



Boletín Mexicano de Derecho Comparado

ISSN: 0041-8633

bmdc@servidor.unam.mx

Universidad Nacional Autónoma de México
México

Padrón Innamorato, Mauricio; Román Reyes, Patricia
Exclusión social y exclusión en salud: apuntes teórico-conceptuales y metodológicos para su estudio
social
Boletín Mexicano de Derecho Comparado, vol. XLIII, núm. 128, mayo-agosto, 2010, pp. 815-843
Universidad Nacional Autónoma de México
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42719870008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



EXCLUSIÓN SOCIAL Y EXCLUSIÓN EN SALUD:
APUNTES TEÓRICO-CONCEPTUALES
Y METODOLÓGICOS PARA SU ESTUDIO SOCIAL*
*EXCLUSION AND EXCLUSION IN HEALTH:
THEORETICAL-CONCEPTUAL AND METHODOLOGICAL
NOTES FOR ITS RESEARCH*

Mauricio PADRÓN INNAMORATO**

Patricia ROMÁN REYES***

RESUMEN: En el presente trabajo se intenta analizar la exclusión en salud en México, tratando de identificar el aspecto legal de este proceso, a partir de la hipótesis de que existe una estrecha relación entre las condiciones de vida y las condiciones de salud de la población. Desde esta perspectiva, se entiende que la dimensión política del fenómeno, integrada por el conjunto de derechos civiles, políticos y socioeconómicos que tienen los individuos, adquiere protagonismo, porque en sociedades complejas, como las actuales, esto se vuelve fundamental para delinear políticas públicas equitativas e inclusivas.

ABSTRACT: *The following research does a first approach to the study of social exclusion and exclusion in health. In order to do so, we analyze health exclusion, identifying the legal aspect of this process, assuming that there is a close relationship between the living and health conditions of the population. From this perspective, it is understood that the political dimension of the phenomenon, composed of all civil, political and socio-economic rights, is essential for outlining equitable and inclusive public policies required in current complex societies.*

Palabras claves: Exclusión social, exclusión en salud, aspectos teóricos y metodológicos, aproximación para su estudio y medición.

Descriptors: *Social exclusion, exclusion in health, theoretical and methodological aspects, approach to their study and measurement.*

* Artículo recibido el 10 de septiembre de 2010 y aceptado para su publicación el 26 de enero de 2010.

** Investigador en el Área de Investigación Aplicada y Opinión del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

*** Profesora e investigadora en el Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población de la Universidad Autónoma del Estado de México.

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *Exclusión social y exclusión en salud*. III. *Exclusión de la protección de la salud*. IV. *La protección de la salud en México*. V. *Primeras aproximaciones al estudio de la exclusión en salud en México a partir de los aspectos legales*. VI. *Alcances y niveles de la exclusión en salud en México*. VII. *Reflexiones finales*. VIII. *Bibliografía*.

I. INTRODUCCIÓN

Para ubicar al lector en el tema de este trabajo, es necesario hacer algunas precisiones teóricas vinculadas con el origen y desarrollo del concepto de exclusión, específicamente de exclusión social, con la finalidad de partir de ideas comunes y así entender las aproximaciones conceptuales utilizadas a lo largo del documento.

En los inicios, y como concepto analítico, el término de exclusión social aparece en Francia en la década de los sesenta para designar de forma muy vaga y difusa a los pobres. Una década más tarde, el término se circunscribe, por un lado, a todas aquellas personas que se encontraban en circunstancias personales o grupales que les impedían integrarse en la sociedad en las mismas condiciones que un ciudadano medio o “normal”, y por otra, a las personas que no recibían ningún tipo de prestación por parte del Estado. Así, esta categoría hacía referencia a un grupo de ciudadanos marginados y desprotegidos.¹

A partir de la década de los setenta, el concepto de exclusión social se amplía y recoge un número mayor de categorías y sectores sociales, debido a las múltiples carencias asociadas al desempleo, y a las nuevas modalidades de trabajos precarios, esporádicos y con insuficiente remuneración.

En este sentido, Camarero² señala que el concepto de exclusión social se extiende en las dos últimas décadas para designar no sólo la marginalidad y desprotección de algunas personas respecto de los sistemas universales de seguridad y asistencia social del Estado, sino también a la falta o deterioro de vinculación e inserción social de

¹ Lenoir, René, *Les exclus, un français sur dix*, París, Du Seuil, 1974, p. 28.

² Camarero Santamaría, Jesús, *El déficit social neoliberal. Del Estado de bienestar a la sociedad de la exclusión*, Santander, Sal Térrea, 1998, p. 76.

otras muchas, debido en su mayor parte al desempleo o al empleo precario.

En varios informes de la Unión Europea se entiende a la exclusión social como un concepto dinámico y mucho más amplio que el concepto de pobreza, en el sentido de que no hace referencia exclusivamente a la escasez de ingresos. Se trata de un concepto más complejo por su carácter multidimensional, y porque sus consecuencias entrañan desigualdad social y, por ende, llevan consigo el riesgo de una sociedad fragmentada.

El cambio profundo de los procesos de producción en los mercados actuales cada vez más globalizados, el gran predominio de posturas políticas neoliberales que potencian la desregulación y la desprotección social, y una preocupante tendencia a la ruptura de los lazos sociales, son entre otras algunas de las circunstancias citadas por los teóricos de la exclusión social a la hora de explicar que esta problemática no es algo concreto y casual que va más allá de la pobreza y la desigualdad social, sino que se posiciona como la manifestación de los procesos de cambio actuales que conducen a una nueva sociedad de dualismos y estratificación social.³

Es a raíz de este desarrollo histórico del concepto de exclusión social que, en su significación originaria se refería a las condiciones de marginación y desprotección en las que vivían ciertas personas, pasa a adquirir una concepción más amplia como exclusión de la plena condición de ciudadana. Así nos encontramos frente a una crisis estructural que erosiona numerosos elementos del entramado social, y que pone en duda la propia aplicación práctica de la noción de ciudadanía social, tal como fue descrita por Marshall en 1964.⁴

Mientras el concepto de exclusión social se desarrollaba en Francia, primero expuesto por Pierre Massé y posteriormente por René Lenoir, en América Latina se debatía en torno al concepto de marginalidad. Si bien en términos temporales la discusión pudo coincidir, en términos contextuales la realidad, tanto de Francia como del resto de Europa, era totalmente distinta a lo que ocurría en el resto de

³ Tezanos, José Félix, *Tendencias en desigualdad y exclusión social*, Madrid, Sistema, 1999, p. 142.

