias o elementos *amortiguadores* o de protección que se desarrollan en la ciudad, dando origen a un fenómeno de polarización epidemiológica en donde los territorios-población más decaídos presentan una sobremorbilidad y sobremortalidad respecto a otros espacios, con elevada proporción de enfermedades infecto-contagiosas y una creciente mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles (neoplasias, enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión arterial), lesiones accidentales e intencionales y problemas de salud provocados por un entorno crecientemente contaminado (Lozano y col. 1994).



En términos generales, se conforma un panorama de heterogeneidad urbana, de desarrollo desigual de condiciones de vivienda, infraestructura de servicios, así como de condiciones educativas y para la salud. En los procesos de urbanización a la mexicana, a la insuficiencia cuantitativa de bienes, servicios y valores de uso para grandes grupos de población se añade la inadecuación cualitativa de los distintos satisfactores. Al rezago existente se añade una creciente y diversificada demanda de bienes y servicios para los próximos años. Demanda que se torna más compleja por los cambios demográficos expresados en la tendencia al envejecimiento de la población, por la polarización de la calidad de vida, así como por la complejización del perfil de enfermedad y muerte.

### Políticas públicas y acciones privadas en salud

En sentido inverso a la complejización de las condiciones riesgosas para la salud en las ciudades y al incremento de los diferenciales intraurbanos de enfermedad y muerte, las políticas públicas en el campo sanitario se reducen y simplifican a partir de los ejes de la modernización neoliberal.

El viraje neoliberal de la política social se expresa en la modificación de las relaciones Estado-sociedad y Estado-mercado. En este proceso, se recorta el gasto social, se desplaza la responsabilidad estatal de garantizar los derechos sociales constitucionales (salud, educación, empleo) hacia diversos grupos y se replantea la vertiente de *bienestar*, si bien restringida y excluyente, que el Estado mexicano había desarrollado en las décadas anteriores (López y Blanco 1993).

Es necesario destacar que en la última década el papel de las agencias financieras supranacionales en la definición de estas políticas, ha cobrado particular importancia, en detrimento de organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Particularmente El Banco Mundial (BM) expresa un interés creciente en torno a la cuestión social y sanitaria a través del documento Agenda para la Reforma (Banco Mundial, 1987), los informes sobre el desarrollo mundial 1990 dedicados a la pobreza (Banco Mundial 1990) y 1993 centrado en la inversión en salud (Banco Mundial 1993). En México, las propuestas bancomundialistas son retomadas y adecuadas a la realidad nacional por organismos privados como la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) y por instituciones públicas como la Secretaría de Salud (SSA) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).<sup>3</sup>

La transformación de la política social se realiza por medio de una propuesta articulada a la plataforma neoliberal, en donde el bienestar social pertenece al ámbito de lo privado; la salud interesa en términos de capital humano (para los pobres) o de inversión rentable y la acción pública legítima se limita al combate a la pobreza extrema, así como a lo que los sectores privados no pueden o no quieren hacer (Laurell 1991).

En los hechos, se conforman dos estrategias polares aun-que complementarias: la asistencia focalizada a los grupos más deprimidos mediante programas de combate a la pobreza, y la privatización selectiva de la producción estatal de bienes y servicios que conduce a una disminución del peso relativo del sector público respecto al privado, así como, al privilegio de la ética privada sobre la pública (López 1992).

