

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

“Comparación de condiciones materiales de vida y mortalidad en dos delegaciones del DF: Iztapalapa y Benito Juárez. 2000 y 2010”

TRABAJO RECEPCIONAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA:

C. MARÍA D ELOS ÁNGELES GUTIERREZ CASTILLO

Directora del trabajo recepcional

Mtra. Roselia Arminda Rosales Flores

México, D.F. Octubre 2013.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

AGRADECIMIENTOS

El realizar esta investigación me encontré con grandes conocimientos y dificultades que indudablemente no hubiese podido superar, lograr, reflexionar, entender sin el apoyo de muchas personas que estuvieron cerca de mí y que me han aportado muchos elementos a lo largo de mi formación.

Antes que nada gracias a esta gran casa de estudios la “UACM” por haberme dado la oportunidad de continuar formándome y por el apoyo para la impresión y empastado de este material.

A mis padres, Refugio y Cristina, por darme la vida, por todo su apoyo, por impulsarme para alcanzar mis metas y seguir adelante. A mis hermanos, Beatriz, Dennys y Sergio, por todos esos momentos compartidos, por esas diferencias, por los momentos difíciles que hemos pasado y que a pesar de ello seguimos adelante.

A los grandes profesores a quienes tengo una gran admiración que me han dejado aprender mucho de ellos, que han compartido espacios de discusión que me han llevado a reflexionar y que son un gran apoyo para los estudiantes de esta universidad, sin duda he aprendido mucho de ustedes a lo largo de la carrera y en mi tiempo dentro de la institución.

Gracias a Alejandra Rivera, por su amistad, por todo su apoyo en esos momentos difíciles, por los aprendizajes y su confianza. A mi directora Roselia Rosales por tantas horas de dedicación, apoyo y paciencia. A Karla Montalvo, de quien aprendí mucho, con quien tuve la oportunidad de compartir momentos difíciles de nuestra institución, gracias por tanto conocimiento. A Erika Araiza por su participación y en el aporte y mejoramiento de la investigación. A Juan Manuel Mendoza por todo su apoyo, dedicación, compromiso y por compartir tanto conocimiento. A Claudia López, por todo su apoyo, paciencia, consejos, dedicación, por compartir sus conocimientos, por su gran compromiso con esta institución y con los estudiantes. A Leonel Arreola por ser un gran profesor con tanta dedicación y por su compromiso con los estudiantes, por compartir sus experiencias y conocimientos.

A mis grandes amigos que han estado presente durante toda la carrera y a quien admiro y agradezco mucho por su compañía y apoyo, gracias Ana, Zoé, Irasul, Ricardo, Axel, Rolando, Vicky, Diana, de quienes he aprendido mucho y que con quienes he pasado grandes momentos de mi vida.

Al ICyT por el apoyo económico para la realización de esta investigación.

Índice

introducción	1
Capítulo I	6
Planteamiento del problema	6
Objetivo general	10
Objetivos particulares	10
Justificación	11
Capítulo II	13
Antecedentes	13
Estado del arte	13
Capítulo III	26
Marco teórico	26
Capítulo IV	48
Marco de referencia	48
Capítulo V	55
Metodología	55
Capítulo VI	64
Resultados	64
Análisis de resultados	105
Conclusiones	119
Bibliografía	132

Índice de cuadro

CUADRO 1 Descripción de los objetivos desde sus categorías conceptuales hasta sus variables tomadas para su operacionalización.	57
---	-----------

Índice de graficas

Gráfica 1 Porcentaje de la extensión territorial de las Delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.	66
Gráfica 2 Porcentaje de la población total del DF y de las Delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en el 2000 y 2010.	67
Gráfica 3 Porcentaje de la población total en las Delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.	68
Gráfica 4 Porcentaje de la población por edades de las Delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en el 2000 y 2010.	70
Gráfica 5 Porcentaje de estado civil de la población de las Delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.	71
Gráfica 6 Porcentajes de los Jefes de familia en las Delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.	72
Gráfica 7 Porcentaje del nivel escolar de jefatura familiar de las Delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.	73
Gráfica 8 Porcentaje del total de viviendas en las Delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.	75
Gráfica 9 Porcentaje de la Disposición de agua en las viviendas de las Delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.	76
Gráfica 10 Porcentaje de la disposición de drenaje en las viviendas de las Delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en el año 2000 y 2010.	77
Gráfica 11 Porcentaje de viviendas con energía eléctrica en las Delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en el 2000 y 2010.	78
Gráfica 12 Porcentaje de tipo de vivienda en las Delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.	79
Gráfica 13 Porcentaje del tipo de piso en las viviendas de las Delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.	81
Gráfica 14 Porcentaje de número de bienes en las viviendas de las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.	83
Gráfica 15 Porcentaje del número de cuartos en las viviendas de las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.	84

Gráfica 16 Porcentaje del número de integrantes por hogar en las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.	86
Gráfica 17 Porcentaje de grados de marginación en las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en el año 2000 y 2010.	87
Gráfica 18 Porcentaje de la aportación al PIB de las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 1999 y 2009.	88
Gráfica 19 Porcentaje de la población activa en las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en el año 2000 y 2010.	89
Gráfica 20 Porcentaje de desempleo en las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en el 2000 y 2010.....	90
Gráfica 21 Porcentaje del empleo por sector en las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en el 2000 y 2010.	92
Gráfica 22 Porcentaje de horas laborales de la población activa de las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.	93
Gráfica 23. Porcentaje de salario en las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.....	95
Gráfica 24. Porcentaje de la derechohabiencia de la población de las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.	96
Gráfica 25 Porcentaje del seguro de los derechohabientes de las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.....	98
Gráfica 26 Tasa de natalidad en las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.....	99
Gráfica 27 Tasa general de las 20 principales causas de muerte en el DF en los años 2000 y 2010.	101
Gráfica 28 Tasa de mortalidad por causas generales en las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.	102
Gráfica 29 Tasa de mortalidad materna en las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.	103
Gráfica 30 Tasa de mortalidad infantil en las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.	104

Introducción

En esta investigación se aborda la problemática de las condiciones de salud determinadas por las condiciones materiales de vida, desde la perspectiva crítica, se identifican las principales desigualdades entre los habitantes de la delegación Iztapalapa y Benito Juárez. Las desigualdades son producto de la insatisfacción de las necesidades básicas y el acceso diferenciado a los servicios.

En la investigación en el campo de salud se oponen dos principales corrientes teórico-metodológicas que abordan los fenómenos de manera diferente, una es la que en este trabajo se describe como corriente tradicional y otra la medicina social o perspectiva crítica.

Las condiciones de salud y su articulación con las condiciones materiales de vida es el objeto de estudio de esta investigación, por lo que se aborda a partir de los determinantes sociales. Los determinantes sociales de la salud se han dividido, para su estudio en estas delegaciones como macroprocesos, en la determinación económica política e ideológica.

Los datos que tomamos para la investigación corresponden a las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez de los años 2000 y 2010. Estas delegaciones son parte del DF y a partir de 1997 en que se instaló la figura de jefe de gobierno, por elección de los habitantes de esta ciudad los representantes han pertenecido al Partido de la Revolución Democrática (PRD). Los gobernadores al frente del DF han propuesto programas sociales que reconocen los derechos humanos, que se otorgan a todos los habitantes de la ciudad sin discriminación ya que se integran a

los programas a los sujetos que los solicitan, además que buscan disminuir la brecha social. A pesar de la implementación de los programas sociales, los recursos que se asignan a éstos no son suficientes para apoyar a todos los habitantes del DF, por lo que se presentan grandes desigualdades, que se expresan en condiciones de vida polarizadas entre grupos de un mismo espacio.

Es por ello que un primer eje de análisis es constituido por los programas sociales que se implementan en las delegaciones. Para este apartado se tomaron en cuenta: el total de viviendas, la disposición de agua, el drenaje, la energía eléctrica, el PIB, los grados de marginación, la población activa, la población por sector, las horas laborales y el salario.

Otro eje está compuesto por las condiciones de salud. Para comparar los perfiles de salud, se tomaron datos para cada delegación, del Instituto Nacional de Estadísticas Geografía e Informática (INEGI) de las encuestas 2000 y 2010, del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO). Los datos obtenidos son: el tipo de seguro con el que cuentan, la tasa de natalidad infantil, las 20 principales enfermedades, la tasa de muerte materna, la tasa de muerte infantil, la tasa de muerte productiva y la tasa de muerte general.

De los datos que se tomaron del INEGI y la CONAPO se construyeron las categorías que sirvieron para acercarnos y conocer el objeto de estudio a partir de los indicadores que propone José Blanco Gil en su artículo llamado “Polarización de la calidad de vida y de la salud en la Ciudad de México”. Siguiendo a José Blanco, en esta investigación se seleccionaron variables que expresan el

patrimonio básico acumulado, el acceso a servicios o bienes y el ingreso corriente. De acuerdo a las variables se construyeron cinco índices: el índice general de condiciones de vida (IGRAL) en donde se ordenan las delegaciones y municipios de peor a mejor; (IR1) según su capacidad para mantener y modificar su vivienda; (IR2) de acuerdo a que las viviendas tuvieron los servicios básicos de energía eléctrica, agua entubada, drenaje al suelo y a la calle; (IR3) a partir de su nivel educativo y por último el (IR4) toma en cuenta ingreso para abastecer alimento, vestido, calzado, transporte, recreación y pago de servicios de salud.

Para el apartado de condiciones materiales de vida se tomaron los datos de: la vivienda propia, los habitantes por vivienda, el número de bienes en la vivienda, el tipo de piso y el número de cuartos.

Además de estos datos para conocer las características de las poblaciones de la delegación Iztapalapa y de la Benito Juárez, se tomaron los datos demográficos como: el total de la población, la población dividida por sexo, la edad de la población, el estado civil, el nivel escolar de los jefes de familia y la jefatura familiar. De los datos obtenidos se sacaron sus porcentajes y se compararon para identificar las diferencias entre ambas delegaciones.

A partir de lo anterior proponemos disminuir las desigualdades a desde las acciones de la Promoción de la Salud enumeradas en la carta de Ottawa. Estos principios de acción promueven el desarrollo de los grupos y los involucran en espacios de poder y exigencia al Estado, a su vez desarrollan sus capacidades humanas y fortaleciendo su autonomía de cada sujeto y de los grupos. Estos

procesos permitirán que a partir de la apropiación de sus espacios los habitantes de las delegaciones estudiadas puedan transformar su realidad y disminuir las desigualdades sociales. Además desde la promoción de la salud se propone involucrar a diferentes sectores y abordar la salud desde otras disciplinas, para mejorar las condiciones vida de los grupos y disminuir las desigualdades en salud.

La presente investigación se encuentra dividida en dos partes. En la primera parte abarca del capítulo 1 al capítulo 5. En la primera está el trabajo teórico en el que se delimitó y desarrolló el objeto de estudio, las condiciones de salud y su articulación con las condiciones materiales de vida. En el capítulo 1 se encuentra el planteamiento del problema, el objetivo general y los objetivos particulares, en donde se ubica el objeto de estudio, cómo se aborda, se delimita y se plantea. En la justificación de la investigación se menciona la importancia de la investigación y por qué se aborda desde esta perspectiva. En el capítulo 2 están los antecedentes y el estado del arte, que muestran un panorama general acerca del contexto en el que se encuentra el objeto de estudio y las investigaciones que se han realizado, tanto en la corriente tradicional como en la corriente crítica; ahí se documentan y comparan la metodología con la que se han abordado y sus alcances. En el capítulo 3, el marco teórico, este capítulo contiene la teoría en la que la presente investigación se apoya para explicar y abordar el objeto de estudio. En el capítulo 4, el marco de referencia, se presenta el contexto del DF y de las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en el que se han desarrollado sus habitantes, lo que ha llevado a que se presenten esas desigualdades entre ambas delegaciones que son parte de un mismo territorio. En el capítulo 5, la metodología, se explica la

forma en que se abordó el fenómeno a partir de las categorías tomadas, los datos que se consultaron, para conocer el fenómeno además de la forma y estructura en que se planteó la investigación.

La segunda parte de la investigación inicia con el capítulo 6 que incluye los resultados. En este apartado se encuentran las gráficas de los datos de las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010. Se comienza con los datos demográficos y los datos de los servicios de las viviendas asociados con las políticas y después se incluyen los datos de las viviendas, sus características y equipamiento, los datos macroeconómicos y los servicios educativos; por último se presentan los datos en torno a los servicios de salud, las tasas de natalidad, enfermedad y mortalidad en ambas delegaciones. Después se analizan los resultados que contiene el cruce de las variables de los datos obtenidos con las categorías teóricas que dieron respuesta a identificar las principales desigualdades entre las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez. En las conclusiones se encuentran las propuestas para abordar las principales desigualdades y las acciones a realizar desde la Promoción de la Salud. La bibliografía encontramos los documentos teóricos revisados para desarrollar y explicar el objeto de estudio a lo largo de la investigación.

Capítulo I

Planteamiento del problema

En esta investigación identificaremos el perfil epidemiológico determinado por las condiciones materiales de vida de la población en dos delegaciones del DF: Iztapalapa y Benito Juárez.

Las preguntas que guían este trabajo son:

¿Cómo son las condiciones materiales de vida de la población que habita las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010?

¿Cuáles son las principales causas de mortalidad de la población que habita en las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010?

¿Cómo se ha modificado el perfil patológico de los habitantes de las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en relación con sus condiciones materiales de vida en el año 2000 y 2010?

Planteamos la problematización del tema a partir de dos hechos, uno es la implementación a nivel federal de políticas sociales de corte neoliberal en México que deterioraron las condiciones de vida de los mexicanos. El otro es que, a nivel local, es decir en el DF, el gobierno realiza políticas sociales encaminadas a mejorar las condiciones materiales de vida de los habitantes, pero a pesar de ello la diferencia que existe en cada delegación, aun siendo parte del mismo territorio presentan perfiles patológicos diferentes.

Partimos de la premisa de que las desigualdades sociales determinan las diferencias en la forma de enfermar y morir de los colectivos.

La crisis económica que ha vivido el país, producto de las políticas neoliberales¹ que iniciaron en los años noventa y el cambio del papel del Estado² en la solución de las crisis, ha impactado negativamente en el presupuesto, en la distribución de los recursos y en la implementación de políticas sociales y de salud.

Desde el Tratado de Libre Comercio (1 de enero de 1994) se permite que grandes grupos financieros internacionales dicten reglas y prácticas en la solución de problemas de la población. El proceso de globalización³ ha deteriorado las condiciones materiales de vida de los habitantes, ya que el Estado abandona su papel en la planeación de políticas sociales en beneficio de la población.

Las políticas neoliberales implementadas en México han profundizado las desigualdades sociales y la concentración de la riqueza en un pequeño grupo. La mayoría de la población vive en condiciones limitadas, sometiéndose a modos de producción y fuerzas laborales desiguales.

¹ “Políticas articuladas que plantea mercantilización de los bienes sociales y su disfrute alto logro de estratificación social, bajo grado de compromiso con el pleno empleo”. (Esping-Andersen, 1993)

² “Forma de organización socio-soberana y coercitiva formada por un conjunto de instituciones que tiene el poder de regular la vida sobre un territorio determinado y que tiene como objetivos la gestión pública y social”. (Gobierno Colombia, 2010).

³ Globalización es “...la etapa más reciente de la internacionalización económica, como una fase más del proceso de integración que surge y se consolida en el marco del capitalismo, que se ha acelerado en las últimas décadas, y que hoy adquiere características peculiares que lo diferencian de las etapas precedentes” (Unesco: 1995).

En contraste al Gobierno Federal, a nivel local (DF), se han logrado implementar políticas sociales⁴ que benefician a los habitantes. Los gobiernos de izquierda han intentado políticas sociales de redistribución de la riqueza para contribuir al bienestar de la población.

Algunos programas sociales son: la pensión alimentaria para los adultos mayores de 68 años, el programa de redes sociales de apoyo para adultos mayores y mujeres, el programa de visitas médicas domiciliarias para adultos mayores derechohabientes de la pensión alimentaria, el servicio de transporte para personas con capacidades diferentes, el programa “Atenea” que consiste en transporte gratuito exclusivo para mujeres, el servicio a niños menores de cinco años y a adultos mayores, la interrupción legal de embarazo, el apoyo alimentario a madres solas o de escasos recursos, el programa de estancias infantiles para apoyar a madres trabajadoras, el bachillerato a distancia, la Prepa sí, entre otros (GDF 2011). Con estos programas se pretende apoyar a los grupos vulnerables de la población.

Sin embargo a pesar de la implementación de estas políticas de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la delegación Iztapalapa, es la más poblada de las delegaciones del DF y la mayoría de sus habitantes vive en condiciones limitadas, con poco acceso a servicios básicos. El poco acceso se refleja en el tipo de trabajo, en las condiciones de vivienda y en

⁴ “Reponsabilidades estatales de garantizar los derechos sociales constitucionales (salud, educación, empleo, etc.) hacia diversos grupos” (López; año)

los niveles escolares de su población Iztapalapa tiene uno de los índices delictivos más altos en la Ciudad, resultado de las condiciones de vida desiguales entre los habitantes de la misma comunidad (INEGI; 2010).

La delegación Benito Juárez en contraste es una de las delegaciones céntricas de la Ciudad, pero, además, dentro de la delegación se concentran lugares de alto costo y por ello, hay una gran actividad económica, sobre todo de producción primaria; su población presenta los Índice de Desarrollo Humano más elevados, comparables con países europeos. Su tasa de analfabetismo es de 0.6%, su promedio de escolaridad es de 13.5 años y el acceso a los servicios y la apropiación de su medio les permite a sus habitantes tener mejores condiciones de vida (INEGI; 2010).

En los últimos 5 años se han deteriorado las condiciones de vida de los diferentes sectores de la población mexicana, la pobreza y el desempleo se han incrementado a causa de la inflación, ha disminuido el acceso a los servicios básicos y públicos impactando en las condiciones materiales de vida de la población (INEGI; 2000-09). Desde una perspectiva crítica, las desigualdades sociales manifestadas en las condiciones materiales de vida determinan la desigualdad en salud expresada en el perfil epidemiológico de los colectivos.

Por otro lado hay una relación clara entre las condiciones materiales de vida y el proceso salud/enfermedad. El planteamiento parte de que si se transforman las condiciones materiales de vida, se transforma el proceso salud/enfermedad. En los últimos 5 años con todo y los programas de asistencia social en el DF, las

condiciones materiales de vida de la población en general se han deteriorado, pero este deterioro ha sido diferencial. Por ello es de esperarse que el proceso salud/enfermedad de la población que estudiamos se haya patologizado más en una delegación que en otra. En el presente trabajo justamente investigaremos y analizaremos la forma en que se han transformado las condiciones materiales de vida de las delegaciones a estudiar y como es que esto ha afectado el proceso salud/enfermedad de sus habitantes.

Nos interesa estudiar cómo las esferas económica y social han impactado de diferente forma en los habitantes de las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez, para ello, investigaremos y analizaremos también cómo han sido determinadas las causas de mortalidad, a partir de las condiciones materiales de vida de ambas poblaciones.

Objetivo general

- Analizar las desigualdades sociales como determinantes de la desigualdad en salud en las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez.

Objetivos particulares

- Identificar las características sociodemográficas de las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez.
- Identificar las características políticas y económicas de las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez.
- Describir las condiciones materiales de los habitantes de ambas delegaciones, Iztapalapa y Benito Juárez, en el 2000 y 2010.

- Identificar las causas de mortalidad registrada en las dos delegaciones.

Justificación

La UACM fue creada en el 2001 por un movimiento social de habitantes de la delegación Iztapalapa que pedían más escuelas y no más cárceles. Se pretendía abrir un centro de readaptación social en donde actualmente se encuentra el plantel Casa Libertad, la clínica de displasias y el Instituto de Educación Media Superior (IEMS) del Gobierno del Distrito Federal. La propuesta del Ingeniero Manuel Pérez Rocha y el impulso del jefe de gobierno, Andrés Manuel López Obrador, permitieron la apertura de esta nueva propuesta educativa que albergó a estudiantes de zonas marginadas; sector social que históricamente ha tenido pocas oportunidades de ingreso a otras instituciones (UACM; 2008). La UACM no sólo constituye una opción más a la oferta educativa a nivel superior, sino que ofrece licenciaturas, ingenierías, maestrías y doctorados con un enfoque diferente al que brindan otras instituciones públicas desde un paradigma de aprendizaje centrado en el aprendizaje.

La licenciatura de Promoción de la Salud tiene como objetivo formar profesionales que resuelvan problemas sociales vinculados a la salud. El perfil de los estudiantes permite integrar conocimientos en ciencias naturales y humanísticas, dotándolos de un panorama más amplio de la salud. Se busca integrar la mirada biológica, la perspectiva sociohistórica y la mirada emancipadora.

La perspectiva sociohistórica, asumida en esta investigación, aborda el estudio de la salud/enfermedad a través de tomar en cuenta diversos aspectos que

intervienen en su proceso. Esta perspectiva nos permite conocer cómo las condiciones y los factores de desigualdad social afectan al ámbito de la salud. Esto nos da un panorama más amplio para proponer acciones que permitan mejorar las condiciones de vida de los habitantes y en consecuencia, su proceso salud/enfermedad.

Hay autores que han hecho investigaciones donde han comparado el perfil salud enfermedad y las condiciones materiales de vida de los habitantes del DF y de algunos municipios del Estado de México para conocer el grado de desigualdad en los servicios, en el acceso, en el poder de compra. Retomaremos dichos estudios como antecedente de nuestra investigación.

Esta investigación pretende ser un aporte en el campo y ser útil para elaborar propuestas que atiendan las necesidades de los habitantes de las delegaciones estudiadas, en relación de su calidad de vida para mejorar su salud. A partir de ella se podrá proponer la implementación de programas o acciones.

Las desigualdades sociales expresadas en las condiciones materiales de vida como uno de los determinantes sociales en la salud, nos permiten explicar las desigualdades en salud que finalmente se manifiestan en el perfil de salud/enfermedad de los habitantes de las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez.

Capítulo II

Antecedentes

Estado del arte

Este apartado tiene como objetivo presentar las investigaciones realizadas en el campo de la salud desde dos perspectivas diferentes. Por un lado tenemos investigaciones desde la perspectiva tradicional que muestra la forma de investigar la salud desde una postura tradicional que se apega a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por otro lado, están las investigaciones realizadas desde la perspectiva crítica que analiza la salud desde la medicina social donde la salud/enfermedad es vista como un proceso social.

Destacaremos las herramientas que utilizan dichas investigaciones para llegar a su información y las teorías planteadas para su desarrollo.

Ambos conjuntos de investigaciones analizadas versan sobre el proceso salud/enfermedad, las condiciones materiales de vida y la pobreza.

Presentar las investigaciones para documentar esta investigación tiene como objetivo resaltar la diferencia entre la manera en que se trabaja desde las dos perspectivas y mostrar de qué manera se plantean soluciones para abordar las diferentes problemáticas que se presentan en el campo de la salud.

Este apartado se divide en dos partes. En la primera presentamos las investigaciones que se han realizado desde la perspectiva tradicional. En la segunda, revisamos las investigaciones realizadas desde la perspectiva crítica.

Desde la perspectiva tradicional se han hecho investigaciones relacionadas con la pobreza, especificada y generalizada en los diferentes sectores. Dichas investigaciones no toman en cuenta las condiciones desiguales en que viven los diferentes integrantes de un mismo sector. Debido a que en cada territorio se desarrollan políticas diferentes, su nivel de desarrollo varía y es desigual el nivel de acceso a los servicios para los sujetos que comparten un mismo espacio.

Por ejemplo, en el artículo de Palma *et al* (2009) “Factores económicos relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio en salud: una revisión bibliográfica”, se analizan diferentes artículos para calcular el impacto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la Salud (ODMS). Los ODMS son un acuerdo internacional entre países desarrollados y en vías de desarrollo para favorecer las condiciones que conduzcan al desarrollo mundial y la eliminación de la pobreza extrema. Comprende ocho objetivos 1) erradicar la pobreza extrema y el hambre, 2) lograr la enseñanza primaria universal, 3) promover la igualdad entre sexos y la autonomía de la mujer, 4) reducir la mortalidad infantil, 5) mejorar la salud materna, 6) combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades, 7) garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y 8) fomentar una asociación mundial para el desarrollo. Palma *et al* buscó artículos publicados entre el 1 de enero del 2000 y el 31 de agosto del 2006, clasificó los artículos en tres categorías a) los artículos que analizan los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), b) los artículos que dentro de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) analizan algunos Objetivos del Desarrollo del Milenio relacionados con la Salud (ODMS) y c) los centrados en los

Objetivos del Desarrollo del Milenio de la Salud (ODMS) que valoraban sus alcances. Palma *et al* dividió y analizó los factores determinantes económicos asociados a los Objetivos del Desarrollo del Milenio relacionados con la Salud (ODMS) en: a) macroeconómicos (producto interno bruto (PIB), ingreso nacional bruto (INB) y producto nacional bruto (PNB)); b) condiciones económicas de la población (ingresos, consumo y situación económica de grupos poblacionales, familias y personas) y c) uso eficiente de recursos. Otros factores analizados son: la política, el proceso de globalización, la equidad, la demografía, lo biológico, lo ambiental, lo cultural y la capacitación, así como los factores de la salud. Su análisis arrojó que será posible alcanzar algunos de los objetivos de los ODMS en algunos países, pero que será difícil erradicar el hambre, reducir la mortalidad en menores de cinco años, mejorar la salud materna y combatir el VIH/sida, paludismo y tuberculosis. Los autores proponen que deben diseñarse mecanismos para medir el impacto de los ODMS y realizar planteamientos que estudien la relación entre las políticas tendientes al desarrollo social mundial y las políticas de alcance internacional.

En el artículo “Participación social en salud: la experiencia del programa de salud materna Arranque Parejo en la Vida”, de Orozco-Núñez *et al* (2009) se evaluó la implementación de medidas y conformación de redes de apoyo para mujeres embarazadas. El estudio es cualitativo, transversal y comparativo, y se realizó en cuatro Estados de México, Chiapas, Guerrero, Hidalgo y Sonora. Se tomaron en cuenta los registros de alta y baja mortalidad materna, el desempeño de los servicios del Estado en salud y las prácticas específicas en salud. Se integró una

brigada formada por dos médicas, dos antropólogas, una administradora de servicios de salud y una analista de políticas de salud. El grupo trabajó en observación directa con entrevistas semiestructuradas, listas de verificación y mapeo político. El universo de estudio se dividió en dos grupos: servicios de salud y población entrevistada. Se identificaron actores y procesos que favorecieron la disponibilidad de transporte y albergue para las mujeres embarazadas. Los Estados con mayor vinculación de actores fueron Chiapas y Sonora, ya que con el estudio se ubicó a mujeres embarazadas que habitaban en lugares de difícil acceso. En Guerrero las condiciones difieren, ya que no hay vínculo entre el gobierno y las comunidades; por ello, en caso de urgencia, se debe pagar el transporte. En Hidalgo se implementó un fondo para asegurar los recursos en caso de emergencia. En los cuatro estados se encontraron parteras tradicionales a las que se les capacitó y acreditó para que participaran en la vigilancia de embarazos durante el parto y el puerperio, además se les proporcionó material para laborar, aunque algunas de ellas no lo aceptaron. Los autores concluyen que es necesario el diseño de programas que involucren actores comunitarios para fortalecer las zonas con mayor mortalidad materna, lograr mayor equidad y crear un sistema de salud más democrático.

En el artículo de González-Pérez *et al* (2008) “Exclusión Social e Inequidad en Salud en México: Un análisis Socio-espacial”, se busca determinar la relación entre exclusión social e inequidad en salud a nivel estatal y municipal en México. Los autores, a partir de la hipótesis obtenida por los datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares del 2005, reportan que que el 47% de los

habitantes vive en pobreza patrimonial, es decir que su ingreso es menor al necesario para cubrir el patrón de consumo básico de alimentación, educación, vestido, vivienda y transporte público. González-Pérez *et al* toman los datos de mortalidad del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) y datos del Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e informática (INEGI). En el estudio los autores clasificaron los 32 Estados según su índice de marginación social en cuartiles. En el cuartil I los 8 Estados con menor grado de marginación y en el cuartil IV, los 8 estados con mayor marginación. Calcularon las tasas de mortalidad seleccionadas según el grado de marginación municipal y la razón de las tasas de municipios con mayor y menor marginación. En el cuartil I, el 11% de la población es indígena, del cual sólo el 1% habla alguna lengua indígena, su producto interno bruto es el más elevado y es poca la población menor a 15 años, aquí se observa mayor recurso en el gasto en salud, su tasa de mortalidad infantil y de embarazo son altas. En el cuartil IV hay mayor proporción de población rural e indígena, menor producto interno bruto, así como la mayor cantidad de población anciana e infantil, destaca el riesgo de muerte por desnutrición y enfermedades infecciosas intestinales; hay una población reducida de derechohabientes, que tienen salarios bajos; presentan alto grado de analfabetización, cerca de la mitad de las viviendas no tiene agua corriente. Los autores observaron que a mayor marginación hay menos recursos humanos especializados y menos recursos financieros y a mayor marginación, mayor presencia de tasas. Se observó que grandes grupos están excluidos sin oportunidad de satisfacer sus necesidades esenciales. Los indígenas, perciben bajos recursos y tienen bajos niveles educativos, esto aumenta el riesgo de morir

por causas que pueden evitarse. González-Pérez *et al* proponen para modificar esta situación realizar cambios estructurales que impulsen el desarrollo social, ofreciendo empleos dignos y formales, fortalecer el sistema de salud y la seguridad social, distribuir la riqueza de manera equitativa incrementando el recurso a los Estados con mayor necesidad de salud.