⁴ Marshall, Thomas Humphrey, *Class, Citizenship and Social Development*, Nueva York, Doubleday and Company, 1964, p. 58.

América Latina. Es decir, los primeros vivían los años de prosperidad que se han denominado “los treinta gloriosos”, los cuales contaban con muy bajas tasas de desocupación, empleos estables, buenos salarios y la protección que brindaban los distintos Estados de bienestar, situación muy distinta a la que experimentaban los países latinoamericanos.

En las primeras décadas de la posguerra, los países desarrollados experimentaron no sólo un crecimiento económico espectacular, con muy bajas tasas de inflación, sino que alcanzaron sostenidamente niveles cercanos al pleno empleo, esto sin perjuicio de la persistencia de considerables desigualdades y de grandes bolsones de pobreza.

En este contexto, las políticas macroeconómicas asumían la responsabilidad por el problema de la ocupación, mientras que los riesgos inflacionarios eran generalmente controlados en el plano de la microeconomía, mediante acuerdos entre empresas y sindicatos.

Se consumaba así la llamada “sociedad salarial”, según Castel,⁵ en la que el empleo de tiempo completo y duración indeterminada, con protecciones legales y buenas remuneraciones, se convertía en el dispositivo clave de distribución del ingreso, lo que conformaba esa dimensión social de la ciudadanía expuesta por Marshall.⁶

Es por esto que el concepto de exclusión social tuvo una circulación limitada, debido justamente al carácter reducido del fenómeno en esta época de bonanza. Su reaparición exitosa se ubica en la década de los noventa, cuando cambiaron en la mayoría de los países europeos los datos positivos de la posguerra.

Cambios que se producen hacia finales del siglo XX, cuando la creciente precariedad de los puestos de trabajo había desgastado seriamente los cimientos mismos de la “sociedad salarial”, la inflación desplazaba al empleo como preocupación dominante de los gobiernos, avanzaban tanto la recesión económica como los procesos de automatización en la industria y en los servicios, y se generaba un aumento alarmante de la desocupación y de la subocupación.

En el marco del proceso descrito, el concepto de exclusión social ganó relevancia en la misma medida en que se profundizaron los

⁵ Castel, Robert, *Las metamorfosis de la cuestión social*, Buenos Aires, Paidós, 1997, p. 162.

⁶ Nun, José, *Marginalidad y exclusión social*, Buenos Aires, FCE, p. 83.

procesos de crisis y reestructuración económica por los que han atravesado las sociedades contemporáneas.

Así, en la actualidad, el número de personas que dependen del sistema para subsistir aumenta continuamente, se requieren procedimientos de inserción social por parte del Estado, no sólo para aquellos individuos que se sienten marginados y desprotegidos (los excluidos tradicionales), sino también para los nuevos excluidos, es decir, para aquellas personas invalidadas por las circunstancias.

II. EXCLUSIÓN SOCIAL Y EXCLUSIÓN EN SALUD

Si bien actualmente en la literatura sobre exclusión social se pueden encontrar diversos enfoques que tienen en cuenta distintas variables y factores económicos, culturales, políticos, personales, laborales, etcétera, todos ellos coinciden en el hecho de que la exclusión social es resultado de un proceso en el que intervienen diversas variables, y en el que pueden diferenciarse distintos momentos en el continuo *integración-exclusión social*.

Esta perspectiva trata a la vez de reflejar un proceso o situación a nivel del individuo, por ejemplo su marginalización, y un proceso o situación a nivel de la sociedad, por los efectos excluyentes o discriminatorios que pueden tener sus instituciones.

Por otra parte, más que elaborar sobre las manifestaciones de la pobreza o identificar grupos pobres, este concepto enfatiza los procesos que llevan a ella, su multidimensionalidad, así como a los agentes e instituciones asociados con estos procesos.

Minujin⁷ señala, en relación con el concepto de exclusión, que la vaguedad del mismo ha llevado a que su uso abarque situaciones muy disímiles, haciéndole perder su especificidad. Por ello, resulta importante acotarlo a las situaciones que implican una fuerte acumulación de desventajas. Es, en este sentido, que resulta especialmente útil la noción de vulnerabilidad, la cual permite reflejar una amplia

⁷ Minujin, Alberto, "Vulnerabilidad y exclusión en América Latina", en Bustelo, Eduardo y Minujin, Alberto (eds.), *Todos entran, propuesta para sociedades incluyentes*, Santillana-UNICEF, 1998, p. 12.

gama de situaciones intermedias, es decir, de exclusión en algunos aspectos o esferas e inclusión en otras.

Tanto la inclusión social como la exclusión se dirimen en diversas esferas de la vida política, económica, social y cultural. Situaciones de inclusión parcial en una u otra esfera implican riesgo y vulnerabilidad. El estar excluido en una esfera no implica necesariamente el estarlo en las otras. De manera más clara, se puede decir que, la falta de éxito no conduce necesariamente a la exclusión, pero ciertamente multiplica las posibilidades de caer en ella.

En este sentido, algunos autores (Fitoussi y Rosanvallon;⁸ Kessler y Golbert,⁹ por ejemplo) se refieren al proceso de “acumulación de desventajas”, “acumulación de fallas” o “acumulación de vulnerabilidades” que desembocan en la exclusión. Estas desventajas pueden constituir una suerte de marca inicial, como con las niñas y niños pertenecientes a hogares pobres, o irrumpir en cualquier momento de la vida, como les sucede a las familias de sectores medios que se ven arrastradas por causa del proceso económico hacia la pobreza.

En definitiva, la exclusión, de acuerdo con el análisis de Castel,¹⁰ es un fenómeno que no constituye un estado de cosas, sino un proceso. Este autor explica tales procesos de diferenciación social que están desvertebrando nuestras sociedades, mediante tres grados de cohesión social: a) la integración, b) la vulnerabilidad y c) la exclusión.