El tránsito de una política social de bienestar cuyos principios articuladores serían la solidaridad, la universalidad, la integralidad, la equidad y la ciudadanía, plasmados en la noción de derechos sociales, hacia una política social bipolar de mercantilización y neo-beneficencia, redefine la relación público-privado en los sistemas de protección social. En salud los ejes de la (contra) reforma sanitaria transitan de derechos sociales a igualdad de oportunidades; de universalidad a propuestas crecientemente selectivas; de solidaridad a individualización de costos; de integralidad a fragmentación y, en el mejor de los casos, de equidad social a equidad sectorial. Se pretende con esto liberar mercados cautivos, racionalizar los recursos, abaratar los costos, simplificar aún más la prestación de servicios públicos y redefinir los espacios-población hacia los que se orienta un quehacer asistencial y simplificado (López y Blanco 1995). De este modo, mientras la acción pública se orienta hacia la población pobre en una lógica de neobeneficencia, desde el Estado se favorece la conformación de mercados estables, en donde clientes potenciales acceden a servicios privados y resuelven sus necesidades de salud a través del mercado (Laurell y López 1996).

Se propone una nueva distribución de responsabilidades respecto a la salud entre el estado-gobierno y los privados, reconociéndose sólo tres situaciones en donde se considera legítima la intervención gubernamental (Banco Mundial pág. 5560).

- a) La inversión en la salud de los *pobres* —a través de acciones con alto rendimiento de costo-efectividad— que al igual que la educación y la nutrición incrementan su capital humano y su productividad.
- b) Los bienes públicos —en sentido restringido—, en tanto que la característica fundamental de estos bienes o servicios es que una persona puede usarlos o beneficiarse de ellos, sin limitar su aprovechamiento por los demás. Bajo esta definición restrictiva sólo entran en este grupo medidas como la lucha antivectorial, la información sanitaria y las políticas contra la contaminación.
- c) Las externalidades o traspaso de beneficios o pérdidas de una persona a otra, en donde el mercado es ineficiente y la intervención gubernamental está plenamente justificada en consideración al riesgo de los otros. Tal es el caso de la vacunación masiva y el tratamiento de enfermedades como la tuberculosis pulmonar y los padecimientos de transmisión sexual.

En esta perspectiva, lo público está concebido como una categoría vacía de todo contenido histórico, valorativo y

ético. Es decir, se ignora que el carácter público de un bien o una acción se determina a partir de que la sociedad lo considera valioso y socialmente prioritario, por lo que decide asumirlo y financiarlo colectivamente (Donahue 1991:30-61).

La conclusión práctica de este razonamiento es que el gobierno sólo debe hacerse cargo de algunas acciones de salud pública y un paquete de servicios clínicos esenciales. Reducir el gasto en los niveles más complejos de atención para flexibilizar los servicios, hacerlos competitivos y permitir una oferta dinámica del mercado que ofrezca diversas opciones de atención a los usuarios y financiar exclusivamente el primer nivel de atención, dejando fuera los servicios discrecionales que deben ser pagados por el consumidor (Banco Mundial 1993:67-70). De este modo, se propone para las instituciones de salud del sector público, un enfoque selectivo y fundamentalmente asistencial, sustentado en la lógica de menor costo-mayor efectividad y orientado a proporcionar servicios focalizados en zonas pobres y grupos específicos.

En México el paquete básico de servicios clínicos y de salud pública se concreta en el llamado Modelo de Atención a la Salud en Población Abierta (MASPA), propuesto para atender a la población rural y a los habitantes de las zonas urbanas marginadas. Este paquete incluye: inmunizaciones; manejo de enfermedades comunes y graves en los niños (desparasitación, tratamiento domiciliario de diarreas y rehidratación oral, vigilancia nutricional, así como identificación y canalización en infecciones respiratorias graves); control de tuberculosis, diabetes e hipertensión arterial y servicios de salud reproductiva: planificación familiar, atención prenatal, del parto y puerperio (SSA 1995).

En la promoción de entornos sanos para la población urbana marginada, si bien se reconoce que el entorno de la unidad familiar deficiente en servicios de saneamiento y suministro de agua, contaminado y hacinado, es el que representa los mayores riesgos para la salud (Coplamar 1982:24) se responsabiliza a la unidad doméstica del mejoramiento de éste, limitando la acción pública al apoyo de las iniciativas familiares. Así, se recomienda el manejo higiénico de los alimentos, la cloración doméstica del agua para consumo humano y el uso de combustibles no contaminantes.

