



INTER
FACES
CIENTÍFICAS

SAÚDE E AMBIENTE

ISSN IMPRESSO 2316-3313

E - ISSN 2316-3798

DOI - 10.17564/2316-3798.2018v6n3p9-28

REPRESENTACIONES SOCIALES DEL SECTOR SALUD MEXICANO: LA VOZ DE LOS USUARIOS

SOCIAL REPRESENTATIONS OF THE MEXICAN HEALTH SECTOR: THE VOICE OF THE USERS
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO SETOR DE SAÚDE MEXICANO: A VOZ DOS USUÁRIOS

Donovan Casas Patiño¹

Alejandra Rodríguez Torres²

RESUMEN

El contexto del área de la salud, nunca contempla la voz de los usuarios, siempre existe el sometimiento al discurso oficial de la realidad en salud, obviando la realidad del usuario. **Objetivo:** Interpretar a través de la asociación discursiva de los usuarios, el significado del Sector Salud basándonos en la Teoría de las Representaciones Sociales. **Método:** Estudio Cualitativo transversal, el cual se llevó a cabo en el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Seguro Popular, en el Estado de México, Oriente. La muestra se obtuvo de manera no probabilística, la población estudiada consistió en 600 pacientes. **Resultados:** Se obtuvieron asociaciones discursivas que muestran un Sector Salud que va desde el

“maltrato medico” pasando por “ausencia de medicamentos” finalizando con “es igual que el gobierno, pura basura”, se aprecia además un núcleo central “lugar de mala calidad”. **Conclusión:** De esta forma se construye a partir del usuario, un significado diferente al ofrecido por el *mainstream* reinante, creando de esta forma una nueva forma de mirar los procesos en salud.

PALABRAS CLAVE

Salud. Representaciones Sociales. Sector Salud. Calidad en Salud.

ABSTRACT

The context of the health area, never contemplates the voice of users, there is always submission to the official discourse of health reality, obviating the reality of the user. This article has as objective to interpret through the discursive association of the users, the meaning of the Health Sector based on the Theory of Social Representations. The method used was Transverse Qualitative Study, which was carried out at the Mexican Institute of Social Security and Popular Insurance, in the State of Mexico, Oriente. The sample was obtained in a non-probabilistic way; the study population consisted of 600 patients. As results we have discursive associations were obtained that show

a Health Sector that goes from “... medical maltreatment ...” to “... absence of medication ...” ending with “... it is the same as government, pure garbage ...”, a nucleus central “place of poor quality”. In this way, the user constructs a meaning different from that offered by the mainstream, thus creating a new way of looking at health processes.

KEY WORDS

Health, Social Representations, Health Sector, Health Quality.

RESUMO

O contexto da área da saúde, nunca contempla a voz dos usuários, há sempre submissão ao discurso oficial da realidade da saúde, obviando a realidade do usuário. **Objetivo:** Interpretar, através da associação discursiva de usuários, o significado do Setor de Saúde baseado na Teoria das Representações Sociais. **Método:** Estudo qualitativo de corte transversal, realizado no Instituto Mexicano de Seguridade Social e Seguro Popular, no Estado do México, Oriente. A amostra foi obtida de maneira não probabilística, a população estudada foi composta por 600 pacientes. **Resultados:** Foram obtidas associações discursivas que mostram um Setor de Saúde que varia de “... abu-

so médico ...” a “... ausência de medicação ...” terminando com “... é o mesmo que o governo, lixo puro ...”, um núcleo também é apreciado central “lugar de má qualidade”. **Conclusão:** Desta forma, um significado diferente daquele oferecido pelo *mainstream* é construído a partir do usuário, criando assim uma nova maneira de olhar para os processos de saúde.

PALAVRAS-CHAVE

Saúde, Representações Sociais, Setor da Saúde, Qualidade em Saúde.

1. INTRODUCCIÓN

Cuando la modernización es impuesta desde arriba, prevalece la contradicción del despotismo ilustrado (ZAID, 1986), que de acuerdo a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (MÉXICO, 2017a) el artículo 4 define: “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 []”. Aquí es donde existe un horizonte plagado de discursos por parte del mainstream reinante, que hace ver a la salud como un bien común, y que esta debe ser procurada a toda la población, pero es ahí donde la realidad del statu quo se contrapone con la realidad social en salud, la cual se ha destinado solo y exclusivamente a la parte curativa y de cobertura de servicios, ahí se concentra todo el esfuerzo general en la procuración en salud de un colectivo, desde este principio surgen de manera organizacional en los diferentes países los sectores en salud (sistemas de salud), y cabe mencionar que estos sectores en salud muchas de las veces reflejan la realidad social de todo un colectivo.

En México el sistema de salud comprende dos sectores, el público y el privado, respecto al primero, encontramos a las instituciones de *seguridad social*, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (75 millones de adscritos), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del estado (ISSSTE) (13 millones de adscritos), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaria de la Defensa (SEDENA) y Secretaria de Marina (SEMAR) (las últimas tres instituciones mencionadas cuentan con: 2 millones de adscritos en conjunto), e instituciones que atienden a población sin seguridad social en este caso Salud Seguro Popular (SSP) (58 millones de adscritos) e IMSS-Oportunidades (IMSS-O) (sin datos de adscripción), respecto al segundo grupo, aquí se encuentran las compañías aseguradoras y prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados (FRENK; GÓMEZ, 2008; GÓMEZ *et al.*, 2011; INEGI, 2014 y 2015).

Según cifras oficiales la cobertura de servicios en salud en la población mexicana es del 81.8%, donde

63.3% utilizan los servicios en salud, con atención mediata, accesible y sin gastos adicionales y el 58.8% de pacientes confirman un trato respetuoso (IMSS, SSP, ISSSTE), disponibilidad del medicamento 70.4% pacientes del ISSSTE, en el Seguro Popular 75.9% y el IMSS 80.3% (MÉXICO, 2014a; DGIS, 2017; INEGI, 2017).

En México, se cuenta con un Padrón General de Salud (PGS) con registros tales como: derechohabientes totales en el país (149 millones con registro vigente de las principales instituciones de salud pública federal), hay 802,012 profesionales de la salud de los cuales se conoce con certeza el establecimiento de salud en el que labora, así como jornadas y días laborales de los mismos [349,853 médicos familiares, no familiares y especialistas están registrados en el IMSS; 250, 480 médicos del SSP; 145, 320 médicos del ISSSTE] (MÉXICO, 2017b), además cuenta con un presupuesto en salud que asciende a 408,486 millones de pesos (23 millones de dólares), con todo esto se garantiza el abasto para mejorar la salud de más de 149 millones de usuarios registrados y censados (MÉNDEZ, 2016).

Todos estos esfuerzos están realizados para avanzar hacia el éxito de un *Sistema Nacional Universal en Salud*, que garantice el acceso equitativo, integral, sustentable y efectivo en la calidad de los servicios de salud a los mexicanos con independencia de su condición social o laboral, de esta forma el mainstream lo ha difundido en medios de comunicación, este logro “es resultado de la buena aplicación de políticas públicas del Gobierno de la Republica” (MÉXICO, 2015a).