El nivel de integración donde los individuos participan en plenitud de la vida social queda claro, por lo que se hará mención a los dos últimos elementos que, según el autor, hacen a la cohesión social. La vulnerabilidad significa enfriamiento del vínculo social, y precede a su ruptura y se produce como conjunción de dos factores, la precariedad en el empleo (que incluso se hereda y se ha hecho en todo caso estructural al aparecer la alternancia, los contratos temporales, etcétera) y la fragilidad de los soportes relacionales, los propios de la familia, y el entorno familiar y cultural que ya no ofrecen la protec-

⁸ Fitoussi, J. P. y Rosanvallon, R., “Wage Distribution and Unemployment: the French Experience”, *American Economic Review (Papers and Proceedings)*, Nashville, Tennessee, vol. 84, núm. 2, mayo de 1996, pp. 59 y 60.

⁹ Kessler, G. y Golbert, L., “Latin America: Poverty as a Challenge for Government and Society”, en Oyen, E. et al. (ed.), *Poverty: A Global Review. Handbook on International Poverty Research*, Oslo, Scandinavian University Press, 1996, pp. 192 y 193.

¹⁰ Castel, Robert, *op. cit.*, nota 5, p. 167.

ción próxima, produciéndose así una desestructuración de los ciclos de vida normalmente secuenciales, al quedar amenazada ya no la integración por el trabajo, sino la inserción social al margen del trabajo. La exclusión es el ámbito de la marginalidad y la desafiliación, y es donde culmina el proceso, manifestándose en situaciones límite de marginalidad extrema, de aislamiento social y pobreza absoluta.¹¹

En este marco analítico, no sería correcto entonces plantear el problema de la exclusión (de acuerdo con el autor) sólo en las coordenadas sin trabajo-exclusión, como si se tratara de una relación directa, es decir que la exclusión pertenece a la categoría de fenómenos que deben ser reconocidos como sociales y globales.

A partir de lo expuesto, queda claro que la exclusión social es un fenómeno estructural¹² que se relaciona con los procesos sociales ocurridos en nuestra sociedad en las últimas décadas, y que excluye a ciertas personas y grupos de la posibilidad de ser considerados como ciudadanos de pleno derecho.

Pensando específicamente en el ámbito de la salud, este se constituye como una realidad sumamente compleja en la medida en que reúne elementos biológicos, económicos y socioculturales; por lo que debe ser entendido como un espacio donde se conjugan políticas (tanto a nivel macro como micro), creencias, tradiciones, tabúes y prácticas familiares.

Entonces se debe asumir la idea de que la salud es un reflejo de una amplia gama de situaciones en donde se combinan desigualdades sociales, carencias económicas, variantes culturales, uso del espacio geográfico y recursos disponibles (naturales y materiales), donde la población que vive en situaciones de exclusión no tiene acceso a las condiciones que le permiten cubrir sus necesidades básicas de salud, educación, vivienda, y otros aspectos fundamentales que le permitan tener una buena calidad de vida.

¹¹ *Ibidem*, p. 168.

¹² Debido a las nuevas formas de crecimiento económico y a los cambios demográficos, poblacionales, migratorios y del sistema de valores, es multidimensional (porque la exclusión tiene implicaciones en muchos ámbitos, trabajo, educación, salud, vivienda, acceso a los servicios, etcétera) y creciente (es un fenómeno dinámico porque los procesos sociales causales están en pleno desarrollo y no puede vislumbrarse una solución clara).

Si bien esto se concreta en una situación de desigualdad y en un obstáculo para el desarrollo económico y social del país, es menester mencionar que es difícil estimar la magnitud de este problema porque la exclusión, como se dijo antes, no es un estado preciso de fácil identificación, ya que adopta múltiples formas y deviene de diversas causas. Por lo que el estado salud-enfermedad de los grupos sociales es producto, entre otros, de los mismos factores que determinan la diferenciación entre esos grupos, es decir la desigualdad social.

Desde esta perspectiva, la salud-enfermedad se entiende como una dimensión de esta desigualdad donde se conjuga el efecto de otras dimensiones que pueden reconocerse en la distribución de ingresos, en las formas de participación en la producción, en las condiciones de vida, en el acceso diferencial a las oportunidades de progreso individual, en el grado y orientación de participación política, etcétera.

De forma más concreta, el concepto de exclusión de la protección social de la salud puede entenderse como la imposibilidad de un individuo de obtener por medio de uno o varios de los subsectores (seguridad social, público o privado) la garantía de acceso a la salud en una forma adecuada.¹³

Es claro que las vías a través de las cuales los individuos y los grupos sociales pueden quedar excluidos de la plena participación en la vida social y comunitaria incluyen la exclusión legal, la exclusión económica, la exclusión debida a la falta de provisión de bienes sociales, y la exclusión debida a la estigmatización y a la discriminación de hecho, aunque se debe ser consciente de que estas formas pueden existir de manera unívoca o darse como conjunto, asumiendo la forma de redes intrincadas de factores.

III. EXCLUSIÓN DE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

Desde una visión general, la protección social hace referencia a:

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 so-

¹³ OIT-OPS, "Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y El Caribe", Reunión Regional Tripartita de la OIT con la Colaboración de la OPS, México, D. F., 1999, pp. 123 y 124.

ciales, obteniendo acceso a los servicios en forma oportuna y de una manera adecuada a través de alguno(s) de los subsistemas existentes.¹⁴

En el caso particular de la salud, la protección social está relacionada con la demanda (problemas y riesgos) de salud y a la respuesta en términos de acceso, oportunidad y calidad.

La protección social tiene dos campos de acción que se distinguen de manera convencional en la investigación;¹⁵ por un lado la asistencia social, definida como beneficios en efectivo o en especie, que es financiada por el Estado, y que es mayormente provista sobre la base de un promedio general o el ingreso total específico.

Por otro lado, el seguro social, el cual se toma como la seguridad social que es financiada por contribuciones y basada en el principio de aseguramiento. La esencia del seguro es entendido como la eliminación del riesgo incierto de pérdida para el individuo y la familia, por la combinación de un amplio número de exposiciones similares individuales o colectivas dentro de un financiamiento común, que hace beneficioso la pérdida causada por cualquier otro miembro.¹⁶

Si bien las definiciones anteriores apuntan hacia objetivos diferentes o utilizan mecanismos distintos, se han complementado o articulado, básicamente, porque el enfoque de protección social contribuye, según Van Ginneken,¹⁷ al bienestar económico mediante:

1) El incremento de la seguridad, al ayudar a los hogares y comunidades a sostener sus medios de vida frente a los impactos económicos, políticos, ambientales, de salud y otros.