Es decir, desde el punto de vista gubernamental no es tarea legítima del quehacer público desarrollar servicios de infraestructura sanitaria, y según las recomendaciones del Banco Mundial los gobiernos :

... deberían abstenerse de prestar servicios directamente y de otorgar subvenciones generales en forma indiscriminada... [ya que] en la mayor parte de las comunidades urbanas, las unidades familiares están dispuestas a pagar el costo total del abastecimiento de agua y muchas veces el costo total de los servicios de saneamiento [Banco Mundial 1993:95].

Se insiste que la inversión pública en saneamiento básico no es redituable en términos de costoefectividad y la

mercantilización de los servicios se justifica con argumentos sobre la ineficiencia y la escasa flexibilidad de los monopolios del sector público; así como por la hipertrofia de los organismos públicos, sin obligación hacia los clientes, sin incentivos para aumentar su eficacia y subvencionando a una clase media que podría pagar el costo de los servicios (Banco Mundial 1993:95-96).

En contraste, se considera que la intervención gubernamental se justifica en el tratamiento de excretas y aguas residuales, en el combate contra la contaminación ambiental y en la lucha antivectorial, ya que las familias no valoran suficientemente la inversión en estos terrenos; es decir, están menos dispuestas a pagar por los servicios, además de que las intervenciones en estos ámbitos producen beneficios para toda la comunidad (Banco Mundial 1993:95-96).

Para combatir la contaminación del agua y aire, así como la exposición a radiaciones, se sugieren políticas encaminadas a disminuir las emisiones contaminantes a través de incentivos y reglamentos para aumentar la calidad de los combustibles, el aliento para la adopción de nuevas tecnologías y el estímulo al uso racional de la energía, eliminando subsidios en este rubro. Mientras que la mejoría del entorno del transporte vial se propone a través de la inversión en infraestructura, la ampliación del sistema de transporte, legislación, incentivos financieros y programas de educación vial en los que se concientice a la población para manejar a velocidad moderada, mejorar su comportamiento, usar cinturón de seguridad y no conducir en estado de ebriedad (Banco Mundial 1993:99-102).

En esta reorganización de los servicios de salud se asignan papeles protagónicos a diversos agentes privados, entre ellos: el individuo y su familia, las instituciones u organismos privados no-lucrativos y los privados que operan en el mercado con fines de lucro.

En una perspectiva profundamente individualista, se asume que lo que las personas hacen con su vida y la de sus hijos importa mucho más que cualquier cosa que hagan los gobiernos (Banco Mundial 1993:38). Se desconoce toda determinación económica y social del ámbito dentro del que se encuentran y actúan los individuos. Así, se responsabiliza al individuo y al grupo familiar de la adopción de conductas saludables y se les culpa de su enfermedad. Al interior de los grupos domésticos se resalta la importancia de las mujeres en el cuidado de la salud, y varias de las propuestas de autocuidado y manejo domiciliario de padecimientos están dirigidas a ellas, con la finalidad de fortalecer la capacidad de la familia —léase la mujer—, particularmente de los sectores pobres, de hacerse cargo de una serie de tareas de salud sustituyendo o descargando al sector público (Garduño y Peña 1994).

El papel asignado a los organismos privados no-lucrativos concierne también a la población de bajos recursos, que no puede acudir al mercado para atender sus problemas de salud. Se resalta particularmente la labor de las organizaciones no gubernamentales (ONG) y se propone, incluso, que es



conveniente encargarles algunas de las tareas gubernamentales de producción de servicios y apoyarlas financieramente. El argumento usado para sustentar tal propuesta es que tienden a ser más eficientes que las instituciones públicas de salud. Sin embargo, esta propuesta entraña un grave riesgo de desinstitucionalización y fragmentación de la atención a la salud (López 1994). Mientras que los organismos privados, que operan bajo la lógica del mercado, deben hacerse cargo de la atención clínica no esencial que debe manejarse con criterios mercantiles (Banco Mundial 1993:60-73). No obstante, se reconoce que este planteamiento sólo es factible si se instrumentan mecanismos de financiamiento que garanticen la capacidad de pago de los clientes, o sea, una demanda efectiva y un mercado estable. Así, se introduce a las aseguradoras y a la empresa médica como protagonistas principales en el campo de la salud (Laurell 1994).

