

Políticas sociales en salud y redes de apoyo para menores trabajadores

Amparo Tapia Curiel,
Julio A. Terrones,
Elba K. Vázquez
Laura Báez,
Aída A. Rodríguez Carlos
Universidad de Guadalajara

Introducción

Últimamente en México ha sido tema de controversia y debate la democracia y sus alcances, y cómo las instituciones deben de adecuarse o cambiar ante las nuevas exigencias que el Estado y la sociedad han presentado. Las políticas económicas y sociales cada vez se ven y se estudian con mayor atención, y diversos sectores de la sociedad ya levantan la mano para mostrar agrado o descontento ante éstas.

Sin embargo, con buenas intenciones no basta. El Estado no ha logrado encaminar sus acciones hacia destinos en los cuales la justicia y la igualdad permitan acabar con la marginación y la exclusión. Todo lo contrario, la conducta del Estado está más orientada a satisfacer las condiciones que el libre mercado requiere.

No debe extrañarnos que las políticas económicas cada vez más repercutan en las políticas sociales, a tal grado que, año con año, se ven reducidos los gastos destinados a salud, educación y combate a la pobreza.

Estos recortes o ajustes al gasto público obedecen, generalmente, a que las organizaciones monetarias internacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI) o el Banco Mundial imponen políticas económicas globalizadoras para el financiamiento de créditos o proyectos en pro de la sustentabilidad de cierto país, como

es el caso de México. Estas organizaciones hacen recomendaciones como que se eliminen los subsidios que dan los gobiernos a los servicios públicos, como la energía o el agua, o los que se les da al campo, al sector salud, al educativo, etc., o que la ayuda que se le brinda a los sectores económicos más pobres se haga de una manera estratificada y mensurable.

No es de extrañarnos que estas políticas hayan provocado una polarización entre "pobres" y "ricos", que día con día sigue haciéndose más amplia.

De tal manera, las políticas de desarrollo social no han sabido hacerle frente a este problema y por consecuencia, para la gente con menos recursos es más difícil enfrentar los embates de la propia vida.

Una de las formas mediante la cual algunas familias han hecho frente a la pobreza, ante tal ambiente de soledad, es hacer que salgan a buscar sustento económico aquellos miembros que generalmente no lo hacían, como son las madres, los niños y niñas. Esto repercute considerablemente en su bienestar e integridad física y psicológica, pues tanto las madres como los hijos encuentran sus lugares de trabajo en condiciones de total desprotección y riesgo, como lo es la calle.¹

Sin embargo, estas familias han sabido encontrar alternativas que les permiten contar con la protección que ni el Estado ni la sociedad están dispuestos a brindarles, sobre todo cuando se trata de aspectos como la seguridad social.

El objetivo de este documento es hacer una revisión de las políticas sociales en salud desde el período posrevolucionario hasta la actualidad; cómo se ha ido conformando el Sistema Nacional de Salud (SNS), así como sus alcances y cobertura, y cómo las nuevas políticas económicas han jugado un papel importante en la consolidación de las políticas sociales actuales.

Asimismo, se presentan algunas experiencias que hemos observado en nuestro quehacer de investigación con menores que trabajan, del cómo los menores de y en la calle son capaces de proveer la protección a la salud, con base en la conformación de grupos que les permiten crear estrategias de sobrevivencia alternas al sistema establecido.

1. Amparo Tapia *et al.*, "El cuadro sociopatológico del niño trabajador", *Revista Universidad de Guadalajara*, Guadalajara, núm. 1, octubre-noviembre de 1995.