2) El fomento de la igualdad, a través de a) promover medios de vida que aseguren el incremento de igualdad de oportunidades, permitiendo a todos los hogares lograr educación básica para sus hijos, tanto como estándares de salud y nutrición necesarios para el desarrollo humano y b) elevar los niveles de consumo y medios de vida para los más pobres.

¹⁴ 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.

¹⁵ Norton, A. *et al.*, *Social Protection and Approches: Implications for Policy and Practice in International Development*, Londres, Overseas Development Institute, 2001, p. 203.

¹⁶ Ginneken, W. van, *Social Security for All Indians*, Nueva Delhi, Oxford University Press, 1999, p. 43.

¹⁷ *Ibidem*, p. 64.

3) La promoción del crecimiento, a través de a) asegurar que todos los hogares tengan los recursos para proveer un desarrollo humano básico que asegure una fuerza productiva especializada, b) reforzando los valores de solidaridad social y, por su medio, contribuir a la cohesión social necesaria para un desarrollo económico de largo plazo, y c) proveyendo un ambiente en el que los individuos y hogares sean capaces de adaptarse a los cambios de las estrategias en los medios de vida, sin temor de calamidad o de fracaso.

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 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 países.

De acuerdo con Dahrendorf:¹⁸

La cuestión social fundamental que se plantea en el umbral del nuevo milenio es ¿cómo puede generarse riqueza sostenible al mismo tiempo que se consigue cohesión social en el marco de una sociedad libre, sin sacrificar al mismo tiempo la solidaridad básica, la cohesión de nuestras sociedades y de las instituciones que constituyen la libertad?

Lo que implica en el campo de la salud “ampliar la protección en salud a las poblaciones no aseguradas, reducir las brechas de desigualdad entre los distintos esquemas existentes de protección en salud, propender hacia la seguridad social en salud con carácter universal e incorporar estas cuestiones en las agendas de reforma sectorial en salud”.¹⁹

Un factor que obstaculiza el entendimiento adecuado de la exclusión en salud en países como México, es que no existe claridad en cuanto al estado actual de la exclusión y a cuáles son las intervenciones que han demostrado ser más eficientes para combatirla, esto debido a la escasez de instrumentos metodológicos para caracterizar y medir el problema. Además, la segmentación (o existencia de subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, membresía y prestaciones, generalmente “especializados” en diversos segmentos de la población, por lo general, determinados por nivel de ingresos) y fragmentación (o existencia de muchas entidades no integradas en un subsistema) eleva los costos de transacción al interior del sistema y hace difícil garantizar condiciones equivalentes de atención para las personas afiliadas a los diversos subsistemas del Sistema de Salud, cuestión que agrava significativamente el problema porque dispersa recursos y esfuerzos de la sociedad.²⁰

¹⁸ Dahrendorf, Ralf, *En busca de un nuevo orden: una política de la libertad para el siglo XXI*, Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica, 2008, p. 12.

¹⁹ López Acuña, D., “La ampliación de la protección social en salud: retos y perspectivas”, Taller sobre Protección Social en Salud en AL-Washington, México, OPS-OMS, 2001, p. 99.

²⁰ *Ibidem*, p. 125.

IV. LA 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”.²¹

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.²²

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 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 eco-

²¹ 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.

²² *Ibidem*, p. 54.

nómico 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.

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”²³ 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.²⁴

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 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”.²⁵

²³ *Ibidem*, p. 67.

²⁴ *Ibidem*, p. 72.

²⁵ *Ibidem*, p. 77.

V. PRIMERAS APROXIMACIONES AL ESTUDIO DE LA EXCLUSIÓN EN SALUD EN MÉXICO A PARTIR DE LOS ASPECTOS LEGALES

Para hacer válido el derecho humano a la salud es necesario que el sistema de salud mexicano haga efectivos los postulados plasmados, tanto en tratados y convenios internacionales, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en las leyes y reglamentos que de las anteriores disposiciones emanen. En este sentido, la tutela del derecho a la salud en la legislación nacional como un derecho humano se desprende, en primer lugar, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así el artículo 1o. dispone: “En los Estados Unidos Mexicanos todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución, las cuales no podrán restringirse ni suspenderse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece”.

Es en el artículo 2o. donde se explicita que la nación mexicana es única e indivisible, y manifiesta que para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, dichas autoridades tienen la obligación de:

Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil.

Propiciar la incorporación de las mujeres indígenas al desarrollo, mediante el apoyo a los proyectos productivos, la protección de su salud, el otorgamiento de estímulos para favorecer su educación y su participación en la toma de decisiones relacionadas con la vida comunitaria.

Y luego en el artículo 4o., párrafo cuarto y quinto, se establece:

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.

Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.

Al contemplar el derecho a la salud en el capítulo de las Garantías individuales de la Constitución, este tiene que hacerse efectivo, y son entonces las leyes que emanen de la Constitución en materia de salud, las que deben encargarse de su observancia. Es de esta forma que al elevarla a rango de garantía individual, no debe escaparse del espectro del Estado vigilar su tutela, en donde ningún individuo en este país debería quedarse sin acceder a los servicios de salud.

De los trabajos señalados se desprende que el párrafo cuarto del artículo 4o. constitucional deja que sea la ley reglamentaria correspondiente la que defina “las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud”; esto significa que la ley habrá de dotar de contenido concreto al derecho, así como de los medios y mecanismos idóneos para exigir su satisfacción por parte del Estado.

En este sentido, la ley referida es la Ley General de Salud,²⁶ en cuyo artículo 2o. se establecieron como finalidades del derecho a la protección de la salud las siguientes:

El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana; la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud; el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población; el conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

²⁶ Ley General de Salud, nueva ley publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984, texto vigente, última reforma publicada *DOF* 17-04-2009, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios, Centro de Documentación, Información y Análisis.

Anteriormente se ha mencionado que la exclusión en salud es un fenómeno multicausal y complejo que presenta grandes variaciones entre países y al interior de los países, y cuyas causas se encuentran dentro y fuera del sector salud.

En este sentido, uno de los aspectos que es necesario estudiar con mayor profundidad es la relación entre la exclusión en salud y otros fenómenos sociales como la pobreza; la desigualdad entre grupos sociales; la discriminación racial; el desempleo, subempleo y empleo informal; la insuficiencia de la red de apoyo que otorga el Estado y el debilitamiento de la familia y de las redes de protección social de las comunidades. Pero también, y como quedó plasmado líneas arriba, 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 es un elemento determinante de la exclusión. El sistema de protección social de salud que aún predomina (los seguros sociales para los trabajadores concebida por Bismarck y el sistema de provisión de servicios sociales de carácter universal modelado por Beveridge) se construyó 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.