Pero la realidad es que en México el esquema de atención en salud se ha vendido como un éxito mediático de preocupación Estatal, se ofrece la idea de una reforma en salud incluyente y resolutive hacia el que no tiene nada (FRENK, 2007), este modelo en salud creado para ofrecer paquetes básicos acotados quedará sobrepasado de forma mediata e inmediata (LAURELL, 2013), motivando colectivos sometidos a mercantilización en salud, la realidad del país es otra verdad que incómoda al poder factico, puesto que existen reformas en salud donde está inserto el mecanismo económico Neoliberal que fue adoptado desde

la década de los ochentas e impuesto por el Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional (EIBENS-CHUTZ; LÓPEZ; BENIGNO, 1990).

Esto conlleva a reducción de presupuestos, originando desaparición de programas prioritarios en salud, así como desabasto de medicamentos (MANZO, 2014), sueldos precarios y outsourcing a personal del área de la salud, con largas filas de espera para una atención médica (ENCISO, 2014; CASAS; RODRÍGUEZ; CASAS, 2015), y una efímera e inexistente cura. En el 2017 se destinó el 2.7% del PIB al gasto en salud, muy alejado del propuesto por la OCDE, el cual es de 6.6% (LIZARRAGA, 2017), agravando el comportamiento real de las políticas en salud de un país de ensueños y pesadillas.

Sumado a lo anterior, en México, existe un envejecimiento acelerado de la población de 60 años y más, con el agregado de una prevalencia de enfermedades crónico no transmisibles (diabetes, hipertensión, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, síndrome metabólico etc.) que van en aumento, con prevalencia de estados de malnutrición en niños y adultos (obesidad, sobrepeso, desnutrición, sarcopenia etc.) (INEGI, 2017), y una asociación de *morbilidad* de país pobre (infección respiratoria, intestinal, vías urinarias etc.) y una mortalidad derivada de cronicidad (enfermedades del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares etc.) (INEGI, 2017).

Según la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dirección General de Evaluación del Desempeño (MÉXICO, 2016) en el 2015 se otorgaron más de 350 millones de consultas externas en el país, sin contar servicios extras (rayos X, laboratorio, prescripciones médicas, quirúrgicos, partos, etc.), en este contexto se recompone una mirada que trata de vislumbrar otra realidad de un sistema de salud que obsequia agotamiento, omisión y privatización.

De esta forma coexiste una compleja interacción entre políticas en salud, servicios, individuos y realidades. El objetivo final de toda política social en salud sería adecuar los tipos de servicio, la distribución territorial y la calidad de estos, sin olvidar que los ser-

vicios en salud son la contraparte de necesidades sociales, económicas, educativas, culturales, de convivencia familiar. ¿Cómo aproximarnos a la realidad del paciente?, ¿Cómo procurar una realidad del sistema en salud, no contaminado por la información dogmática del Estado?, ¿Cómo demostrar la otra realidad no explícita de los documentos oficiales?

Dado que lo que nos interesa es vislumbrar el punto de vista de los pacientes respecto al Sector Salud, cabría mencionar que el IMSS y el SSP son las organizaciones en salud más grandes del país, y se puede afirmar que de toda América Latina (MÉXICO, 2017b), puesto que entre los dos acumulan 133 millones de adscritos, es por esto que anclar la investigación en estas instituciones es el campo propicio para develar una realidad general del Sector Salud mexicano.

Esta investigación retoma como base teórico-metodológica, la perspectiva de la Teoría de las Representaciones Sociales (RS), concretamente hacemos alusión al término que acuñó Sergei Moscovici, psicólogo social francés de origen ruso, el cual retoma de un concepto olvidado de Durkheim (TIMASHEFF, 2006). Estas representaciones le dan el sentido a la realidad y van cambiando, son dialécticas (MOSCOVICI, 1988; MOSCOVICI, 1994; DELVAL, 2000), y de gran utilidad para acceder a las formas subjetivadas o interiorizadas del entramado cultural del colectivo a través del individuo.

Las RS desde una óptica psicosocial es un mecanismo de cognición e instrumento de socialización y de comunicación, Moscovici la define como: “[...] una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos [...]” (MOSCOVICI, 1994; RODRÍGUEZ *et al.*, 2014, p. 3), la representación social guarda una posición y función en el entramado de significaciones, donde: *la mediación individual + el trama socio-estructural = a la representación social* (en esta fórmula se contrastan lo individual y lo social, donde el sujeto y el objeto, están en un mismo espacio dejando a un lado la ausencia de contrastaciones) (RODRÍGUEZ *et al.*, 2014), así es como entenderemos a la representación social.

A grandes rasgos se hablan de dos enfoques dentro de las representaciones sociales que difieren en metodología: a) *El procesual*: el cual para acceder al contenido de la representación utiliza material discursivo inducido por entrevistas o cuestionarios, así como también soportes periodísticos, grabaciones u otros materiales discursivos los cuales son sometidos a análisis de contenido; b) El estructural: en el cual el análisis de la representación social identifica el contenido y la estructura, es decir, los elementos constituidos de una representación son jerarquizados, lo cual implica una metodología específica de recolección. Es precisamente la teoría del núcleo la que distingue el enfoque procesual del estructural.

Por núcleo central se entiende el elemento o conjunto de elementos que dan a la representación su coherencia y su significación global y tiene dos funciones: una generadora que crea o transforma la función de los demás elementos (sentido de significación) y la organizadora que como su nombre lo indica, organiza y jerarquiza los elementos de la representación. Existe otra corriente ampliamente discutida desarrollada por Doise, la cual enfatiza el rol de las representaciones sociales en las estructuras sociales, se interesa por las condiciones en que se producen las mismas y desde el punto de vista metodológico privilegia los métodos estadísticos correlacionales, utilizando cuestionarios rigurosamente contruidos y trabaja con muestras representativas (RODRÍGUEZ *et al.*, 2014; CASAS *et al.*, 2017).

En este estudio utilizamos un enfoque estructural de la representación social, pero para su análisis recurrimos a la teoría sociocrítica dado que nos interesa acercarnos a la realidad sin perder la concepción de los seres humanos como interactores autónomos y creativos. En suposición de lo que los miembros de una sociedad definen como real, esto amerita ser estudiado ya que es sobre lo que ellos actúan.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

El objetivo del estudio es interpretar a través de los discursos el significado del Sector Salud a través de

pacientes que acuden al IMSS y al SSP basados en la Teoría de las Representaciones Sociales. Es un Estudio Cualitativo transversal, el cual se llevó a cabo en hospitales y clínicas de atención primaria a la salud del IMSS y del SSP (zona Estado de México Oriente – Ecatepec a Tepetlixpa, más de 9 millones de personas habitan esta zona-). La muestra se obtuvo de manera no probabilística, consistió en *600 pacientes*. Dentro de los criterios de inclusión se contemplaron pacientes que acuden al servicio médico de ambas instituciones, sin complicaciones de patologías de fondo y que accedieran a participar en el estudio previo consentimiento informado.

De esta manera utilizamos el paradigma cualitativo de las representaciones sociales bajo un enfoque funcional-estructural-sociocrítico (ecuación metódica: RS = acción – *obtenida por el discurso*- (Sector Salud: identidad, actividad, propósito, normas y valores, posición y relación + función [Paciente]/estructura [IMSS/SSP]/interpretación sociocrítica).

Para conocer el núcleo de las representaciones sociales del Sector Salud según el modelo de Abric (ABRIC, 2001) se realizaron los siguientes pasos: la primera etapa, consistió en una asociación libre de palabras a través de una entrevista semiestructurada con la finalidad de encontrar los términos o frases relacionadas con “Sector Salud”, en una muestra piloto de *60 pacientes*. Una vez que se obtuvo el núcleo, se procedió a analizar el sistema de categorías mediante la frecuencia del ítem y el rango de asociación.