En el artículo de Shamah-Levy *et al* (2008) “Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional”, se describen, a partir de una muestra representativa, las patologías más frecuentes y algunos indicadores del estado nutricional en adultos mayores en México. Los autores tomaron los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición-2006 (ENSANUT-2006), las variables que tomaron en cuenta, por su relación con el estado de salud y nutrición, son el nivel socioeconómico, las características sociodemográficas, la derechohabiencia, el consumo de tabaco y de alcohol, el Índice de masa corporal, la circunferencia de cintura, la anemia, la concentración de colesterol, la presión arterial y los diagnósticos previos de enfermedades por un médico. La muestra fue de 5480 adultos mayores. Se calcularon prevalencias e intervalos de confianza, medidas de tendencia central y dispersión. Los autores concluyen que hay mayor prevalencia de obesidad y presencia de enfermedades crónicas en los adultos mayores comparados con los datos de Estados Unidos. El consumo de alcohol y de tabaco es elevado. La obesidad y la depresión se presentan más en los sujetos que viven solos. La mayoría de los adultos mayores tiene una baja escolaridad, viven en condiciones de pobreza y 40% no tienen cobertura de salud. Shamah-Levy *et al* sugieren de

manera urgente crear intervenciones para el control y reducción de estas enfermedades, ya que son la primera causa de morbilidad y mortalidad en México. Proponen atender las causas básicas y su estado de salud, nutrición y alimentación, para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Las investigaciones antes documentadas exponen datos o soluciones para atender a toda la población sin tomar en cuenta que el nivel de desarrollo y la implementación de las políticas no son iguales en todo el país. Dichas investigaciones proponen hacer programas para atender de la misma forma las diferentes enfermedades que se presentan en la población. De tal forma que no se atienden las causas sociales de las enfermedades, sólo se implementan soluciones para atender las patologías identificadas y buscan modificar los estilos de vida que según esta perspectiva dan origen a las enfermedades. También se culpabiliza a los sujetos de padecerlas por tener prácticas poco higiénicas o poco precavidas.

En cambio, las investigaciones en salud realizadas desde el campo crítico han tomado en cuenta las condiciones materiales de vida de la población estudiada así como los procesos sociales de producción, la apropiación desigual de la riqueza y el acceso diferencial a los servicios en un mismo territorio. Por ejemplo, en la investigación “Polarización de la calidad de vida y de la salud en la Ciudad de México” de Blanco *et al* (1996) las delegaciones del Distrito Federal y los municipios del Estado de México se ordenaron en cinco categorías. Para su clasificación, los autores tomaron las variables del patrimonio básico acumulado, el derecho de acceso a servicios o bienes y el ingreso corriente. Con estas

variables, se construyeron cuatro índices. El primero se refiere a las condiciones de vivienda y alude al consumo privado, el segundo y el tercero se refieren al consumo colectivo y el cuarto identifica el ingreso corriente. Además, los autores clasificaron las condiciones de vida de los habitantes de las áreas estudiadas, según el Índice General de Calidad de Vida (IGRAL) en cinco categorías: precarias, malas, no satisfactorias, suficientes y satisfactorias. Blanco *et al* tomaron datos de morbilidad por gastroenteritis probablemente infecciosas (GEPI) e infecciones respiratorias agudas (IRAS), por enfermedades carenciales ligadas al poder de la familia y las clasificaron y analizaron según el IGRAL. La investigación concluye que el desarrollo económico y social en cada territorio u área geográfica tiene relación con la capacidad de la población para modificar sus condiciones de vida. Éstas se expresan en las condiciones de las viviendas, el ingreso económico, el poder de compra, las políticas implementadas y el acceso a los servicios. Las condiciones de vida, a su vez, están fuertemente vinculadas con el proceso salud/enfermedad.

En el artículo “La ciudad fragmentada. Condiciones de vida, salud y disponibilidad de servicios de atención médica en el Distrito Federal” de López *et al* (2007), se plantea que por la fragmentación territorial y el desigual desarrollo en las condiciones de vida de los habitantes del DF, el espacio es un factor importante en la determinación y distribución de la enfermedad y la muerte como fenómenos colectivos. Esto fue mostrado con anterioridad en la investigación “Polarización de la calidad de vida y de la salud en la Ciudad de México”. El estudio de López *et al* toma en cuenta tanto los datos obtenidos por el de Blanco *et al* a partir del índice

General de Calidad de Vida (IGRAL), como las tasas de morbilidad, las tasas de mortalidad y las condiciones de vida, reportadas por diversos organismos gubernamentales. Esta investigación concluye que hay un índice de desigualdad socio-territorial por los cambios en la estructura demográfica y los perfiles patológicos en el DF. A pesar de que en esta entidad predomina la gente joven, en algunas delegaciones es mayor la presencia de adultos mayores. Hay delegaciones donde es mayor el predominio de enfermedades transmitibles, infecciosas, de desnutrición y problemas natales. Pero en todas hay una presencia de enfermedades crónicas que son la principal causa de muerte. Se muestra desigualdad en la disponibilidad de los servicios de salud y en su cobertura. Los procesos de migración de habitantes de los Estados al DF en busca de servicios de salud, evidencian las condiciones de vida desiguales y complejizan los perfiles de enfermedad y muerte de la población.

En el artículo de Estrada *et al* (1995) “Familias en la crisis” se analiza lo que sucedió en la coyuntura de 1995 con las dinámicas domésticas y familiares de cuatro sectores sociales cuyas experiencias, condiciones de vida y expectativas son distintas. Los cuatro sectores de su estudio son las familias burguesas de la Ciudad de México, las familias de clase media de la Ciudad de México, los grupos domésticos campesinos de la zona rural de Atlixco en Puebla y las unidades domésticas pertenecientes a sectores populares urbanos de la Ciudad de México. El estudio en familias permite conocer y destacar procesos y dimensiones sociales que se ubican en una dinámica económica y social que muestran aspectos específicos de un grupo. Cada uno de los integrantes de la familia representa

apoyo para los demás integrantes que los lleva a solucionar sus problemas, mejorar las condiciones de vida e impulsar proyectos de manera conjunta, por la capacidad de apoyo, la flexibilidad, la organización, la distribución, el incremento de los espacios, de los bienes materiales, de la fuerza de trabajo y de las relaciones sociales que aporta cada uno. A partir de los cambios que se presentan en la Ciudad de México, la reorganización por clases para la producción de sus actividades económicas se presenta de manera diferente. La élite a partir de 1995 ocupó puestos directivos en grandes corporaciones, compraron acciones de las mismas y renunciaron a empresas medianas para mantener sus niveles de vida. En la clase media se procuró mantener la propiedad del negocio y conservar los oficios profesionales, sacrificando ganancias e ingresos antes que cerrar sus negocios, los que tenían un empleo remunerado procuraron conservarlo. En el sector popular buscaron otras formas de generar recursos en actividades por su cuenta como el comercio ambulante, realizando mayores actividades sin tener una remuneración mayor. Los campesinos de zonas rurales dejaron de cultivar la tierra por la pérdida de rentabilidad y el aumento de costos producidos. Muchos dejaron de invertir dinero y de trabajar en la agricultura, algunos miembros de la familia buscaron otros ingresos, el comercio informal o emigraron a otras ciudades o países. En la familia se generaron varios cambios, los niños pertenecientes a la élite no viajaban con facilidad al extranjero. Los niños que pertenecían a la clase media o clases populares por su parte tuvieron que trabajar, algunos abandonaron la escuela y disminuyeron el consumo de comida. Los ancianos brindaron apoyo a hijos y nietos a costa de su propio bienestar, compartiéndoles su vivienda, responsabilizándose del cuidado de los nietos ante la ausencia de los padres por

su trabajo. Las mujeres comenzaron a laborar, además de solicitar demandas de divorcio. En los distintos sectores el estudio logra identificar que la delincuencia se introdujo de diferente forma; en la élite y la clase media se sufrieron de despojos y asaltos a mano armada, principalmente en los servicios públicos; en los sectores populares algunos jóvenes formaron parte de estas redes. Estrada *et al* concluyen que las medidas que tomo la sociedad mexicana para hacer frente al deterioro de vida proporcionaron elementos que caracterizan actualmente cada uno de los sectores y clases sociales, por lo que las transformaciones en los cambios de vida y de trabajo obligan a cambios de orden cultural que a su vez se circunscriben a las esferas de la vida social. Cuando los recursos humanos, económicos, sociales y culturales resultan insuficientes, cuando se extiende la pobreza o se deterioran las condiciones de vida, las pérdidas no sólo son materiales sino también sociales y los costos los pagan los individuos.

En la investigación “Indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida” de Yasuko *et al* (2005) se describen y analizan por niveles las relaciones entre las condiciones objetivas de vida y el bienestar subjetivo. Se tomaron las variables sociodemográficas de dos colonias ubicadas en la zona urbana del país para conocer la calidad de vida de sus habitantes. Se seleccionaron 108 sujetos tomando en cuenta su género y edad. Una de las colonias es de estrato medio-bajo, donde la mayoría de los trabajadores son asalariados o pequeños comerciantes, con un grado de estudios de nivel medio superior. La segunda colonia es de estrato bajo, donde la mayoría de los trabajos son por jornada y se requiere invertir energía física o son comerciantes informales y su nivel educativo

es bajo. Para realizar la investigación se aplicó un cuestionario que incluía edad, género, nivel educativo, número de integrantes de la familia que eran trabajadores, colonia de residencia e ingreso. Además, se aplicaron otros instrumentos como: Life as a Whole Index (Andrews y Withey, 1976), cuya pregunta es ¿qué tan feliz se siente usted en relación a su vida en general?; y The Australian Unity Wellbeing Index (Cummins y Coles, 2002), basada en la escala integral de calidad de vida, que se mide por siete índices (situación económica, salud, logros en la vida, relaciones personales, seguridad percibida, sentimiento de pertenencia a la comunidad y seguridad para el futuro). Una vez aplicadas las pruebas, los autores encontraron que no había diferencia en el género entre el nivel de felicidad; sin embargo, las mujeres mostraron mayor intensidad y frecuencia en emociones positivas y negativas, mientras que los hombres mostraron mayor presencia de emociones positivas. Yasuko *et al* identifican con la evaluación de calidad de vida, que existe una gran relación en la satisfacción de la vida y la felicidad sentida cuando hay presencia de un logro reflejado en la situación económica. El grado escolar, por una parte, incrementa la satisfacción, mientras que con el aumento de la edad los sujetos disminuyen su satisfacción. Los indicadores subjetivos y objetivos se hacen dependientes entre sí cuando las condiciones objetivas representan pobreza. Es decir, cuando hay presencia de pobreza, cuando las condiciones son limitadas y desiguales hay mayor relación entre las emociones y la forma de vida de los sujetos.

En las investigaciones realizadas desde la perspectiva crítica observamos que se toman en cuenta datos de tasas y registros de diferentes organismos

gubernamentales. Los datos permiten explicar los hechos desde un panorama más amplio, cuando estos elementos se complementan y permiten abordar y explicar la afectación de la salud desde el contexto donde se desarrollan los sujetos, las condiciones materiales de vida con las que cuentan, las condiciones laborales, el ingreso económico, la implementación de programas, la disponibilidad de servicios; que dan cuenta del proceso salud-enfermedad. No se responsabiliza a los sujetos por su situación sino que se complementa como parte de un conjunto de fenómenos que van relacionando y que impactan de diferente forma el entorno de cada grupo colectivo. Impactando en los diferentes modos de enfermar y morir debido a la desigualdad en el acceso a los servicios, en sujetos que comparten un mismo territorio.

En nuestra investigación tomaremos elementos utilizados en los estudios desde la perspectiva crítica, como las bases de datos de organismos gubernamentales, para complementarlos entre sí y tener una mayor aproximación al objeto de estudio. Además, se tomarán las teorías planteadas desde esta perspectiva, se conceptualizará el objeto de estudio y se comparará con la perspectiva tradicional.

Capítulo III

Marco teórico

En este apartado discutiremos los conceptos más importantes de las perspectivas teóricas tradicional y crítica. Los conceptos se dividen en cuatro secciones que pertenecen a un mismo fenómeno, pero que es conveniente separar para explicar el proceso salud/enfermedad determinado a partir de las condiciones materiales de vida. En el primer subcapítulo están las categorías de Estado con las categorías mediadoras de régimen político, políticas sociales y políticas en salud. El segundo contiene conceptos de la reproducción social y abarca los conceptos producción y consumo, clases sociales, espacio geográfico y tiempo, que conforman la expresión en lo concreto de la reproducción social. Después se encuentran los conceptos de las condiciones materiales de vida que incluye las categorías analíticas de pobreza, necesidades, determinantes económicas, culturales, ideológicas, políticas y de género, desigualdad, desigualdad social y desigualdad en salud. En el último apartado se encuentran los conceptos de salud, enfermedad, proceso salud/enfermedad y el perfil salud/enfermedad. Los últimos dos permiten operacionalizar las categorías antes mencionadas.

Abordaremos nuestro fenómeno de estudio desde la perspectiva crítica, ya que esta perspectiva nos permite tener un análisis sobre las desigualdades sociales determinadas por la organización social y un mejor acercamiento al proceso salud/enfermedad en su dimensión social y colectiva.

III.1 Estado

Partimos de la idea de que los procesos sociales, políticos y económicos subyacen a las condiciones materiales de vida que, a su vez, determinan el proceso salud/enfermedad, por lo tanto, “[...] la forma de morir y enfermar es diferente para los distintos grupos sociales” (Laurell, 1982: 20) Por tal razón, es necesario estudiar el proceso salud/enfermedad vinculado con otros fenómenos como “[...] la pobreza, la reproducción social y las políticas implementadas en el área de la salud” (Laurell, 1978; 15).

El mejoramiento de las condiciones materiales de vida de los diferentes grupos que habitan en un mismo territorio depende en gran parte de la implementación de políticas que permita mejorar estas condiciones; esto depende del Estado y su papel dentro de la sociedad. El Estado es: “La condensación de redes particulares y relaciones de fuerzas en una sociedad que permite que se produzcan y reproduzcan las relaciones de explotación y dominio” (Osorio, 2004: 22).

De acuerdo a Esping-Andersen, las políticas que se implementan e impulsan depende del “tipo de Estado que esté a cargo” el cual, a su vez, depende del régimen político bajo el que se rige el país, además de que existen ciertas corrientes ideológicas globales a las que se apegan. El régimen político es el:

[...] ámbito espacio-temporal de carácter político que en función de los condicionamientos que sufre por su inserción en un sistema global (integra los sistemas económicos y sociales, nacionales e internacionales), determina las distintas formas estatales, dotadas de elementos y factores propios que, a su vez, expresan formas generales de organización de la vida política, configurando una concepción específica de la existencia humana y ciertos modos de ejercicio de la dominación humana. (García, 2004: 1).

Los gobiernos a cargo de los diferentes territorios desarrollan programas o políticas encaminadas a solucionar problemáticas locales y de infraestructura. Las políticas sociales son: “El conjunto de acciones desarrolladas por el Estado, a cualquiera de sus niveles, encaminadas a incrementar el bienestar de la población y a resolver lo que en un momento dado se definan como problemas sociales” (Sabino, 1996: 71).

Las enfermedades que desarrollan los diversos grupos son parte de los problemas sociales. Siendo que la política social “es la forma en que el Estado se posiciona de acuerdo a los problemas sociales [...] de la política en salud depende la política general y de las características de las prácticas en salud” (Tetelboin, 1997: 508). Las políticas en salud se deberían encaminar a mejorar los procesos de salud enfermedad a partir de la implementación de políticas sociales que beneficien a toda la comunidad. La política en salud es:

[...] la manera de búsqueda, ejecución y resultados en forma continua de los mejores niveles de salud a través de medidas compromisos multisectoriales que incluyen áreas aparentemente diferentes como la política fiscal, de obras públicas, de educación agroindustrial, de vivienda, ecológicas, entre otras (Marecos, 2001: 18).

La globalización pone por encima del desarrollo social el desarrollo económico por lo que las políticas de salud impulsadas mercantilizan los servicios de atención, curación y rehabilitación, haciendo que las familias garanticen la atención y acceso a los servicios con su pago. De esta manera el Estado solo da atención a los extremadamente pobres, que no pueden comprar los servicios, aunque el acceso a éstos se reduce a algunas atenciones consideradas como esenciales.

[..] se requiere una política de salud alternativa que ponga en el centro la crisis social y reconozca la salud como una necesidad humana de importancia fundamental para el desarrollo de capacidades y potencialidades colectivas e individuales [...] una perspectiva que dé centralidad a una política social integral que incluya acciones específicas de salud y de atención médica (Laurell, 1998: 46).

Por ello es importante que el gobierno atienda los problemas sociales e implemente acciones y políticas que disminuyan la desigualdad en el acceso a los servicios y las condiciones de vida de sus habitantes.

III.2 Reproducción social

Es indispensable para nuestra investigación tomar conceptos del materialismo histórico, éste es una “[...] ciencia filosófica que estudia la sociedad, le interesan las particularidades de la estructura social, así como la tendencia del desarrollo histórico de la forma social dada” (Sidorov, 1975: 9). El materialismo histórico en las relaciones económicas y sus formas históricas caracterizadas y determinadas en las distintas clases sociales, debido a que en [...] el proceso salud/enfermedad las clases sociales de los colectivos y su forma de producción y consumo determinan las diferentes formas de enfermar y morir” (Laurell, 1982: 52).

El materialismo histórico para explicar las particularidades de la estructura social dada toma las categorías de producción y consumo que tienen lugar dentro de la reproducción social, ésta es:

[...] el proceso global en que garantiza el mantenimiento y la permanencia de la sociedad. En general este proceso asume la forma de un ciclo continuo de los procesos fundamentales de la sociedad, que se repite en un flujo ininterrumpido para asegurar su constante renovación. [...] El proceso de reproducción social tiene su base material en los procesos de carácter

económicos, pero comprende también los procesos de tipo político e ideológico [...]. A nivel económico, la reproducción social se identifica en el ciclo de producción, distribución, intercambio y consumo, que se reanuda constantemente (Blanco y Sáenz, 1994: 31).

El modo de producción determina el modo en que la población asume la reproducción, estos modos de producción a su vez están condicionados por las relaciones sociales de producción.

“La reproducción social de la vida se refiere a la reproducción física de los individuos: día a día, y a su reposición en el tiempo” (Margulis, 1980: 50). La reproducción social podemos identificarla de manera concreta en el empleo formal reconocido socialmente donde hay derecho a seguro social y otras prestaciones. Por el contrario, el empleo informal no cuenta con seguro y prestaciones establecidas legalmente.

La calidad de vida se refleja en “Las condiciones objetivas y subjetivas en que se realiza la reproducción social de los grupos humanos” (Blanco, 1996: 23). La calidad de vida se ve afectada por el tipo de condiciones de trabajo, si es remunerado (trabajo formal) o no remunerado (trabajo doméstico), como cuando se desarrolla alguna actividad por el rol socialmente establecido y no hay un pago, por ejemplo, cuando se trata de ser amas de casa. Además la calidad de vida depende de la cantidad y la calidad de las formas de consumo de bienes, servicios, valores de uso, del acceso, la realización de expresiones culturales, políticas y la calidad del entorno.

Las condiciones de vida y las condiciones laborales se basan en las relaciones de producción. Los modos de producción son diferentes para los grupos, dependen de las condiciones de trabajo. La producción como el primer momento de la reproducción social se desarrolla en diferentes momentos:

[...] en la producción los hombres entran en determinadas relaciones necesarias e independientes de sus voluntades, relaciones de producción que corresponden a una determinada fase de desarrollo de sus fuerzas productivas materiales. El conjunto de estas relaciones de producción constituyen la estructura económica de la sociedad, que tiene una base real sobre la cual se edifica una superestructura jurídica y política a la cual corresponden determinadas formas sociales de conciencia [...]. El modo de producción de la vida material condicionada, por lo tanto, en general, el proceso de la vida social, política y espiritual (Sidorov, 1975: 39).

Los modos de producción constituyen una dinámica histórica de la producción social, se ajustan a la organización del espacio para garantizar su propia reproducción; además que la producción y el consumo se materializan en el territorio.

[...] las exigencias objetivas de la producción, determinan (contradictoriamente) las formas de reproducción social de la fuerza de trabajo, así como, las prácticas y representaciones subjetivas, posibilitando modos de vida característicos de los distintos grupos sociales, que se expresan en prácticas individuales y de consumo, prácticas socializadas de consumo y prácticas de clase y en una conciencia individual sobre las necesidades (Blanco, 2007: 111).

Los sujetos aunque compartan un espacio presentan necesidades diferentes, sus niveles de desarrollo varían de acuerdo a los modos de reproducción, de acuerdo a la apropiación de su entorno, su poder de transformación, sus prácticas culturales, su nivel de desarrollo y su clase social.

El consumo como segundo momento de la reproducción social es “El momento en que un bien o servicio satisface las necesidades de los sujetos” (Blanco, 1994: 6). Por esto las apropiaciones de los productos son diferentes entre los grupos, porque dependen de su poder de compra de una vivienda, de los servicios básicos, para mejorar la vivienda, bienes que satisfacen las necesidades de vivir en mejores condiciones.

[...] las prácticas individuales de consumo y la conciencia individual de las necesidades se organizan en función de las condiciones sociales de reproducción de la fuerza de trabajo, distinguiendo dos ámbitos: el de la circulación mercantil, en donde una de las prácticas de consumo es garantizada a través de la adquisición de mercancías; y el de las prácticas estatales por medio de las funciones fiscales y de las formas de salario indirecto, así como las formas socializadas de consumo y las instalaciones colectivas (Blanco, 2007: 112).

La distribución y apropiación desigual de la riqueza se da por la apropiación diferente de los recursos entre las distintas clases sociales. Lo que a su vez lleva a la apropiación de un territorio, la identidad, la trayectoria cultural de los grupos y la organización social.

La reproducción social en la sociedad capitalista se caracteriza por la acumulación que es la “[...] (generación de la plusvalía) se da en el momento productivo. [...] Para dar cuenta de las condiciones de vida de las poblaciones (momento de consumo) es necesario primero comprender la conformación de los procesos productivos en un momento histórico dado” (Ortiz, 2002: 131).

La acumulación puede ser de recursos en efectivo o en inmuebles, lo que permite, a ciertos grupos, ser los dueños de los medios de producción y a los que reciben

un salario o venden su fuerza de trabajo, formar parte de los medios de producción. La acumulación y la producción indican la forma en que la sociedad se organiza. La satisfacción de las necesidades no es la forma en que podemos analizar la manera en que se organiza la sociedad, por lo que es necesario analizarlas desde las clases sociales. Esto porque “[...] las necesidades se satisfacen de diferentes maneras en diferentes culturas” (Boltvinik, 1990: 225).

La sociedad se divide en clases sociales que “[...] son una forma de estratificación social donde los individuos poseen características en común que los vincula socioeconómicamente sea por su función productiva o social” (Sidorov, 1975: 17). Las clases sociales se relacionan directamente con las formas de producción. Ésta depende de los dueños de los medios de producción que, a su vez, son los que organizan el trabajo. La sociedad de clases establece una división de jerarquías basada en las diferencias de ingresos, riqueza y acceso al pago de bienes materiales.

Desde la perspectiva tradicional las relaciones sociales se regulan a través de normas y sanciones para “[...] disciplinar a las masas controlándolas mediante el restablecimiento de responsabilidad individual como elementos de diferenciación social” (López, 2004, 8). Esto permite mantener el control y regular los conflictos. Sin embargo, en la presente investigación retomamos el concepto de clase sociales porque involucra a los diferentes grupos colectivos en sus elementos económicos, según sus niveles de producción y nos permite identificar su articulación con el proceso salud/enfermedad de los grupos.

Las diferentes clases se desarrollan en un tiempo y espacio determinados que dependen de su proceso histórico. Los diferentes espacios se ven afectados o mejorados de acuerdo a los diferentes hechos históricos y las prácticas sociales desarrolladas por los habitantes. De acuerdo a ello entendemos por espacio “[...] un escenario donde se desarrolla la sociedad” (Sánchez, 2008: 205).

III.3 Condiciones materiales de vida.

Las condiciones materiales de vida se observan en los territorios en que se desarrollan los grupos. La desigualdad se hace visible cuando en un mismo territorio unos presentan mayor desarrollo que otros. Que la sociedad se apropie de sus espacios genera una mayor exigencia y desarrollo de sus territorios para transformarlo y equiparlo cubriendo la necesidad de satisfacción de la vivienda. En el territorio:

[...] es posible ejecutar políticas y acciones colectivas capaces de resolver problemas que permitan desarrollar su territorio, cuando no existe correspondencia entre la unidad urbana (lugar “de regulación societal como productores de riqueza y receptáculos de importantes problemas sociales”) y la capacidad de gobernar (“surgimiento como entidades políticas”) que hace referencia a la capacidad de orientar públicamente a la ciudad (Torres, 2007: 90).

En los territorios se expresan las condiciones materiales de vida de los diferentes habitantes. Por ello, es posible observar los fenómenos de distribución desigual de la riqueza, y la distribución de la salud/enfermedad de los colectivos.

[...] el territorio como articulación específica del conjunto de soportes materiales de los procesos de reproducción de los diferentes grupos sociales, que incluyen tanto las particularidades del equipamiento urbano,

los diversos servicios (salud, educación, abasto, transporte, etc.) el tipo y la calidad de la vivienda, el medio geofísico humanizado, como las características económicas, sociales y culturales de la población ahí asentada (Blanco, 2007: 113).

En los diferentes territorios las condiciones materiales de vida de los distintos grupos presentan formas desiguales de apropiación de espacio, así como diferentes formas de producción y consumo. Las condiciones materiales de vida son:

[...] las formas de vida o de reproducción social que caracterizan a los diferentes grupos sociales, sus patrones de trabajo y consumo, sus modalidades de actividad práctica, sus formas organizativas y su cultura con el comportamiento de sus organismos y las enfermedades que los afectan [...]. Las condiciones de vida, están determinadas históricamente, dependiendo de las formas de organización social de la producción y que en nuestra sociedad se reflejan en las diferencias de la calidad de vida y la exposición a los diferentes procesos que lesionan, distorsionan o limitan el proceso de desarrollos físicos y psíquicos (Breilh, 1989: 204).

Blanco plantea en su texto “Condiciones de vida, salud y territorio”, que las condiciones materiales de vida se operacionalizan de acuerdo a las necesidades básicas y sus satisfactores: éstas son la alimentación, que debe tener los requerimientos necesarios tanto nutricionales, como las medidas de higiene; el mantenimiento de la salud y la reproducción; una vivienda con los espacios para la familia con construcciones adecuadas y conservación, que cuente con los servicios básicos, (agua potable, luz eléctrica y drenaje) con el mobiliario necesario; la socialización, la educación, la educación para la salud, la salud

sexual y la capacitación en el trabajo; la información, la recreación de la cultura y el tiempo libre; vestido, calzado y cuidado personal; transporte público; comunicaciones básicas; seguridad de tener satisfactores básicos toda la vida. Lo que nos llevará a conocer las condiciones de vida y necesidades cubiertas entre los sujetos de un mismo territorio que determinan procesos de morbi-mortalidad diferenciados.

El ingreso económico es un indicador de la pobreza ya que se requiere un mínimo de recurso para la satisfacción de necesidades básicas en las familias. Anteriormente, los estudios relacionaban la pobreza con el ingreso total insuficiente para mantener las actividades mínimas biológicas. Actualmente la pobreza se estudia como uno de los fenómenos en los que se expresa la desigualdad social.

La pobreza se mide a partir de las necesidades básicas insatisfechas y al concebirse como un estado de carencia se explica la relación desigual entre grupos.