Políticas sociales y protección social en México

La protección social es definida como:

El deseo universal de todos los seres humanos por una vida mejor, comprendiendo la liberación de la miseria, la conservación de la salud y la garantía de la educación y de condiciones decorosas de vida, principalmente el trabajo adecuado y seguro.²

Al respecto, Huerta Maldonado dice:

Como doctrina (la protección social) es el derecho universal a goce solidario de los bienes materiales y culturales que confieren dignidad a la vida del hombre. Como técnica es el conjunto de medios que adopta la sociedad, el Estado, como parte de la política social, para garantizar el pleno ejercicio de ese derecho, fórmula básica de la justicia social.³

Es así cómo la mayoría de los países, entre ellos México, deben de orientar sus políticas sociales hacia las garantías de estos derechos. Laurell afirma que las políticas sociales son un conjunto de medidas e instituciones que tienen por objeto el bienestar y los servicios sociales.⁴

Sin embargo, depende en gran parte del Estado y de los intereses del mercado, dar o no prioridad a determinados beneficios en pro de la sociedad, esto en relación con el momento histórico o social, por ejemplo: prioridad a la industria o a la manufactura, a la salud o a la educación, etcétera.

Revisemos un poco la historia del sistema de salud en México, y veremos cómo con el paso del tiempo las políticas han ido cambiando a raíz de los acontecimientos sociales.⁵

En la época de la posrevolución, el Consejo Superior de Salubridad (css) era insuficiente para la creciente población y las promesas de la revolución tenían que ser cumplidas. Así nació el Departamento de Salubridad apoyado por el css. Hasta 1929 éste fue el principal marco de política en salud.

En la administración del presidente Lázaro Cárdenas (1934-1940) se continuó con las mismas líneas políticas de salud, aunque se privilegió un nuevo modelo: la co-gestión de servicios de salud entre gobierno, banca de desarrollo ejidal y los campesinos. Se vislumbran por

2. José Rogelio Álvarez (dir.), *Enciclopedia de México*, T. XII, México: Enciclopedia de México, 1993.

3. *Idem*.

4. Cfr. A. Laurell (comp.), "Avanzar al pasado: la política del neoliberalismo", *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*, Fundación Friedrich Ebert, Representación en México, 1992, pp. 125-148.

5. Los siguientes datos históricos fueron tomados de: Gobierno de la República, "Programa de Reforma del Sector Salud, 1995-2001", *Salud Pública*, Antología, Guadalajara: Departamento de Salud Pública-cucs Universidad de Guadalajara, 2000.

primera vez los servicios de salud por pago anticipado. El Departamento de Salubridad se dedica a la atención preventiva y curativa.

La formación de médicos orientados a garantizar la atención al medio rural fue estratégica, pero poco atractiva para los mismos. De esta manera, en 1936 se creó el Servicio Social Universitario.

Etapas posteriores han sido caracterizadas por la industrialización, la urbanización, la alfabetización y el desarrollo de una amplia clase media. En 1943 se establecen el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), actual Secretaría de Salud.

El IMSS se adecuaba a los requerimientos de México, dada la escasa oferta de servicios privados y la convicción de la capacidad gubernamental para prestar servicios médicos integrales y dirigidos estratégicamente en apoyo del crecimiento económico.

La misión asistencial de la SSA se amplió, cubriendo a la población que quedó al margen de la seguridad social, incluida la mayor parte de los campesinos. También se haría cargo de campañas al combate de epidemias.

Sin embargo, la separación de los servicios para la población abierta le confirió a cada institución normas y presupuestos diferentes.

Dieciséis años después, en 1959, es creado el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE), que consolidó el sistema de pensiones y prestaciones de los burócratas federales. A la par, se incrementó la prestación de servicios de salud fuera del IMSS, a través de Petróleos Mexicanos, Ferrocarriles Nacionales, Comisión Federal de Electricidad, e Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas de México.

Por otra parte, la aceleración del proceso de urbanización posibilitó una mayor capacidad de pago de ciertos sectores de la población, lo que permitió la contratación de médicos privados. Los servicios de la medicina privada se vieron beneficiados también, aunque en menor medida, por la insatisfacción de los asegurados y por la población abierta que carecía de seguridad social.

A partir de 1973, se agudizaron los reclamos de justicia social de amplios grupos campesinos, y el IMSS tuvo que romper con el modelo de oferta exclusiva por orden del Ejecutivo Federal, legislando y extendiendo la entrega solidaria de recursos a la población sin capacidad de cotización.