Tanto en América Latina en general, como en el caso de México en particular, el ejercicio de estos derechos se encuentra limitado por características étnicas, de género, de lenguaje y de costumbres, “activos culturales”²⁷ que son valorizados de acuerdo con una jerarquía social históricamente construida. Así, los activos culturales proporcionan a las personas prestigio o estigma social, y esto conduce a fenómenos de discriminación. Esta valoración desigual de los activos culturales implica la existencia de grupos con distinta posición social en la sociedad.

También, como quedó de manifiesto, en los sistemas de protección de salud se refleja la existencia de un fenómeno de segmentación, es decir la coexistencia de subsistemas con distintos arreglos de financia-

²⁷ Figueroa, Adolfo, “La exclusión social como una teoría de la distribución”, en Gacitúa, Sojo y Davis, *Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y El Caribe*, Banco Mundial-Flacso, 2000, p. 215.

miento, membresía y prestaciones, especializados en diversos segmentos de la población, generalmente determinados por su nivel de ingresos o por su posición social.

En conclusión, la medición de la exclusión en salud se vuelve un proceso complejo por diversas razones, pero la principal dificultad en medir la exclusión en salud radica en tres aspectos propios de la naturaleza de este fenómeno, a saber:

1) Es un fenómeno multicausal, es decir, existen múltiples fuentes de generación de exclusión (pobreza, discriminación étnico-cultural y restricciones en la oferta de servicios, entre otros) que interactúan entre ellas, produciendo diferentes niveles o intensidades de exclusión en la población de un país. Por ejemplo, el grado de exclusión de una persona pobre sin seguro de salud que habita en una zona urbana será distinto al de una persona con similares condiciones económicas que reside en una zona rural, y que es de origen indígena.

2) Es un fenómeno heterogéneo y geográfico, es decir tiende afectar de manera diferenciada a los individuos u hogares tanto a un nivel intra como interregional. Así, para los individuos pertenecientes a determinado ámbito del país, el problema de la exclusión puede estar vinculado a problemas de barreras de acceso económico, mientras que para los de otro ámbito, la principal fuente de exclusión podría provenir de limitaciones en la oferta de servicios de salud. Por su parte, la heterogeneidad se refiere a la existencia de diferencias importantes en la situación de exclusión en salud al interior del país. De este modo, se pueden observar grupos de población totalmente excluidos de las atenciones que entrega el sistema en su conjunto, y más frecuentemente, grupos de población que cuentan con acceso parcial a ciertos servicios de salud en ciertos periodos de tiempo, pero no tienen acceso a otras atenciones de salud que demandan y/o necesitan.

3) Por último, es un fenómeno dinámico, es decir afecta a la población de manera variable en el tiempo, requiriéndose revisiones continuas de los sistemas estadísticos de clasificación de la población, según su condición de acceso a los sistemas de salud y de mediciones sucesivas en el tiempo. Así, existen individuos u hogares no pobres, sin seguro o con cobertura parcial, que bajo ciertas condiciones estables pueden tener acceso a los servicios de salud o no ser clasificados

como excluidos, pero ante eventos inesperados (enfermedades catastróficas, desempleo, etcétera) podrían revertir su situación inicial, con el riesgo de que estos cambios no se reflejen en la información disponible acerca de la situación de exclusión.

Además de lo expuesto, otro aspecto que dificulta la medición de la exclusión en salud es que, dado que la exclusión no se encuentra incorporada como categoría en el análisis habitual que se realiza en el sector salud, en general no se disponen de instrumentos específicos para medirla. En este sentido, los indicadores utilizados tradicionalmente para analizar la situación de salud están orientados a medir lo que ocurre con las personas que acceden al sistema de salud y no permiten conocer la realidad de aquellos que se quedan fuera del sistema, entonces la generación de indicadores para medir la exclusión en salud se convierte en un desafío importante tanto para los investigadores como para los responsables de la elaboración e implementación de las políticas públicas.

VI. ALCANCES Y NIVELES DE LA EXCLUSIÓN EN SALUD EN MÉXICO

A partir de la información existente, se puede hacer el ejercicio de identificar los alcances y niveles de la exclusión en salud, esto en términos de la cantidad de población afectada en cada una de las variables que se entienden como importantes en el análisis del tema que aquí nos ocupa.

En este marco, y asumiendo tanto las limitaciones de información como aquellas relacionadas con cuestiones metodológicas, se presentan algunos datos que, tomando los tres enfoques teóricos manejados en la literatura (cobertura, accesibilidad, estructura y procesos), son desagregados para fines de presentación, pero los cuales no dejan de ser complementarios, y a su vez contribuyen a tener presente la multidimensionalidad del fenómeno.

La primera dimensión del análisis responde a la exclusión de la cobertura en salud, es por demás preocupante que en México 48.5% de la población a nivel nacional, de acuerdo a lo reportado por la

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut, 2006),²⁸ no tenga ningún tipo de protección por parte de instituciones o programas de seguridad social, lo cual sigue siendo un porcentaje muy alto a pesar de que se ha observado una disminución con respecto al porcentaje reportado por la Ensa II²⁹ (59.5%) y por la Ensa 2000³⁰ (58.9%). El IMSS está entre las instituciones con mayor porcentaje de aseguramiento, con 27.6% del total de la población, mientras que 5.2% de la población está asegurada por el ISSSTE, y sólo 0.7% tiene seguro médico pagado por ellos mismos.

Por su parte, los resultados del Censo del 2000 son similares para el ISSSTE, mientras que para el IMSS se observa una disminución porcentual de cerca de 5 puntos, en este sentido la cobertura reportada para el Censo fueron: IMSS, 32.3%; ISSSTE, 5.9%; otras instituciones de seguridad social, que incluyen Pemex, Sedena y Semar, 3.7%; privadas y otras, 2.7%.

La segunda dimensión se refiere a la existencia de barreras de tipo financiero, geográfico, laboral y cultural. En el caso de la accesibilidad financiera, es posible indicar que la población que vive por debajo del umbral de pobreza, casi 45 millones de personas, seguramente no puede acceder a diferentes niveles de los servicios de salud. En relación con las barreras geográficas, se observó una estrecha vinculación entre la inaccesibilidad geográfica y la proporción de población rural residente en el país.