La pobreza es “[...] la situación compleja que se expresa en un conjunto de carencias que pueden amenazar la dignidad de quienes la padecen [...]” (Ortiz: 2002, 42). Esta se da cuando los ingresos totales en las familias son insuficientes para cubrir las necesidades básicas. Se expresa en la falta de recursos que se reflejan en el poco acceso a los servicios básicos y condiciones materiales de vida deplorables.

La pobreza desde la perspectiva tradicional es concebida [...] como producto de conductas individuales deficientes que no hacen otra cosa que hundir en la dependencia y la miseria a las personas [...]. Ya sea que se trate de vagancia o mendicidad, anomalías e inadaptaciones o más recientemente de hábitos ineficientes e improductivos, siempre se cae en una visión que deposita en el individuo las causas de su desgracia” (Graffigna, 2005: 163-164). Es por eso que esta perspectiva no aborda la problemática de manera integral. Algunos grupos no tienen acceso a los servicios lo que hace que presenten condiciones materiales de vida precarias. La forma de abordar la problemática a partir de la perspectiva tradicional es a través de retribuciones dignas y el reconocimiento social. Además que los programas implementados no se encaminan a mejorar sus condiciones de vida.

Pero ¿cómo se ha explicado la pobreza? Wright da cuatro posibles explicaciones de pobreza. En las dos primeras se responsabiliza a los sujetos. En una porque “[...] esta [sic] dado genéticamente; los individuos no tienen las habilidades necesarias para no ser pobres o para satisfacer sus necesidades básicas” (Ortiz, 2002: 46), las deficiencias genéticas no les permiten competir socialmente.

La segunda explicación es porque “[...] los individuos [...] son perezosos, no se esfuerzan y no tienen ambiciones [...] el origen de la pobreza se asocia con normas culturales que hay que cambiarlas para combatirla” (Ortiz, 2002: 46).

Ambas definiciones surgen de la perspectiva tradicional. Ésta explica la pobreza responsabilizando al individuo por su falta de capacidad o por mantener prácticas que lo mantienen en la pobreza.

La tercera explicación que da Wright es que “[...] la pobreza se da por causas sociales que afectan a un grupo de personas y que se debe principalmente a la estructura de oportunidades de una sociedad” (Ortiz, 2002: 47). Según esta explicación los sujetos no tienen las oportunidades para adquirir o desarrollar las habilidades que les permitan cubrir sus necesidades básicas.

La cuarta explicación sostiene que el origen de la pobreza es por “[...] propiedades inherentes en el sistema social, es una característica propia de una sociedad cuya economía se funda en clases sociales y en la explotación o sea es una condición esencial de la producción capitalista” (Ortiz, 2002: 47). Esta explicación toma en cuenta la existencia de personajes poderosos interesados en mantener la pobreza. Wright identifica dos tipos de pobres en el sistema capitalista, los proletariados, que no tienen un ingreso suficiente para salir de la pobreza y los no asalariados.

Las dos últimas explicaciones de pobreza que presenta Wright, se apegan a la corriente crítica. Esta corriente toma en cuenta la desventaja que existe entre clases y la falta de oportunidades debido a los salarios establecidos para ciertos grupos, por lo que se presentan grandes desigualdades. Las diferentes apropiaciones de los sujetos de sus medios y espacios, por lo que no hay

adquisición de productos para la satisfacción de necesidades, lo que lleva a desarrollar perfiles de salud/enfermedad diferentes.

En el presente trabajo tomamos en cuenta que cada grupo social tiene condiciones diferentes de apropiación de los medios para producir lo necesario para satisfacer sus necesidades.

Se cree que las necesidades que tiene la sociedad son las mismas y que su orden solo cambia entre un grupo y otro. “La recompensa y las posiciones se otorgan a los individuos en función del grado en que sus cualidades y desempeños se ajustan a las normas fijadas por su sociedad” (López, 2006: 9). La división de la sociedad en clases sociales reconoce a los sujetos que destacan por su esfuerzo a través del sistema de recompensa. Este sistema es promovido por la teoría tradicional y abre campo a la desigualdad a través de los premios y el reconocimiento al trabajo individual. Dicho sistema lleva a que no todos los sujetos tengan las mismas oportunidades y genera la competencia entre ellos. A pesar del avance en las investigaciones actuales, todavía la pobreza se reduce a una descripción estática de carencias materiales, sin considerar que “[...] la pobreza es producto del proceso histórico de cada sociedad y va más allá de la deprivación material” (López, 2004: 10).

En la actualidad autores como Julio Boltvinik, Max-Neef, Doyal y Gough, vinculan la pobreza con las necesidades, ya que estas últimas implican más elementos que el ingreso y son condicionantes para el desarrollo humano, ya que los sujetos movilizan los recursos para satisfacer parte de sus necesidades. Cuando las

necesidades no son satisfechas impactan en las condiciones materiales de vida.

Entendemos por necesidades:

[...] aquellas carencias (potenciales y efectivas), que de no ser satisfechas conllevan a un daño severo, las necesidades implican la falta de cosas que son indispensables para la vida. Por otro lado, las necesidades básicas humanas son aquellas cuya satisfacción permiten al individuo el desarrollo de sus capacidades y su participación plena en la sociedad en la que vive (Ortiz, 2002: 43).

Las necesidades cuando no son satisfechas se reflejan en desigualdades entre los diferentes grupos desde las condiciones de vivienda, de desarrollo humano, de acceso a servicios, de conocimientos de derechos e información. Las desigualdades que a su vez son producidas por “determinantes sociales en salud” nos acercan a conocer la forma en que la sociedad se organiza para producir, distribuir y consumir los bienes y servicios.

Desde la perspectiva tradicional, el concepto “determinantes” surge en el informe Lalonde 1974. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los determinantes de la salud como “[...] las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (OMS; 1974). La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud CDSS propone dos tipos de determinantes sociales de la salud, los estructurales que son los que causan inequidades y los determinantes intermediarios. “los determinantes estructurales tendrán impacto en la equidad en salud y el bienestar través de su acción sobre los intermediarios. [...] estos últimos pueden ser afectados por los estructurales y a su vez afectar a la salud y el bienestar” (ALAMES, 2008: 4). Para

alcanzar la equidad en salud la CDSS propone que se haga a dos niveles, el primero en conductores estructurales donde se incluyen “[...] financiamiento justo [...] responsabilidad del mercado, [...] equidad de género, [...] toma de decisiones imparciales, [...] compartir responsabilidades en la salud, [...] buena conducción gubernamental global” (ALAMES, 2008: 12). En el segundo nivel se propone “[...] equidad desde el inicio de la vida [...] empleo justo y trabajo decente, [...] lugares [...] saludables, [...] atención médica universal [...] y finalmente protección social universal” (ALAMES, 2008: 12). De acuerdo a lo planteado, estas medidas llevarán a reducir las inequidades y mejorar la salud de la población, haciendo que instituciones sociales sean quienes actúen sobre algunos determinantes.

En la perspectiva crítica los determinantes de la salud explican las inequidades sanitarias como injustas y evitables cuando se comparan los países y se observan las características de cada uno. “[...] las formas de organización social privilegian el interés particular; cómo ellos se desprenden inequidades y, finalmente, explicar cómo éstas se manifiestan por complejas vías, en formas de vivir, enfermar y atender la salud. Abatir las desigualdades en salud [...] es un imperativo ético, pero vinculado a otro que es abatir las inequidades y la injusticia social que las origina” (ALAMES, 2008: 13). Los determinantes se presentan como las circunstancias en las que se desarrollan los humanos, pero existen condicionantes que las hacen desiguales. Por lo tanto, pensar en determinantes en salud, es pensar en los procesos sociohistóricos, de cada espacio geográfico; es pensar en la configuración de la organización social de cada país. La forma de enfrentar los determinantes sociales es a partir de los movimientos sociales y su componente

en salud que surgen a partir de la lucha contra las desigualdades donde hay “[...] nuevas formas de vida y nuevas prácticas colectivas, solidarias y equitativas” [...] (ALAMES, 2008: 13).

Con la desigualdad social se pueden observar las distinciones entre grupos. La perspectiva tradicional justifica la desigualdad porque la considera “[...] una condición necesaria de todas las sociedades, bajo el argumento que cualquier sistema de estratificación surge de la necesidad de recompensar a los hombres más destacados y atribuir mayor importancia funcional, así como responder a la escasez del personal idóneo” (López, 2004: 9). Es decir, la sociedad premia a los sujetos que logran llegar a los estándares sociales establecidos, reconociéndolos y colocándolos en un lugar privilegiado. Esta teoría considera que la desigualdad es justa, necesaria e inevitable.

En cambio, desde la perspectiva crítica la desigualdad es:

[...] el resultado de las formas de producción y de apropiación de los recursos, así como los sistemas de relaciones de poder que se establecen entre sectores y poblaciones. La desigualdad social es resultado de las divisiones de la sociedad en clases, producto de la contradicción histórica entre: propiedad privada, producción colectiva y apropiación inequitativa de la riqueza que deviene en relaciones de poder profundamente asimétricas (López, 2004: 9).

La perspectiva considera a la desigualdad injusta, evitable e innecesaria. Desde esta perspectiva se hacen programas sociales cuyo fundamento ideológico son los Derechos Sociales y Económicos, con el fin de disminuir la brecha social, política y cultural entre los diferentes grupos.

La desigualdad social se genera a partir de la lucha de clases, que compiten entre sí y que se definen a partir de su relación con los medios de producción. Las teorías del conflicto explican a la desigualdad como un “[...] proceso social históricamente determinado por el modo de producción y la distribución desigual de la riqueza, los que pueden ser operacionalizados, como el escaso poder de compra y acceso a bienes, plasmándose de manera particular en el espacio o región [...]” (Ortiz, 2002: 55).

Es decir, la desigualdad se puede medir al considerar si la vivienda es particular o prestada, si hay servicios de tubería de agua potable, drenaje subterráneo, que están a cargo del gobierno local y las condiciones de la vivienda, tipo de piso, construcción, techo, etc. Estos últimos relacionados con el poder de compra de los grupos para el equipamiento de la vivienda.

La desigualdad social como categoría teórica, abordada desde la perspectiva crítica, se estudia como un fenómeno social en el que se observa la apropiación desigual en la distribución del poder, en relaciones de poder asimétricas, de la apropiación de la riqueza, observado en la propiedad privada y de la organización social. Lo anterior permite un mejor análisis de los datos, pues se hace a partir del lugar que ocupan los sujetos socialmente, su modo de producción, su acumulación, en bienes y recurso.

De ahí que, desde la perspectiva crítica, la desigualdad social es resultado de la división de la sociedad en clases. Es producto de la contradicción histórica entre propiedad privada, producción colectiva y apropiación inequitativa de la riqueza.

Ahora bien, en la desigualdad en salud se reflejan las diferencias entre clases porque son resultado de procesos económicos, políticos e ideológicos, que determinan la desigualdad en los modos de enfermedad, muerte y atención entre los grupos. La desigualdad en salud son: “Las diferencias innecesarias y potencialmente evitables en uno o más aspectos de la salud en grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente” (Peiró, 1998: 1). Es decir, de acuerdo a los modos de producción en los que se desarrollan los diferentes grupos, su apropiación de los espacios, se presentan perfiles de salud enfermedad desiguales, que pueden evitarse.

III.4 Salud/enfermedad

La salud y la enfermedad desde la perspectiva tradicional son entendidas como procesos diferentes. La OMS define la salud como “[...] el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad” (OMS; 2006). La enfermedad desde la OMS es la “[...] falla en la capacidad de mantenerse bien, para realizar tareas socialmente valiosas, como un estado de perturbación en el funcionamiento normal del individuo” (López, 1994: 376).

Ver la salud y la enfermedad de manera separada, como lo hace la perspectiva tradicional, nos limita en la identificación de los perfiles patológicos de los grupos. Según estos planteamientos nunca estamos en completo estado de bienestar y casi siempre estamos en un estado alterado de nuestra función normal. No toman en cuenta los modos de producción, las condiciones laborales, la apropiación desigual de la riqueza y las relaciones de poder.

Por su parte, la perspectiva crítica plantea estudiar el proceso de salud/enfermedad. Breilh propone sustituir el concepto “factor” por el concepto “proceso”. El “factor” es un conjunto de elementos relacionados con las acciones del sujeto que producen un resultado. El “proceso” integra otros fenómenos que intervienen en la salud de los sujetos. Estos fenómenos impactan diferente en la salud según las condiciones sociales, el tiempo y el espacio en que se encuentran los sujetos. “La expresión en el perfil epidemiológico de una u otras facetas con mayor o menor fuerza depende del modo de vida y de la lógica que opera en la formación social correspondiente. La desigualdad en salud se da en los estudios de las variaciones, en las exposiciones y los resultados finales de la salud entre distintas poblaciones” (Breilh, 1989: 1123).

Las facetas con mayor o menor fuerza se refieren a las facetas destructivas o protectoras, éstas dependen del modo de vida y la construcción social de los diferentes grupos, expresándose en el perfil epidemiológico. La desigualdad en salud se observa en las variaciones y exposiciones de estas facetas en diferentes grupos.

Los procesos epidemiológicos se desarrollan en el seno de una acción social y enmarcan la posibilidad real de cada modo de vida y sus relaciones pero se expresan en el modo concreto de vida. Los procesos en los que se desarrolla la sociedad y los modos de vida grupales adquieren propiedades protectoras o propiedades destructivas. El proceso de trabajo afecta el patrón de vida e impacta en la conformación del modo de vida, pudiendo adquirir facetas destructivas y protectoras a la vez. Las facetas destructivas provocan cambios negativos y profundos en la salud. Algunos de estos procesos tienen mayor importancia estratégica para la acción, ya sea para evitar facetas destructivas o fomentar facetas protectoras que se denominan procesos críticos (Breilh, 1989: 1124).

En los procesos epidemiológicos se expresa el impacto de las propiedades económicas, culturales y políticas en los espacios donde se desarrollan los grupos que determinan las condiciones laborales de éstos, afectando los patrones de vida y determinando la salud. El perfil patológico es diferente para los grupos según el momento histórico en que se desarrollan. Breilh propone abordar la problemática impulsando acciones que incrementen las propiedades protectoras o que disminuyan las propiedades destructivas.

En los procesos epidemiológicos se identifican las diferencias entre los grupos y por lo tanto el proceso salud/enfermedad de manera integral. El proceso salud/enfermedad de la colectividad es:

[...] la enfermedad es el modo específico como se da en el grupo (clase) el proceso biológico de desgaste y reproducción destacando como momento particular la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas. La salud/enfermedad es analizada en una triple dimensión articulada: por una parte incluye las expresiones psicobiológicas materiales (vida, sexualidad, nacimientos, salud, enfermedad, discapacidad, etc.). Así como las interpretaciones que desde la cultura se realizan sobre estas manifestaciones. Además de las prácticas sociales que se ponen en marcha para simbolizarlas, entenderlas, explicarlas, ritualizarlas, promoverlas o resolverlas (Laurell, 1982: 58).

El proceso salud/enfermedad es un fenómeno colectivo que se manifiesta de manera concreta en lo individual, pero colectivamente “[...] tiene carácter parcialmente ideológico, dado que su base material –el proceso biológico- siempre está sujeto a una valoración socialmente determinada” (Laurell, 1982: 57).

En esta investigación nuestro fenómeno de estudio es el proceso salud-enfermedad, desde la corriente crítica, se manifiesta en lo colectivo, es decir, se

expresa en los grupos, clases o países que muestran patologías originadas en un momento dado en donde se aborda desde una ideología y prácticas determinadas socialmente, en un tiempo y un espacio.

Los sujetos de cada clase social, de acuerdo a su modo de inserción en la esfera productiva, con sus características de consumo, con su forma de organización social y cultural, “[...] se desarrollan en un sistema contradictorio, en el que se oponen las fuerzas benéficas que protegen y perfeccionan la salud y los procesos destructivos que constriñen y deterioran los procesos biológicos” (Breilh, 1989: 1123). Por lo tanto, la salud/enfermedad es una expresión particular de las condiciones materiales de vida; por estar históricamente determinadas, dependen de las formas de organización social de la producción.

A manera de síntesis, los conceptos de proceso salud/enfermedad, condiciones materiales de vida y políticas sociales contruidos desde la perspectiva crítica nos servirán para el análisis. De esta manera, el eje analítico que sigue el presente estudio es que las desigualdades sociales, como expresión de las políticas sociales y de la organización social, determinan los procesos de salud/enfermedad de los diferentes grupos.

Capítulo IV

Marco de referencia

En 1993 se hizo una reforma en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el artículo 122, en donde se eliminó la figura de Jefe de departamento de DF, que era nombrado por el Presidente de la República. En 1997 surgió la figura de Jefe de Gobierno que tiene a su cargo a los poderes federales y los órganos legislativo, ejecutivo y judicial locales; éste es elegido por los habitantes de DF, sin oportunidad de reelección. Dura en el cargo 6 años. Desde el surgimiento de esta figura han estado en el cargo Cuauhtémoc Cárdenas Solórzano de 1997 a 1999, María del Rosario Robles Berlanga de 1999 al 2000, Andrés Manuel López Obrador del año 2000 al 2005, Alejandro Encinas Rodríguez del 2005 al 2006 Marcelo Ebrard Casaubón del 2006 a 2012 y actualmente en el cargo Miguel Ángel Mancera Espinosa del 2012; todos pertenecen al Partido de la Revolución Democrática (PRD).

Desde la llegada al gobierno del DF de los candidatos del PRD se han implementado políticas sociales para los grupos vulnerables. Con la implementación de estas políticas se ha redistribuido la riqueza, reivindicando derechos humanos, se han proporcionado recursos para el mejoramiento de la vivienda y se ha atendido a la población que no cuenta con seguridad social.

En su Quinto Informe de Gobierno Marcelo Ebrard reportó que actualmente hay 350 programas que van dirigidos a los niños, adolescentes, sector productivo y adultos mayores y a gente en exclusión. Hay 350 comedores comunitarios, se ha apoyado a 192 mil 222 apoyos a personas sin empleo, han atendido el 75% de los

habitantes que no cuentan con seguro, hay 200 mil estudiantes becados, hay 120 mil apoyos a niños talento, se han construido y remodelado 31 hospitales que detectan obesidad, sobrepeso, realizan mastografías, vacunan a 205 mil niñas contra el papiloma humano; hay 77 mil beneficiarios de algún programa de discapacidad y se han otorgado a 72,102 créditos para adquisición y mejoramiento de la vivienda. (Ebrard, 5º informe de gobierno, 2011). La implementación de estos programas reconocen los derechos humanos de los habitantes del Distrito Federal y a partir de estos dan apoyo a los habitantes por igual ya que se parte del Derecho que todos tienen de tener mejores condiciones de vida y de salud. Sin embargo, a pesar de la aplicación de estas políticas las problemáticas de desigualdad y pobreza que existen en gran parte de la población del DF no se resuelven, debido a las grandes concentraciones de la población que migra a la ciudad en busca de mejores condiciones. Los apoyos no son suficientes para toda la población y la falta de criterios para asignarlos hace que los beneficiarios lo obtengan aunque no lo requieran.

En el Distrito Federal hay una población de 8,851,080 habitantes, que a su vez se distribuyen en las 16 Delegaciones políticas. Cada una de las delegaciones tiene un Jefe Delegacional. Antes del año 2000, el Jefe del Departamento del Distrito Federal era quien designaba a los delegados de cada territorio; actualmente, son propuestos por los partidos políticos y son elegidos por los habitantes de ese territorio. Duran tres años en su cargo.

Nuestra investigación se realizó en dos de esas 16 delegaciones, Iztapalapa y Benito Juárez. Las elegimos debido a que los habitantes de dichas delegaciones

viven en condiciones de vida diferentes entre ellas, por lo que se puede investigar si desarrollan enfermedades crónicas degenerativas y transmisibles distintas que resulten en muertes diferenciadas.

La Delegación Iztapalapa se ubica al oriente del DF, su nombre es una palabra náhuatl que significa “sobre las losas del agua”. Su superficie es mayor a 116 km² Iztapalapa se divide en seis coordinaciones territoriales, Aculco, San Lorenzo Tezonco, Paraje San Juan, Ermita Zaragoza, Sierra de Santa Catarina y Leyes de Reforma. Estas divisiones son para separar la delegación en espacios donde hay un mayor control y una mejor gestión. Hay un delegado que es el que está al frente en la delegación política. Los habitantes han elegido como jefes delegacionales de Iztapalapa a Mazarrana Jaime Aguilar de 1994 a 1997, Elio Arturo Villaseñor Gómez del 1997 a 1999, Moro Ramón Sosamontes de 1999 al 2000, Rene Arce del 2000 al 2003, José Luis Morua en el 2003, Víctor Hugo Cirigo del 2003 al 2006, Horacio Martínez del 2006 al 2009, Rafael Acosta en el 2009, Clara Marina Brugada Molina del 2009 al 2012 y actualmente Jesús Valencia Guzmán. Quienes pertenecían al partido PRD.

Iztapalapa es una de las delegaciones con mayor concentración de población. Sus indicadores económicos desfavorecen la vida de los habitantes, ya que la mayoría de sus habitantes se desplazan a otros territorios para desempeñar alguna labor en el sector primario, secundario, o terciario. Lo cual es un indicador que no se crean espacios de trabajo dentro de la delegación. En cuanto a la infraestructura y los servicios, hay menor desarrollo o son insuficientes. Ejemplo de esto es la falta de agua potable que se presenta de manera constante en la delegación debido a

que los acuíferos subterráneos encargados del suministro de agua no son suficientes en la estación seca del año. La escasez de agua es mayor para las zonas más alejadas como: san Lorenzo, paraje san juan y santa Catarina. Datos del INEGI y de la delegación Iztapalapa muestran que entre el 40% y 50% del agua destinada para este territorio se pierde en filtraciones, por falta de mantenimiento en la infraestructura y fugas de agua en los domicilios.

En Iztapalapa se encuentran grupos con mayor marginación en la Sierra de Santa Catarina, y San Lorenzo Tezonco. Debido a ello han surgido grupos de la organización civil en estos lugares.

De acuerdo a investigaciones de los pueblos originarios de Iztapalapa de la colección Mano Vuelta, la migración a la delegación es muy alta; alberga a gente que proviene de diversos Estados del país incluso del Distrito Federal que se desplazaron a las orillas, estableciéndose en tierras dedicadas al cultivo y las chinampas pertenecientes a los pueblos originarios.

Esta delegación ocupa el segundo lugar de delincuencia después de la delegación Cuauhtémoc. Según datos consultados en el INEGI el delito mayor reportado es el robo a transeúnte, con y sin violencia y quienes cometen este tipo de delito suelen ser menores de edad.

De acuerdo a datos que presenta el INEGI, el índice de Desarrollo Humano (coeficiente de acceso a la educación, la salud y el ingreso) registrado en Iztapalapa es de 0.8359. A pesar de que hay presencia de clase media y media alta, las clases que predominan son la media baja y la baja.

En la Delegación hay 15 instituciones de nivel media superior: tres preparatorias del Instituto de Educación Media Superior (IEMS), El Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Oriente de la UNAM, la vocacional 7 del IPN, dos planteles del Colegio de bachilleres el 6 y el 7, cuatro CETIS (53, 50, 42 y 153) y tres CONALEP (1,2 y 3). En la delegación hay cuatro instituciones públicas de nivel superior: la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM), la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa, de la UACM Plantel San Lorenzo Tezonco y el Plantel Casa Libertad.

Dentro de la delegación se encuentran cuatro clínicas del IMSS y cuatro del ISSSTE, un hospital de especialidades del GDF, el hospital General de Iztapalapa y el Hospital pediátrico de Iztapalapa. A pesar de que existen estas clínicas, la demanda va en aumento y los servicios médicos no son suficientes para atender al total de la población.

La Delegación Iztapalapa es famosa por festejar desde hace 160 años la semana santa con la representación del Viacrucis. Los pueblos originarios de la región celebran cada año antes de Semana Santa sus carnavales, donde organizan desfiles con carros alegóricos y bailes por las principales avenidas.

Los tianguis, los mercados públicos, los mercados sobre ruedas, y la central de abastos son los principales abastecedores de productos de todo el país, principalmente la Central de abastos (1993) que tiene uno de los mercados de mariscos más grande del mundo. El comercio informal va en aumento en la Delegación, desarrollándose en los espacios donde tiene oportunidad, es decir,

afuera de los centros comerciales, de los metros, de los paraderos de autobuses y en avenidas principales. Esto genera problemas de seguridad pública y de contaminación, por las grandes cantidades de basura que se acumulan.

De acuerdo a los datos de la misma Delegación y del INEGI la Delegación Benito Juárez tiene una superficie de 26,63 km², su ubicación céntrica hace que sea una zona con bastantes vías de transporte. Además es una zona con una gran actividad económica por los negocios que están ubicados en ella. La Delegación está dividida en 57 colonias. Su índice de Desarrollo Humano es de 0.9510 comparable con el Índice de Desarrollo Humano de países europeos, como Alemania e Italia. La clase de los habitantes es media y media alta. Los habitantes son profesionistas y técnicos, además de tener el mayor nivel educativo del país. Laboran como administrativos, trabajadores de servicios, funcionarios o directivos, trabajadores de la industria y del ambulante.

Una vez que los habitantes eligieron al Jefe delegacional, el primero fue Eduardo Morales Domínguez, de abril 2000 a septiembre del 2000; seguido por José Espina Von Roehrich, del 2000 al 2003, Jesús Becerra Pedrote, de abril 2003 a septiembre del 2003, Fadlala Akabani Hneide del 2003 al 2006, Germán de la Garza Estrada del 2006-2009, Mario Palacios Acosta del 2009 al 2012 y actualmente ocupa el cargo Jorge Romero Herrera, todos ellos perteneciente al Partido Acción Nacional PAN.

En esta delegación se encuentran 4 hospitales y centros de salud, 2 DIF, 30 centros culturales y bibliotecas, 16 mercados, 2 unidades habitacionales, 24 parques y una gran presencia de centros comerciales, según los datos del INEGI.

En la Delegación hay una prevalencia de 63 escuelas particulares que ofrecen estudios a nivel superior y medio superior, las escuelas públicas de nivel medio superior son el CETIS 5, un bachilleres, la preparatoria magistral, la preparatoria 8 de la UNAM; el plantel Del Valle de la UACM como la única escuela pública de nivel superior.

La delegación como parte de sus programas sociales ofrece servicios a la comunidad como foros al aire libre, CENDIS, grupos de la tercera edad, albergues, brigadas comunitarias, estudios socioeconómicos y unidades móviles de atención. Con programas sociales ofrecen becas nutricionales, apoyos económicos, becas de gratuidad en servicios, organización de eventos de esparcimiento y cívicos.

Capítulo V

Metodología

En el capítulo se describen los procedimientos seguidos y los métodos utilizados para abordar el tema de investigación.

La investigación es de tipo cualitativa y descriptiva. Se abordaron tres dimensiones primero la relación entre el acceso a servicios y bienes e indicadores macroeconómicos de las dos Delegaciones ligados a las políticas sociales locales. La segunda dimensión se refiere a las condiciones materiales de vida de las dos delegaciones y en la última dimensión el perfil salud/enfermedad de las dos Delegaciones a partir de las principales causas de muerte.

Para el apartado de la relación entre el acceso a servicios y bienes e indicadores macroeconómicos de las dos delegaciones ligadas a políticas sociales locales: se obtuvo información de libros de la UAM-I así como datos contenidos en las páginas electrónicas de ambas Delegaciones que registran la historia, tradiciones y situaciones, como los delegados, su pertenecía a cada partido, el desarrollo de las delegaciones y de sus habitantes, los servicios y características de ambas delegaciones.

Para el apartado de las condiciones materiales de vida de ambas Delegaciones se consultaron datos del INEGI de las encuestas de los años 2000, y 2010. Se tomó del artículo “Polarización de la calidad de vida y de la salud en la Ciudad de México” las categorías propuestas por José Blanco, el índice General de condiciones de vida (IGRAL), índice de Calidad de la Vivienda (ICV), IR1 índice

resumen que hace referencia a las condiciones de vivienda que remite al consumo privado, IR2 el índice esta ligado a políticas gubernamentales de desarrollo de infraestructura, IR3 ligado al nivel educativo de la población y IR4 para el ingreso mayor a dos salarios mínimos.

Para construir las categorías de condiciones materiales de vida se tomaron datos de vivienda, condiciones de vivienda, servicios en la vivienda como drenaje, agua entubada dentro y fuera de la vivienda, habitantes por vivienda, equipamiento de la vivienda, ingresos por jefe de familia, grado escolar del jefe de familia. De los indicadores macroeconómicos datos del PIB, educación, población, producción primaria y secundaria, empleo, escolaridad y marginación. Una vez obtenidos los datos los comparamos y analizamos. Para calcular el dato de desempleo se tomó en cuenta la fórmula de cálculo para desempleo que proponen investigadores de la Facultad de economía de la UNAM.