Es así como el modelo de salud en México surgió de manera causal, segmentada y acumulativa. Actualmente el SNS coexiste con un pequeño mercado privado de aseguramiento, para el cual no existe una regulación clara y eficaz.

Protección social en salud

La protección social en salud debe de ser una prioridad en la "lista de encargos" de cualquier gobierno. ¿por qué?, porque la salud es un derecho fundamental en el desarrollo y bienestar de cualquier ser humano sin importar sexo, raza o *status* económico.

Boltvinik habla de las necesidades esenciales y de cómo están condicionadas en cierta medida al momento histórico social, y cómo la fuerza obrera ha estructurado el modo de vida al que toda población aspira.⁶ Así, nos damos cuenta de que cada vez se hace más importante la discusión entre el alcance de la protección social en salud y las necesidades esenciales a las que toda fuerza productiva aspira.

Maslow señalaba, asimismo, que deben de cumplirse ciertas necesidades para poder lograr un desarrollo personal. La salud de la persona debe estar presente en cualquier actividad que desempeñe, ya que sería imposible cumplir con una actividad si se sufre de alguna enfermedad.⁷

Rosenberg y Anderson exponían que la protección social en salud, consiste en proveerle a la población acceso a la protección y al cuidado de su salud a través de la asignación de recursos de distintos orígenes; que la protección social en salud no ha sido efectiva y ha creado un fenómeno de exclusión; que aunque la exclusión y la pobreza están asociadas, no deben de ser sinónimos ya que hay personas pobres que cuentan con el servicio, y gente que no es pobre que no tiene acceso a éste.⁸

6. J. Boltvinik, "Satisfacción desigual de las necesidades esenciales de México", R. Cordera y C. Tello (coords.), *La desigualdad en México*, México: Siglo XXI, 1998.

7. A. Maslow, *Motivación y personalidad*, España: Ed. Díaz de Santos, 1970.

8. H. Rosenberg y B. Anderson, "Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe", *Revista Pan Am Salud pública/Pan Am J Public Health*, 8 (1/2), 2000.

En la Reunión Regional Tripartita de la Organización Internacional del Trabajo (oit) en conjunto con la Organización Panamericana de Salud (ops), celebrada en México en noviembre de 1999, se dijo que:

En su gran mayoría, los países latinos [incluido México] reconocen el derecho a la salud como un derecho humano social básico, que hace a la integridad y dignidad de la persona. Sea a través de su derecho constitucional o a través de normas de jerarquía inferior, todos los Estados de la región reconocen a la protección de la salud o, en algunos casos, a la atención o acceso a los servicios de salud, como un derecho para toda la población.⁹

Pero también en esa reunión, se dijo que:

debe puntualizarse que 217.8 millones de personas no cuentan en la Región con cobertura de la seguridad social. ...la población por debajo de la línea de pobreza seguramente no podrá acceder a diferentes niveles de los servicios de salud por presentar un ingreso inferior a los 2 US. dólares por día. Esto determina una población de 121 millones de personas (en Latinoamérica).¹⁰

Es por ello importante que revisemos las políticas en la protección social en salud. ¿Qué es lo que se pretende? ¿Qué tanto están considerando la propia visión de las personas que más necesitan de esta protección, en particular la de los niños y niñas que tienen la mayor parte de su desarrollo en la calle, por estar desprotegidos no solamente en salud sino de muchas otras cosas, como casa, familia, afectividad, educación?

La mayoría de los ciudadanos mexicanos que tiene acceso a la salud es por medio de la seguridad social, la cual cubre a los trabajadores formales y a sus familiares dependientes.

La estructura actual del Sector Salud se encuentra estrechamente vinculada con las formas de producción. El financiamiento de la seguridad social depende de los pagos de los empleados y patrones, complementada con aportaciones del gobierno federal. Por lo tanto, pertenecen únicamente al régimen de seguridad social:

9. "Elementos para el análisis comparado de la extensión de la cobertura social en salud en América Latina y el Caribe". www.paho.org/Spanish/ust/hs/clementostextfinal.pdf

10. "Panorama de la exclusión de la protección en salud en América Latina y el Caribe". www.paho.org/Spanish/ust/hs/panoramaesptextfin.pdf

- a) Trabajadores vinculados por una relación de trabajo.
- b) Miembros de sociedades cooperativas de producción y de administración obreras y mixtas.
- c) Ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios organizados en grupo solidario, sociedad local o unión de crédito.