### Perspectivas a futuro. La polarización de los servicios de salud

El etiquetar a las poblaciones según su condición de indigentes o de consumidores, estructurando el acceso a los servicios bajo el principio de pobreza, en el primer caso, y bajo el principio de capacidad de pago en el segundo, requiere de diversos mecanismos que van desde la evaluación de los individuos que utilizan los servicios, en donde el acceso gratuito requiere la comprobación previa de la pobreza (credencialización); el subsidio focalizado en zonas y regiones pobres; la selección con base en el tipo de servicios (subvencionando sólo aquellos servicios que los pobres necesitan en mayor proporción), hasta favorecer que los individuos se seleccionen, por ejemplo, "los servicios esenciales son gratuitos para todos, pero el programa se diseña de manera que se disuada a los más acomodados a recurrir a ellos. El tiempo que consumen, su escaso prestigio y las pocas comodidades que ofrecen son el tipo de mecanismos que suelen usarse..." (Banco Mundial 1993:122).

La renuncia del Estado a garantizar el derecho a la salud para todos sus ciudadanos restringiendo la acción pública sólo a los sectores empobrecidos, conforma dos estrategias polares pero complementarias: la asistencia selectiva en donde un sector de la población es atendido por su condición de indigente —versión moderna de la beneficencia decimonónica—, y los servicios funcionan por el principio de pobreza y no de ciudadanía; y la privatización selectiva en donde otro sector de la población accede a los servicios de salud según su capacidad de pago, y éstos funcionan en la lógica de atender ricos y no ciudadanos.

En ambos casos la población así etiquetada pierde, en los hechos, su condición ciudadana, los servicios públicos tienden a una mayor fragmentación y se privilegia el quehacer selectivo y puntual, en detrimento de la atención a la salud integral. Se anula, también en los hechos, el concepto incluyente de derechos sociales y las formas solidarias para garantizarlos. Se fragmenta el quehacer público y se posibilita que las acciones puntuales se estructuren en forma vertical, con fondos especiales y *por fuera* de las instituciones de salud. Esta institucionalidad paralela, en momentos en donde emergen con fuerza actores supranacionales como el Banco Mundial y nuevos actores como el empresariado médico, acelera el debilitamiento institucional del sector (Laurell y López 1996). Por otra parte, el quehacer puntual limita la posibilidad de realizar intervenciones integrales en los distintos niveles de organización de los servicios y de favorecer la acción sinérgica entre ellas. Es decir, articular acciones puntuales con transformaciones estructurales (condiciones de vida, seguridad en el empleo, salario digno), que modifiquen sustancialmente la calidad de vida de la población.

Si el desarrollo desigual de las ciudades tiene que ver por una parte, con la capacidad/incapacidad de las poblaciones para modificar sus condiciones de vida, pero de manera fundamental —sobre todo para los grupos más vulnerables— con la capacidad/incapacidad redistributiva de las políticas gubernamentales, en términos generales, se puede afirmar que una política de salud bipolar, contribuirá a profundizar la segregación de la mayoría de los habitantes urbanos, a concentrar aún más la infraestructura de atención médica y a polarizar el acceso a los servicios de salud, transfiriendo responsabilidades y tareas a los particulares en detrimento de políticas públicas solidarias, integrales e incluyentes.

### Bibliografía

- Banco Mundial. 1992. *Política urbana y desarrollo económico: un programa para el decenio de 1990*, resumen, Washington.
- . 1993. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*. Washington.
- . 1987. "El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, volumen 103, núm. 6 (especial).