Para el apartado El perfil salud/enfermedad de las dos Delegaciones se tomaron los datos de mortalidad, general, materna, infantil y muertes violentas registrados en el INEGI de los años 2000 y 2010, de las veinte causas de muerte registradas en el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) del DF y de las Delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez.

En el cuadro 1 se explica por cada objetivo planteado para la investigación los conceptos que se tomaron para cada uno de ellos, las categorías de análisis, los indicadores y las variables con las que podemos medir nuestro objetivo.

CUADRO 1 Descripción de los objetivos desde sus categorías conceptuales hasta sus variables tomadas para su operacionalización.

	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5
Fila	Objetivo	Categorías teóricas (Conceptos)	Categorías analíticas para operacionalizar los conceptos	Indicadores	Variables
A	Analizar las desigualdades sociales como determinantes de la desigualdad en salud en las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez.	Desigualdad en salud Determinantes	Clase social Tiempo Espacio (territorio)	Acceso a SS AGEB'S Perfil patológico	IMSS ISSSTE SSA Marginalidad Principales causas de muerte
B	Identificar las características políticas y económicas de las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez.	Estado	Régimen político	IR2 Consumo colectivo, ligado a políticas gubernamentales de desarrollo de infraestructura de servicios (servicios básicos de salud y seguridad social). IR3 Nivel educativo de la población remitido a política social (servicios básicos en educación). Indicadores macroeconómicos	Vivienda con agua entubada Vivienda con drenaje a la calle Vivienda con drenaje al suelo Vivienda con energía eléctrica Población de 15 y más años con primaria completa Empleo Producción primaria, secundaria y terciaria PIB Población activa

				Programas sociales y de salud	
C	Características demográficas de las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez.				Población Sexo Edad Jefatura familiar Estado civil Extensión territorial
D	Describir las condiciones materiales de los habitantes de las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los últimos 10 años.	Modo de vida.	Espacio geográfico. Condiciones materiales de vida.	AGEB'S IR1 Condiciones de vivienda, consumo privado, capacidad del grupo doméstico para mantener y modificar su vivienda. IR4 Acceso a servicios y bienes, obtenidos por el mercado. Condiciones	Vivienda propia. Vivienda prestada. Vivienda rentada. Total de habitantes por vivienda. Características de la vivienda (tipo de piso, cuartos, número de habitantes, equipamiento). Se consideró el ingreso mayor a dos salarios mínimos Nivel educativo. Grado escolar.

				laborales.	Empleo/desempleo. Ingreso, horas de trabajo, días de trabajo.
E	Identificar las causas de mortalidad registradas en las dos delegaciones.	Perfil patológico. Perfil salud/enfermedad. Proceso salud/enfermedad.	Morbilidad. Acceso a servicios de salud SSA. Seguro popular o algún otro seguro. Mortalidad.	Tasa de natalidad infantil. Tasa de enfermedades. Tasa de enfermedades prevenibles por vacuna. Tasa de muerte materna infantil.	Valores numérico

Elaborado por datos de la investigación y categorías propuestas por José Blanco Gil.

Los datos del cuadro 1 están plateados de lo general a lo particular de la columna 1 a la columna 5 y de la fila “a” a la fila “e”.

La columna “1” contiene el objetivo general y los objetivos particulares planteados para la investigación. En la columna “2” se encuentran las principales categorías teóricas para el acercamiento y abordamiento del objeto de estudio por cada uno de los objetivos planteados. En la columna “3” se encuentran las categorías de análisis de donde se obtendrán los conceptos que operacionalizan las grandes categorías. En la columna “4” encontramos los indicadores que nos facilitaran la medición de nuestros objetivos y en la columna “5” las variables que se utilizaran para la investigación y que nos permiten analizar de manera más concreta cada uno de nuestros objetivos.

En la fila “A” columna “1” se encuentra el objetivo general planteado para la investigación donde se plantea analizar las desigualdades sociales como determinantes de la desigualdad en salud en las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez. Sus categorías teóricas se encuentran en la columna “2” estas son la desigualdad en salud y los determinantes. En la columna “3” están sus categorías de análisis que son clase social, tiempo y espacio (territorio). En la columna “4” se encuentran los indicadores que son acceso a servicios de salud, AGEBS y perfil patológico. Sus variables se encuentran en la columna “5” de la fila “A” estas son IMMS, ISSSTE, SSA, marginalidad y las principales causas de muerte.

En la fila “B” columna “1”, se ubica el primer objetivo particular que plantea Identificar las características políticas y económicas de las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez. En la misma fila y columna “2” en las categorías teóricas tenemos Estado. En la columna “3” en las categorías analíticas tenemos régimen político. En la columna “4” como indicadores se encuentran la clasificación IR2 que propone José Blanco Gil que engrupa el consumo colectivo ligado a políticas gubernamentales de desarrollo de infraestructura de servicios (servicios básicos de salud y seguridad social); el IR3 contiene el nivel educativo de la población remitiendo a política social (servicios básicos en educación); además de los indicadores macroeconómicos y los programas sociales y de salud. Las variables del objetivo son la vivienda con agua entubada, vivienda con drenaje a la calle, vivienda con drenaje al suelo, vivienda con energía eléctrica, población de 15 años y más con primaria completa, empleo, producción primaria, secundaria y terciaria, PIB y población activa.

En la columna “1” fila “C” está el segundo objetivo particular, en el que corresponden las características demográficas de las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez, que se medirá a partir de las variables población, sexo, edad, jefatura familiar, estado civil y extensión territorial.

En la columna “1” fila “D” se halla el tercer objetivo particular planteado para la investigación, en el que se describen las condiciones materiales de los habitantes de las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los últimos 10 años. En la fila “D” columna “2” en las categorías teóricas del objetivo se encuentran los modos de vida. En la columna “3” en las categorías analíticas está el espacio geográfico y

las condiciones materiales de vida. En la columna “4” que corresponde a los indicadores tenemos los AGEBS, la categoría IR1 propuesta por Blanco Gil que agrupa las condiciones materiales de vivienda, el consumo privado, la capacidad del grupo domestico para mantener y modificar su vivienda; El IR4 que contiene el acceso a servicios y bienes obtenidos por el mercado, además de las condiciones laborales. En la columna “5” de la fila d, se encuentran las variables en donde tenemos las viviendas propias, las viviendas prestadas, la vivienda rentada, el total de habitantes por vivienda, las características de la vivienda (el tipo de piso, número de habitaciones, equipamiento); se considera el ingreso mayor a dos salarios mínimos, el nivel educativo, el grado escolar, el empleo, el desempleo, el ingreso, las horas de trabajo y los días de trabajo.

En la columna “1” fila “E” se sitúa el último objetivo particular, en donde se busca identificar las causas de mortalidad registradas en las dos delegaciones. En la columna “2” de las categorías teóricas tenemos el perfil patológico, el perfil salud/enfermedad y el proceso salud/enfermedad. En la columna “3” que corresponde a las categorías analíticas tenemos morbilidad, acceso a servicios de salud de la Secretaria de Salud, el seguro popular o algún otro tipo de seguro y la mortalidad. En la columna “4” en donde se encuentran los indicadores encontramos la tasa de mortalidad infantil, la tasa de enfermedades prevenibles, por vacuna y la tasa de muerte materna infantil. En la columna “5” en las variables tenemos los valores numéricos de las tasas de morbilidad y mortalidad.

Una vez obtenidos los datos de las distintas fuentes se compararon los datos de ambas Delegaciones en primer lugar para identificar las diferencias entre las

políticas desarrolladas en cada una de las delegaciones. En segundo lugar se compararon las condiciones de vida de cada delegación y por último, se comparó la mortalidad de cada Delegación.

Una vez comparados los datos se hizo un análisis de los datos relacionándolos con los planteamientos teóricos desde la desigualdad en el proceso salud enfermedad y su relación con las categorías de condiciones materiales de vida y políticas sociales.

Capítulo VI.

Resultados

En este capítulo mostramos los datos obtenidos del INEGI en el censo de población y vivienda de los años 2000 y 2010 de las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez. Los datos se presentan en cuatro apartados.

En primer lugar se encuentran los datos demográficos: extensión territorial, población, sexo, edad, estado civil, jefatura familiar y nivel escolar de la jefatura familiar que nos acercan más a las características de las delegaciones y de sus habitantes.

En la segunda parte de los resultados, corresponden a los datos que expresan los avances de las políticas sociales, que incluyen los servicios con los que cuentan las viviendas como la disposición de agua entubada, energía eléctrica, drenaje y total de viviendas, que dan cuenta de los resultados de las políticas sociales que se implementan en cada delegación.

En la tercera parte tenemos los datos de las condiciones materiales de vida que dan cuenta del poder adquisitivo y las condiciones y características de las viviendas y de sus integrantes. Incluye el tipo de vivienda (casa, departamento, cuarto de azotea), los habitantes por vivienda, tipo de piso en las viviendas, número de cuartos por vivienda, equipamiento de la vivienda (número de bienes), además de los indicadores macroeconómicos: Producto Interno Bruto (PIB), grado de marginación, población activa, desempleo, población por sector (Primario, secundario y terciario), horas laborales y salario por delegación.

En último lugar tenemos los datos de salud que incluye la derechohabencia, el tipo de seguro, natalidad infantil, la tasa de mortalidad de las veinte principales causas en el DF, tasa general de muerte, la tasa de muerte productiva, tasa de muerte materna y la tasa de muerte infantil.

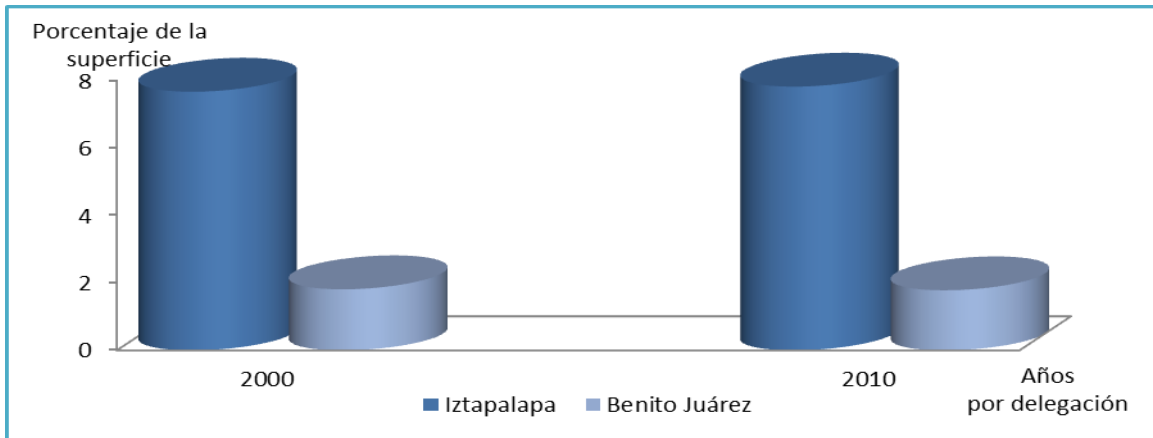
Los datos que se presentan por cada delegación tomaron como máximo valor los correspondientes al Distrito Federal.

Datos Demográficos

Para contextualizar los datos de la población de la delegación Iztapalapa y Benito Juárez, presentamos los índices demográficos.

La “extensión territorial” en cada delegación nos presenta la forma de organización social de los habitantes de cada territorio y su nivel de desarrollo. El territorio de la Delegación Iztapalapa y Benito Juárez son parte del territorio del DF. La extensión territorial en la Delegación Iztapalapa para el año 2000 es de 7.67% del total del DF, mientras que en Benito Juárez en este mismo año es de 1.81%. En el año 2010 en Iztapalapa la extensión territorial es de 7.82% mientras que en la Delegación Benito Juárez es de 1.78% del total del DF tal como se observa en la gráfica 1. Es decir que durante la década del 2000 al 2010 mientras en la Delegación Iztapalapa se observa un incremento de la extensión de 0.15% en Benito Juárez hay una disminución del territorio de 0.03%.

Gráfica 1 Porcentaje de la extensión territorial de las Delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.



Fuente: INEGI, Delegación Iztapalapa y Delegación Benito Juárez 2000 y 2010.

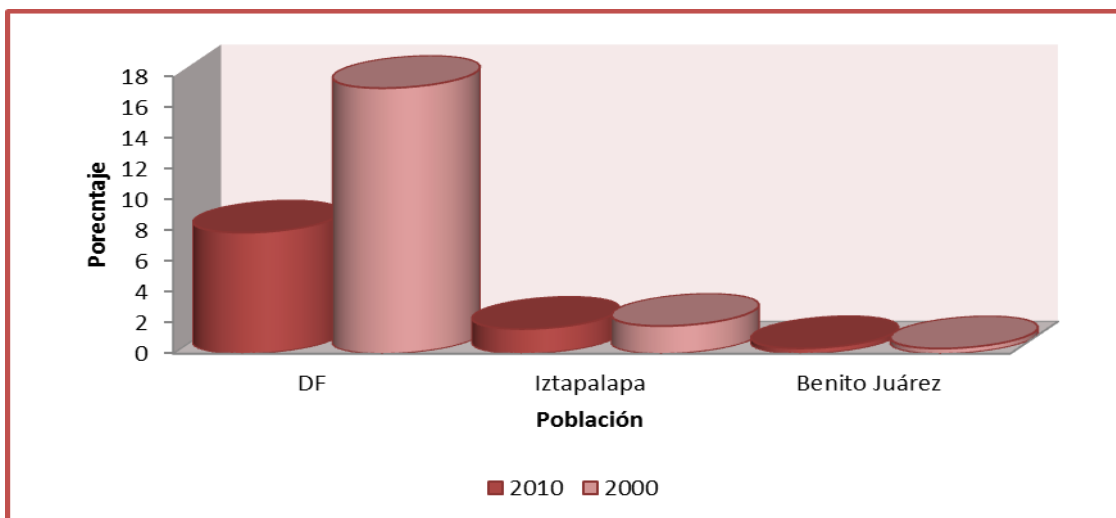
En el año 2000, el 17.26% de población total del país se vivía en el Distrito Federal. Del total de población del DF el 10.45% vivía en Iztapalapa, mientras que, en Benito Juárez habitaba el 2.07%.

Para el año 2010, un 7.87% del total de la población total del país habitaba en el DF. De la población del DF el 20.51% vivía en Iztapalapa, mientras que, en Benito Juárez estaba un 4.35%.

En la Delegación Iztapalapa hay un incremento en la extensión territorial, pero su población está por encima del doble de la población registrada en el año 2000. En la Delegación Benito Juárez se muestra una disminución del territorio, el total de su población para el año 2010 es el doble que en el año 2000. Es decir que en ambas Delegaciones para el año 2010 en menos territorio hay mayor población. A pesar del incremento de la densidad en ambas delegaciones la población de Benito Juárez representa tan solo la cuarta parte de la población que hay en la

delegación Iztapalapa. Como se muestra en la gráfica 2. Esto puede ser un indicador de la tasa de natalidad y del desplazamiento de la población.

Gráfica 2 Porcentaje de la población total del DF y de las Delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en el 2000 y 2010.



Fuente: INEGI, DF, Delegación Iztapalapa y Delegación Benito Juárez 2000 y 2010.

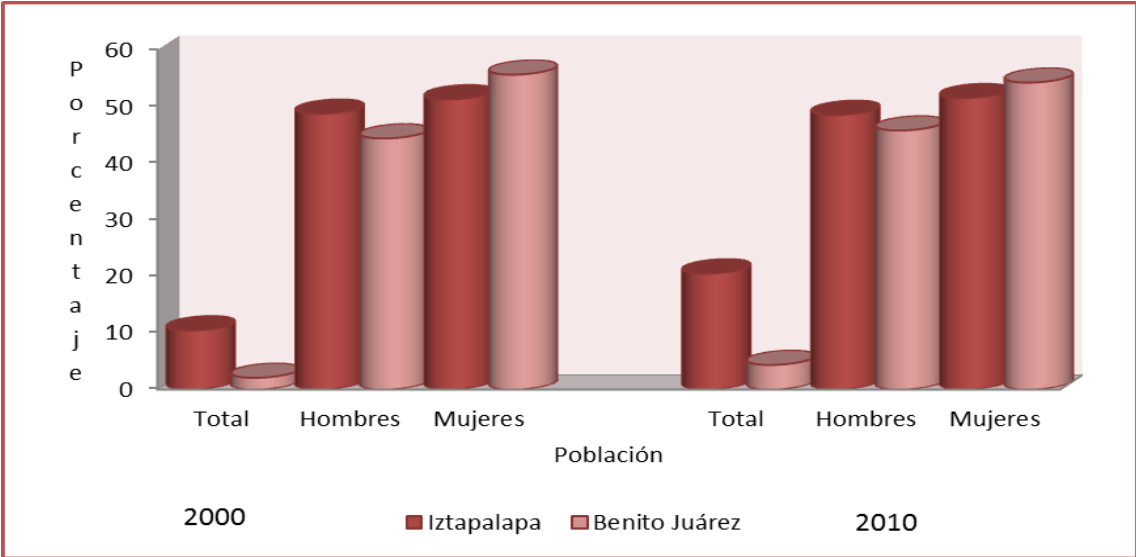
En el 2000, del 10.45% de población total que vivían en la Delegación Iztapalapa el 48.72% eran hombres y el 51.27% eran mujeres. En este mismo año del 2.07% de población de Benito Juárez el 44.36% eran hombres y el 55.63% eran mujeres.

Para el año 2010, del total de la población de Iztapalapa que era el 20.51% del DF, el 48.51% eran hombres y el 51.48% mujeres. En Benito Juárez del 4.35% que era la población total el 45.76% eran hombres y el 54.23% mujeres.

Como observamos en la gráfica 3, en la Delegación Iztapalapa la presencia de hombre fue disminuyendo de manera gradual, mientras que en Benito Juárez la

presencia de hombres aumentó, esto puede ser resultado del desplazamiento de la población.

Gráfica 3 Porcentaje de la población total en las Delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.



Fuente: Censo de población y vivienda INEGI 2000 y 2010.

Del total de población por delegación encontramos que por “rangos de edad” para el año 2000. En Iztapalapa la población de 0 a 14 años era del 29.96% mientras que con este mismo rango en Benito Juárez era del 18.19%. La población en edad de producción para este mismo año en Iztapalapa era del 63.77%, mientras que en Benito Juárez la población con esta edad era del 67.22%. La población adulta mayor en Iztapalapa representaba el 6.27% en cambio en Benito Juárez era del 14.59%.

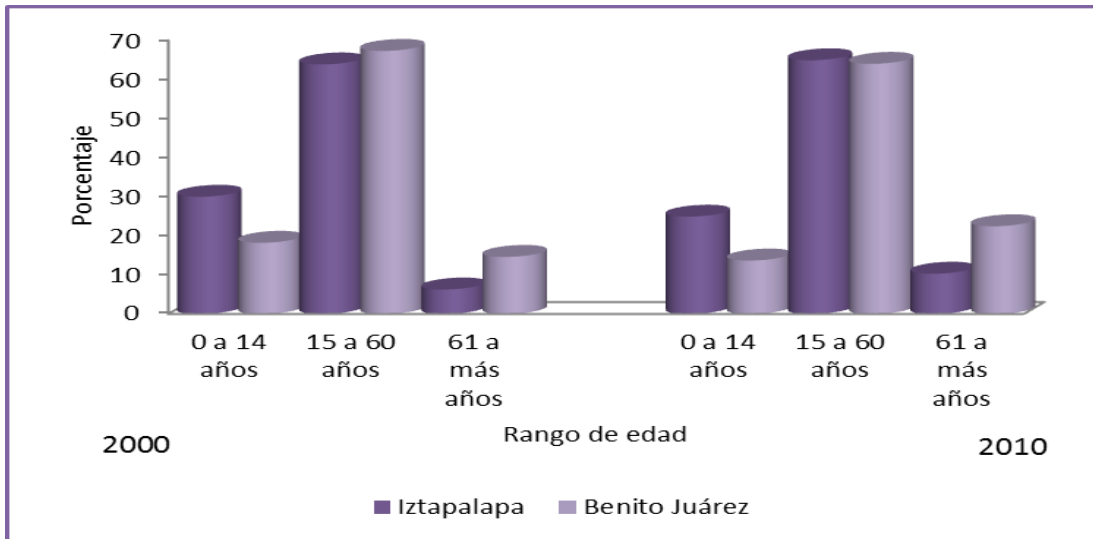
Para el año 2010 la población de 0 a 14 años en Iztapalapa era un 24.87%, en Benito Juárez era de 13.66%. La población en edad de producción de 15 a 59 años en Iztapalapa representaba el 64.83%, mientras que en Benito Juárez era de

63.92%. La población adulta mayor en Iztapalapa era de 10.3% mientras que en Benito Juárez era de 22.42%.

Como podemos observar en la gráfica 4. En la década del 2000 al 2010 la población en edad de producción incrementó un 1.06% en la Delegación Iztapalapa. En cambio, la población en edad de producción en Benito Juárez disminuyó 3.31%. La población adulta mayor en la Delegación Benito Juárez incrementó el 7.83% por lo que la presencia de este sector es mayor, en Iztapalapa aumento el 4.03% lo que muestra que hay más adultos mayores en esta delegación que 10 años antes.

En ambas delegaciones, los habitantes en edad productiva tienen una mayor presencia, aunque en el año 2000 hay mayor presencia de esta población en la Delegación Benito Juárez que en Iztapalapa y para el año 2010 hay mayor población en edad productiva en Iztapalapa que en Benito Juárez. La presencia de adultos mayores es el doble en Benito Juárez, comparada con los de Iztapalapa en donde presentaban una minoría tanto en el 2000 como en el 2010. Debe tomarse en cuenta que un factor de presencia de adultos mayores en la Delegación Benito Juárez depende de la movilidad de la población entre los Estados y las mismas delegaciones del DF, además de sus habitantes que se integran a este sector con el paso de los años.

Gráfica 4 Porcentaje de la población por edades de las Delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en el 2000 y 2010.



Fuente: Censo de población y vivienda INEGI 2000 y 2010.

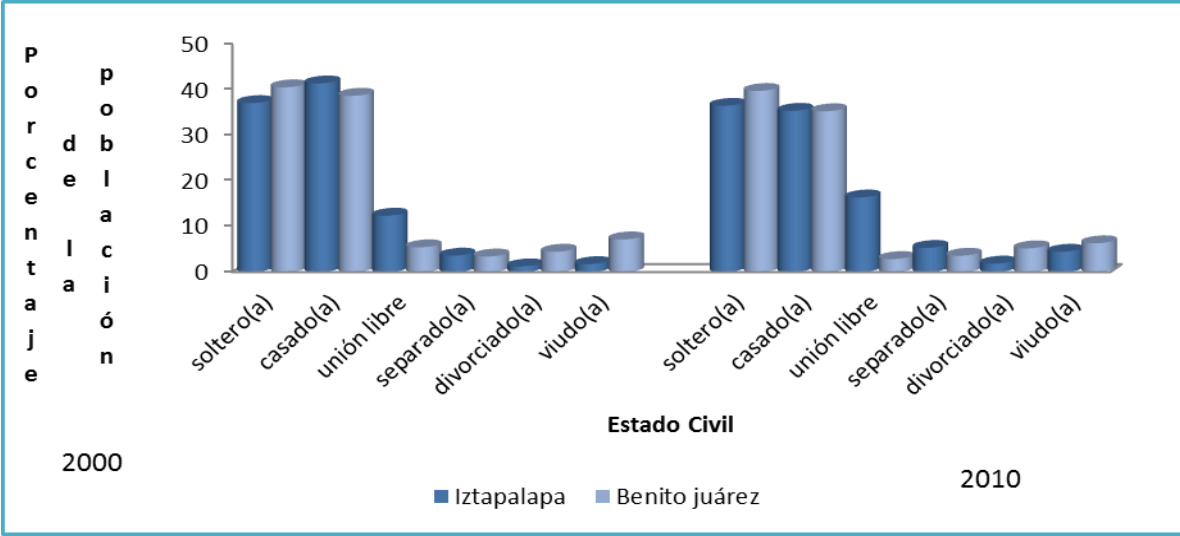
En el año 2000, en Iztapalapa el 37.08% de la población era soltera, en Benito Juárez el 40.55%. El 41.39% de la población de Iztapalapa es casada, en Benito Juárez el 38.69%. En unión libre se encontraba el 12.38%, en cambio, en Benito Juárez vivía en unión libre el 5.44%.

En el año 2010, en Iztapalapa el 36.48% del total de la población era soltera, en Benito Juárez el 39.74%. En Iztapalapa el 35.38% era casada, en Benito Juárez era el 35.29%. En Iztapalapa vivía en unión libre el 16.37%, mientras que, estaba en este estado el 9.02% en Benito Juárez.

Observamos en la gráfica 5 que la mayoría de habitantes de ambas delegaciones son solteros. La población que es casada al igual que los que viven en unión libre para el 2000 y 2010 presentan una mayoría en la delegación Iztapalapa comparada con la población de Benito Juárez en la que se presenta con menor

frecuencia. Los que son viudos tienen mayor presencia en la Delegación Benito Juárez que en la Delegación Iztapalapa. El porcentaje de personas divorciadas era más alto en Benito Juárez que en Iztapalapa tanto en el año 2000 como en el 2010.

Gráfica 5 Porcentaje de estado civil de la población de las Delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.



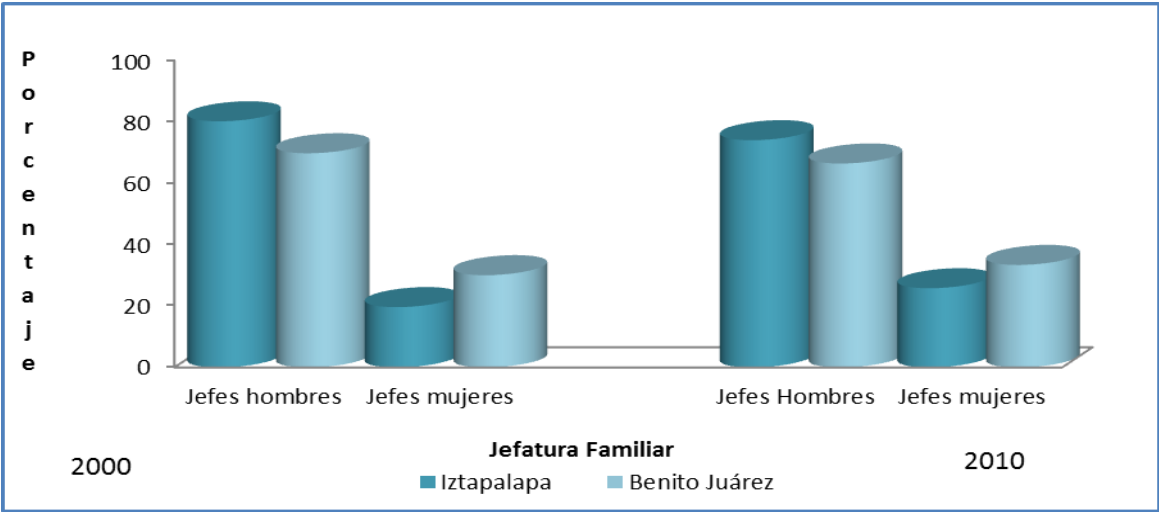
Fuente: Censo de población y vivienda INEGI 2000 y 2010.

Para el año 2000, en Iztapalapa los jefes de familia hombres eran un 80%, mientras que, en Benito Juárez eran el 66.56%. Los jefes de familia mujeres en este mismo año en Iztapalapa eran el 20%, mientras que, en Benito Juárez el 33.43%.

En el año 2010 eran jefes de familia hombres en la delegación Iztapalapa el 74% mientras que en Benito Juárez eran el 69.9%. Los jefes de familia mujeres en Iztapalapa eran el 26% mientras que en Benito Juárez eran el 30.09%.

La jefatura familiar en ambas delegaciones estaba a cargo de los hombres, sin embargo, se observa una disminución de la misma en la década del 2000 al 2010. En esta misma década se observa un aumento en las jefaturas a cargo de mujeres, observándose más este aumento en Benito Juárez que en Iztapalapa, lo que significa que hay más mujeres que están haciéndose cargo del hogar y de los gastos. Estos datos los observamos en la gráfica 6.

Gráfica 6 Porcentajes de los Jefes de familia en las Delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.