Posteriormente se procedió a la realización de categorías para su análisis, de acuerdo a la estructura y función de las representaciones sociales del significado de Sector Salud, a continuación se realizó un instrumento (*encuesta de 28 respuestas de asociación*) obtenido de la asociación libre de palabras construida a partir de la primera fase relacionada con cada categoría, este instrumento fue aplicado a *600 pacientes* previo consentimiento informado, quedando los pasos metodológicos de la siguiente manera:

- Paso 1: Una vez transcritas las entrevistas, se enumeran las unidades de significación (en general, sujeto y predicado);

3. RESULTADOS

- Paso 2: Se dividen y enumeran las palabras según su orden de aparición en el discurso. Luego, se identifican cuáles son las que más se repiten;
- Paso 3: Se construye un instrumento (encuesta) con 28 respuestas que puede asociar de manera directa respecto al significado de dieta;
- Paso 4: Se realiza frecuencia y porcentajes de presentación, y una asociación de palabras discursivas con software Iramuteq.

Este procedimiento se aplicó al grupo de los pacientes (N600), con el objeto de entender el sentido común de cada uno de los actores en sus interacciones simbólicas respecto a la reconstrucción del Sector Salud a través de los pacientes.

Del grupo de pacientes para la asociación libre (N600), 358 correspondieron al género femenino y 242 al masculino. La edad promedio fue de 53 años (DS=6 años), 319 presentaron escolaridad primaria, 113 secundaria, 87 bachilleratos, 37 profesionales y 44 sin estudios. En cuanto al estado civil, 304 casados, 148 solteros, 89 divorciados y 59 viudo; en cuanto ocupación 213 trabajan de manera formal, 317 de manera informal y 70 se dedican al hogar. En la primera fase de asociación libre en relación a “Sector Salud” en los pacientes (N60), se obtuvieron los resultados que se observan en la Tabla 1, de aquí se seleccionaron los discursos con frecuencia de ítem y rango de asociación.

Tabla 1 – Asociación libre de palabras en relación a “Sector Salud” en los pacientes (N60)

Termino o frase	Frecuencia de Ítem	Rango de Asociación
<i>“te atienden rápido, molestos y de mala gana”</i>	54	0.9
<i>“mala atención medica”</i>	54	0.9
<i>“pésima calidad de servicio e instalaciones sucias”</i>	54	0.9
<i>“maltrato médico”</i>	54	0.9
<i>“pérdida de tiempo”</i>	51	0.85
<i>“te engañan, porque nunca atienden tus molestias físicas”</i>	50	0.83
<i>“cuando pasas con el médico, este te atiende en menos de 10 minutos”</i>	50	0.83
<i>“personal en salud, que son unos déspotas”</i>	50	0.83
<i>“largas filas de espera, para un atención medica”</i>	45	0.75
<i>“una déspota atención medica”</i>	45	0.75
<i>“nunca hay medicamentos”</i>	45	0.75

Termino o frase	Frecuencia de Ítem	Rango de Asociación
<i>“que vendan mejor los hospitales y clínicas a particulares”</i>	41	0.68
<i>“nunca hay médicos especialistas”</i>	39	0.65
<i>“mucha gente esperando”</i>	39	0.65
<i>“maltrato del personal que ahí trabaja ”</i>	37	0.61
<i>“dicen que no cobran, pero uno termina pagando el medicamento o estudios”</i>	37	0.61
<i>“recomiendo, que lo mejor es no regresar”</i>	37	0.61
<i>“nunca hay espacio”</i>	35	0.58
<i>“los médicos no tiene la culpa, de lo mal que estan los servicios”</i>	34	0.56
<i>“ya no funciona”</i>	32	0.53
<i>“siempre te rechazan, por una u otra cosa”</i>	32	0.53
<i>“nunca traería a un familiar”</i>	32	0.53
<i>“es el único lugar al que puedo acudir”</i>	30	0.5
<i>“no sirven los servicios que ahí se ofrecen”</i>	29	0.48
<i>“es igual que el gobierno, pura basura”</i>	29	0.48
<i>“médicos de mala calidad”</i>	29	0.48
<i>“mejor que se acabe”</i>	27	0.45
<i>“que se privatice, sería lo mejor”</i>	25	0.41

Fuente: Propia.

Con estas frases obtenidas de los discursos se logró conformar un grupo de categorías a partir de las respuestas evocadas por los pacientes respecto a “Sector Salud” (TABLA 2).

Tabla 2 – Categorías según la función “Sector Salud” y las palabras asociadas (N600)

<i>Categoría</i>	<i>Palabras o Frases</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
<i>Identidad</i>	<i>“mala atención medica”</i>	576	96.0
	<i>“pérdida de tiempo”</i>	511	85.1
	<i>“médicos de mala calidad”</i>	489	81.5
	<i>“te engañan, porque nunca atienden tus molestias físicas”</i>	475	79.1
	<i>“dicen que no cobran, pero uno termina pagando el medicamento o estudios”</i>	415	69.1
	<i>“pésima calidad de servicio e instalaciones sucias”</i>	403	67.1
	<i>“personal en salud, que son unos déspotas”</i>	393	65.5
<i>Actividad</i>	<i>“maltrato médico”</i>	589	98.8
	<i>“una déspota atención medica”</i>	572	95.3
	<i>“largas filas de espera, para un atención medica”</i>	549	91.5
	<i>“te atienden rápido, molestos y de mala gana”</i>	532	88.6
	<i>“cuando pasas con el médico, este te atiende en menos de 10 minutos”</i>	527	87.8
	<i>“maltrato del personal que ahí trabaja ”</i>	493	82.1
<i>Propósito</i>	<i>“nunca hay medicamentos”</i>	583	97.1
	<i>“no sirven los servicios que ahí se ofrecen”</i>	573	95.5
	<i>“recomiendo, que lo mejor es no regresar”</i>	560	93.3
	<i>“nunca hay médicos especialistas”</i>	529	88.1
	<i>“que vendan mejor los hospitales y clínicas a particulares”</i>	519	86.5
	<i>“mucha gente esperando”</i>	518	86.3
	<i>“nunca hay espacio”</i>	502	83.6
	<i>“ya no funciona”</i>	494	82.3
	<i>“mejor que se acabe”</i>	487	81.1
	<i>“que se privatice, sería lo mejor”</i>	471	78.5
<i>Normas/ Valores</i>	<i>“siempre te rechazan, por una u otra cosa”</i>	496	82.6
	<i>“nunca traería a un familiar”</i>	446	74.3

Categoría	Palabras o Frases	Frecuencia	%
Posición/ Relación	<i>“es el único lugar al que puedo acudir”</i>	593	98.8
	<i>“es igual que el gobierno, pura basura”</i>	591	98.5
	<i>“los médicos no tiene la culpa, de lo mal que estan los servicios”</i>	534	89.0

(Fuente: Propia).

4. DISCUSIÓN

Respecto a los datos descriptivos, llama la atención por un lado, la evolución del estado civil que se presenta en esta población en estudio, circunscribe “evolución familiar”, al encontrar datos altos de solteros y divorciados, esto se puede explicar a través de que la sociedad mexicana transita: por una libre elección del rol de conyugue, empoderamiento femenino, el matrimonio ya no es una sociedad económica (perpetuación de propiedad y status generacional) y la *preocupación por la felicidad de manera individual* (ligereza de la felicidad) (GIDDENS, 2010), respecto al estado de viudez de la muestra, esto tiene relación con la población que está envejeciendo de manera exponencial (CASAS, RODRÍGUEZ; POSCHI, 2016).