La tercera dimensión de análisis ha utilizado variables relacionadas con estructuras y procesos, de acuerdo con los datos presentados, se podría pensar que es la que más se aproxima a la realidad; así, basándose en el hecho de que 6% de los partos no han tenido asistencia de personal capacitado, se ha estimado que aproximadamente 6.2 millones de personas están excluidas del acceso a la salud.

Ahora, utilizando la tasa de vacunación de los niños de menos de un año, se llega a una estimación cercana a los 6 millones de personas excluidas. Por otra parte, se ha estimado que poco más de 13

²⁸ *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*, México, Secretaría de Salud-Instituto Nacional de Salud Pública, 2007.

²⁹ *Encuesta Nacional de Salud II*, México, Secretaría de Salud, 1995.

³⁰ *Encuesta Nacional de Salud 2000*, México, Secretaría de Salud-Instituto Nacional de Salud Pública, 2003.

millones de personas no disponen de acceso a agua potable y/o alcantarillado.

Cabe mencionar, que independientemente del método de análisis utilizado, la amplitud de la exclusión de la protección en salud es considerable, y los resultados sugieren y obligan a un esfuerzo urgente de los principales actores nacionales, no sólo para medir y entender este proceso, sino para dar soluciones acordes con la realidad del país.

De acuerdo a las características de los grupos con y sin acceso a los servicios de salud, diversos autores coinciden en señalar que el perfil de los excluidos está dado por una serie de factores vinculados con la edad, género, etnia, lugar de residencia, inserción laboral y nivel de ingresos. En este sentido, Lustig y Deutsch,³¹ por ejemplo, observan que a pesar de las diferencias entre países y al interior de ciertos países, existen rasgos generales que permiten delimitar un perfil de la población propensa a ser pobre: jefe/a de familia con nivel de educación bajo o nulo y/o inserto en el sector informal, en actividades primarias o sin empleo, grupos familiares extensos con alta tasa de dependencia, grupos autóctonos, con mayor incidencia en familias rurales y más numerosos en grupos urbanos marginales.

Si bien de manera general y de acuerdo con los datos existentes, varios son los grupos sujetos a la exclusión o que se ven más expuestos a vivir este proceso: los pobres, los ancianos, las mujeres y niños, los grupos étnicos, los trabajadores informales, los desempleados y los subempleados, así como la población rural, es importante señalar que las distintas características de estos grupos muchas veces se superponen (por ejemplo, un adulto mayor, pobre e indígena).

Pero también es de resaltar que el peso relativo que adquiere cada grupo en los distintos ámbitos es diferente, así la inaccesibilidad por razones financieras o vinculadas con la pobreza son más importantes en ciertas regiones o localidades del país, existiendo diferencias importantes a lo largo de la geografía del país.

En cuanto al empleo, la cantidad de población vinculada al sector informal y aquellos que experimentan la flexibilización de los merca-

³¹ Lustig, N. y Deutsch, R., *El Banco Interamericano de Desarrollo y la Reducción de la Pobreza: Visión General*, Washington, 1998, p. 45.

dos laborales, son los que se identifican como los grupos más expuestos al riesgo de exclusión. Por su parte, la precariedad y la mala calidad de los empleos en el sector formal contribuyen igualmente a que una parte de la población no pueda protegerse contra los riesgos de enfermedad de manera adecuada, la ausencia del seguro de desempleo en casi todo el territorio nacional, agrava esta situación.

Finalmente, los factores de exclusión como la pobreza, el empleo en el sector informal o la pertenencia a un grupo indígena, tienen una incidencia más fuerte en el medio rural. En este último, las poblaciones suelen sufrir de un déficit de oferta de servicios de salud, y por consiguiente, de inaccesibilidad geográfica.

VII. REFLEXIONES FINALES

La protección de la salud es un mecanismo por el cual el Estado debe garantizar el acceso efectivo, oportuno y de calidad a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, sin desembolso al momento de utilizarlos, sin discriminación y que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberían contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.

Además, y como forma de lograr la cobertura de aquellos que por motivos “legales” no tienen derecho a servicios de salud, la reglamentación dice que los beneficiarios del Seguro Popular de Salud son familias mexicanas que no cuentan con los beneficios de la seguridad social en materia de salud y han satisfecho los criterios de afiliación. Así, como criterio de selección de las familias de beneficiarios, se toma en cuenta: residir en las regiones de cobertura del Seguro Popular de Salud, no ser derechohabiente de la seguridad social, optar

voluntariamente por afiliarse y cubrir la cuota de afiliación correspondiente.

Dicho lo anterior, y remitiendo el análisis al 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 de 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.

Por eso es de gran importancia introducir el tema de la exclusión en trabajos de este tipo, la importancia radica en que esta aproximación permite describir y analizar la complejidad intrínseca que lo compone, por lo que 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 del país.

Se recordará que en las páginas que dan inicio a este trabajo se retomaba lo dicho por Dahrendorf,³² en relación a que:

La cuestión social fundamental que se plantea en el umbral del nuevo milenio es ¿cómo puede generarse riqueza sostenible, al mismo tiempo que se consigue cohesión social en el marco de una sociedad libre, sin sacrificar al mismo tiempo la solidaridad básica, la cohesión de nuestras sociedades y de las instituciones que constituyen la libertad?

Lo que implica en el campo de la salud, de acuerdo con López Acuña,³³ ampliar la protección de la salud a las poblaciones no aseguradas, reducir las brechas de desigualdad entre los distintos esquemas existentes de protección en salud, propender hacia la seguridad social en salud con carácter universal, incorporar estas cuestiones en las agendas de reforma sectorial en salud.

Si bien es cierto que toda la población debe contar con un seguro de salud para que llegado el momento de utilizarlo se cuente con toda la cobertura, en México la realidad no es ésa, la mayor parte del

³² Dahrendorf, *op. cit.*, nota 18, p. 89.

³³ López Acuña, *op. cit.*, nota 19, p. 141.

gasto en salud proviene del gasto de bolsillo, fenómeno que se ha denominado “problema de aseguramiento”, por lo que la reforma debería plantearse en términos de cómo dar cobertura a toda la población, incluyendo a los trabajadores independientes, a los no asalariados y a los que participan en el sector informal.