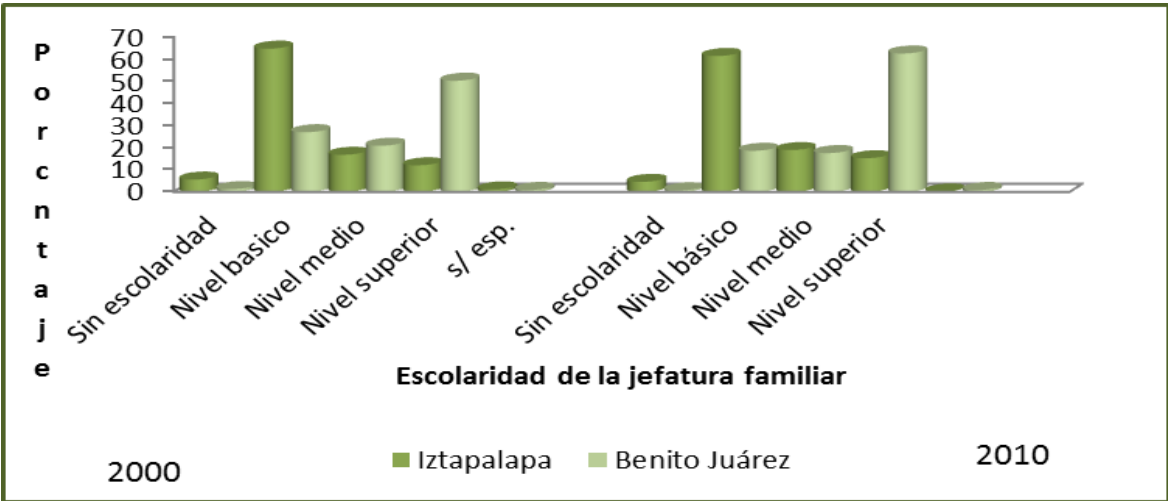
Fuente: Censo de población y vivienda 2000 y 2010.

Es de gran importancia conocer el “nivel escolar de los jefes de familia” ya que esto nos da cuenta del ingreso que hay en los hogares, la distribución y cubrimiento de los gastos, así como, el tipo de empleo. En la delegación Iztapalapa para el 2000 un 64.6% de los jefes de familia contaban con nivel básico que podía ser primaria completa o secundaria completa, mientras que, en Benito Juárez para este mismo año el 50.13% de los jefes de familia tenían nivel superior.

En el año 2010, los jefes de familia en la Delegación Iztapalapa contaban con nivel básico el 61.3% mientras que en Benito Juárez el 62.43% tenían nivel superior. En Iztapalapa el 15.18% de los jefes de familia contaban con nivel superior mientras que en Benito Juárez el 18.53% de los jefes de familia tenían nivel básico.

Observando la gráfica 7 notamos el contraste en el nivel educativo de los padres de familias de ambas delegaciones ya que mientras en Iztapalapa la mayoría de los padres de familia tienen la primaria y secundaria, en Benito Juárez la mayoría de los padres de familia cuentan con nivel superior lo cual indica el acceso y oportunidad a la educación en cada una de las delegaciones.

Gráfica 7 Porcentaje del nivel escolar de jefatura familiar de las Delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.



Fuente: Censo de población y vivienda 2000 y 2010.

Políticas Sociales.

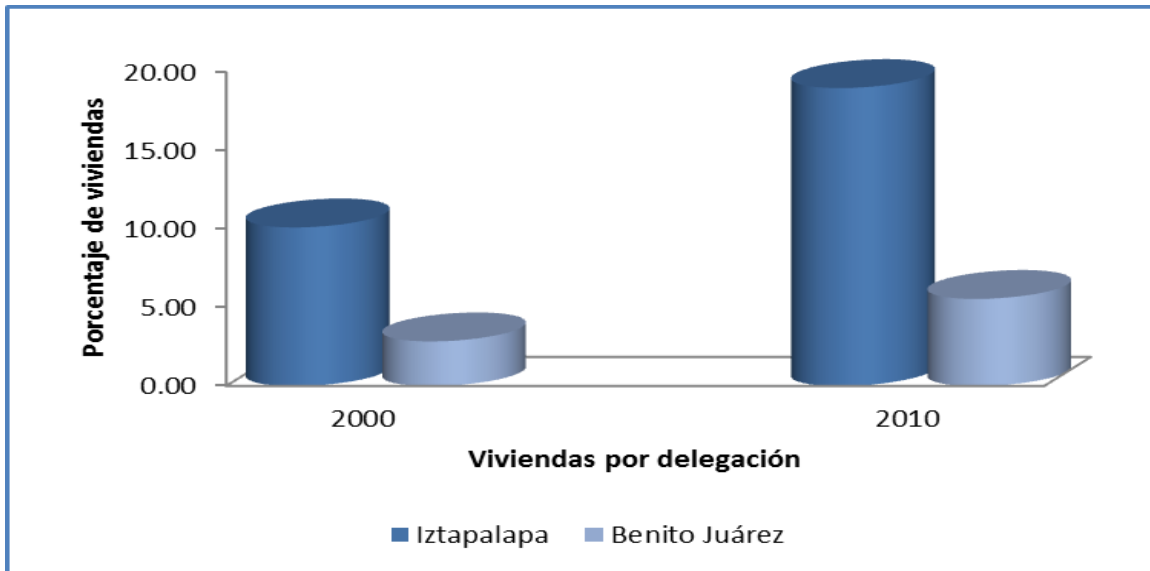
En este apartado analizamos los datos de los servicios de infraestructura en drenaje, en luz eléctrica, en agua potable, que corresponde implementar a las autoridades de las Delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez para que los habitantes desarrollen mejores condiciones. El equipamiento de las viviendas representa el grado de desarrollo de la población de ese territorio.

Para el año 2000 en Iztapalapa el “número de viviendas” era el 10.11% del total de viviendas del DF, mientras que, en Benito Juárez el total de viviendas correspondía a 2.84%.

Para el 2010 del total de viviendas del DF correspondía a Iztapalapa el 19%, en cambio, para este mismo año, en Benito Juárez había un 5.55% de viviendas.

De acuerdo a los datos de la gráfica 8 se observa un incremento de viviendas en ambas delegaciones casi por el doble de lo registrado del año 2000 al 2010. En Iztapalapa el incremento de las viviendas un 47.26%, mientras que en Benito Juárez aumentaron las viviendas un 51.14%. Lo que muestra que hay más viviendas en la delegación Benito Juárez que en Iztapalapa.

Gráfica 8 Porcentaje del total de viviendas en las Delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.



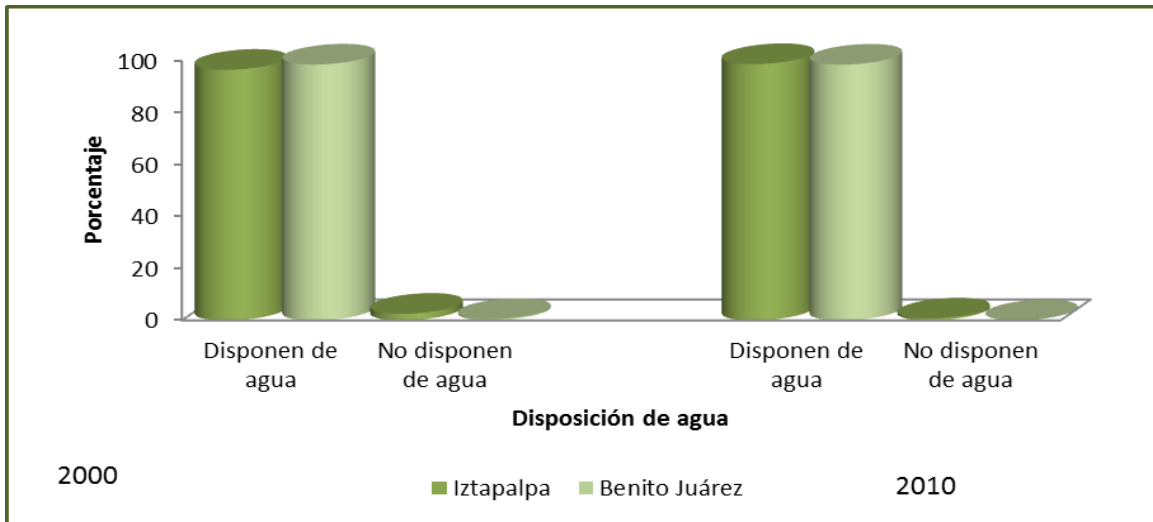
Fuente: Censo de población y vivienda INEGI 2000 y 2010.

En el año 2000 el 96.73% de las viviendas de la delegación Iztapalapa disponían de agua entubada, mientras que en este mismo año en Benito Juárez el 98.76% de las viviendas tenían agua entubada.

Para el año 2010 el 98.93% de las viviendas de Iztapalapa contaban con agua entubada y en Benito Juárez eran el 98.7% de las viviendas.

Por los datos de la gráfica 9. En la delegación Iztapalapa incrementaron las viviendas que cuentan con el servicio de agua entubada. En Benito Juárez desde el año 2000 la mayoría de las viviendas ya contaban con este servicio, por lo que continua cubierto en el año 2010.

Gráfica 9 Porcentaje de la Disposición de agua en las viviendas de las Delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.



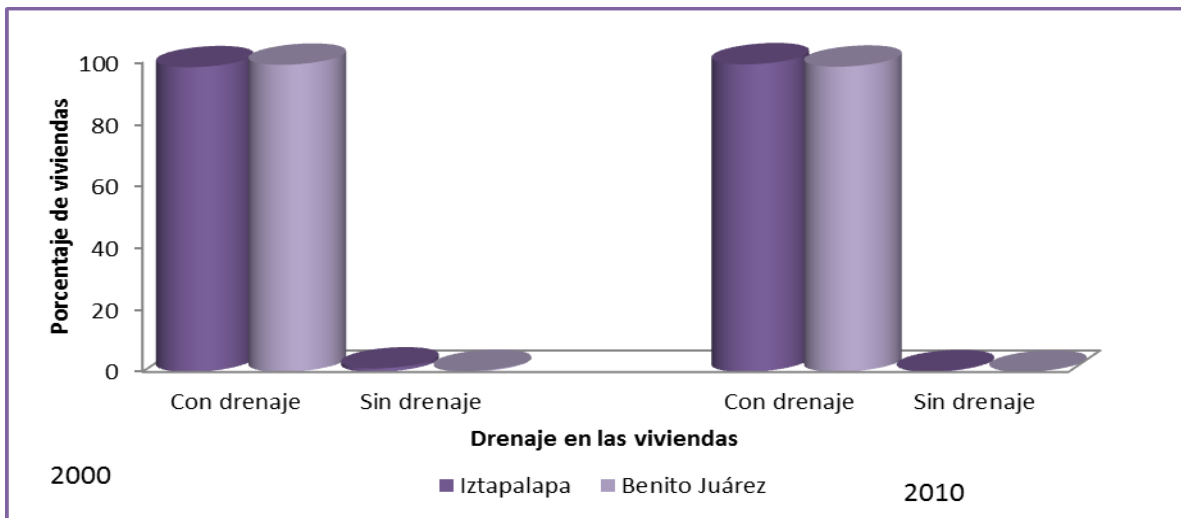
Fuente: Censo de población y vivienda INEGI 2000 y 2010.

En el año 2010, del total de viviendas de Iztapalapa disponían de drenaje el 98.46%. En Benito Juárez para este mismo año del total de viviendas el 99.26% contaban con el servicio.

Para el año 2010 el 99.41% las viviendas en Iztapalapa tenían drenaje. Para este mismo año el 98.64% de las viviendas en Benito Juárez contaban con drenaje.

En la gráfica 10 se observa que en Iztapalapa en la mayoría de las viviendas se cubrió el servicio de drenaje, mientras que, en Benito Juárez se observa que disminuyó el número de viviendas en este servicio, ya que en el 2000 es de 99.26% mientras que en el 2010 es de 98.64%.

Gráfica 10 Porcentaje de la disposición de drenaje en las viviendas de las Delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en el año 2000 y 2010.



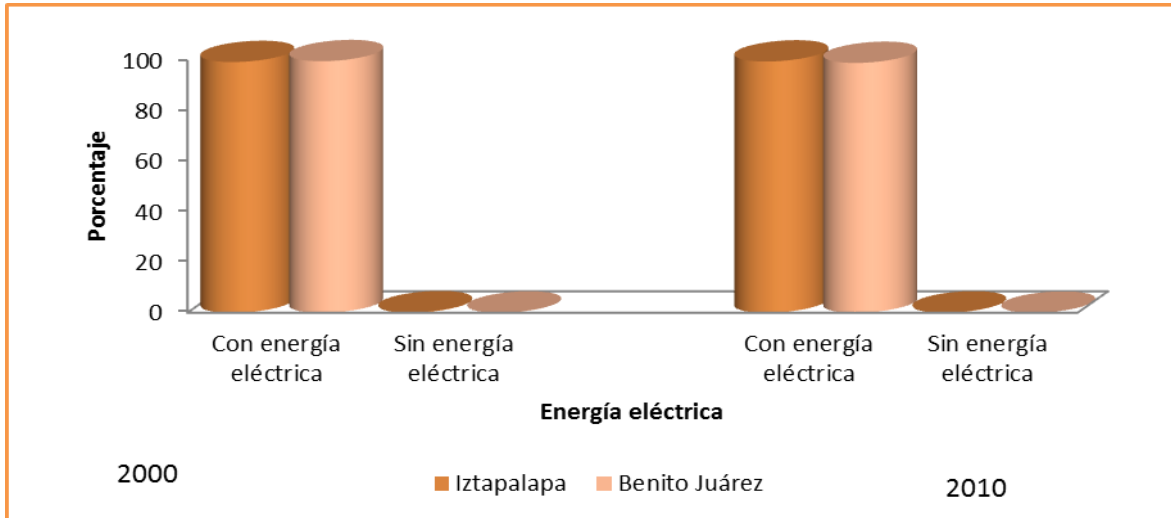
Fuente: Censo de población y vivienda INEGI 2000 y 2010.

En el año 2000 del total de viviendas de Iztapalapa el 99.5% tenían energía eléctrica. En Benito Juárez del total de viviendas el 99.84% contaban con energía eléctrica.

En el año 2010 del total de viviendas en Iztapalapa el 99.41% tenían energía eléctrica. En Benito Juárez del total de viviendas el 99.64% contaban con el servicio.

En la gráfica 11 la mayoría de las viviendas tenían energía eléctrica en ambas delegaciones, siendo el servicio que se garantiza en un alto porcentaje desde el año 2000.

Gráfica 11 Porcentaje de viviendas con energía eléctrica en las Delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en el 2000 y 2010.



Fuente: Censo de población y vivienda INEGI 2000 y 2010.

Condiciones materiales de vida.

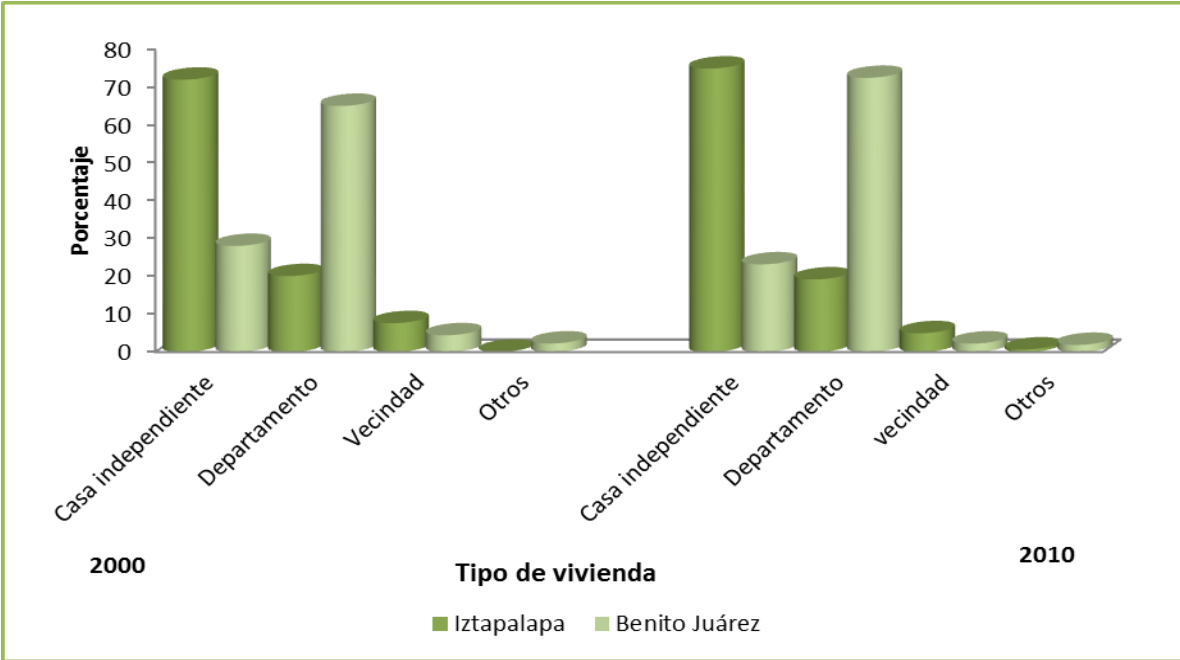
En este apartado compararemos los datos que dan cuenta de las condiciones materiales de ambas Delegaciones en los años 2000 y 2010. Dichos datos se refieren a los bienes y el equipamiento de la vivienda, las condiciones laborales de los jefes de familia, las horas en que laboran, su ingreso económico, así como las actividades productivas que realizan.

Para el año 2000, del total de las viviendas de Iztapalapa, el 72.12% corresponde a casas independientes, mientras que, en Benito Juárez del total de viviendas eran departamentos el 65.18%. En el mismo año del total de viviendas en Iztapalapa el 20.11% eran departamentos, mientras que en Benito Juárez del total de viviendas, el 28.1% eran casas independientes.

Para el 2010 del total de viviendas en Iztapalapa el 75.07% eran viviendas particulares, mientras que, en este mismo año del total de viviendas en Benito Juárez el 72.62% eran departamentos. Para este mismo año del total de viviendas en Iztapalapa el 19.24% tenían departamentos. En este mismo año del total de viviendas en Benito Juárez un 23.22% eran viviendas particulares.

En los datos de la gráfica 12, la mayoría de la población en Iztapalapa habitaba en casas particulares, mientras que, en Benito Juárez la mayoría vivía en departamentos. Las viviendas particulares aumentaron, mientras que, en Benito Juárez disminuyeron. La presencia de vecindades es mayor en Iztapalapa que en Benito Juárez, y los que habitaban en cuartos de azotea son más en Benito Juárez que en Iztapalapa.

Gráfica 12 Porcentaje de tipo de vivienda en las Delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.



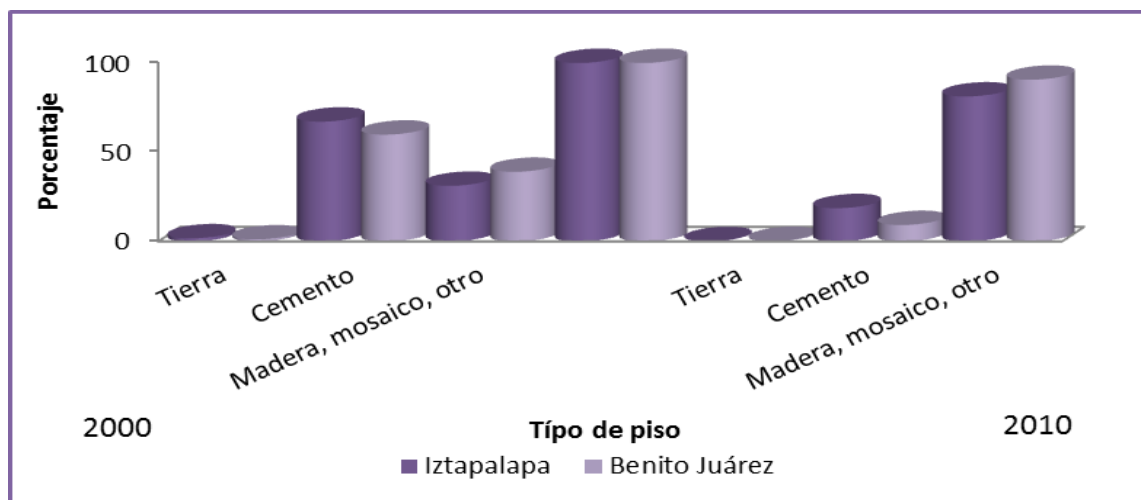
Fuente: Censo de población y vivienda INEGI 2000 y 2010.

En cuanto a los tipos de piso, para el año 2000, en la delegación Iztapalapa del total de viviendas el 67.13% tenían piso de cemento, mientras que, para este año en Benito Juárez del total de viviendas el 59.85% de las viviendas tenían este tipo de piso. Del total de viviendas en Iztapalapa el 31.15% de las viviendas tenía piso de madera mosaico u otro recubrimiento, mientras que, en Benito Juárez el 39% del total de viviendas contaba con este tipo de piso. El 1.72% de las viviendas en Iztapalapa tenían piso de tierra, en Benito Juárez el 1.15% del total de viviendas contaba con piso de tierra.

En el año 2010 del total de viviendas en Iztapalapa el 81.23% de las viviendas contaban con piso de madera mosaico u otro material, mientras que, del total de viviendas en Benito Juárez el 90.06% tenían de este piso. El 18.62% de las viviendas de Iztapalapa tenían piso de cemento, del 9.19% de las viviendas en Benito Juárez contaban con este mismo piso. Del 0.15% de las viviendas de Iztapalapa contaban con piso de tierra, mientras que, el 0.21% de las viviendas de Benito Juárez tenían piso de tierra.

El tipo de piso es importante ya que es un indicador del ingreso económico para adaptar la vivienda, pero también para conocer si los habitantes están expuestos a padecer ciertas patologías a causa de piso de tierra. En la década del 2000 al 2010, el tipo de piso de madera, mosaico u algún otro material se incrementó en ambas delegaciones. Las viviendas con piso de cemento aún son más en Iztapalapa que en Benito Juárez y las viviendas con pisos de tierra son un pequeño porcentaje en ambas delegaciones.

Gráfica 13 Porcentaje del tipo de piso en las viviendas de las Delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.



Fuente: Censo de población y vivienda INEGI 2000 y 2010.

En el año 2000, el INEGI en la encuesta de población y vivienda, hace el registro de datos de 5 o menos bienes hasta diez bienes entre los que incluyen disponibilidad de radio, televisión, video, licuadora, refrigerador, lavadora, teléfono, boiler, auto y computadora. En el año 2010 separan los datos en dos, los primeros los registran de 1 a 3 bienes que incluye: refrigerador, lavadora y automóvil o camioneta. Los segundos los registra en los TIC (Tecnologías de la Información y Comunicación) que incluyen: disponibilidad de televisor, radio, línea telefónica fija, teléfono celular, computadora e internet.

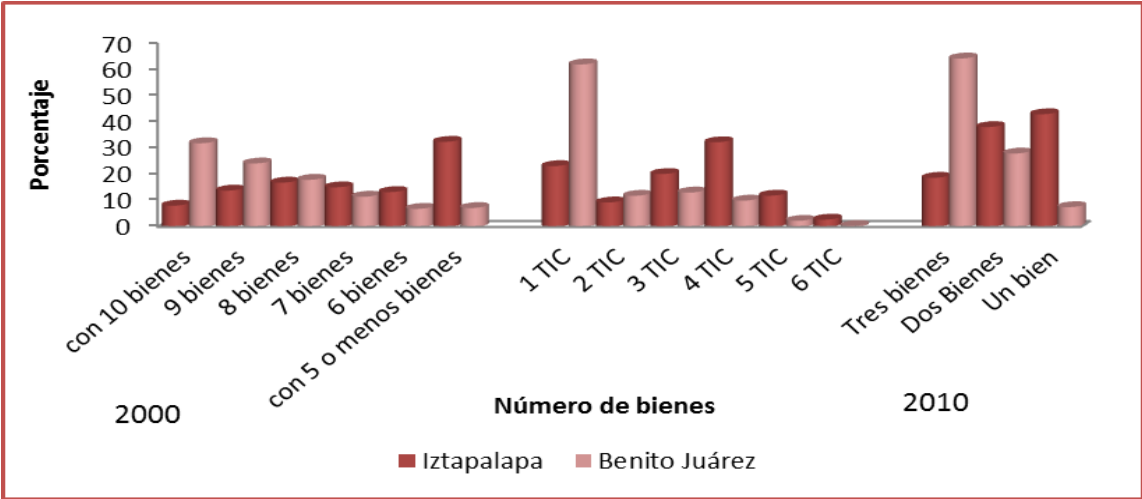
En el año 2000, del total de viviendas de Iztapalapa el 32.52% tenían menos de 5 bienes; el 16.93% contaban con 8 bienes; el 15.16% con 7 bienes; 13.90% con 9 bienes; el 13.35% con 6 bienes y el 8.14% con más de 10 bienes. En este mismo año del total de las viviendas de Benito Juárez el 31.99% contaban con 10 bienes; el 24.25% de las viviendas tenían 9 bienes, el 18.03% con 8 bienes, el 11.55% con

7 bienes, contaban con 6 bienes el 6.93% de las viviendas y con 5 o menos bienes el 7.25%.

Para el año 2010 del total de las viviendas en la delegación Iztapalapa el 38.17% tenía 2 bienes, el 18.77% contaba con 3 bienes, el 43.06% con menos de un bien, el 32.36% de las viviendas con 4 TIC en el año 2010, el 23.25% contaban con 1 TIC; el 20.23% con 3 TIC, el 11.98% con 5 TIC, 9.37% con 2 TIC y el 2.81% tenían 6 TIC. En este mismo año del total de las viviendas de la delegación Benito Juárez, se registró que el 64.35% contaban con 3 bienes, el 28.06% con 2 bienes y el 7.59% con 1 bien; el 62.08% con 1 TIC, el 13.16% con 3 TIC, el 11.91%, 2 TIC, el 10.06% con 4 TIC, el 2.37% con 5 TIC y el 0.42% con los 6 TIC.

De acuerdo a los datos presentados en la gráfica 14, aunque hayan variado los registros de los datos estos representan las condiciones materiales de los habitantes de ambas delegaciones. De acuerdo a los datos en las viviendas de la Delegación Iztapalapa aumentó el número de bienes aunque el equipamiento de estos era de menor costo, por el contrario, en las viviendas de la Delegación Benito Juárez los bienes con los que cuentan eran de mayor costo.

Gráfica 14 Porcentaje de número de bienes en las viviendas de las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.



Fuente: Censo de población y vivienda INEGI 2000 y 2010.

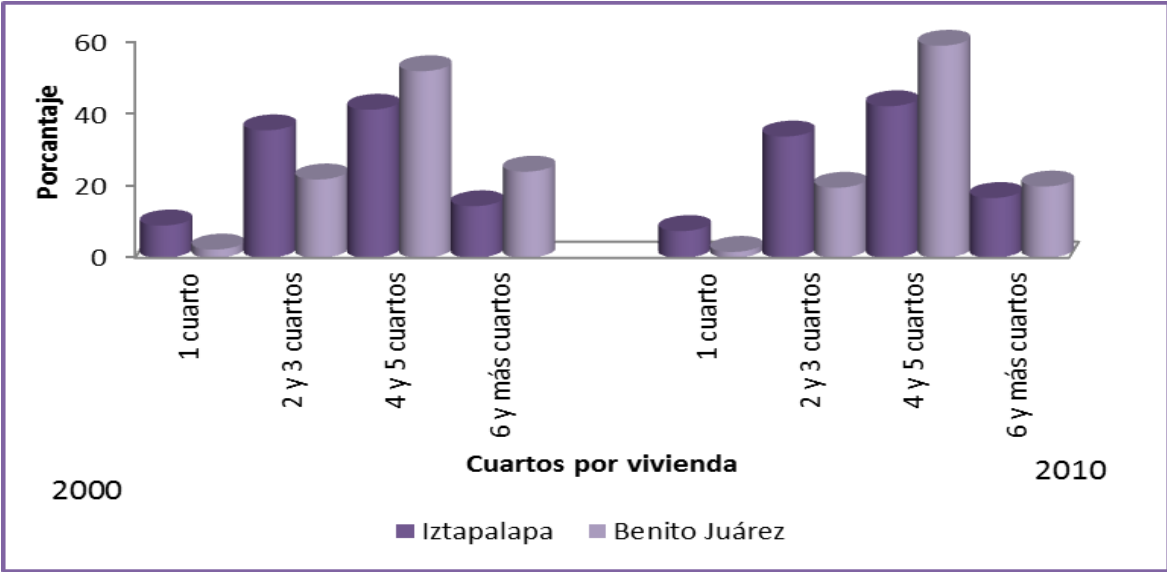
En el año 2000 del total de viviendas el 41.2% tenían 4 y 5 cuartos en Iztapalapa, mientras que, del total de viviendas en Benito Juárez el 51.93% contaban con esta misma cantidad de cuartos. Para este mismo año en Iztapalapa el 35.47% contaban con 2 y 3 cuartos, mientras que, en Benito Juárez el 23.97% del total de las viviendas tenían 6 y más cuartos. En Iztapalapa del total de viviendas el 14.35% contaba con 6 y más cuartos, en Benito Juárez del total de viviendas el 21.81% tenían con 2 y 3 cuartos.