- \_\_\_\_\_. 1990. *Informe sobre el desarrollo mundial 1990. La pobreza*, Washington.
- Berlinger, Giovanni. 1978. *Malaria urbana: patología de la metrópolis*, Villalar, Madrid.
- Blanco, José y Orlando Sáenz. 1994. *Espacio urbano y salud*, Universidad de Guadalajara, México, Serie: Medicina Social.
- \_\_\_\_\_. 1990. "Reproducción social, su exploración empírica: condiciones de vida y salud en el ámbito urbano". *Cuadernos Médico Sociales*, núm. 53, Argentina.
- \_\_\_\_\_. y col. 1995. *Polarización de la calidad de vida y la salud en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México*. ponencia presentada en el XX Congreso Latinoamericano de Sociología, México, D.F. octubre de 1995.
- Brambila, Carlos. 1992. *Expansión urbana en México*, El Colegio de México, México.
- Breilh, Jaime y col. 1987. *Ciudad y muerte infantil. Investigación sobre el deterioro de la salud en el capitalismo atrasado: un método*, CEAS, Quito.
- Bronfman, Mario y Rodolfo Tuirán. 1984. "La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez". *Cuadernos Médico-Sociales*, números 29-30, Rosario, Argentina.
- Camposortega, Sergio. 1992. "Evolución y tendencias demográficas de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México". En CONAPO: *La zona metropolitana de la Ciudad de México. Problemática actual y perspectivas demográficas y urbanas*, México.
- Capote, Roberto. 1985. *Informe sobre Atención a la Salud en las Grandes Ciudades. Reunión de Puntos Focales de la OMS*. noviembre, Ginebra.
- Castellanos, Pedro. 1992. *Pobreza y desigualdades en perfiles de mortalidad*. Organización Panamericana de la Salud, Washington.
- COPLAMAR. 1982. *Necesidades esenciales en México. Salud*. Siglo XXI, México.
- De Geyndt, W. 1983. "Atención primaria de salud en zonas urbanas y rurales de los países en desarrollo: semejanzas y diferencias". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 94, núm. 5, 1983.
- Donahue J.D. 1991. *La decisión de privatizar. Fines públicos, medios privados*, Paidós, Buenos Aires.
- Esquivel, Teresa y col. 1993. "La Zona Metropolitana de la Ciudad de México: dinámica demográfica y estructura poblacional 1970-1990". *El Cotidiano*, núm. 54, mayo, México.
- Funsalud. 1994. *El paquete universal de servicios esenciales de salud*, México.
- \_\_\_\_\_. 1994. *Economía y salud*, México.
- Garduño, Angeles y Florencia Peña. 1994. "Unidades familiares, mujeres y salud en el desarrollo. Comentarios acerca de las propuestas del Banco Mundial". En Laurell, C. (coordinadora) *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, Fundación Friedrich Ebert.
- Hardoy, J. 1986. "Habitat and health: An exploration of their interrelationship" en TULCHIN, Joseph: *Habitat, health and development. A new way of looking at cities in the third world*. Lynne Rienner Publishers, Boulder-Colorado.
- IMSS, 1995. *Diagnóstico del Instituto Mexicano del Seguro Social*. México.
- Laurell, Cristina y Oliva López. 1996. "Market commodities and poor relief: the World Bank proposal for health". *International Journal of Health Services*, vol. 26, núm. 1.
- Laurell, Cristina. 1991. *La política social en la crisis: una alternativa para el sector salud*, Fundación Friedrich Ebert, México.
- López, Oliva. 1994. "La selectividad de la política de salud". En Laurell, C. (coordinadora) *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, Fundación Friedrich Ebert.
- \_\_\_\_\_. 1992. "La política de salud en México. ¿Un ejemplo de liberalismo social?". En Laurell, A.C. (coordinadora): *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*, Fundación Friedrich Ebert, México.
- \_\_\_\_\_. y José Blanco. 1993. *La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta*. Colección ensayos, UAM-Xochimilco, México.
- Loureiro da Souza, Sebastián y col. 1988. Migraciones internas y malaria urbana, *Revista Saúde Pública*, vol. 20, Sao Paulo.
- Lozano, Rafael y col. 1994. *El peso de la enfermedad en México: un doble reto*. Documentos para el análisis y la convergencia, Funsalud, México.
- Negrete, M. y H. Salazar. 1988. "Dinámica del crecimiento de la población de la Ciudad de México, 1900-1980". en *Atlas de la Ciudad de México*, El Colegio de México y Departamento del Distrito Federal, México.
- Novick, R. 1987. "Vivienda y salud", *Salud Mundial*, OMS, Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud. 1992. *Sistemas locales de salud: organización en las ciudades*, Serie Desarrollo de Servicios de Salud, núm. 202, Washington.
- PNUI/DONU. 1990. *Magnitud de la pobreza en América Latina en los años ochenta*, documento fotocopiado, mayo.
- Pradilla, Emilio. 1984. *Contribución a la crítica de la teoría urbana. Del espacio a la crisis urbana*. UAM-Xochimilco, México.
- Przeworski, A., W. Mertens y col. 1982. *Reflexiones teórico metodológicas sobre investigaciones en población*, El Colegio de México, México.
- Puente, Sergio. 1988. "La calidad material de vida en la zona metropolitana de la ciudad de México. Hacia un enfoque totalizante". en *Medio ambiente y calidad de vida*, Plaza y Valdés, México.
- Schteinart, Martha y Luciano d'Andrea, (Coordinadoras). 1991. *Servicios urbanos. gestión local y medio ambiente*, El Colegio de México, México.
- SSA. 1994. *Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC)*, México.
- \_\_\_\_\_. 1995. *Modelo de atención a la salud para población abierta*, México.
- Victoria, César y col. 1988. *Epidemiología da desigualdade. Um estudo longitudinal de 6.000 crianças brasileiras*. Editora Hucitec, Sao Paulo.
- Ward, Peter. 1990. *México: Una megaciudad. Producción y reproducción de un medio ambiente urbano*, Patria/CNCA, México.