A pesar de las reformas emprendidas en el sistema de salud durante los últimos años, en la actualidad un porcentaje importante de los habitantes del país se encuentran excluidos de los mecanismos de protección social frente al riesgo de enfermar o de las consecuencias de estar enfermos. Sin embargo, la falta de protección en salud no suele encontrarse en la lista de temas prioritarios de la agenda nacional de la política social ni de la agenda de salud, por lo que las reformas sectoriales de salud no se han concentrado en este campo más que de manera indirecta y fragmentaria.

Es, por lo dicho, que la protección de la salud debe entenderse como la garantía que la sociedad otorga por conducto de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo; en este sentido, aquellos grupos de la sociedad que no pueden hacer uso de esta garantía constituyen los excluidos en salud o por lo menos una parte de ellos.

Es decir, que la protección social debe asumirse como la garantía por parte del Estado de un derecho exigible por parte de los ciudadanos, y no como una función de tipo asistencial, que podría ser administrada con criterios discrecionales.

Los derechos económicos, sociales y culturales son derechos humanos de la misma esencia e importancia que los derechos civiles y políticos. Ambos están contenidos en pactos internacionales vinculados a la Declaración Universal de Derechos Humanos.³⁴

A pesar de lo anterior, hay modalidades de protección social no estrictamente ligadas a la ciudadanía, realidad que obliga a enfocar la mirada hacia esquemas o alternativas derivados de iniciativas fami-

³⁴ Artigas, Carmen, *Una mirada a la protección social desde los derechos humanos y otros contextos internacionales*, Santiago de Chile, CEPAL, 2001, p. 42.

liares o comunitarias que alcanzan en la mayoría de las veces a los más pobres, grupo poblacional no cubierto por el Estado o el sector privado.

Es por esto que sostener un enfoque de derechos humanos de la protección social basado en la ciudadanía puede proporcionar naturalmente mayor seguridad que uno que se apoye solamente en sistemas informales. No obstante, basar las estrategias exclusivamente en la ciudadanía podría ser restrictivo, salvo que se utilice un enfoque de derechos humanos. El enfoque de derechos humanos garantiza la universalidad y se aplica a todos, incluso a los no ciudadanos, como los refugiados, migrantes u otras minorías a las que se les puedan negar derechos de ciudadanía.

Lo anterior, de acuerdo con Artigas,³⁵ es importante con miras a:

Asegurar que la igualdad de ciudadanía sea extendida formalmente (de jure) en la Constitución a todos los que se deberían beneficiar de ella y que todos se beneficien por igual de su protección; asegurar que todos los ciudadanos (de facto) se beneficien de los privilegios asociados con la ciudadanía (por ejemplo, acciones tendientes a asegurar que todos dispongan de los documentos requeridos para acceder a los beneficios o que se dispongan medidas antidiscriminatorias), y asegurar un nivel mínimo de protección para todas las personas en un territorio, más allá de la ciudadanía, en línea con las obligaciones internacionales de respeto de los derechos de los no ciudadanos.

La elaboración de políticas públicas con esta perspectiva debe partir, no de personas con necesidades que deben ser asistidas, sino de sujetos con derecho a demandar de otros determinadas prestaciones y conductas. Así, la relación del Estado con el receptor de las políticas públicas se transforma y pasa a reconocer a las personas como titulares de derechos, y ponen al Estado como el principal agente obligado a respetar, proteger, promover y garantizar esos derechos.³⁶

A pesar de que el bienestar es un compromiso constitucional y programático del régimen emanado de la Revolución mexicana de 1917, y de que todas las fuerzas políticas del país han coincidido en

³⁵ *Ibidem*, p. 33.

³⁶ CEPAL, *Panorama social de América Latina 2006*, Santiago de Chile, 2006, p. 13.

la necesidad de un sistema económico productivo capaz de proporcionar empleo, educación y salud a toda la población, no se ha podido construir un modelo económico estable competente en la lucha contra la pobreza, en la extensión de la igualdad de oportunidades y en generar un mínimo de bienestar para todos los habitantes.

Como se decía antes en este trabajo, de la complejidad de los procesos de exclusión social, resulta que en ellos están involucrados diversos fenómenos de carácter económico, social, político y cultural, que se encuentran relacionados entre sí de formas muy distintas. Las profundas y extremas desigualdades sociales conducen a la exclusión cuando generan estructuras y condiciones de competencia en las que amplios sectores de la población, por razones de su formación, o debido al lugar en el que habitan entre otros, no pueden tomar parte. Así, se impide el acceso a la satisfacción de necesidades básicas como la alimentación y la atención a la salud de vastos sectores de la población.

En el marco de esta estructura de desigualdad excluyente, el modelo económico puesto en marcha a raíz del agotamiento del modelo de sustitución de importaciones, trajo consigo procesos adicionales de exclusión de personas y sectores antes incluidos, sobre todo los obreros industriales y los campesinos dedicados a cultivos para el mercado interno.³⁷ Así, el nuevo modelo de apertura y liberalización económica carece de capacidad para crear la cantidad de empleos requerida por el crecimiento de la población, y dados el cambio tecnológico y los requerimientos de competitividad en el mercado internacional, ha implicado el despido de mano de obra y la caída de los salarios reales.

En este contexto, y al mismo tiempo que parece cobrar fuerza, como principio universalmente aceptado, el imperativo de luchar por eliminar el daño a las necesidades básicas que ofende el consenso jurídico común y el daño que significa la violación de los derechos humanos, no cesan de acrecentarse las modalidades de exclusión, empezando por la de dejar fuera del mundo globalizado a todos aquellos que no son funcionales al modelo.

³⁷ Gordon, Sara, *Pobreza y patrones de exclusión social en México*, México, Organización Internacional del Trabajo-Instituto Internacional de Estudios Laborales, 1997, p. 61.

El planteo entonces debería ser, cómo la categoría de ciudadanía ha de transformarse si se quiere que sirva realmente como herramienta eficaz para luchar contra la exclusión social. Entonces, el énfasis debe estar dado en entender que el primero de los derechos humanos es, según H. Arendt,³⁸ “el derecho a tener derechos, es decir, el reconocimiento como persona, como miembro de la comunidad jurídica y política”.