En el año 2010, del total de viviendas en Iztapalapa el 42.17% tenían 4 y 5 cuartos, mientras que, en Benito Juárez el 59.01% de las viviendas contaban con este mismo número de cuartos. En Iztapalapa el 33.75% de las viviendas tenían 2 y 3 cuartos, mientras que, en Benito Juárez 19.83% del total de las viviendas contaban con 6 y más cuartos. En este mismo año el 16.64% de las viviendas en

Iztapalapa contaban con 6 y más cuartos, en Benito Juárez del total de las viviendas el 19.5% contaba con 2 y 3 cuartos.

Se observa que en los años 2000 y 2010 las viviendas en la delegación Benito Juárez aumentaron más del doble, al igual que su población, en cambio, en Iztapalapa incrementaron un 80% las viviendas, sin embargo, el total de población es el doble que lo registrado. De acuerdo a su distribución hay más gente por vivienda en Iztapalapa que en Benito Juárez.

Gráfica 15 Porcentaje del número de cuartos en las viviendas de las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.



Fuente: Censo de población y vivienda INEGI 2000 y 2010.

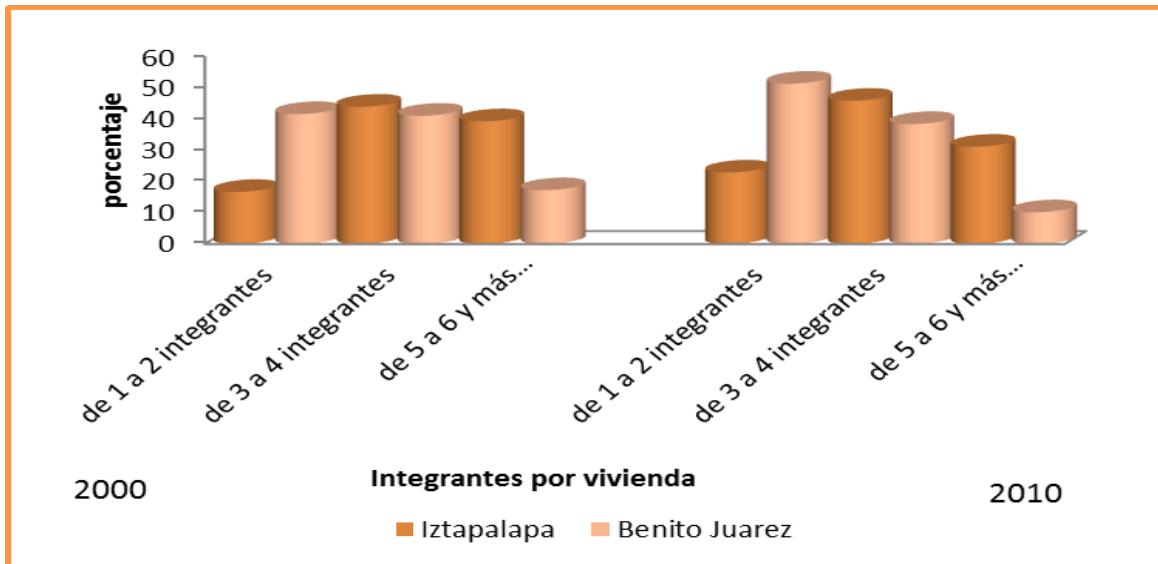
El número de cuartos con los que cuenta una vivienda tiene una gran asociación con el número de integrantes que habita en está ya que se observa la manera en que se distribuyen en sus espacios.

En el año 2000, del total de viviendas el 44% era para 3 o 4 integrantes en Iztapalapa, mientras que, en Benito Juárez del total de viviendas el 41.66% era habitada por 1 o 2 integrantes. En Iztapalapa las viviendas con 5 o 6 integrantes era de 39.33%, en Benito Juárez las viviendas de 3 a 4 integrantes era de un 41.11%. Las viviendas con 1 o 2 integrantes de 16.67% en Iztapalapa y en Benito Juárez las viviendas de 5 a 6 integrantes con 17.23%.

En el 2010, las viviendas de 5 a 6 integrantes representan un 31.16% del total de las viviendas de Iztapalapa, mientras que, en Benito Juárez las viviendas de 1 a 2 integrantes es del 51.41%. Las viviendas con 3 o 4 integrantes era de 45.92% en Iztapalapa, este mismo número de integrantes representa el 38.46% de las viviendas de Benito Juárez. Las viviendas con 1 o 2 integrantes representaba el 22.92% en Iztapalapa, en cambio del total de viviendas en Benito Juárez el 10.13% estaba integrado por 5 o 6 habitantes.

De acuerdo a lo que se observa en la gráfica 16 en Iztapalapa la mayoría de las viviendas cuenta con 5 o 6 habitantes mientras que en Benito Juárez la mayoría de las viviendas están habitadas por 1 o 2 integrantes, lo que representa una mejor distribución de los espacios en las viviendas de Benito Juárez que en Iztapalapa.

Gráfica 16 Porcentaje del número de integrantes por hogar en las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.



Fuente: Censo de población y vivienda INEGI 2000 y 2010.

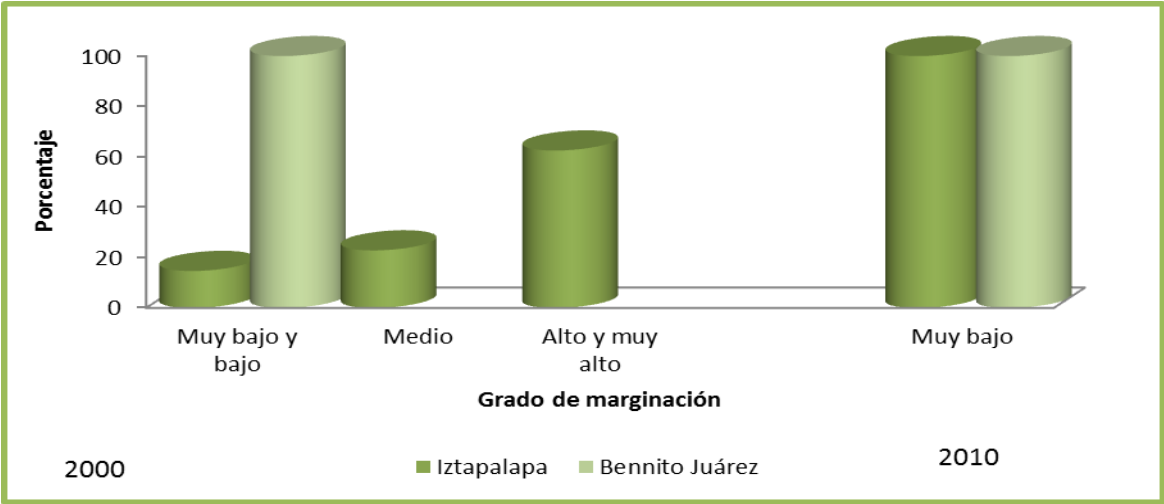
El grado de marginación representa la exclusión social y el rezago de cada Delegación. Los grados de marginalidad se miden a través de cinco dimensiones: servicios de salud, educación, ingreso, bienes patrimoniales del hogar y la vivienda. Clasificamos en tres grados de marginalidad: muy alto y alto, medio, bajo y muy bajo. Los grados de marginación de cada Delegación se encuentran en la gráfica 17.

El 62.5% de las colonias de Iztapalapa presentaban un alto grado de marginación en el año 2000, mientras que, el 100% de las colonias de Benito Juárez tenían un grado muy bajo y bajo grado de marginación.

El 100% de las colonias de la Delegación Iztapalapa registraban grados muy bajos de marginación, de la misma manera el 100% de las colonias de la Delegación Benito Juárez presentan grados muy bajos de marginación.

Los niveles de marginación que presentaba Iztapalapa en el año 2000 y en el 2010 tienen una gran variación, en este último año, todas sus colonias tenían grados muy bajos de marginalidad lo que significa que las condiciones de la población mejorado en esta década. En Benito Juárez los grados de marginalidad de sus colonias pasaron de grados bajos y muy bajos de marginalidad a grados muy bajos.

Gráfica 17 Porcentaje de grados de marginación en las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en el año 2000 y 2010.



Fuente: SIDESO Sistema de información de desarrollo social 2000 y CONAPO 2010.

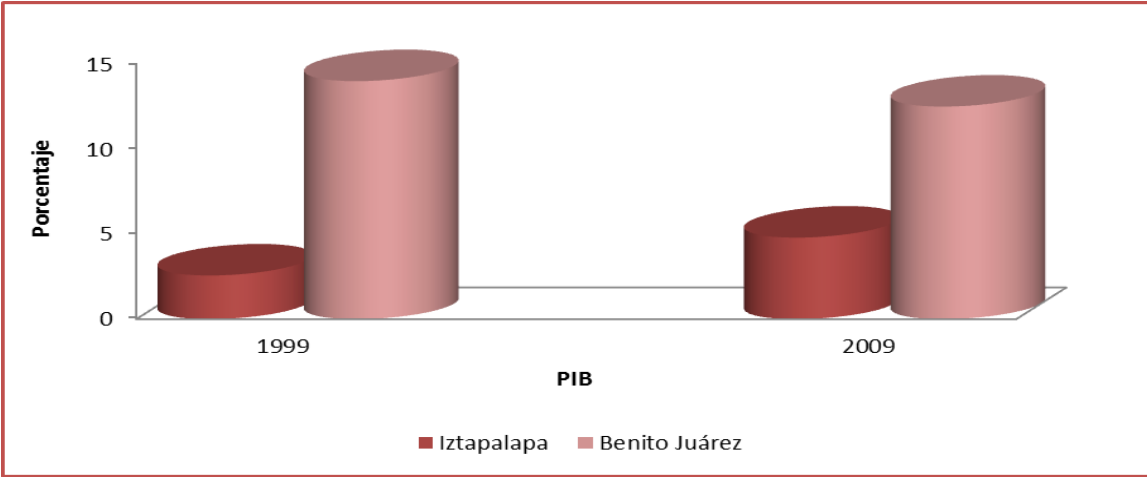
“El PIB” es la aportación a la economía de cada una de las delegaciones según su actividad económica y laboral. Los datos del PIB que están en la gráfica 18 corresponden a los años 1999 y 2009, ya que los registros encontrados son de cada 10 años correspondiendo a los más próximos planteados para la investigación.

Para el año 1999 Iztapalapa aportaba el 2.57% del PIB mientras que Benito Juárez tenía un aporte de 14.02%.

Para el 2009, Iztapalapa aportaba 4.8% al PIB, mientras que Benito Juárez había un aporte de 12.52%.

En Iztapalapa era muy bajo el aporte del PIB a pesar de que aumentó la población que labora. En Benito Juárez disminuyó la aportación al PIB, pero a pesar de ello su aporte sigue siendo alto, a pesar de que la población que labora es menos que en Iztapalapa. Su actividad económica depende del tipo de empleo, del salario de sus habitantes y de la producción en el territorio.

Gráfica 18 Porcentaje de la aportación al PIB de las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 1999 y 2009.



Fuente: Censos económicos INEGI 1999 y 2009.

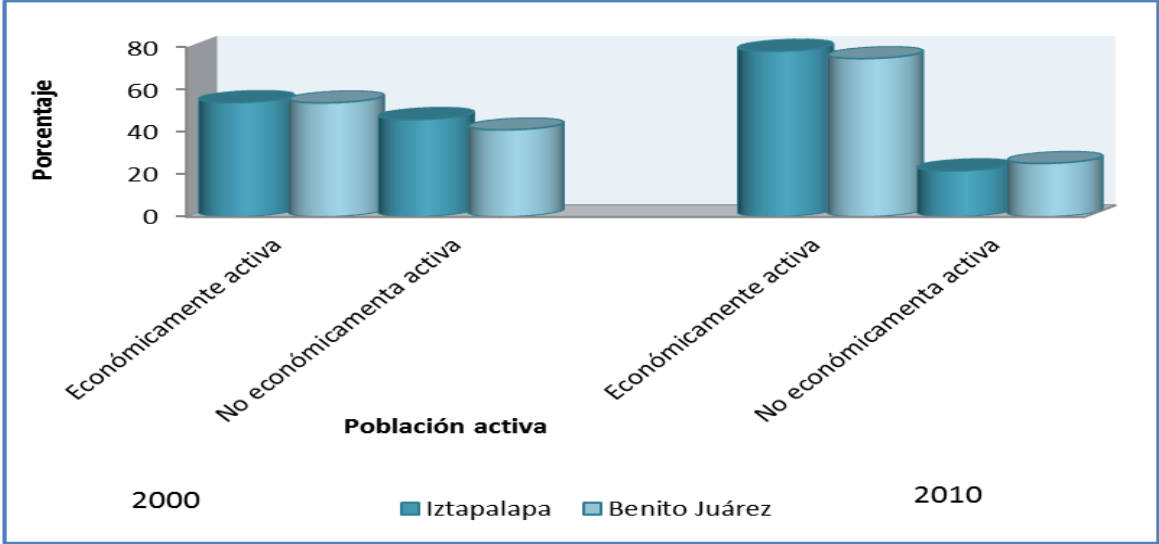
El aporte del PIB en cada Delegación está asociado con la “población económicamente activa”.

Para el año 2000, el 54% de la población era económicamente activa en la delegación Iztapalapa, mientras que, el 53.83% de la población era económicamente activa en Benito Juárez.

En el 2010, era económicamente activa el 78.21% de la población de la delegación Iztapalapa, en el mismo año era económicamente activa el 74.73% de la población en Benito Juárez.

De acuerdo a los datos de la gráfica 19 se observa que en ambas delegaciones incrementó la población económicamente activa, mientras que en el año 2000 poco más de la mitad de la población en las dos delegaciones se encontraba económicamente activa, en el 2010 era un poco más de las tres cuartas partes de la población, lo cual indica que hay aproximadamente un 75% de la población incorporada al campo laboral.

Gráfica 19 Porcentaje de la población activa en las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en el año 2000 y 2010.



Fuente: Censo de población y vivienda 2000 y 2010.

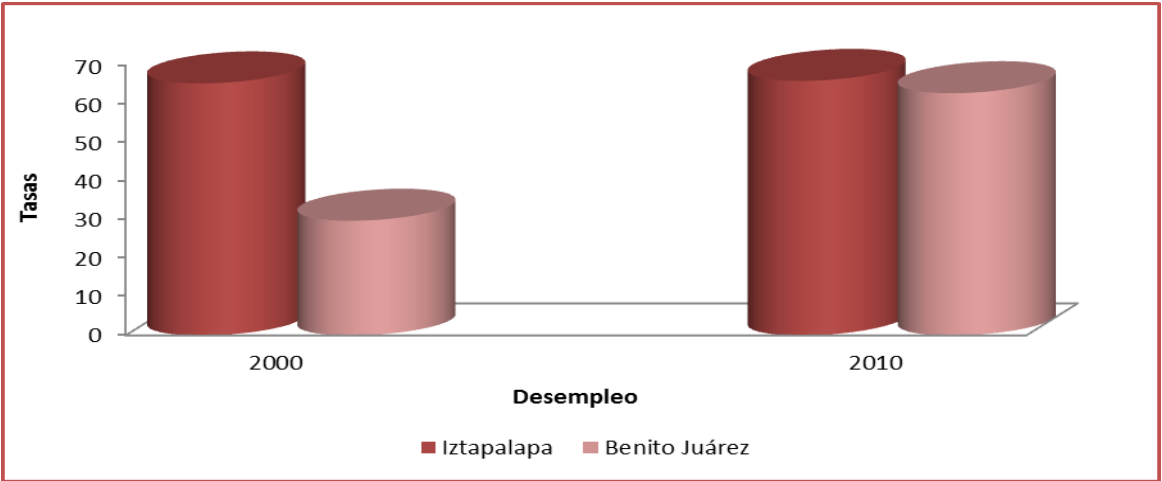
En los últimos tiempos el desempleo en Iztapalapa y en Benito Juárez se ha incrementado de acuerdo a los datos presentados en la gráfica 20.

Para el año 2000, la tasa de desempleo era de 65.55% en la delegación Iztapalapa, en cambio la tasa de desempleo era de 29.83% en Benito Juárez para este mismo año.

En el 2010, el desempleo era de 66.20% en Iztapalapa, mientras que, el desempleo era de 62.99% en Benito Juárez en este mismo año.

Esto indica que el nivel de desempleo no solo se mantuvo, sino que, aumentó de acuerdo a los datos presentados en la gráfica 19, en Benito Juárez fue de manera significativa que ya que presenta niveles superiores a los de Iztapalapa. A pesar de que Iztapalapa logro reducir sus cifras un poco, el nivel de desempleo se mantuvo.

Gráfica 20 Porcentaje de desempleo en las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en el 2000 y 2010.



Fuente: Censo de población y vivienda 2000 y 2010.

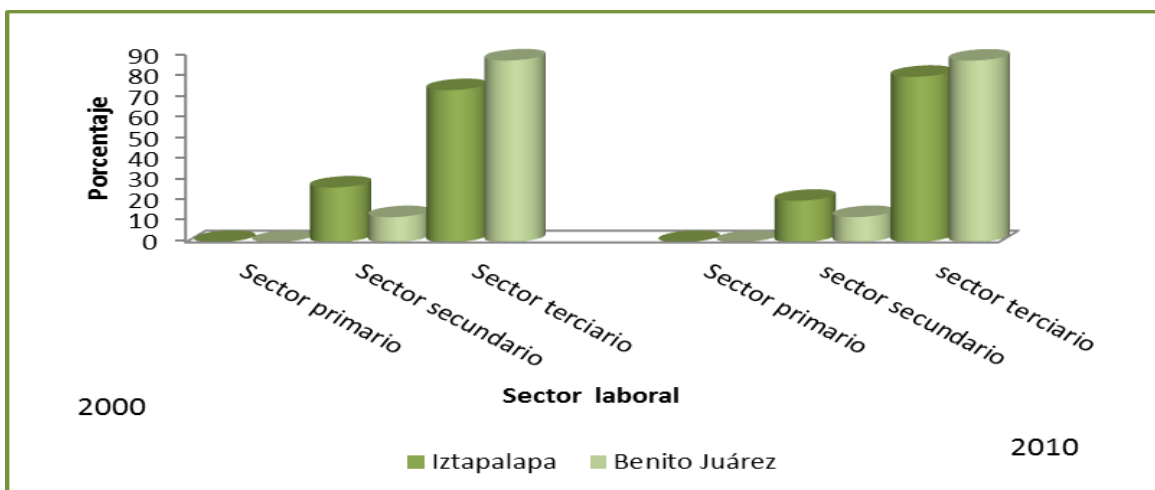
La actividad económica tiene tres principales sectores, de acuerdo al tipo de labor que se produce, estos son, el sector primario, el sector secundario y el sector terciario. Que se observan en la gráfica 21.

En el año 2000, en la Delegación Iztapalapa del total de la población que trabajaba el 73.38% correspondía al sector terciario, mientras que, en Benito Juárez el 87.71% laboraba en el mismo sector. En Iztapalapa el 26.42%, correspondía en el sector secundario, mientras que en Benito Juárez el 12.13% laboraba en este sector.

Para el año 2010, del total de población que laboraba en la Delegación Iztapalapa el 79.82% correspondía al sector terciario, mientras que, en Benito Juárez en este sector trabaja un 87.64%. En el sector secundario, en Iztapalapa labora un 20.03%, en cambio, en Benito Juárez era el 12.17%.

De acuerdo con los datos presentados, se observa que en el periodo del 2000 y del 2010, hubo una disminución de personal tanto en el sector laboral terciario como el secundario, aunque esta disminución se presentaba en ambas Delegaciones en Iztapalapa se observa con mayor evidencia. Estos datos pueden estar asociados con el empleo informal de la población de ambas delegaciones.

Gráfica 21 Porcentaje del empleo por sector en las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en el 2000 y 2010.



Fuente: Censo de población y vivienda INEGI 2000 y 2010.

En los tres principales sectores de la actividad económica se desarrollan acciones que deben realizarse dentro de la jornada laboral establecida por la Constitución Mexicana de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 123 y en Ley Federal del Trabajo⁵, una de ellas consiste en trabajar jornadas de 40 horas por semana. En el sector terciario las actividades se concentran en el comercio, restaurantes, hoteles, transportes e información en medios masivos, servicios financieros e inmobiliarios, servicios educativos y médicos, actividades del gobierno y servicios profesionales. En el servicio secundario donde se realizan actividades como: minería, construcción, electricidad, agua, gas e industrias manufactureras. Con escasa presencia actividades primarias como: agricultura, ganadería, aprovechamiento forestal, pesca y caza.

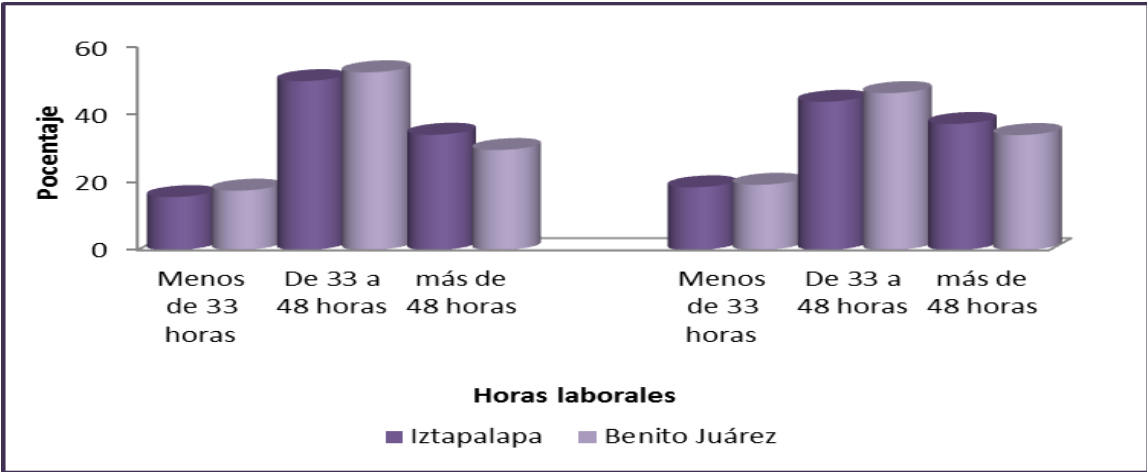
⁵ Ley Federal del Trabajo antes de las modificaciones en el 2012.

De acuerdo a lo establecido en el año 2000 observamos que la población que labora, en Iztapalapa tenían jornadas de 33 a 48 horas semanales un 50.07%, mientras, en Benito Juárez la población que laboraba con esta jornada el 52.69%. En este mismo año en la población que trabajaba más de 48 horas en Iztapalapa era un 34.2% mientras que en Benito Juárez con esta misma jornada el 29.67%.

En el año 2010 en las jornadas de 33 a 48 horas en Iztapalapa laboraba un 43.97% de la población, mientras que en Benito Juárez era de 46.53%. En las jornadas de más de 48 horas labora en Iztapalapa un 37.4% mientras que en Benito Juárez era un 34.1%.

De acuerdo a los datos de la gráfica 21 se puede observar que aumento la población de ambas delegaciones que laboraba más horas de las establecidas, esto da cuenta del incremento de los costos, lo que nos indica que actualmente la población tiene que trabajar más tiempo para poseer lo que tenía diez años antes.

Gráfica 22 Porcentaje de horas laborales de la población activa de las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.



Fuente: Censo de población y vivienda INEGI 2000 y 2010.

El salario se refiere a la remuneración fija y periódica del trabajo prestado, el salario influye en las condiciones materiales de vida, ya que si el ingreso es alto permite mayor poder adquisitivo, contratando servicios de paga y destinar gastos para equipamiento del hogar, por lo que es importante saber el número de salarios que se perciben y si son suficientes para el abastecimiento de las necesidades en los hogares. En el año 2000 el salario mínimo era de \$37.90 centavos al día y para el 2010 era de \$57.46 por día.

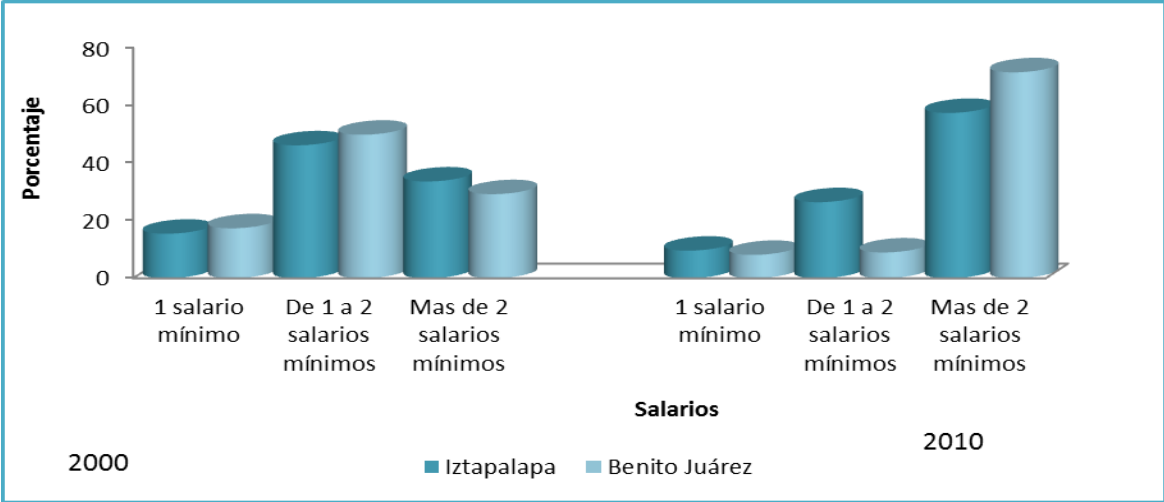
En el año 2000, en la Delegación Iztapalapa el 46.28% de la población que laboraba recibía de 1 a 2 salarios mínimos por día, mientras que en Benito Juárez del total de la población que laboraba el 49.97% ganaban de 1 a 2 salarios al día. En Iztapalapa el 33.69% de la población que laboraba percibía más de dos salarios mínimos mientras que en Benito Juárez es el 29.26% del total de la población que trabajaba tenía más de dos salarios por día.

En el año 2010, en Iztapalapa de la población que laboraba el 57.56% percibía más de dos salarios mínimos, en cambio, en Benito Juárez el 71.72% de la población total que trabajaba cobraba más de dos salarios al día. En Iztapalapa el 26.47% de la población que laboraba recibía de 1 a 2 salarios por día, mientras que, en Benito Juárez el 8.95% del total de la población que laboraba contaba con un ingreso que iba de 1 a 2 salarios mínimos.

De acuerdo a los datos presentados en el año 2000 de la población que labora, en Iztapalapa una mayoría percibían de 1 a dos salarios mínimos comparado esto con la Delegación Benito Juárez donde la población con este ingreso era menor.

Para el año 2010 se observa en los datos que una mayoría de la población que labora en la Delegación Benito Juárez percibía un ingreso mayor a dos salarios mínimos comparados con la población que laboraba de la delegación Iztapalapa y tenía el mismo recurso.

Gráfica 23. Porcentaje de salario en las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.



Fuente: Censo de población y vivienda INEGI 2000 y 2010.

Salud.

En este apartado analizaremos los datos de mortalidad en ambas delegaciones en los años 2000 y 2010. Mostraremos los datos de derechohabiencia y el tipo de seguro que tenía la población, donde asistía para atender sus enfermedades y restablecer su salud.