En los datos referentes a la ocupación, la informalidad laboral está inserta en el panorama económico del país, al reflejar que *1 de cada 3 empleos estan en la informalidad* (GÓMEZ, 2016), por lo cual los datos de esta investigación reflejan la realidad asistencial en salud completa del SSP, al ser esta institución la que vela por la atención en salud de los no trabajadores formales.

En relación a la interpretación discursiva de los pacientes con respecto a “Sector Salud”, es conveniente arrancar a través de las categorías de análisis preestablecidas, que bien pueden entenderse como los núcleos temáticos centrales de la estructura y función de las representaciones sociales de esta investigación, y así poder dar paso a la interpretación sociocrítica del escenario real del paciente respecto al “Sector Salud”.

a) Identidad. Entendida como la construcción desde el colectivo que define la relación de sí mismos en relación al otro o algo, en este caso el paciente

reconstruye al Sector Salud a través de la asociación discursiva. En ese sentido, los pacientes asocian al “Sector Salud” con una *“mala atención medica”, “pérdida de tiempo” “médicos de mala calidad”, “te engañan, porque nunca atienden tus molestias físicas”, “dicen que no cobran, pero uno termina pagando el medicamento o estudios”, “pésima calidad de servicio e instalaciones sucias”, “personal en salud, que son unos déspotas”*, estos discursos se presentan de manera negativa, y se contraponen con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT, 2012).

Donde se afirma que el 84.8% de los usuarios en el 2012 de servicios ambulatorios del Sector Salud perciben como muy buena o buena la calidad del servicio médico, así también la encuesta de satisfacción en la atención medica del IMSS revela que el 76% y el 82% del SSP de los usuarios están muy satisfechos o satisfechos con la atención medica recibida en esta institución (MÉXICO, 2014b), cabe mencionar que la ENSANUT 2016 (Medio Camino) refleja que el 63% de los usuarios en 2016 del IMSS y SSP catalogan la atención como buena y muy buena, estas encuestas no muestran la realidad de las vivencias de los pacientes en su transcurrir por estos servicios en salud, los cuales han visto en estos últimos 6 años, recortes presupuestarios constantes en salud, lo cual origina esta cascada de discursos negativos encontrados en la investigación.

Cabe mencionar que la calidad en salud está ligada a los servicios y sistemas públicos que los brindan, es así que la calidad es innovación, transparencia, participación, eficiencia y demás actores que intervengan en la acción pública en salud, en México en el 2002 inicio

una Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS), este programa integro experiencias exitosas de instituciones públicas y privadas, abocándose a dos grandes vertientes, el trato digno y la atención medica efectiva, eficiente, ética y segura, posteriormente en el 2006 mutó de nombre siendo ahora, Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD).

Pero este carece aún de una articulación adecuada entre todos los sistemas salud, donde la misma Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) indico que el IMSS y el SSP son las instituciones más señaladas por las constantes quejas en materia de derechos humanos y derecho a la salud: omisión de atención médica, condicionar atención medica con un pago, obstaculización, negar seguridad social, negligencia médica, prestar de manera indebida el servicio o público en salud, desabasto de medicamentos, trato discriminatoria hacia personas, entre otras (DOLCI *et al.*, 2009; RODRÍGUEZ, 2013; CRUZ, 2015a; HERRERA, 2015).

b) Actividad. Es la descripción ideológica en aquellos grupos que se definen por lo que hacen respecto a algo, están centrados hacia lo que los hace miembros de algo. Los discursos asociativos de mayor frecuencia fueron la gran mayoría, *“maltrato médico”, “una déspota atención medica”, “largas filas de espera, para un atención medica”* y *“maltrato del personal que ahí trabaja”*, existen evidencias claras de este maltrato por parte del personal médico el cual se presenta de forma física, verbal y psicológica hacia pacientes en el área de servicios públicos de salud (VALDEZ *et al.*, 2013; CRUZ, 2014; RUELAS; PELCASTRE; MORALES, 2014), que de acuerdo al Código de Conducta para el personal de Salud (MÉXICO, 2002).

En su apartado II Estándares de trato social capítulo 1 “La relación profesional será amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes” así como capítulo 2 “El trato de los integrantes del equipo de salud habrá de ser digno y considerado respecto de la condición socio-cultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales”, este se presenta de manera desarticulada como acción política en salud, cabe mencionar que ante esta situación el IMSS y el SSP iniciaron a través de su Sistema de Capacitación y Calidad la campaña

nacional de “fortalecimiento del buen trato” (MÉXICO, 2015b), pero la pregunta que se desprende de lo anterior es: ¿en qué momento capacitar al personal en salud?, si su tiempo laboral esta cooptado por la infamia de sobresaturación del servicio médico en el área operativa (CASAS; JARILLO; RODRÍGUEZ 2013).

Esto se engarza con el discurso de *“largas filas de espera, para un atención medica”, “te atienden rápido, molestos y de mala gana”* y *“cuando pasas con el médico, este te atiende en menos de 10 minutos”*, la ENSANUT 2006 confirmo que el IMSS era la institución en salud con mayor tiempo de espera para recibir consulta médica (91.7 minutos), actualmente la ENSANUT 2016 confirma una mediana de 20 minutos y un promedio de 28.3 minutos en todas las instituciones públicas, lo cual hace reflexionar acerca de los discursos asociados del estudio, porque existen otros factores no previstos que condicionan de manera directa la situación de los pacientes encuestados como: aumento en la demanda de servicios médicos por la población, ausencia de personal médico, falta de área física para consulta médica, falta de informacion explicita y accesible respecto a la gestión administrativa institucional en la prestación de servicios, etc.

Por lo cual la ENSANUT 2016 no es congruente con la realidad dictada por los pacientes de este estudio, cabe mencionar que existe un programa llamado UNIFILA IMSS el cual asigna de manera inmediata al llegar a la clínica, o por vía telefónica o internet cita con cualquier médico del sector solicitado o asignado (CRUZ, 2015b; EL SOL DE LA LAGUNA, 2015; SNTSS, 2015), pero esto ha condicionado *más quejas* y saturacion por parte del derechohabiente por multiplicidad de diagnósticos al verse asignado a diferentes médicos, y además, se agrega un nulo compromiso del personal en salud con el sector salud (LEAL, 2016), por acrecentar la condición de proletarización del personal en salud.

c) Propósito. Aquí las actividades adquieren un sentido ideológico y social solamente si tienen propósitos (positivos o negativos). Es así que los discursos asociados en esta categoría fueron *“nunca hay medicamentos”, “no sirven los servicios que ahí se ofrecen”, “recomiendo, que lo mejor es no regresar”,* esto se

manifiesta en la ENSANUT 2016 el 100% de usuarios de servicios de consulta médica ambulatoria del IMSS y SSP que recibieron una prescripción médica, solo el 40.0% de estos reporto haber conseguido todos sus medicamentos en el mismo sitio de la consulta, lo cual concuerda con la realidad expresado con este estudio, no se procura al 100% el medicamento al usuario. Así se esboza el discurso anterior con *“muchas gente esperando”, “nunca hay espacio”* y *“nunca hay médicos especialistas”*, estos discursos difieren de las quejas que se presentan en la CONAMED (2017).