Para el alto número de gente sin "aseguramiento" o población abierta, como lo son los trabajadores informales y sus dependientes, y la mayoría de las comunidades indígenas y rurales, están los servicios públicos o privados.

Así, según la OIT-OPS 1999, el sistema de salud en México queda comprendido por tres subsectores que trata de tener una total cobertura.

Subsector público

- a) La Secretaría de Salud es el proveedor más importante y cuenta con las tareas de prevención, saneamiento y curativas. Se cuenta con la ayuda de los centros universitarios en salud. Cubre a la mayoría de la población. Tiene menor participación en el gasto nacional en salud.
- b) Otras instancias como la Cruz Verde, Roja y el Sistema para el Desarrollo Integral de la familia (DIF).

Subsector de la seguridad social

Se integra por el IMSS, el ISSSTE y las Fuerzas Armadas, aunque últimamente han estado apareciendo nuevas instituciones que dan servicio médico por medio de la seguridad social. La mayoría de éstas tienen detrás de sí a empresas bancarias apoyándolas.

Subsector privado

Está compuesto principalmente por seguros privados, empresas de prepago y proveedores de servicios privados, sin o con fines de lucro, y la medicina tradicional o popular.

Si miramos con atención, podremos darnos cuenta cómo el sistema de salud prácticamente abarca a todos los sectores de la sociedad. Aún así, el actual Secretario de Salud del país, Julio Frenck, admite que el financiamiento público es débil e insuficiente, y por tal razón, la mayor parte del pago a los servicios en salud

viene del bolsillo del usuario, lo cual se define como "privatización financiera silenciosa".¹¹ También se ha observado un discurso entre líneas, por parte del gobierno, de desacreditación de las instituciones establecidas. En el caso del sector salud, se ha preferido la creación de un seguro popular que dar apoyo financiero al IMSS o al ISSSTE. Con todo y esto, el número de desprotegidos sigue siendo significativo.

En la Reunión Tripartita OIT-OPS, 1999, se afirmó que algunas de las causas por las que la cobertura no es significativa en la realidad son:

-Los efectos negativos de las reformas del Estado. Estas reformas generalmente se hacen ajustando las estructuras a las privatizaciones, lo cual trae, como consecuencia, cambios en las políticas sociales.

-La pobreza. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) calculó que para finales del año 2002 habría 221 millones 300 mil personas pobres, 7 millones más que en el 2001 lo que representa 44 por ciento de la población total de Latinoamérica.¹²

-La distribución del ingreso. La redistribución de la riqueza es el principal problema que incide en la diferenciación entre segmentos de población, lo cual influye también en la cobertura de las prestaciones de salud.

-El desempleo y el subempleo. El subempleo, o el trabajo con una remuneración inferior al mínimo establecido, constituye uno de los problemas más serios para el país. El desempleo afecta fundamentalmente a las familias de bajos ingresos, la población con bajo nivel de educación, los jóvenes y las mujeres.

Otra de las causas es que no se han considerado las diferentes culturas o cosmovisiones que existen en México, ya que es uno de los países con mayor diversidad étnica en el mundo. Al respecto Rosenberg y Anderson señalan:

Ciertos grupos, principalmente por sus características étnicas, no se acercan a los servicios por una percepción de que no serán respetadas sus costumbres, por el riesgo real o supuesto de maltrato o porque prefieren utilizar sistemas tradicionales de medicina o curandería.¹³

11. Entrevista realizada por Ángeles Cruz, *La Jornada*, México, D.F., 6 de septiembre de 2002 www.jornada.unam.mx/014n1/pol.php?origen=index.html

12. "7 millones más de pobres en Latinoamérica en 2002: CEPAL", *La Jornada*, 8 de noviembre de 2002, www.jornada.unam.mx/025n1eco.php?origen=index.html

13. *Op. cit.*, p. 120.