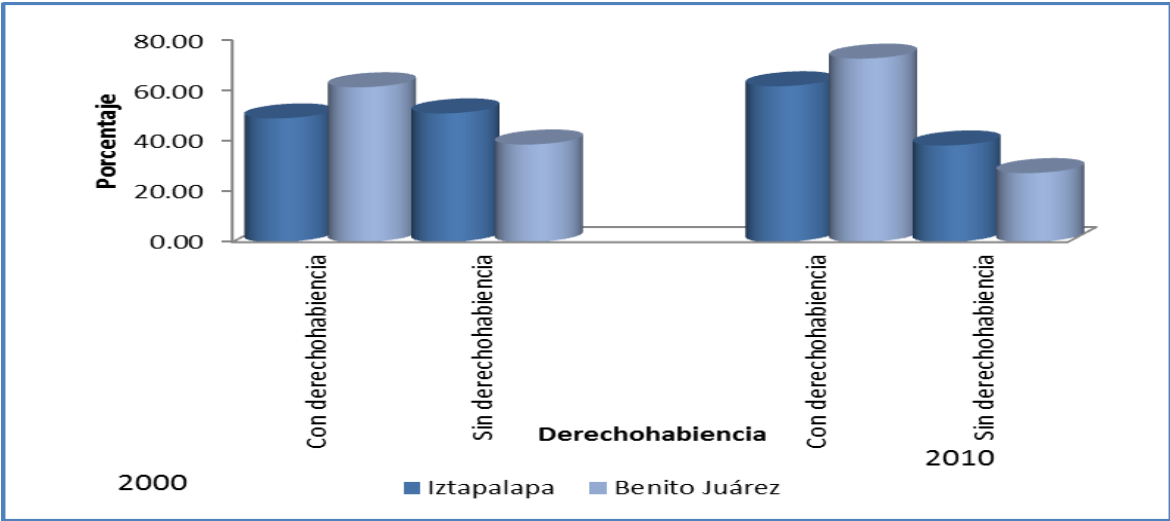
La derechohabiencia en la población estaba asociada con el tipo de seguro con el que contaba la población así como con el empleo formal, debido a que la ley establecía como parte de los beneficios de tener un empleo formal, tener seguro

social y otras prestaciones de ley, para ayudar a restablecer la salud de los trabajadores y permitir que se reincorporaran a las actividades productivas.

En el año 2000, los trabajadores que contaban con alguna derechohabiencia en la Delegación Iztapalapa era el 49% mientras que en Benito Juárez el 61.34% contaba con derechohabiencia.

10 años después en ambas Delegaciones incrementó la derechohabiencia en Iztapalapa del total de la población que labora el 61.73% contaba con algún tipo de seguro, mientras que, en Benito Juárez el 72.67% tenía algún tipo de seguro, tal como lo muestra la gráfica 24.

Gráfica 24. Porcentaje de la derechohabiencia de la población de las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.



Fuente: Censo de población y vivienda INEGI 2000 y 2010.

Hay diferentes instituciones que atienden las enfermedades de los empleados que cuentan con un empleo formal. Los trabajadores que laboran en alguna dependencia del Estado cuentan con ISSSTE, SEDENA, PEMEX, MARINA,

IMSS. Cada uno de estas instituciones cuenta con equipamiento para el restablecimiento de la salud de los trabajadores según la instancia en la que se atiendan.

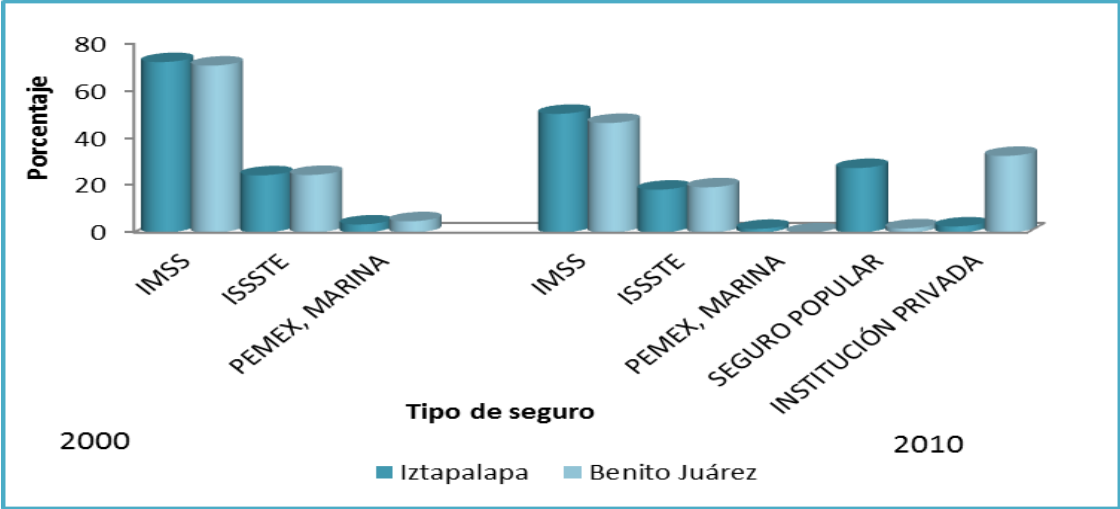
El INEGI clasifica de forma diferente en el 2000 y 2010 a las instituciones en las que se atienden los trabajadores que cuentan con un empleo formal. Para el año 2000, toma en cuenta al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX) y Marina, y para el año 2010, además, de las instituciones que tomó en cuenta en el 2000, incorporó el seguro popular e instituciones privadas.

En el año 2000, contaban con IMSS, en la delegación Iztapalapa el 72.31% mientras que en Benito Juárez es el 70.8%. Eran derechohabientes del ISSSTE en Iztapalapa el 24.26%, mientras que, en Benito Juárez el 24.43%, para este mismo año tenían seguro de PEMEX y MARINA en Iztapalapa el 3.43% y en Benito Juárez el 4.77%.

Para el año 2010, contaban con IMSS en Iztapalapa el 50.36% de los habitantes que tenían un empleo formal, mientras que, el 46.48% contaban con este seguro en Benito Juárez. Eran derechohabientes del ISSSTE en Iztapalapa el 18.18%, mientras, en Benito Juárez era el 19.19%. Tenían seguro popular en Iztapalapa el 27.34% de la población que no cuenta con empleo formal, en cambio, en Benito Juárez sólo el 1.75% de la población tiene seguro popular.

De acuerdo a los datos registrados en la gráfica 24 en ambas delegaciones se observa una disminución del seguro social uno de los beneficios del empleo formal, indicador que corrobora el aumento en el desempleo de la población.

Gráfica 25 Porcentaje del seguro de los derechohabientes de las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.



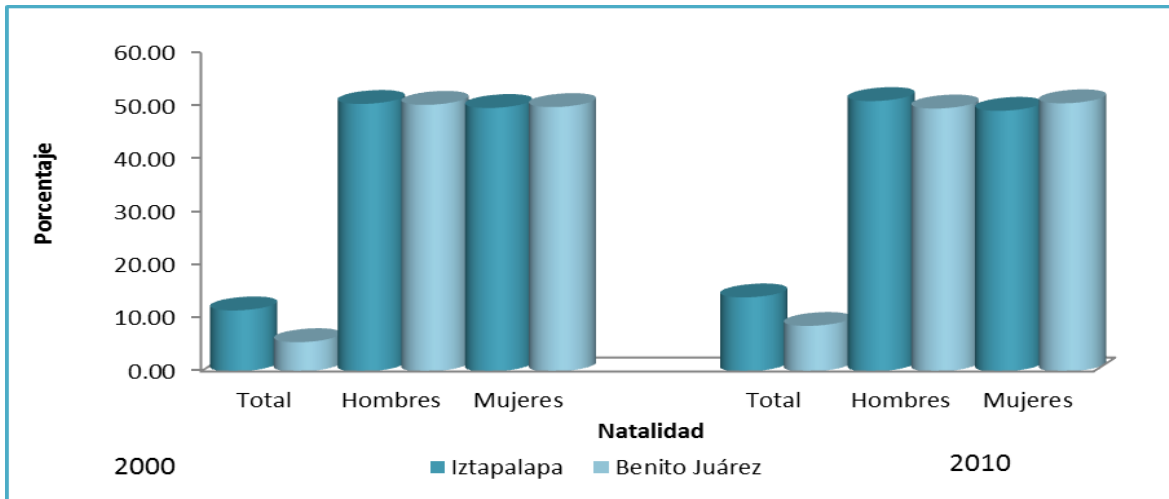
Fuente: Censo de población y vivienda INEGI 2000 y 2010.

En el 2000, la natalidad de la población de la delegación Iztapalapa fue de 11.50% mientras que en Benito Juárez para este mismo año era de 5.52%.

En el 2010, la natalidad de la población en Iztapalapa era de 13.95% mientras que en Benito Juárez en el mismo año era de 8.58%.

Se observa en los datos que en la delegación Iztapalapa había mayor registró de nacimientos que en Benito Juárez, tanto en el 2000 como en el 2010, lo que indica que es una de las causa del crecimiento de la población de ambas Delegaciones, esto lo observamos en la gráfica 26.

Gráfica 26 Tasa de natalidad en las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.



Fuente: Censo de población y vivienda INEGI 2000 y 2010.

La tasa de natalidad nos indica el nivel de desarrollo que hay en cada una de las delegaciones, al igual que las condiciones, disponibilidad de servicios y el acceso a estos. El proceso salud/enfermedad se determina de acuerdo a los procesos históricos en los que se desarrollan los sujetos, por lo que la forma de morir expresa la desigualdad entre los grupos. Por lo que es importante conocer las enfermedades que se presentan en la población de ambas delegaciones, una vez que sabemos las instituciones donde tiene oportunidad de acudir en caso de presentar alguna enfermedad.

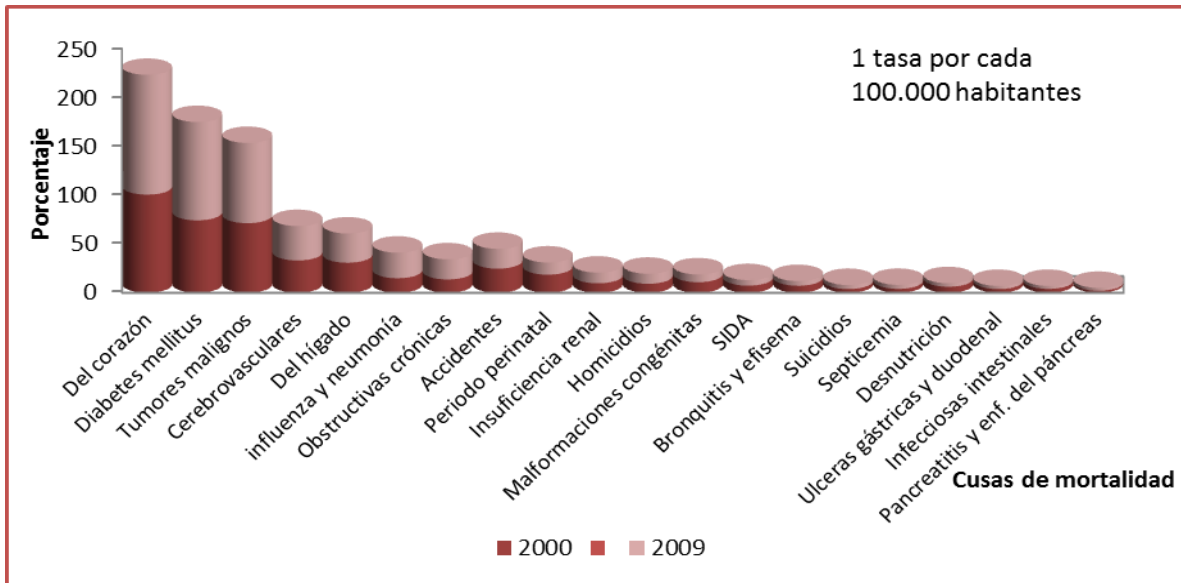
La tasa general de enfermedades que se presenta en la gráfica 27 se realizó de acuerdo a los datos del Distrito federal de registros del año 2000 y 2009. Las tasas de enfermedad que se presentaron con mayor frecuencia en el año 2000 en el DF por cada 100.000 habitantes en enfermedades crónico degenerativas, entre las que se encontraban entre los primeros lugares las enfermedades del corazón con

una tasa de 100.5, seguida por la diabetes mellitus con 77.6 y los tumores malignos con una tasa de 74.1, ya con tasas más bajas están las cerebrovasculares con una tasa de 33, por enfermedades del hígado de 30.7, periodo perinatal de 18.4. Entre estas principales causas de muerte la tasa por accidentes es de 24.6, la de homicidios de 9.1 y la de suicidios de 3.7. La tasa de enfermedades transmisibles como la influenza y neumonía es de 14.8 y por infecciones intestinales de 3.9.

Ya en el 2010, en el DF, entre las principales causas de muerte por cada 100.000 habitantes la tasa por enfermedades del corazón era de 122.8, la de diabetes mellitus de 100.8, los tumores malignos de 82.3, la cerebrovascular era de 35.3, las del hígado de 30. Para este año las enfermedades de transmisión presentaban una tasa de 26.2 la de influenza o neumonía y las infecciosas intestinales con una tasa de 3. Por último con una tasa de 20.4 los accidentes, con una de 10.3 los homicidios y los suicidios con una de 4.2.

De acuerdo a los datos de la gráfica 27, de las enfermedades en general del DF, se observa un incremento en la tasa de enfermedades crónicas degenerativas, de enfermedades infecciosas y en muertes violentas. En la transición del año 2000 al 2010. Por lo que la presencia de estas enfermedades en un mismo territorio hace que haya un traslape epidemiológico. Llama la atención el incremento en las tres principales causas de muerte que se ubican en el grupo de las enfermedades crónicas.

Gráfica 27 Tasa general de las 20 principales causas de muerte en el DF en los años 2000 y 2010.



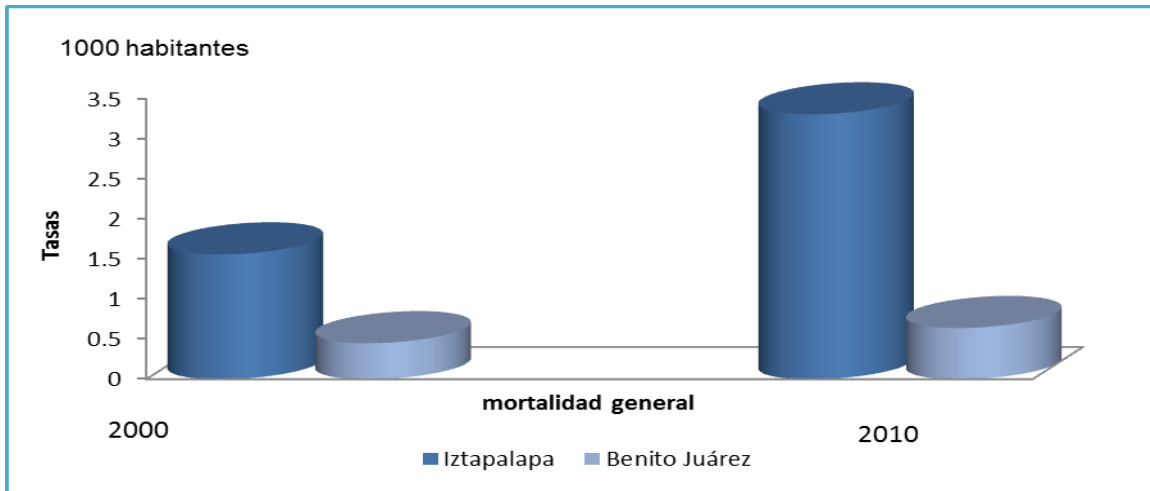
Fuente: INEGI/SSDF (Dirección de Información en Salud) 2000 y 2009.

De acuerdo a los datos observados de la “mortalidad general en cada delegación” la mortalidad en el 2000 en Iztapalapa era de 1.56 por cada 1000 habitantes mientras que en Benito Juárez era de 0.45.

Para el año 2010 en la delegación Iztapalapa la tasa era de 0.45 por cada 1000 habitantes mientras que en Benito Juárez para este mismo año era de 0.64 por cada 1000 habitantes.

De acuerdo a los datos de la gráfica 28 se observa que en el año 2000 las tasas de mortalidad general en Iztapalapa eran mayores que en Benito Juárez, en cambio, para el 2010 la tasa de mortalidad general era más alta en Benito Juárez que en Iztapalapa.

Gráfica 28 Tasa de mortalidad por causas generales en las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.



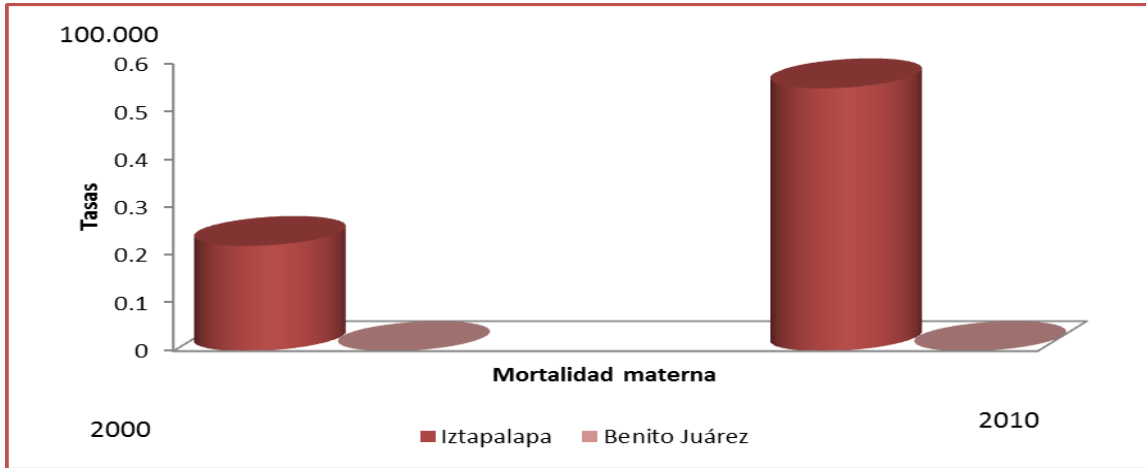
Fuente Censo de población vivienda INEGI 2000 y 2010.

En el año 2000, la defunción materna en la Delegación Iztapalapa era de 0.22 por cada 100.000, en cambio, en Benito Juárez era de 0.

Para el año 2010, la defunción materna en la delegación Iztapalapa se presentaba 0.55 por cada 100.000 mientras que en Benito Juárez era de 0.

En la gráfica 29 en los datos de la mortalidad materna nos da cuenta de las condiciones de cada una de las delegaciones, en cuanto al desarrollo, la educación, el acceso a los servicios con los que cuentan los habitantes, la mayoría de las muertes maternas se dan durante el embarazo y el parto. Del 2000 al 2010, la defunción materna en Iztapalapa se incrementa, lo que es muestra de que los servicios aún no son suficientes para todos sus habitantes, que las condiciones de desigualdad han incrementado. En Benito Juárez no hay presencia de tasa de muerte materna, lo que indica que los servicios en los habitantes han mejorado o que los recursos permiten el ingreso a estos.

Gráfica 29 Tasa de mortalidad materna en las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.



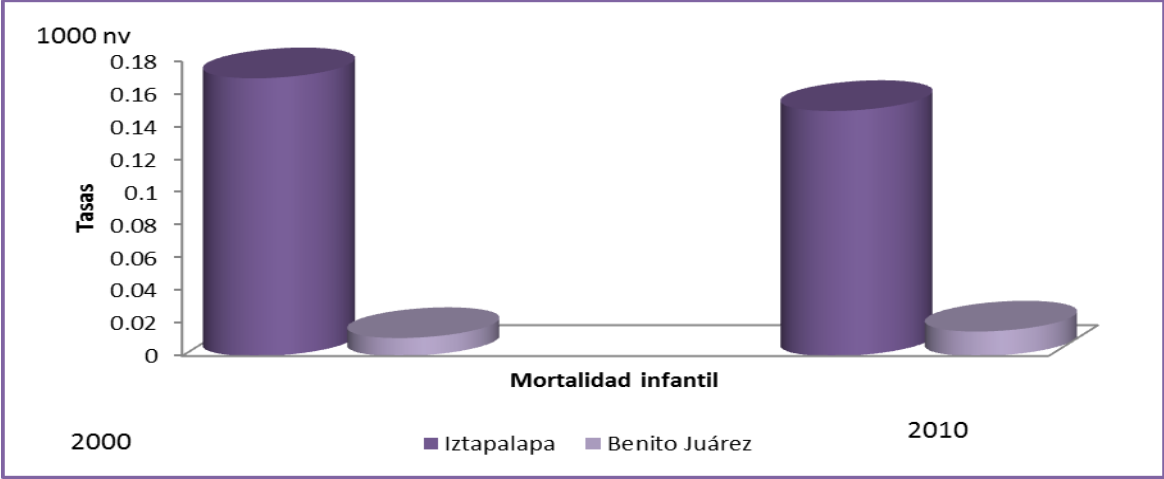
Fuente: Censo de población y vivienda INEGI 2000 y 2010.

En el año 2000, la mortalidad Infantil en la delegación Iztapalapa era de 0.17 por cada 1000, mientras en Benito Juárez es de 0.01.

Para el año 2010 la defunción infantil en Iztapalapa es de 0.15 por cada 1000 mientras que en Benito Juárez es de 0.015.

La mortalidad infantil se asocia con la falta de recursos y el acceso a servicios básicos como la eliminación de excretas, las medidas de higiene adecuadas, por lo que se asocia con prácticas que desarrollan los diferentes grupos, la mortalidad infantil se presenta en mayor medida en la Delegación Iztapalapa como se observa en la gráfica 30, lo cual nos indica que estas condiciones de mayor precariedad aún se presentan en esta Delegación y que su nivel de desarrollo aún no es suficiente para todos los habitantes.

Gráfica 30 Tasa de mortalidad infantil en las delegaciones Iztapalapa y Benito Juárez en los años 2000 y 2010.



Fuente: Censo de población y vivienda 2000 y 2010.

Análisis de resultados

En este apartado se analiza la relación de los datos estadísticos obtenidos en ambas delegaciones y los planteamientos teóricos establecidos en las categorías del marco teórico.

Observar el proceso salud enfermedad como un fenómeno social implica tomar en cuenta la organización productiva de la sociedad, así como su articulación con otros fenómenos sociales de la reproducción social, específicamente en las formas de desgaste y reproducción de las clases sociales, lo cual se determina por el modo de apropiación de la naturaleza en determinada sociedad. Los perfiles patológicos son expresiones de los procesos sociales de la colectividad.

La propuesta de Asa Cristina Laurell permite identificar los problemas de salud/enfermedad como procesos donde “La enfermedad es el modo específico como se da en el grupo (clase) el proceso biológico de desgaste y reproducción destacando como momento particular la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas” (Laurell, 1982: 58). Este planteamiento propone la desigualdad se presenta desde la forma en que los sujetos se someten a distintos modos para laborar. Los distintos modos de trabajo implican un desgaste diferencial en el organismo de los trabajadores lo que provoca diferentes modos de enfermar y morir.

En la década del 2000 y 2010, en Benito Juárez la mortalidad infantil pasó de 0.01 a 0.015, la mortalidad materna permaneció en 0 y la mortalidad general de 0.45 a

0.64, como se ve era una tasa baja. En cambio, en Iztapalapa, en la misma década la mortalidad infantil paso de 0.17 a 0.15, la materna 0.22 a 0.55 y la mortalidad general de 1.56 a 3.31. Los resultados a pesar de que parecen que son bajos, representan una diferencia significativa entre las dos delegaciones, debido a que en Iztapalapa había mayor presencia de mortalidad, lo que representaba condiciones materiales de vida deplorables.

Breilh menciona que “La desigualdad en salud se da en los estudios de las variaciones, en las exposiciones y los resultados finales de la salud entre distintas poblaciones [...]” (Breilh, 1989: 1123). La variación en las tasas de mortalidad en ambas delegaciones, son resultado de la desigualdad en los servicios, las condiciones materiales de vida y el acceso a los servicios. De acuerdo a lo que plantea Breilh, las condiciones materiales de vida presentan las formas desiguales de apropiación de espacios y las diferentes formas de producción y consumo que se observan en las formas de vida y en la reproducción social que caracterizan a los diferentes grupos sociales, sus patrones de trabajo y consumo.

En el 2010, en Benito Juárez el 67.75% contaba con seguro social, del cual el 12.66% tenía seguro privado. En cambio, en Iztapalapa en el mismo año, el 59.26% de la población que laboraba contaba con seguro social, de este porcentaje el 25.55% tenía seguro popular. De esta forma podemos observar la desigualdad en el acceso a los beneficios del sistema de salud. La gratuidad solo era para los asegurados y sus familias, mientras que el resto de la población debía

pagar por los servicios, medicamentos y tratamientos⁶. El seguro popular no cubre todos los servicios que cubren otras instituciones, además que no es un derecho que se otorgue como parte del empleo formal. Esto permite analizar que una parte de los habitantes tienen la posibilidad de atenderse en diferentes instituciones, sin embargo, faltan políticas que incorporen a la población en el empleo formal con los beneficios establecidos por ley como el seguro para la atención de la población, ya que en las tasas presentadas se distingue la desigualdad en los servicios, por su falta de acceso o por la posibilidad de pagar. El que se tuviera o no para pagar los servicios se traduce en que hubo del 2000 al 2010 mayor probabilidad de morir en Iztapalapa que en Benito Juárez por causas que pueden, al mejorarse las condiciones de vida, la atención y el acceso a los servicios, ser prevenibles.

En otro orden de ideas, los grupos presentaban patologías típicas que están sujetas a la determinación social en un tiempo, un espacio y un lugar. La salud/enfermedad es una expresión específica de las condiciones materiales de vida ya que está determinada históricamente y depende de la forma en que se organiza la sociedad para producir.

Las circunstancias en que se encontraban las viviendas son parte de las condiciones materiales de vida. En Iztapalapa entre el año 2000 y 2010, paso del 30.47% al 78.42% las viviendas que tenían piso de madera, mosaico u otro material; en cambio, en Benito Juárez en el mismo tiempo paso de 39.63% al 82.07% de las viviendas con este tipo de piso. Por los datos podríamos pensar

⁶ Hasta la fecha la población que no cuenta con un empleo formal continúa pagando estos servicios por su cuenta.

que el que hayan aumentado este tipo de piso en las viviendas mejoro sus condiciones y por lo tanto sus tasas de mortalidad, ya que la variación de 3.65% de las viviendas de Iztapalapa y Benito Juárez en el último año es significativa.

Las viviendas se asocian con el grado de satisfacción de las necesidades básicas. La propiedad de las viviendas no es un registro que se encuentre entre los datos que presenta el INEGI por lo que no es posible saber si las viviendas en las que habitaba la población eran de su propiedad, eran prestadas o rentadas. En Benito Juárez el 58.71% de las viviendas en el año 2010, tenían equipamientos de alto costo; en Iztapalapa el 18.77% de las viviendas tenían un equipamiento de costo similar, en el mismo año.

Es complicado hacer un balance del equipamiento de las viviendas debido a la forma en que entre el 2000 y 2010 fueron tomados, agrupados y presentados los datos por el INEGI. Sin embargo, el equipamiento de alto costo se encuentra en la mayoría de las viviendas de Benito Juárez. Esto es de gran relevancia ya que en el equipamiento de las viviendas muestra que hay poder de adquisición, lo que indica el cubrimiento de las necesidades y mejora las condiciones materiales de vida.

En el 2010, en el 48.78% del total de las viviendas en Iztapalapa, vivían 5 o más integrantes de familia, esto no se compara con que, en Benito Juárez en el 51.42% de las viviendas, vivían 1 o 2 integrantes. Del total de viviendas en Iztapalapa el 41.78% tenían 4 o 5 cuartos, el número de habitantes por cuarto en esa misma Delegación era de 2 o más habitantes por cuarto, mientras que, en

Benito Juárez la razón en ese mismo año, es de 1 habitante por cuarto, lo que expresa las diferencias en las condiciones materiales. Hay una gran diferenciación porque no existen condiciones similares entre los habitantes de las delegaciones, incluso dentro de una misma delegación que mientras algunas viviendas son para un solo sujeto otras son para 6 o más. Dicha diferencia determinó los procesos de morbi mortalidad de esos años en estas delegaciones.

La desigualdad que se observa en la forma de enfermar y morir en cada delegación se vincula con las condiciones culturales, sociales y económicas donde se desarrollan sus habitantes, ya que en medida de esto, los grupos desarrollan prácticas y significados en torno a ellos, que rigen sus modos y formas de vida.

Los sujetos al vender su fuerza productiva poseen recurso con los cuales pueden adquirir bienes y servicios que les permite adaptar su espacio. Breilh propone que las condiciones materiales de vida son: “[...] las formas de vida o de reproducción social que caracterizan a los diferentes grupos sociales, sus patrones de trabajo y consumo, sus modalidades de actividad práctica, sus formas organizativas y su cultura con el comportamiento de sus organismos y las enfermedades que los afectan [...]” (Breilh; 1989: 1129).