Desde el diferimiento del tratamiento médico por ausencia de especialista acumula solo 18768 quejas en 10 años, y no existe ninguna queja por tiempo de espera largo para recibir consulta médica, en ese sentido, en México existe un déficit de 90 mil médicos con especialidad en todo el sector salud, con un indicador de 1.2 médicos especialistas por 1000 habitantes, con un rezago de 9 años para poder resolver esta ausencia (GÓMEZ, 2015), a pesar de contar con un gran número de médicos generales egresados de las diferentes escuelas de medicina, la CIFRHS (Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud) órgano colegiada de la Secretaría de Salud y de la Secretaría de Educación Pública, solo oferta al año 7 000 vacantes para especialidad para más de 90 000 médicos nacionales e internacionales (CIFRHS, 2015).

Así, limitándose la posibilidad de una especialidad médica, pero además, se desperdicia a estos profesionales de la salud, y crea más desempleo en esta área operativa, a pesar de ser una queja Nacional la falta de atención médica por un profesional en salud.

Respecto a los discursos de *“que vendan mejor los hospitales y clínicas a particulares”, “mejor que se acabe”, “ya no funciona”* y *“que se privatice, sería lo mejor”*, en ese sentido, si más de 130 millones de mexicanos tienen acceso al Sector Salud del país como un derecho garante de la Constitución Mexicana de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4º, la idea colectiva que se ha ido construyendo a partir de las consecuencias en la disminución de recursos económicos en salud secundario a las políticas sexenales

que dan pie a la creación del Sistema Único en Salud (Universalización del Sector Salud) (LLAVEN, 2013).

Han logrado al parecer la creación colectiva de repensar en la extinción del Sector Salud (IMSS, ISSSTE, SSP) y dar paso a su privatización, hace casi 10 años el mismo proceso sucedió para la extinción de la empresa *Luz y Fuerza del Centro*, lo cual dio paso actualmente a la apertura del sector energético (eléctrico) a la privatización (ALMAZÁN, 2015), cabe mencionar que en el Sector Salud ya existe la privatización a través de la subrogación de servicios privados (LAURELL, 2015), los cuales complementarían las acciones en salud que no se pueden ofertar por ausencias en la disponibilidad de recursos humanos, instalaciones o equipos del Sector Salud, es así que estos discursos configuran una realidad mediata que puede ser aprovechada por el poder fáctico para iniciar a gran escala el sometimiento de este bien público en un bien privado.

d) Normas/valores. Gran parte de los discursos ideológicos son cruciales los significados que involucran lo que nosotros consideramos como bueno o malo, correcto o erróneo. Los discursos asociados en esta categoría fueron *“siempre te rechazan, por una u otra cosa”* y *“nunca traería a un familiar”* estos discursos dan muestra de la infinidad de notas periodísticas del sector salud que dan fe de esta realidad, *“no hay médico para que lo atiendan tiene vigencia no hay atención en este momento”* *“no hay espacio suficiente no hay médico ginecólogo para su atención no hay vacunas”* (CRUZ; ROMERO, 2012; PÉREZ, 2014a y b; CRUZ, 2015c; GUADARRAMA, 2015; HENRÍQUEZ, 2015; NOTIMEX, 2015; SAMANIEGO, 2014; ZAVALA, 2015).

Así se dibuja una realidad que se contrapone con el discurso oficial de la CONAMED (2017) donde no hay registro alguno de quejas por rechazo, de esta forma la realidad imperante del colectivo es borrada de la situación en política participativa.

El discurso *“nunca traería a un familiar”* hace referencia a la experiencia vivida dentro del sector en salud por parte de los colectivos, los cuales no encuentran en este la respuesta organizada por parte del Estado para brindar la atención en salud que tanto

promociona como bandera política incluyente: “[...Y lo primero que deseamos es saludestoy dedicando tarea y estoy dedicando los primeros eventos públicos, definidos, y sobre todo bajo la temática de la salud de nuestro país...]” (PEÑA, 2016 - Presidente de México. Disponible en: <https://www.gob.mx/presidencia/prensa/palabras-del-presidente-de-los-estados-unidos-mexicanos-enrique-pena-nieto-durante-la-inauguracion-del-hospital-municipal-de-chiconcuac>; n.p).

e) Posición/relación. Aquí se puede prever que se pondrá un especial énfasis en las relaciones grupales, el conflicto, y la presentación negativa del otro (desacreditación). Los discursos en esta categoría “es el único lugar al que puedo acudir”, “es igual que el gobierno, pura basura”, “los médicos no tiene la culpa, de lo mal que estan los servicios”, estos demuestran en un momento resignación a un servicio público en salud otorgado por el Estado, en la ENSANUT 2012 se reporta que 61.1% de la consulta externa del área de la salud fueron otorgadas en el sector público (incluye seguridad social) y el 38.9% en el sector privado [farmacias con consultorio médico] (ENSANUT, 2012).

En la ENSANUT 2016 el 62.2% fueron otorgados en el sector salud público, siendo el IMSS y el SSP los de mayor demanda en la población mexicana, donde la reconstrucción de esta prestación es vista como una prestación en salud de muy mala calidad y reputación, el otro momento es la asimilación de este Sector en Salud como brazo largo de un gobierno el cual ocupa de acuerdo a la encuesta Latinobarómetro (LATINOBARÓMETRO, 2017), el último lugar de todas los países encuestados de América Latina por debajo de Brasil el cual vive momentos turbios respecto a corrupcion (Nepomuceno, 2015), así el “México en movimiento” [2013-2018], “para vivir mejor” [2006-2012] y “el cambio” [2000-2005], es continuidad de corrupcion, impunidad y endeudamiento social (FERNÁNDEZ, 2015), por lo cual estas percepciones son parte de una realidad social destinada a la resignación y rechazo de un gobierno fallido.

Respecto a la asociacion libres de palabras, sometido al software Iramuteq, podemos observar el núcleo de las representaciones sociales del sector salud, el cual es determinado como un lugar que es

parte del gobierno, donde se brinda atención medica de mala calidad, donde existe maltrato, largas esperas para atención, engaños, molestias, despotismo, pérdida de tiempo, instalaciones sucias y ausencia de medicamentos, así mismo existe un constructo social que pide la privatizacion o terminación de este servicio por su mala calidad, este núcleo refleja una aproximación a la realidad de los millones de mexicanos que se enfrentan de manera cotidiana a un sector salud, desde la “llamada democratización de la salud pública”.

En el año 2003 por parte de Julio Frenk y Vicente Fox Quesada [contar con un sistema en que los beneficiarios tengan voz en las decisiones que les afecten pero primero resolveremos las profundas carencias del sector...] (LEAL, 2000), hasta el “programa SiCalidad 2013” de María de las Mercedes Martha Juan López y Ernesto Peña Nieto [con sus Avals ciudadanos u buzones de quejas] (MÉXICO, 2012a), se muestra una preocupación política perversa que aterriza en la gestión operativa del sector salud, desmantelándolo y sometiéndolo a la política neoliberal, es así que en aras de la búsqueda de la Universalidad de los Sistemas de Salud, se ha descuidado de manera perversa mas no por olvido la consolidación de todas y cada una de las estructuras básicas del Sector Salud, así el Plan Sectorial en Salud 2013-2018 en su objetivo 6 y el 3er.