Así, podemos darnos cuenta que en el grupo de desprotegidos se encuentran los niños, las mujeres, los adultos mayores, los pueblos indígenas, los trabajadores temporales o informales y los desempleados y/o subempleados.

En este sentido, vale la pena preguntarse qué pasa con los programas de prevención y promoción a la salud, labor que prioritariamente se le adjudica a los sectores públicos, donde se ha podido observar que existe una tendencia a copiar los sistemas de combate a la pobreza norteamericanos, como el medir la pobreza, localizarla y definirla por diferentes tipos.¹⁴

14. "Una nueva metodología para medir la pobreza", www.asa.gob.mx

Redes de apoyo

Es importante que tomemos en cuenta lo que la gente, al verse desprotegida, hace para protegerse o ayudarse mutuamente. Estas alternativas al sistema de protección social establecido son llamadas, por algunos, redes de apoyo, mismas que Requena define como:

un conjunto potencial de canales inmediatos de comunicación con los áteres. Éstos influyen a través de dichos canales en la conducta, actitudes, valores, etc., del ego, así como en los recursos de los que aquel puede disponer en un momento y circunstancias determinadas.¹⁵

15. F. Requena. *Cuadernos metodológicos, redes sociales y cuestionarios*. Madrid: Ed. Centro de Investigaciones Sociológicas, 1996.

En experiencias observadas en el acercamiento con menores que trabajan en las calles, hemos visto lo que hacen para proveerse de la protección social que debe proporcionar el Estado y de la que, sin embargo, quedan fuera.

Hemos constatado que la exclusión no es solamente en los menores de y en la calle, sino que se da en casi todos los niveles en donde existe el trabajo de menores. Por ejemplo, se observó que las grandes cadenas de tiendas comerciales no tienen ningún tipo de contrato laboral con los llamados "cerillos" o niños empacadores, estos solamente dependen de lo que el cliente en turno les obsequie por el servicio brindado.

En los menores de y en la calle se ha observado que estos forman sus redes para lograr sobrevivir y, conforme

con sus posibilidades, proveerse de seguridad, vivienda, alimento, salud, afecto, y hasta recreación. Este punto de la recreación se alterna con el trabajo, pues al estar esperando un alto en el semáforo, los niños juegan "tazos", mientras otros limpian parabrisas; en este caso, hacen competencias para ver quién limpia más o, al final del trabajo, quién obtuvo más dinero. Así es como se les ha observado reír, gritar, entretenerse y distraerse.

Podemos darnos cuenta también que en el ámbito de las comunidades ocurre algo similar. Pacheco señala, en el informe de un acercamiento de investigación, cómo la gente fue capaz de organizarse en torno a temas comunes, lo cuál dio como resultado la creación de una junta de colonos que tenía entre sus objetivos principales la distribución de tareas comunitarias para su solución, así como la organización y gestión con relación a acontecimientos sociales, culturales y políticos de su colonia.¹⁶

En el caso de los menores de la calle, estos sin saberlo, conforman un sistema de protección que les posibilita sobrevivir y apropiarse de algún bienestar basado en sus propias posibilidades. Marcial escribe al respecto:

La nueva realidad que enfrentan estos niños y jóvenes en las calles, a las que tienen que acudir, les exige aprender mecanismos y dotarse de herramientas que les permitan descifrar esa realidad y sobrevivir en ella. Su mundo cambia, los condicionantes cambian; su visión de ese mundo tiene que cambiar también y no actuarán como otros menores que no se ven orillados a vivir y trabajar en las calles.¹⁷

En una ocasión, para localizar a uno de los niños del que nos habían dado referencia, llegamos a un lugar arrumbado, sucio; en uno de los cuartos se encontraban algunos niños de entre 6 y 13 años que al vernos corrieron en diferentes direcciones, sólo dos menores no se movieron de sus asientos: se drogaban. Al escuchar nuestra procedencia y pretensiones, con un silbido y el grito: "no son de allá, son doctores de la Universidad de Guadalajara", llamaron a los demás compañeros que habían corrido.