Es justamente ahí por donde pasa el alcance de la tesis de la universalidad de los derechos humanos, el que todos los seres humanos sean reconocidos como sujetos, y eso no porque se universalice un modelo homogéneo, sino porque es precisamente por su carácter insustituible desde donde introduce su diferencia. Esto es efectivamente, el derecho a la inclusión.

Todo lo expuesto permite cerrar entonces con lo que se postulaba al inicio de este documento y que tiene que ver con la idea de que la exclusión social es un fenómeno estructural, multidimensional y creciente, que se relaciona con los procesos sociales ocurridos en nuestra sociedad en las últimas décadas, el cual excluye a ciertas personas y grupos de la posibilidad de ser considerados como ciudadanos de pleno derecho.

Como señala Sami Naïr,³⁹ “vivimos una revolución social más profunda que todas las revoluciones políticas experimentadas en la modernidad: una revolución que afecta a la identidad social, al vínculo social mismo”. En efecto, si nos dirigimos hacia una nueva definición del vínculo social, es porque sus dos parámetros, la relación de trabajo y la de ciudadanía (quizá habría que añadir la construcción del lazo social primario: la familia), han cambiado, y es concretamente en los elementos vinculados al trabajo (la precariedad, la movilidad, la vulnerabilidad) como una forma de describir los rasgos básicos del vínculo social, en lo que todos coinciden.

³⁸ Arendt, Hannah, *Entre el pasado y el futuro. Ocho ejercicios sobre la reflexión política*, trad. de Ana Poljak, Barcelona, Ediciones Península, 2003, p. 9.

³⁹ Naïr, Sami, *Los vínculos sociales en tiempos de globalización*, Valencia, Universidad de Valencia, Cuadernos de Trabajo de la Cátedra “Cañada Blanch” de Pensamiento Contemporáneo, núm. 2, 1999, p. 80.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- ADAME GODDARD, Jorge, "Naturaleza, personas y derechos humanos", México, UNAM-Corte de Constitucionalidad de Guatemala, 1996.
- ARENDT, Hannah, *Entre el pasado y el futuro. Ocho ejercicios sobre la reflexión política*, trad. de Ana Poljak, Barcelona, Ediciones Península, 2003.
- ARTIGAS, Carmen, *Una mirada a la protección social desde los derechos humanos y otros contextos internacionales*, Santiago de Chile, CEPAL, 2001.
- BIDART CAMPOS, Germán, *Teoría general de los derechos humanos*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 1989.
- CAMARERO SANTAMARÍA, Jesús, *El déficit social neoliberal. Del Estado de bienestar a la sociedad de la exclusión*, Santander, Sal Terrae, 1998.
- CASTEL, Robert, *Las metamorfosis de la cuestión social*, Buenos Aires, Paidós, 1997.
- CEPAL, *Panorama social de América Latina 2006*, Santiago de Chile, 2006.
- 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.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 119a. ed., México, Porrúa, 1997.
- DAHRENDORF, Ralf, *En busca de un nuevo orden: una política de la libertad para el siglo XXI*, Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica, 2008.
- Encuesta Nacional de Salud 2000*, México, Secretaría de Salud-Instituto Nacional de Salud Pública, 2003.
- Encuesta Nacional de Salud II*, México, Secretaría de Salud, 1995.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*, México, Secretaría de Salud-Instituto Nacional de Salud Pública, 2007.
- FIGUEROA, Adolfo, "La exclusión social como una teoría de la distribución", en Gacitúa, Sojo y Davis, *Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y El Caribe*, Banco Mundial-Flacso, 2000.
- FITOUSSI, J. P. y ROSANVALLON, R., "Wage Distribution and Unemployment: the French Experience", *American Economic Review (Papers*

- and Proceedings*), Nashville, Tennessee, vol. 84, núm. 2, mayo de 1996.
- GINNEKEN, W. van, *Social Security for all Indians*, Nueva Delhi, Oxford University Press, 1999.
- GORDON, Sara, *Pobreza y patrones de exclusión social en México*, México, Organización Internacional del Trabajo-Instituto Internacional de Estudios Laborales, 1997.
- HERNÁNDEZ LAOS, E., *Crecimiento económico y pobreza en México. Una agenda para la investigación*, México, UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Humanidades, 1992.
- KESSLER, G. y GOLBERT, L., "Latin America: Poverty as a Challenge for Government and Society", en OYEN, E. *et al.* (ed.), *Poverty: A Global Review. Handbook on International Poverty Research*, Oslo, Scandinavian University Press, 1996.
- LENOIR, René, *Les exclus, un français sur dix*, París, Du Seuil, 1974.
- Ley General de Salud, nueva ley publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984, texto vigente, última reforma publicada DOF 17-04-2009, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios, Centro de Documentación, Información y Análisis.
- LÓPEZ ACUÑA, D., "La ampliación de la protección social en salud: retos y perspectivas", Taller sobre Protección Social en Salud en AL-Washington, México, OPS-OMS, 2001.
- LUSTIG, N. y DEUTSCH, R., *El Banco Interamericano de Desarrollo y la Reducción de la Pobreza: Visión General*, Washington, 1998.
- MARSHALL, Thomas Humphrey, *Class, Citizenship and Social Development*, Nueva York, Doubleday and Company, 1964.
- MINUJIN, Alberto, "Vulnerabilidad y exclusión en América Latina", en BUSTELO, Eduardo y MUNIJIN, Alberto (eds.), *Todos entran, propuesta para sociedades incluyentes*, Santillana-UNICEF, 1998.
- NAIR, Sami, *Los vínculos sociales en tiempos de globalización*, Valencia, Universidad de Valencia, Cuadernos de Trabajo de la Cátedra "Cañada Blanch" de Pensamiento Contemporáneo, núm. 2, 1999.
- NORTON, A. *et al.*, *Social Protection and Approches: Implications for Policy and Practice in International Development*, Londres, Overseas Development Institute, 2001.
- NUN, José, *Marginalidad y exclusión social*, Buenos Aires, FCE, 2001.

OIT-OPS, “Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y El Caribe”, Reunión Regional Tripartita de la OIT con la Colaboración de la OPS, México, D. F., 1999.

———, “Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y El Caribe”, Santiago de Chile, OIT-OPS, 2000.

RITZER, G., *The McDonalization Thesis: Explorations and Extensions*, Londres, Sage, 1997.

TEZANOS, José Félix, *Tendencias en desigualdad y exclusión social*, Madrid, Sistema, 1999.