Informe de Gobierno 2015 concretan como prioridad Nacional: el “Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud” (MÉXICO, 2012b), el cual abarca de entre diferentes ejes rectores:

Homogenización de la práctica médica a través de las Guías de Práctica Clínica, aumentar el número de afiliados al Seguro Popular, Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de Emergencia Obstétrica [proveer servicios médicos con oportunidad y capacidad resolutive a mujeres que presentan emergencia obstétrica y a su recién nacidos];

Padrón General de Salud [área profesionales de la salud: conocer cuántos médicos ejercen, horarios, especialidad y certificaciones, entre otras.];

Programa Receta Resurtible y Programa Vales de Medicinas [meta: disminuir deserción por parte del paciente, asegurar el surtimiento de receta por 90 días, ofreciendo acceso efectivo y puntual de medicamentos de calidad], pasando por la homologación en el costo de servicios de atención (MÉXICO, 2012ª; 2012b), de esta forma se olvida por completo la otredad de los colectivos, perpetuando así la cascada infinita de programas caritativos de voluntades para un pueblo sumergido en la desdicha, así el sentido común se puede describir a manera de, dime como vives [entre desgracias y miseria] y te diré cuanta cronicidad se acumulara entre generación y generación de colectivos maniatados (CASAS; RODRIGUEZ, 2014).

Así la existencia pura de un Sector en Salud radica en resolver los problemas en salud de los colectivos a través de la implementación de acciones educativas en salud para la búsqueda de estilos de vida saludables. La realidad presentada con estos discursos, asemejan hoy un Walt Disney mediocre, no bastara la implementación de más políticas públicas en salud sino se visualiza realmente la necesidad primordial del colectivo: *calidad en salud a través del combate a los determinantes sociales de la salud*.

Figura 1 – Asociación de palabras discursivas con software Iramuteq



Fuente: Propia.

5. CONCLUSIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo aproximarse a la realidad entre *colectivo y Sector Salud*, entendiendo que por un lado, se encuentra el discurso oficial del aparato institucional y por el otro se desprenden los imaginarios de los colectivos. El imaginario de los usuarios es un discurso ignorado el cual contradice por mucho lo señalado desde las instituciones oficiales y apunta de manera clara el desprestigio de estas Instituciones en Salud, mala calidad del servicio, largos tiempos de espera, falta de insumos y recursos humanos para la atención, que combinados con factores sociales, económicos, familiares y políticos, crean un rechazo social a la atención en salud institucionalizada.

Favoreciendo la participación de la iniciativa privada en el desarrollo de un Sector en Salud homogenizado, y carente de paliar la necesidad real en salud de sus usuarios, creando de manera perversa el escenario perfecto para la destrucción de un Sector Salud Estatal, para dar paso a la subrogación total. De esta forma el Estado se aleja más de su participación en la *seguridad social* perpetuando colectivos más pobres, ignorantes y enfermos, creando un círculo eterno de miseria social.

Los imaginarios de los usuarios en relación a los servicios de salud son el claro reflejo de los efectos de las políticas neoliberales y de un Estado en fuga, evidenciando las carencias y la burocratización de los servicios en salud, pero sobre todo permite escuchar la voz del actor que es silenciado por una necesidad, la búsqueda de su salud, la cual es borrada de toda política real.

La salida a esta gran cascada de ignominia, es caminar entre la miseria social de los colectivos, para obtener una realidad clara de las vivencias y necesidades en salud de nuestro pueblo, y no quedarnos en la inmovilidad del escritorio, caminemos entre y sobre la realidad de los procesos sociales de mayor importancia –violencia, pobreza, obesidad, sobrepeso, síndrome metabólico, diabetes, etc.–, para entender la complejidad del procesos vivencial de nuestro colectivo, y así poder salir de la infamia total.

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal en salud que busca una realidad diferente a la asignada.

BIBLIOGRAFÍA

ABRIC, J.C. **Prácticas sociales y representaciones**. 8.ed. México D.F. Coyoacán: Paidós, 2001.

ALMAZÁN, J. El SME cinco años después. **La Jornada**, Sección Opinión. 15 de octubre del 2015. Disponible en: <<http://www.jornada.unam.mx/2014/10/15/opinion/027a2pol>>. Acceso en: 11 abr. 2018.

CASAS, D.; JARILLO, E.; RODRÍGUEZ, A. La medicina familiar y su práctica médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social. **Medwave**, v.14, n.5, p.e5975, 2014.

CASAS, D.; RODRÍGUEZ, A. **Medicina Contemporánea y la práctica médica**: infamia detrás del acto médico. 1era Edición. Alemania: Académica Española, 2014.

CASAS, D.; RODRÍGUEZ, A.; CASAS, I. Medicina basada en existencias: la espera del paciente en un acto médico agotado. **Medwave**, v.15, n.2, p.e6106, 2015.

CASAS, D. *et al.* Social representations of the diet in patients with Diabetes Mellitus. **Diversity and Equality in Health and Care**, v.14, n.2, p.46-52. 2017.

CASAS, D.; RODRÍGUEZ, A.; POSCHI, A. Violencia contra el adulto mayor: un tema de responsabilidad social universitaria. **Archivos de Investigación Materno Infantil**, v.8, n.3, p.119-122, 2016.

CIFRHS – Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. XXXIX Examen nacional para aspirantes a residencias

médicas. **Informe Técnico 2015 plazas de médicos residentes en México**. Ciudad de México, 2015. Disponible en: <<http://www.cifrhs.salud.gob.mx/>>. Acceso en: 19 feb. 2018.

CONAMED – Comisión Nacional de Arbitraje Médico. **Reseña estadística de la atención de inconformidades en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico 1996-2017**. Ciudad de México: Impreso en México a cargo de la Secretaría de Salud, 2017.

CRUZ, Á. Maltrato a mujeres en trabajo de parto, creciente problema en México y AL. **La Jornada** Sección Sociedad y Justicia. 24 de enero del 2014. Disponible en: <<http://www.jornada.unam.mx/2014/01/24/sociedad/037n1soc>>. Acceso en: 9 mar. 2018.

CRUZ, Á. Condiciono el IMSS atención de urgencia a un derechohabiente. **La Jornada** Sección Sociedad y Justicia. 09 de marzo del 2015. 2015a. Disponible en: <<http://www.jornada.unam.mx/2015/03/09/sociedad/038n1soc>>. Acceso en: 9 mar. 2018.

CRUZ, Á. Esperas de hasta tres horas para una consulta del Seguro Popular. **La Jornada** Sección Sociedad y Justicia. 8 de junio del 2015. 2015b. Disponible en: <<http://www.jornada.unam.mx/2015/06/08/sociedad/044n1soc>>. Acceso en: 9 mar. 2018.

CRUZ, Á. Nunca se negó atención médica al derechohabiente, asegura el IMSS. **La Jornada** Sección Sociedad y Justicia. 10 de marzo del 2015c. Disponible en: <<http://www.jornada.unam.mx/2015/03/10/sociedad/032n1soc>>. Acceso en: 9 mar. 2018.

CRUZ, A.; ROMERO, G. Niega atención a embarazada y pierde producto en la vía pública. **La jornada** Sección Capital. 12 de enero del 2012. Disponible en: <<http://www.jornada.unam.mx/2012/01/12/capital/037n1cap>>. Acceso en: 9 mar. 2018.

DELVAL, J. **Aprender en la vida y en la escuela.** Madrid, España: Morata, 2000.

DGIS Dirección General de Información en Salud. **Servicios Otorgados:** estadísticas totales por institución. 2017. Disponible en: <<http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/serviciosotorgados.html>>. Acceso en: 2 mar. 2018.