16. G. Pacheco. "Aportes para una teoría de la implicación en psicología comunitaria". *Revista de la Universidad del Valle de Atemajac*, Guadalajara, Universidad del Valle de Atemajac, núm. 13, mayo-agosto de 1991.

17. Rogelio Marcial. "Vida en las calles. Infancia y juventud en exclusión social". *Estudios Jaliscienses*. Zapopan: El Colegio de Jalisco, núm. 28, mayo de 1997.

Otro de los aspectos que se han observado con los niños y niñas que trabajan en la calle es la percepción que tienen ellos de la salud-enfermedad, pues ellos no acuden regularmente al médico por un "chequeo", ni sus familiares o amigos mayores los llevan al doctor cuando tienen algún padecimiento, no se tiene esa cultura o esa preocupación, pues para la mayoría de los menores el visitar a un médico parte del interés o preocupación del tutor o tutora.

En los menores que trabajan en la calle, el problema de salud, por decirlo de alguna manera, o la percepción de enfermedad está muy relacionada al trabajo y al dolor, mientras pueden trabajar no hay problema, pero cuando la situación que están viviendo les impide el trabajar o les propicia gran dolor, ellos acuden con sus amigos mayores para protegerse o ayudarse entre sí. También solicitan la ayuda a los "educadores de calle", "mairos", etc., que ellos ya conocen de antemano porque se les presentaron y asisten regularmente a sus lugares de trabajo; o acuden a un médico particular que conozcan y del que puedan cubrir el costo.

Como se ha mostrado, el panorama de una protección social justa, accesible y de buena calidad queda pendiente de las imposiciones que las políticas económicas tienen sobre las políticas sociales.

Resulta cierto lo que Boltvinik preguntaba acerca de para quién gobierna nuestro actual gobierno. ¿para todos los mexicanos o sólo para unos cuantos?¹⁸

Creemos que la tendencia neoliberal del actual gobierno no empezó en este sexenio ya que es algo que se viene implementando desde el sexenio del presidente De la Madrid, consolidándose en el del presidente Salinas de Gortari. Lo cierto es que, dadas las circunstancias actuales (crisis, guerra, desabasto, etc.) el actual gobierno se ve más urgido por hacer llegar la "ola" globalizadora a todo el país.

Uno de los primeros pasos ha sido el permitir inversión privada en sectores públicos para una co-gestión de los servicios por ofrecer, lo que en pocas palabras significa hacer negocio en donde se supone no debe hacerse. En la misma línea, también se ha tratado de

8. J. Boltvinik, "Economía moral: dos años después: más pobres", *La Jornada*, México, D.F., 5 de julio de 2002.

desprestigiar a instituciones como el IMSS, PEMEX y CFE, por mencionar algunas.

También es cierto que estas instituciones en algunas ocasiones no cuentan con el servicio que deberían de contar como organismos públicos, sin embargo, creemos que no es indicado restarles importancia, al contrario, se debe de hacer un pronunciamiento por parte de toda la sociedad en general a favor de estas instituciones.

Está más que comprobado que el rescate de servicios públicos por medio de la privatización, como lo fueron los ingenios azucareros, las carreteras y los bancos, se ha traducido en un fracaso de la globalización impuesta en México con síntomas de una probable catástrofe.

Al respecto, creemos que hoy más que nunca se debe de poner especial cuidado en cómo las políticas económicas influyen cada vez más en la creación de las políticas de desarrollo social.

Las políticas sociales basadas en la "caridad" pueden satisfacer ciertas necesidades que en su momento parezcan apremiantes, pero no resuelven el problema de fondo. Pensamos que este tipo de posturas lo único que promueven es el paternalismo hacia el gobierno, y el fatalismo en la sociedad que espera como única forma de vida la subsistencia.