## Notas

- Véanse por ejemplo los trabajos de Bronfman y Tuirán, 1984; Loureiro, 1985; Breilh, 1987; Victoria, 1988; Blanco, 1990; Blanco y Sáenz, 1990; López y Blanco, 1993
- La vivienda constituye el referente material que más explícitamente puede diferenciar las particularidades de la producción social del territorio, modelando las condiciones de vida del grupo doméstico. Los criterios principales de calificación de la calidad de la vivienda son los referidos a los materiales de construcción en paredes, pisos, techos y acabados, así como el índice de hacinamiento. El nivel de hacinamiento se asocia con la creciente incidencia de enfermedades transmisibles. Los materiales de construcción de la vivienda afectan la salud a través de su asociación con vectores de enfermedades, así como, con las condiciones de impermeabilidad de los agentes climáticos. Otro de los componentes esenciales en la relación condiciones de vida y salud es la conexión a servicios (abastecimiento de agua, disposición higiénica de las excretas y electricidad). El principal riesgo para la salud que se deriva de un saneamiento inadecuado es la transmisión de microorganismos patógenos procedentes de las excretas humanas por conducto de los alimentos y el agua contaminados que resulta en enfermedades gastrointestinales.
- Véanse por ejemplo las propuestas de reorganización sanitaria contenidas en el documento Economía y Salud de la Fundación Mexicana para la Salud; las premisas que justifican un conjunto limitado de servicios de salud baratos y simplificados del Paquete Universal de Servicios Esenciales de Salud de la misma Fundación; las intervenciones sanitarias que integran el Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA), y las situaciones identificadas como problemáticas para la seguridad social en el Diagnóstico del Instituto Mexicano del Seguro Social.