DOLCI, G. *et al.* Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007. **Salud Pública de México**, v.51, n.2, p.119-125, 2009.

EIBENSCHUTZ, C.; LÓPEZ, O.; BENIGNO, A. (1990). La política de salud en México: la década pérdida de los ochenta. **Revista Argumentos**, v.10, n.11, p.19-29, 1990.

EL SOL DE LA LAGUNA. UNIFILA IMSS: nueva estrategia de atención a derechohabientes. **El Sol de la Laguna**. 21 de septiembre del 2015. Disponible en: <<http://www.oem.com.mx/noticiasdelsoldelalaguna/notas/n3955163.htm>>. Acceso en: 16 mar. 2018.

ENCISO, A. Marchan miles de médicos en el país en apoyo a galenos acusados de negligencia. **La Jornada**, Sección Política. 22 de junio del 2014. Disponible en: <<http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2014/06/22/marchan-medicos-en-oaxaca-en-apoyo-a-galenos-acusados-de-negligencia-3231.html>>. Acceso en: 9 mar. 2018.

FERNÁNDEZ, C. México SA: deuda se múltiplo por cuatro. **La Jornada**, Sección Opinión. 7 de septiembre del 2015. Disponible en: <<http://www.jornada.unam.mx/2015/09/07/opinion/035o1eco>>. Acceso en: 9 mar. 2018.

FRENK, J. Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basados en evidencia. **Salud Pública de México**, v.49, sup.1, p.14-22, 2007.

FRENK, J.; GÓMEZ, O. **El sistema de salud de México.** China: Nostra, 2008.

GIDDENS, A. **Sociología.** 3 ed. Madrid: Alianza, 2010.

GÓMEZ, A. La realidad del empleo y desempleo en México. **El financiero**, Sección Opinión. 8 de agosto del 2016. Disponible en: <<http://www.elfinanciero.com.mx/opinion/la-realidad-del-empleo-y-desempleo-en-mexico.html>>. Acceso en: 6 abr. 2018.

GÓMEZ, C. México tiene déficit de 68 mil médicos con especialidad; avanzan males degenerativos. **La Jornada**, Sección Sociedad y Justicia. 21 de agosto del 2015. Disponible en: <<http://www.jornada.unam.mx/2015/08/21/sociedad/039n1soc>>. Acceso en: 9 mar. 2018.

GÓMEZ, O. *et al.* Sistema de salud de México. **Salud Pública de México**, v.53, sup.2, p.220-232. 2011.

GUADARRAMA, M. Escasea vacuna vs. Neumococo en las unidades médicas de la Ssa. **La Jornada de Oriente**, Sección Opinión. 10 de septiembre del 2015. Disponible en: <<http://www.lajornadadeoriente.com.mx/2015/09/10/escasea-vacuna-vs-neumococo-en-las-unidades-medicas-de-la-ssa/>>. Acceso en: 16 mar. 2018.

HENRÍQUEZ, E. Tres hospitales niegan atención a mujer golpeada en Chiapas. **La Jornada**, Sección Estados. 30 de abril del 2015. Disponible en: <<http://www.jornada.unam.mx/2015/04/30/estados/030n2est>>. Acceso en: 9 mar. 2018.

HERRERA, H. Encabeza IMSS lista de quejas en sector salud: CNDH. **Noticiero Radio Formula**. 25 de abril del 2015. Disponible en: <<http://www.radioformula.com.mx/notas.asp?Idn=497341&idFC=2015>>. Acceso en: 5 feb. 2018.

INEGI – Instituto Nacional de Estadística y Geografía. **Defunciones generales.** 10 causas principales de

Mortalidad en México 2014. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Aguascalientes, 2014. 16 p.

INEGI – Instituto Nacional de Estadística y Geografía. **XII Censo General de Población y Vivienda 2000.** Tabulados básicos. CONAPO. Proyecciones de población 2010-2050. 2015. Disponible en: <www.conapo.gob.mx>. Acceso en: 2 feb. 2018.

INEGI – Instituto Nacional de Estadística y Geografía. **Sistema de Salud mexicano: datos.** 2017. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/cn/salud/presentacion.aspx>. Acceso en: 2 feb. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 – ENSANUT 2012. **Resultados Nacionales.** México: Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca Morelos, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA . Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016 - medio camino – ENSANUT 2016. **Informe Final de Resultados.** México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2016.

LATINOBARÓMETRO. **Opinión pública Latinoamericana.** Informe 1995-2016. Santiago de Chile 2016. [Banco de Datos en Línea]. Disponible en: <http://www.latinobarometro.org/latNewsShow.jsp>. Acceso en: 9 feb. 2018.

LAURELL, A. **Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano.** Buenos Aires: CLACSO, 2013. Colección CLACSO-CROP.

LAURELL, A. Rutas de privatización en salud. **La Jornada,** Sección Opinión. 5 de agosto del 2015. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2015/08/05/opinion/a03a1cie>. Acceso en: 9 mar. 2018.

LEAL, G. IMSS: repetición de la fábula inverosímil. **La Jornada,** Sección Opinión. 4 de julio del 2016. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2016/06/04/opinion/016a1pol>. Acceso en: 9 mar. 2018.

LEAL, G. Por una salud sin tantos adjetivos. **La Jornada,** Sección Opinión. 26 de diciembre del 2000. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2000/12/26/012a1pol.html>. Acceso en: 9 mar. 2018.

LIZARRAGA, T. Curar a México; presupuesto de salud 2018. **El Sol de México.** 03 de noviembre del 2017. Disponible en: <https://www.elsoldemexico.com.mx/analisis/curar-a-mexico-presupuesto-de-salud-2018-307782.html>. Acceso en: 2 mar. 2018.

LLAVEN, Y. Universalización en la cobertura de salud busca unificar en septiembre al IMSS, ISSSTE y SSA. **La Jornada de Oriente.** 26 de agosto del 2013. Disponible en: <http://www.lajornadadeoriente.com.mx/2013/08/26/universalizacion-en-la-cobertura-de-salud-busca-unificar-en-septiembre-al-imss-issste-y-ssa/>. Acceso en: 16 mar. 2018.

MANZO, D. Desabasto de insumos en hospital de Juchitán. **La Jornada,** Sección Estados. 29 de agosto del 2014. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2014/08/29/estados/036n1est>. Acceso en: 9 mar. 2018.

MÉNDEZ, J. **Gasto en salud propuesta 2017:** análisis de 2006-2017. Centro de investigación económica y presupuestaria, A.C. 2016. 8 p. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/329669019/Gasto-en-Salud-Propuesta-2017#>. Acceso en: 15 ene. 2018.

MÉXICO. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Secretaría General. **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.** Ciudad de México, 2017a.

MÉXICO. Gobierno de la República, Programa Sectorial en Salud 2013-2018. **Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los establecimientos y Servicios de Atención Médica.** Ciudad de México, 2012a.

MÉXICO. Gobierno de la Republica, Programa Sectorial en Salud 2013-2018. **Plan Nacional de Desarrollo:** Gobierno de la Republica. Logros 2014: Objetivo 6. Ciudad de México, 2012b.

MÉXICO. Gobierno de la Republica, Instituto Mexicano del Seguro Social. **Estadísticas e Informes:** Memoria Estadística 2014. Ciudad de México, 2014a. Disponible en: <<http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informes-estadisticas>>. Acceso en: 15 ene. 2018.