Peor aún, las instituciones gubernamentales desconocen la riqueza que representa la forma en cómo las personas son capaces de brindarse apoyo por medio de redes, consciente o inconscientemente, formadas con base en la desprotección en la que generalmente se encuentran. Así pues, las instancias encargadas de resolver el problema de los menores trabajadores (cítese DIF por nombrar alguna) tratan de recargar todo el peso en las personas, responsabilizándolas de todo lo malo que les puede pasar; así se llega a un punto en el que la persona se percibe estigmatizada y, por tal motivo, marginada del sistema que en teoría debería cobijarla.

Así, observamos varias cuestiones que es pertinente recalcar. Las promesas utópicas de un mundo globalizado cada vez más parecen eso, "utópicas": en contraste, la desigualdad entre ricos y pobres es más grande y los

menores trabajadores son una prueba viviente y cruel de eso. Como forma de protección social, el sistema de salud en México no ha podido cumplir de forma satisfactoria esta básica necesidad para vivir; el rezago en la cobertura cada vez es mayor y los grupos más desprotegidos por obvias razones son los de más bajos recursos. La creación de redes de apoyo para subsanar algunas necesidades, como puede ser la salud, seguirá creciendo tanto como el sistema político económico actual siga en vigencia y se continúe sin tomar en cuenta la visión de la propia gente que se encuentra en estas circunstancias. Los investigadores debemos ser capaces de visualizar y regresar la información encontrada al respecto. Por su parte, las instancias encargadas del problema de los menores trabajadores deben de estar más abiertas a las posibilidades que la propia visión de la gente les puede ofrecer, para así crear programas basados en las necesidades de la propia población encaminados a resolver estos problemas.

Conclusiones

Con lo antes dicho, podemos identificar los servicios que brinda el Estado a la población en cuestión de salud, en donde se conjunta población desprotegida y aquella que cuenta con los servicios por medio de la seguridad social, quienes tienen el requerimiento de estar empleados en una empresa y contar de preferencia con la base o "planta". También se habló de los servicios de salud privados y los ejercidos a través del Estado sin necesidad de que la persona que requiera los servicios pertenezca a una empresa; sin embargo, aún así se encuentra población desprotegida en salud, lo cual no significa que se encuentre desprotegida del todo, ya que como se observó en el caso de los menores de y en la calle, se forman redes de apoyo para poder cooperar, proveer y satisfacer ciertas necesidades, entre ellas las de salud, aunque en muchas ocasiones no se da de una manera consciente.

La cultura o percepción que tienen las personas sobre la salud tiene un fuerte peso en la demanda o no a este derecho. En el caso de los menores que trabajan o viven en la calle, ellos lo asocian al dolor o a la incapacidad para

trabajar, aunque padecen de infecciones en los ojos, estomacales, problemas respiratorios, dolores de cabeza, pero como no impiden la realización de su trabajo siguen adelante.

Así, podemos llegar a las siguientes conclusiones:

- Las políticas sociales se alejan cada vez más del combate a la pobreza.
- Existe una tendencia a copiar los sistemas norteamericanos de combate a la pobreza.
- Por consecuencia, hay cada vez más un retroceso en la protección social en salud.
- La protección social en salud como teoría, dista mucho de lo que en la realidad es.
- Por lo segmentado del sistema de salud en México, existen problemas de conjunción e integración de las acciones que se llevan a cabo.
- El número de población desprotegida asciende a 217.8 millones de personas en Latinoamérica.
- La difusión de las acciones de salud requiere de mayor fortalecimiento.
- Como alternativa a la desprotección social, se han creado y siguen apareciendo redes de apoyo social que vienen a cubrir el espacio que por ley el gobierno debiera de cubrir.
- La creación de estas redes de apoyo en ocasiones se da de una forma inconsciente.
- Ante esto, se debe tomar en cuenta la percepción de salud de las "comunidades" desprotegidas para con ello hacer llegar la información de los servicios de salud de manera más atractiva, tomando en cuenta sus intereses, sin dejar de lado sus posibilidades, todo esto en pro de ofrecer un servicio que cubra satisfactoriamente a toda la población.
- El Estado, la sociedad, las organizaciones gubernamentales y civiles, y las universidades en conjunto, debemos de buscar alternativas que puedan satisfacer las demandas de salud de tanta gente que se encuentra desprotegida.