MÉXICO. Gobierno de la Republica, Instituto Mexicano del Seguro Social. **Sistema integral de medición de la satisfacción de usuarios:** octubre 2014. Ciudad de México. 2014b. Disponible en: <<http://www.imss.gob.mx/encuesta-nacional/sistema-integral-de-medicion-de-la-satisfaccion-de-usuarios>>. Acceso en: 15 ene, 2018.

MÉXICO. Gobierno de la Republica, Presidencia de la República. **3er Informe de Gobierno 2015.** Ciudad de México. 2015a. Disponible en: <http://cdn.presidencia.gob.mx/tercerinforme/3_IG_2015_PDF_270815.pdf>. Acceso en: 15 ene. 2018.

MÉXICO. Gobierno de la Republica, Instituto Mexicano del Seguro Social. **Estadísticas e Informes:** Memoria Estadística. Ciudad de México, 2017b. Disponible en: <<http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informes-estadisticas>>. Acceso en: 2 mar. 2018.

MÉXICO. Gobierno de la Republica, Programa Sectorial en Salud 2013-2018. **Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los establecimientos y Servicios de Atención Médica.** Ciudad de México, 2012a.

MÉXICO. Gobierno de la Republica, Programa Sectorial en Salud 2013-2018. **Plan Nacional de Desarrollo:** Gobierno de la Republica. Logros 2014: Objetivo 6. Ciudad de México, 2012b.

MÉXICO. Secretaria de Salud. **Código de conducta para el personal de Salud.** Ciudad de México, 2002.

Disponible en: <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7344.html>>. Acceso en: 23 mar. 2018.

MÉXICO. Seguridad y Solidaridad Social. Sistema Centro de Capacitación y Calidad –IMSS. **Estrategia nacional para el fortalecimiento del buen trato.** Ciudad de México, 2015b. Disponible en: <http://sicapacion.com/site/buen_trato.html>. Acceso en: 26 feb. 2018.

MÉXICO. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dirección General de Evaluación del Desempeño. **Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2016.** Diagnóstico General del Sistema Nacional de Salud. Ciudad de México: Secretaria de Salud, 2016. 1ª. ed, 146 p. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239410/ISSM_2016.pdf>. Acceso en: 28 feb. 2018.

MOSCOVICI, S. Notes towards a description of social representations. **European journal of social psychology**, v.18, p.211-250, 1988.

MOSCOVICI, S. **Psicología social tomo 1 y 2.** 3era ed. Madrid: Paidós, 1994.

NEPOMUCENO, E. Brasil: ¿Qué le pasa a ese país? **La Jornada**, Sección Opinión. 12 de abril del 2015. Disponible en: <<http://www.jornada.unam.mx/2015/04/12/opinion/015a2pol>>. Acceso en: 9 mar. 2018.

NOTIMEX. IMSS rechaza mala práctica a un bebe en Coahuila: fue lesionado en sus genitales durante el parto. **El Universal.** 10 de julio del 2015. Disponible en: <<http://www.eluniversal.com.mx/articulo/estados/2015/07/10/imss-rechaza-mala-practica-un-bebe-en-coahuila>>. Acceso en: 6 mar. 2018.

PEÑA, E. Palabras del presidente de los Estados Unidos Mexicanos, Enrique Peña Nieto, durante la Inauguración del Hospital Municipal de Chiconcuac. 2016. Disponible en: <<https://www.gob.mx/>

presidencia/prensa/palabras-del-presidente-de-los-estados-unidos-mexicanos-enrique-pena-nieto-durante-la-inauguracion-del-hospital-municipal-de-chiconcuac>. Acceso en: 6 mar 2018.

PÉREZ, A. Niegan atención a otra embarazada en Oaxaca. **La Jornada**, Sección Estados. 25 de marzo del 2014. 2014a. Disponible en: <<http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2014/03/25/niegan-atencion-a-otra-embarazada-en-oaxaca-7287.html>>. Acceso en: 9 abr. 2014.

PÉREZ, A. Otra mujer da a luz en baño de un hospital en Oaxaca; le negaron atención. **La Jornada** Sección Sociedad y Justicia. 15 de junio del 2014. 2014b. Disponible en: <<http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2014/06/15/otra-mujer-da-a-luz-en-el-bano-de-un-hospital-en-oaxaca-luego-de-que-le-negaran-atencion-7420.html>>. Acceso en: 10 sep. 2016.

RODRÍGUEZ, A. *et al.* Representación social del apoyo familiar al diabético en usuarios de una unidad de medicina familiar en Chalco, Estado de México. **Medwave**, v.14, n.7, p.e6011, 2014.

RODRÍGUEZ, R. IMSS, el que tiene más quejas a nivel nacional: CNDH. **El Universal**, Sección Nación. 24 de junio del 2013. Disponible en: <<http://archivo.eluniversal.com.mx/notas/931779.html>>. Acceso en: 10 sep. 2016.

RUELAS, M.; PELCASTRE, B.; MORALES, H. Maltrato institucional hacia el adulto mayor: percepciones del prestador de servicios de salud y de los ancianos. **Salud Pública de México**, v.56, p.631-637, 2014.

SAMANIEGO, S. Rechazan en IMSS a paciente. **El Zócalo**, 22 de julio del 2014. Disponible en: <<http://www.zocalo.com.mx/seccion/articulo/rechazan-en-imss-a-paciente-1406015538>>. Acceso en: 10 ago. 2014.

SNTSS - Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social. Sección V Estado de México. Inauguran programa "UNIFILA IMSS". 2015. Disponible en: <<http://www.seccionales.sntss.org.mx/estado-de-mexico/noticias/111-inauguran-programa-unifila-imss>>. Acceso en: 10 ago. 2016.

TIMASHEFF, N. **La teoría sociológica**. 21 reimpr. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 2006.

VALDEZ, R.; HIDALGO, E.; MOJARRO, M.; ARENAS, L. Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en salas de parto. **Revista CONAMED**, v.18, n.1, p.14-20. 2013.

ZAID, G. La propiedad privada de las funciones públicas. **Revista Vuelta**, n.120, noviembre, p. 25-32, 1986. Disponible en: <<https://sistemapoliticomexico.files.wordpress.com/2012/11/gabriel-zaid-propiedad-privada-de-lo-publico.pdf>>. Acceso en: 10 feb. 2018.

ZAVALA, R. Rechazan a una embarazada en Hospital Ixtlero. **El Zócalo**, 1 de agosto del 2015. Disponible en: <<http://www.zocalo.com.mx/seccion/articulo/rechazan-a-una-embarazada-en-hospital-ixtlero-1438409319>>. Acceso en: 5 sep. 2015.

Recebido em: 14 de Fevereiro de 2018
Avaliado em: 11 de Maio de 2018
Aceito em: 25 de Maio de 2018

1 Universidad Autónoma del Estado de México – CU Amecameca; Adscrito al Posgrado Sociología de la Salud y Nutrición; Pos-Doctor en Antropología Social, SNI Nivel I. <http://orcid.org/0000-0002-3129-9418>. Email: capo730211@yahoo.es

2 Universidad Autónoma del Estado de México – CU Amecameca; Adscrito al posgrado Sociología de la Salud y Nutrición; Instituto Mexicano del Seguro Social UMF 73 Amecameca, Estado de México Oriente; Doctorante en Ciencias de Salud Colectiva. <http://orcid.org/0000-0002-6389-860x>. Email: aledefra2011@gmail.com