En la década del 2000 al 2010, paso del 64.59% al 61.02% el nivel escolar básico de los jefes de familia en Iztapalapa; en cambio, en Benito Juárez en la misma década del 50.13% paso al 62.43% los jefes de familia que contaban con nivel superior, estos datos presentan la desigualdad entre dos delegaciones que son parte del DF, lo que muestra que hay una distribución diferencial de recursos y

servicios. En la misma década, se nota un gran cambio en el aumento del 29.26% al 71.72% de la población que percibía más de dos salarios mínimos en Benito Juárez, mientras que, paso del 33.69% al 57.56% en Iztapalapa la población que tenía este mismo ingreso. Este cambio registra que en ambas delegaciones hay un aumento de la población que tenía mayor ingreso en esta década, pero también que las necesidades que podían cubrir con menos recurso en el 2000 para el 2010 es insuficiente. Lo que se observa en el deterioro en las condiciones materiales de vida y el incremento de las tasas de mortalidad.

En otro orden de ideas, de acuerdo a lo planteado por Blanco y Sáenz, la reproducción social con sus conceptos de producción y consumo se expresan, por un lado, con la producción que se condiciona por un proceso de vida social, política y espiritual, basada en las fuerzas productivas y por otro lado se remunera de acuerdo al lugar socialmente aceptado donde el grado de estudios, el tipo de empleo, las oportunidades de desarrollo y del espacio, depende del desarrollo de los sujetos.

La adquisición y equipamiento de la vivienda expresa las condiciones materiales de vida, lo cual, a su vez, se asocia con el empleo. En la década del 2000 al 2010, en Iztapalapa del 70.01% paso al 58.85% los jefes de familia que laboraban en el sector terciario, mientras que, en Benito Juárez del 84.66% paso al 80.69% la población que laboraba en alguna actividad de este mismo sector. Esto es muestra de la pérdida de empleos en ambas delegaciones en esta década, observándose en mayor medida en los habitantes de la delegación Iztapalapa lo que es un factor del deterioro en sus condiciones materiales de vida. En esta

misma década, del 46.28% paso al 42.81% la población en Iztapalapa que laboraba de 33 a 48 horas y de 33.69% a un 37.4% la que laboraba más de 48 horas. En Benito Juárez la población que laboraba de 33 a 48 horas paso de 49.97% a un 45.27% y de 29.26% a un 34.1% la que trabajaba más de 48 horas. En la misma década en Iztapalapa del 33.69% aumento al 57.56% la población que ganaba más de dos salarios mínimos al día, mientras que en Benito Juárez del 29.26% cambio al 71.72% que ganaba esto mismo. Es decir una mayoría de la clase trabajadora en Benito Juárez y la mitad de la población trabajadora de Iztapalapa desarrollaban actividades del sector terciario o de servicio, la misma formación profesional permite que realicen actividades que se requieren para la función de la economía. Otra parte importante de los habitantes de Iztapalapa que laboraban y una minoría en Benito Juárez desarrollaban actividades laborales en el sector secundarios o sector industrial, es decir, realizaban actividades para la extracción de recursos naturales o en industria de la transformación, estos empleos requerían de su mano de obra para desarrollarlo. Lo que hace que presenten procesos de salud/enfermedad diferentes por las actividades que realizaban para la prestación de sus servicios.

La tasa de desempleo en Iztapalapa en la década entre el 2000 y 2010 pasó del 65.55 al 66.20 por cada 100 habitantes, lo que muestra que hubo un pequeño aumento. En esos mismos años, en Benito Juárez la tasa de desempleo pasó de 29.83 a 62.99, por cada 100 habitantes. Es de gran importancia la tasa de desempleo que se presenta en ambas Delegaciones, a pesar de que, en Iztapalapa esta tasa venía presentándose desde el año 2000 en la población, las

condiciones de la población se fueron deteriorando, por la falta de un trabajo digno con los beneficios que otorga la ley con un empleo formal. En Benito Juárez la tasa de desempleo tuvo un gran aumento, por lo que se espera que sus condiciones de vida hayan deteriorado a causa de la falta de recursos para satisfacer las necesidades. La pérdida de empleos formales demuestra que el Estado Federal, cada vez más, se ha deslindado de los derechos sociales, que le corresponde atender a dejado que el sector privado se haga cargo de ellos. Como las prestaciones de Ley. En el año 2010 en Benito Juárez un 12.66% de la población podía pagar servicios de salud, sin embargo, en este mismo año en la delegación Iztapalapa donde el ingreso y los recursos acumulados son inferiores prevalece la afiliación de los habitantes al seguro popular (25.55%). Ese 25.55% es probable que haya estado ligada al empleo informal, que implica trabajos mal remunerados y sin prestaciones.

Sobresalta que Iztapalapa, siendo una de las Delegaciones más pobladas con el 20.51% de la población total del DF, y teniendo un porcentaje de 78.21% de su población total que labora, aportaba en el año 2010, tan solo 4.8% del PIB. En cambio, la Delegación Benito Juárez en el mismo año tenía un aporte del 12.52% del PIB, a pesar que su población era del 4.35% del total del DF y de ese porcentaje laboraba el 74.31%, lo cual es de resaltar ya que la actividad económica en Benito Juárez es mayor que en Iztapalapa, aunque laboraba una parte pequeña comparada con Iztapalapa.

Dentro de las condiciones materiales de vida se incluyen los indicadores macroeconómicos y dentro de estos se encuentra un indicador compuesto: los

grados de marginalidad. Estas se obtienen al medir cinco dimensiones: servicios de salud, educación, ingreso, bienes patrimoniales del hogar y la vivienda. Los registros de la Delegación Iztapalapa en la década que estudiamos llaman la atención, por el cambio de grados muy altos a grados bajos de marginación. Es probable que hubiera en esta delegación una mayoría de colonias con bajo grado de marginalidad por lo que los datos se inclinaron hacia estos resultados. De acuerdo a los datos registrados de Iztapalapa en esta década se presentaba una tasa alta de muerte; en educación la mayoría de los padres de familia contaban con nivel básico de primaria y secundaria, poco más de la mitad de la población que laboraba tenía más de dos salarios mínimo al día y el 39% de las viviendas poseían un bien de mayor costo.

A lo largo de la década que estudiamos en Benito Juárez la marginalidad en el 100% de las colonias conservaban un grado muy bajo. De acuerdo a los datos de sus indicadores, las enfermedades de los habitantes tenían tasas bajas de mortalidad materna e infantil, los jefes de familia contaban con nivel superior y medio superior; y cerca de las tres cuartas partes de los que laboraban percibían más de dos salarios mínimos al día. Aunque no tenemos los datos exactos del ingreso que recibían al día, sus bienes eran de mayor costo, además del equipamiento de la vivienda y los servicios básicos con los que contaban desde el año 2000 en la mayoría de las viviendas.

Blanco menciona que la acumulación y producción indican la forma en que la sociedad se organiza, ésta lo hace a través de jerarquías que se basan en el ingreso, la riqueza y el acceso al pago de los recursos materiales. El consumo que

es la forma en que se satisfacen las necesidades de los sujetos, se asocia con la apropiación de productos y la adaptación de servicios básicos. Como la mejora de las condiciones de vivienda que depende del poder de compra, y el ingreso económico. Se identifica de manera concreta en el poder adquisitivo, el equipamiento de la vivienda, la acumulación y la apropiación de recursos.

El gobierno local y el gobierno Federal tienen el deber impulsar el apoyo asociado con las prestaciones laborales y el nivel de ingreso, como parte de los derechos fundamentales de la población.

Sabino define las políticas sociales como: “El conjunto de acciones desarrolladas por el Estado, a cualquiera de sus niveles, encaminadas a incrementar, el bienestar de la población y a resolver lo que en un momento dado se definan como problemas sociales” (Sabino, 1996, 71).

Entre los elementos arrojados durante nuestra investigación tenemos que el gobierno del DF ha impulsado 350 políticas de redistribución de la riqueza. Entre los programas sociales implementados en los diversos territorios están incluidos los servicios básicos en las viviendas. La energía eléctrica en las viviendas conectadas a la red permite que éstas tengan las condiciones técnicas adecuadas. Las viviendas con drenaje evitan la exposición de excretas y gérmenes patógenos al aire libre con la tubería adecuada para la eliminación de aguas contaminadas. El agua debe estar entubada dentro de las viviendas para el aseo y desechos de residuos. El abastecimiento del agua debe ser potable, suficiente y con la calidad

para cubrir los servicios como: beber, bañarse, cocinar y realizar limpieza doméstica.

En la década del 2000 y 2010, en Iztapalapa de 96.73% aumentaron al 98.93% las viviendas que tenían los servicios de agua entubada; de 98.46% paso a 99.41% las viviendas con servicios de drenaje y de 99.84% a 99.72% con luz eléctrica, por lo que la mayoría de los servicios básico se encuentran cubiertos casi en su totalidad. La posibilidad de desarrollo y la falta de atención a pesar de políticas públicas que se implementan para apoyo en las viviendas, en algunos sectores y en cubrir los servicios básicos, Evidencian la presencia de la desigualdad.

En Benito Juárez casi todas las viviendas cuentan con los servicios básicos, de 98.76% aumento a 99.7% las viviendas que tenían agua entubada; de 99.26% paso a 98.64% con drenaje y de 99.84% cambió a 99.15% con energía eléctrica. Los programas implementados en el 2010 en Benito Juárez eran de actividades culturales, deportivas, recreativas y estaban dirigidas a cada uno de los sectores por edad, haciendo que los habitantes de esta delegación tuvieran mejores oportunidades de desarrollo.

Observamos en las dos delegaciones que existía desigualdad entre los grupos que integraban cada delegación. En Iztapalapa había viviendas con todos los servicios y equipamiento necesario, también viviendas que no contaban con los servicios necesarios. La organización y el nivel de apropiación de su territorio los hacía que presentaran perfiles de salud/enfermedad diferentes. La escasez que presentaban los grupos de la Delegación Iztapalapa que vivían en exclusión no les

permitía desarrollar habilidades para cubrir sus necesidades. Su ingreso era insuficiente para satisfacer sus necesidades además de que tenían empleos sin las condiciones y prestaciones de ley establecidas; Por lo tanto, los diferentes grupos tuvieron acceso a los servicios de manera desigual dentro de una misma Delegación.

En la Delegación Benito Juárez, en la década que estudiamos, los habitantes tenían mejores condiciones materiales de vida, presentaban mayores oportunidades, lo que nos habla del nivel de desarrollo con el que contaban los habitantes, el pago de actividades permitía un mejor desarrollo humano y la adaptación de sus viviendas con mayores comodidades.

Las oportunidades de desarrollo en cada uno de los espacios geográficos son muy diversas. A través de las políticas públicas que se impulsan en el DF desde 1997, se pretende una distribución de la riqueza entre todos los habitantes, por lo que corresponde al gobierno del DF y de cada una de las Delegaciones la implementación y aplicación de programas a partir del reconocimiento de los derechos sociales y económicos, que permitan disminuir la brecha social política y cultural entre los diferentes grupos.

La desigualdad social que existía entre ambas Delegaciones se observa en tres principales rubros: salud, empleos bien remunerados y educación. Es responsabilidad del Estado impulsarlas a través de la implementación de políticas sociales y de salud en cada territorio. La apropiación desigual del territorio y del medio lleva a desarrollar perfiles de salud enfermedad diferentes. En estos rubros

no había nivel de comparación entre estas dos delegaciones ya que tuvieron resultados muy variados que resaltaban la desigualdad. Le corresponde al Estado Federal atender estos tres principales problemas que identificamos para garantizar las mejores condiciones y para disminuir la desigualdad entre ambas Delegaciones.

De acuerdo a lo que corresponde al Estado garantizar en el campo de salud Marecos propone que la política es “[...] la manera de búsqueda, ejecución y resultados en forma continua de los mejores niveles de salud a través de medidas compromisos multisectoriales que incluyen áreas aparentemente diferentes como la política fiscal, de obras públicas, de educación agroindustrial, de vivienda, ecológicas, entre otras”

El desarrollo de cada delegación en gran medida depende de la capacidad que tienen los habitantes de modificar sus condiciones de vida además de la capacidad redistributiva de las políticas gubernamentales.

La dignidad de los seres humanos es un principio fundamental en el que se debe garantizar que todos los seres humanos deben ser tratados del mismo modo, por lo que sus oportunidades de desarrollo deben de garantizarse por igual. La democracia implica el respeto a los derechos naturales y por supuesto, el respeto a la dignidad.

La concentración de población y falta de acceso a servicios lleva a desarrollar diferentes perfiles de salud lo que hace que los habitantes de los diferentes espacios se expongan a diversos factores que determinan su salud en un mismo

territorio donde estos impactan de manera diferente incluso a los habitantes de un mismo lugar lo cual, a su vez, se asocia con el grado de desarrollo, social, humano, cultural, económico y político, siendo en el territorio donde se expresa la desigualdad. El territorio es donde se expresan los fenómenos de desigualdad, por lo que es posible observar las políticas que se implementan, las acciones colectivas y la capacidad de gobierno.

Este fenómeno, expresado en la desigualdad en salud de los habitantes de las delegaciones, es muestra de sus condiciones de vida y de trabajo de los habitantes de la delegación Iztapalapa y de la Delegación Benito Juárez.

Conclusiones

Esta tesis es un aporte para la investigación crítica en el campo de la salud ya que a partir de los resultados presentados pueden tomarse acciones para mejorar las condiciones de vida de los grupos colectivos de las delegaciones estudiadas.

Es una aportación para la salud pública ya que se investigan los fenómenos que afectan la vida del hombre y su comunidad para garantizar su derecho a la salud.

La metodología que implementamos en la investigación se plantea a partir de la propuesta que hace Asa Cristina Laurell: la comparación de dos territorios para mostrar la desigualdad en los perfiles patológicos.

Jaime Breilh menciona que el proceso salud/enfermedad está determinado a partir de sus condiciones materiales de vida y sus modos de producción y consumo. En este trabajo retomamos las categorías que utiliza Blanco Gil en una de sus investigaciones para analizar los datos de cada una de las categorías y conocer si las condiciones de vida se expresan en procesos de salud/enfermedad diferentes.

Los grupos que son parte de un mismo territorio presentan desigualdades que se derivan de los procesos dados desde la determinación política, ideológica, económica y cultural.

La salud está determinada por los procesos de la superestructura y la estructura. Desde la superestructura, Gramsci propone la determinación ideológica y política. Y desde la estructura, la determinación económica, de acuerdo a la teoría Marxista, y el capital cultural, de acuerdo a la teoría de Bordieu.

En la comparación de las variables de la delegación Iztapalapa y de la delegación Benito Juárez en los años 2000 y 2010, se identificaron cuatro indicadores principales de desigualdad entre ellas, el acceso a la educación, el acceso a los servicios de salud, el empleo y su remuneración.

A partir de estos indicadores, agrupándolos, se puede referir que el determinante económico es el principal condicionante de las desigualdades en salud que se presentan entre ambas delegaciones. La desigualdad económica, como se ha indicado por varios autores (Oliva López Arellano, 2008; José Blanco Gil, 2004; Jaime Breilh, 1989), impacta en los grupos. La determinación ideológica y política condiciona el capital cultural, y el indicador que se usó para evaluarlo en cada uno de los espacios fue el nivel educativo desigual. La función de la educación tradicional hace que el rendimiento escolar dependa del capital cultural invertido por la familia, del capital social heredado, del rendimiento económico y social. A partir de estos elementos se da el reconocimiento del capital cultural adquirido como el título escolar. Este permite compararse con los otros e intercambiarse garantizando su inserción en el mercado de trabajo de acuerdo a su rentabilidad. Los cambios en la estructura hacen que se generen diferentes oportunidades y que éstas se condicionen al recurso con el que se cuenta. Es por eso que no todos los grupos tienen la oportunidad de integrarse. Además de que la cultura e ideología determinan la superestructura y viceversa, se producen las condiciones en las que se desarrollan los sujetos y que depende de la economía que disponen, su salud, sus estudios, sus tiempos recreativos, entre otros. Estos grupos prefieren cubrir los servicios básicos para sobrevivir que invertir recurso para que sus

integrantes se preparen para incorporarse en el sistema cultural y simbólico. Por ello, se generan condiciones precarias de vida, condiciones deplorables, empleos esclavizantes, con bajos ingresos, sin prestaciones de ley, con más horas laborales, que en conjunto les lleva a desarrollar procesos de salud enfermedad diferenciados.

Las desigualdades sociales manifestadas entre ambas delegaciones dan como resultado perfiles de enfermedad y muerte diferenciados, y a su vez, estas desigualdades en salud y las condiciones de vida permiten el desarrollo de prácticas y significados diferentes en torno a ellos, y una vez más, estos elementos rigen sus modos y formas de vida.

A pesar de que se estudiaron datos como ingreso y horas laborales, no se conocen los riesgos y exigencias en las que laboran los habitantes de cada una de las delegaciones. Estos elementos permitirían un análisis más profundo de las condiciones laborales de los diferentes grupos. Sin embargo, se puede inferir que en la delegación Benito Juárez los grupos desarrollan funciones de oficina y labores que requieren de trabajo de tipo intelectual por lo que se cree que no presentan el mismo desgaste físico o “el desgaste obrero” (referidos por autores como Blanco en su artículo “Condiciones de vida, salud y territorio” del 2007 y Laurell, en el “El desgaste obrero en México, proceso de producción y salud” de 1983) que los habitantes de Iztapalapa quienes desarrollan actividades que requieren de mayor esfuerzo físico.

En síntesis, en este trabajo el proceso de salud/enfermedad se explica a partir de la reproducción social y sus categorías producción y consumo, condiciones muy relacionadas, a su vez, con las políticas sociales y las formas de resolver los problemas sociales relevantes, como el acceso a la educación, a los servicios de salud y a los servicios públicos. En forma general se puede decir que el desarrollo de cada delegación depende de la capacidad que tienen los habitantes de modificar sus condiciones de vida además de la capacidad redistributiva de las políticas gubernamentales.

En relación con las condiciones de salud, los grupos presentaban patologías típicas, que están sujetas a la determinación social en un tiempo y un lugar. La salud/enfermedad, como se ha indicado, es una expresión específica de las condiciones materiales de vida ya que está determinada históricamente y depende de la forma en que se organiza la sociedad para producir. Ejemplo de esto, es la tasa de mortalidad infantil y la tasa de muerte materna que tiene una presencia menor en Benito Juárez, mientras que, en Iztapalapa continúa incrementándose. La tasa de enfermedades en general que incluye las enfermedades crónicas degenerativas e infectocontagiosas en las que al final de la década que revisamos se presentan una tasa casi similar entre estas delegaciones, es decir, sus valores son casi idénticos en la presencia de estas enfermedades.

Por otro lado, el Estado poco a poco ha ido reduciendo sus responsabilidades con la sociedad colocándose como simple mediador entre los servicios que ofrecen las instituciones privadas y la sociedad que adquiere estos servicios.

De acuerdo a Esping-Andersen (1999), las políticas que se implementan dependen del tipo de Estado y éste a su vez del régimen político. El régimen de México distribuye el poder en el poder ejecutivo, legislativo y judicial. México se rige bajo el régimen presidencial, es por eso que el poder ejecutivo es en el que se centra la mayor parte del poder y es quien establece el tipo de políticas a lo largo del territorio.

Con el cambio de sexenio, del 2012 hasta ahora, se han realizado diversas reformas en la constitución, lo cual genera recortes sociales y el deslinde del Estado en su responsabilidad con la sociedad, al dejar a la iniciativa privada a cargo de los servicios. Estas decisiones apuntan a presentar mayores desigualdades y generar condiciones materiales de vida precarias, que tienden a desarrollar perfiles de salud enfermedad más variados entre los grupos; además de la falta de oportunidades para desarrollarse, lo que significa grandes estancamientos en la sociedad al retroceder en el desconocimiento de los derechos humanos. Esto porque no se cubren las necesidades básicas que el Estado tiene obligación de cubrir y se presentan desigualdades porque no todos cuentan con los recursos para cubrir estos servicios. Como por ejemplo servicios de salud, educación, servicios básicos de vivienda, entre otros.

Las políticas implementadas a nivel federal se siguen construyendo a partir de condiciones y necesidades que obedecen al mercado, sin tomar en cuenta las verdaderas necesidades de los habitantes, lo cual sigue incrementando las desigualdades por el poder de compra y de desarrollo que existe entre los grupos. Las políticas que se implementan en el DF se plantean a partir del reconocimiento

de derechos que tienen los habitantes y eso ha permitido contrarrestar un poco las desigualdades, ya que los beneficiarios de los apoyos se les otorga como parte del reconocimiento de los derechos no por un privilegio, concesiones o negociaciones del poder político.

La formulación, diseño e implementación de políticas en ambas delegaciones tendría que encaminarse a resolver sus problemáticas y a mejorar sus condiciones de vida y salud. La desigualdad descrita es resultado de las políticas de ajuste estructural que se han hecho desde los diferentes gobiernos, como los recortes en la política social, que ha disminuido el recurso destinado para el gasto social e incrementado la desigualdad entre los diferentes colectivos.

La forma en que se elige a los representantes políticos a nivel federal y en el DF varía por el reconocimiento y exigencia que tienen los grupos. A nivel federal los representantes juegan con las necesidades de los grupos de clase baja de quienes compran su voto a cambio de material para construcción de sus viviendas, despensas, algunos productos de uso personal, además de hacer arreglos políticos con los líderes de algunas comunidades, entre otras prácticas para captar votos. Los representantes privilegian solo a quien es reconocido por méritos sociales y no por la simple condición de ser humano, esto porque su ideología es retribuir a los grupos que han nacido con ese privilegio de estar en una clase u otra. Dan por hecho que los grupos se encuentran en los niveles de miseria y con un estancamiento debido a que no han hecho lo suficiente para salir de sus estados en el que se encuentran, por lo que generan programas que impulsan cambiar sus estilos de vida.

Por el contrario, en el DF permea otra ideología en los habitantes, y entre los representantes como jefes de gobierno por el hecho de que desarrollan programas sociales que impulsan y reconocen los derechos humanos. Los habitantes del DF eligen a sus representantes tomando en cuenta sus propuestas y la forma en que visualizan la atención a sus problemas. Es complicado, aunque no imposible, que se cambie el voto por cubrir algún beneficio inmediato. A pesar del impulso de estos programas, es difícil reducir las desigualdades debido a que no son suficientes los recursos para cubrir a toda la población, ya que se puede tener el apoyo sin ninguna restricción.

A pesar de que los habitantes de la delegación Benito Juárez tienen niveles de vida comparables con países europeos, hay condiciones de otras delegaciones que se le igualan, en los servicios de las viviendas.

Los espacios que hay en cada una de las delegaciones desde escuelas, clínicas, espacios de recreación, varían en cada delegación lo cual está asociado con el poder de compra de los habitantes y de las políticas que permitan mantener un medio ambiente adecuado para el desarrollo.

El equipamiento de la vivienda a partir de sus medios y acceso a bienes y servicios expresa, a su vez, la clase social a la que se pertenece. Los diferentes grupos que comparten un mismo territorio no tienen el mismo acceso a los servicios de salud. Ejemplo de ellos es, Iztapalapa en la que parte de la población que contaba con seguro popular no le garantizaba la atención de todos los beneficios, comparado con quien se atiende en el IMSS o el ISSSTE. Lo que

representa grandes desigualdades en el acceso a los servicios tanto en las viviendas como en el acceso a los servicios de salud y el acceso a la educación. El acceso a estos servicios están sujetos al ingreso y poder de compra para atenderse, prepararse y mejorar sus condiciones de vida.

En el campo de la promoción de la salud convergen los diferentes sectores y disciplinas que tienen como fin mejorar el entorno social, las condiciones y formas de vida. Pensada para que todos los grupos mejoren su salud, en especial, los más vulnerables.

La promoción de la salud trabaja desde la respuesta social organizada en conjunto con los diversos sectores para crear mejores condiciones de salud; toma en cuenta los procesos sociales, los espacios de desarrollo, los determinantes económicos, políticos, ideológicos y culturales dados en la estructura y superestructura. “Es una práctica de empoderamiento, de participación, de socialización del conocimiento, de movilización para la construcción social de la salud” (E. Castro, 1997; 59).

Dado que la salud es el objeto de estudio de la promoción de la salud, se propone actuar en la transformación de las desigualdades sociales de la salud, a partir de la creación de opciones saludables para la población, para que los sujetos individuales y colectivos desarrollen sus capacidades humanas.

El campo de acción de la promoción de la salud comprende cinco áreas estratégicas enumeradas en la carta de Ottawa: la elaboración de políticas saludables, el fortalecimiento de la organización y participación comunitaria, el

desarrollo de habilidades personales, la creación de ambientes saludables y los servicios reorientados hacia la equidad, calidad y prevención. A partir del desarrollo de estas acciones e incidencia se pueden mejorar las condiciones de los habitantes con el desarrollo de programas de promoción, prevención y detección temprana de factores de riesgo.

Al reconocerse que las desigualdades sociales son parte de los determinantes políticos, económicos, ideológicos y culturales, que a su vez condicionan los procesos de salud enfermedad de los grupos es que toma en cuenta que las desigualdades no están dadas y que son injustas, evitables e innecesarias. Las acciones que se proponen desde la promoción de la salud son:

- Incidir en las relaciones de poder tanto a nivel macro (con la incidencia política) como a nivel micro (con los grupos vulnerables).
- A nivel micro a partir de los espacios educativos generar una formación en la que los sujetos estructuren sus conocimientos desde una perspectiva diferente con los conocimientos necesarios para entender su realidad y transformarla.
- El trabajo con las comunidades y con grupos vulnerables, para el desarrollo de sus capacidades, la adquisición de conocimientos para tener la información necesaria que permita que mejoren su medio, que construyan su autonomía, que se empoderen para que participen, creen, diseñen sus propuestas para el desarrollo de políticas sociales que cubran los servicios básicos y sus necesidades para una vida digna, que se desarrollen para

ocupar esos espacios de poder para que atiendan y mejoren sus condiciones.

- En el nivel macro, hacer abogacía para llevar a cabo las propuestas y necesidades para que se agenden en las actividades de los gobiernos.
- Generar a partir de exigencias sociales que los retrocesos por ahora implementados por el gobierno a cargo, se modifiquen para avanzar en el reconocimiento de los derechos humanos y de una vida digna para que los grupos presenten mejores condiciones de vida.

Se propone que el trabajo coordinado entre los sectores y los diferentes grupos permita acciones que mejoren sus condiciones. Para acercarnos a una sociedad más justa con la disminución de las inequidades. En la que los gobiernos y los grupos cumplan sus compromisos y adquieran responsabilidades.

Aunque se exprese con gran simpleza se requiere de mucho trabajo para llevar a cabo una organización social que haga una exigencia a sus gobernantes para que los involucre en la realización de políticas al tomar en cuenta sus verdaderas necesidades que en realidad generen cambios estructurales que disminuyan la desigualdad y no solo den apoyos basados en sus necesidades creadas para disminuir y erradicar la pobreza.

Como promotora de la salud esta investigación me deja muchos aprendizajes en diferentes niveles. Aprendí a identificar los determinantes que impactan en los procesos de los diferentes grupos y las desigualdades entre ellos. Esto me da oportunidad de realizar propuestas para trabajar con los grupos e incidir como

promotora buscando disminuir las desigualdades y generar mejores condiciones de vida, involucrando a los representantes políticos a realizar programas que atiendan las verdaderas necesidades. El trabajo con los grupos en el desarrollo de sus capacidades y adquisición de capital que los lleve a la exigencia de mejores condiciones. El trabajo con los grupos y sus representantes en busca de mejores condiciones, son procesos largos en los que hay mucho por hacer. No es fácil dejar de obedecer a las influencias extranjeras del mercado para crear los programas generalizados dirigidos a los grupos. Actualmente estos se hacen en general para toda la población sin identificar sus verdaderas necesidades, por lo que se requiere de mucho trabajo y compromiso desde diferentes disciplinas para que en realidad se logren disminuir las desigualdades y se creen mejores condiciones de vida y de salud.

Se presentaron varios obstáculos en el planteamiento y desarrollo de la investigación. En esta se pretendía identificar las principales causas de muerte de una sola colonia determinada por sus condiciones materiales de vida, debido a que no hay datos a nivel colonia se pensó en compararse dos colonias de la delegación Iztapalapa, los datos se tomarían de la aplicación de una encuesta a los asistentes del centro de salud "Santiago Acahualtepec", pero debido a que el centro de salud comenzaría a remodelarse se descartó esa opción y se hizo el planteamiento para compararse dos delegaciones que correspondieran al DF, es decir, a un mismo territorio y que la comparación de sus condiciones materiales de vida mostrarán un proceso salud enfermedad diferenciable entre sus habitantes por los modos de producción y consumo.

A lo largo de la investigación se presentaron condiciones que fueron dándole otro sentido a la misma, pero gran parte de las problemáticas presentadas fueron a causa del acceso restringido a los datos en salud obtenidos por la Secretaría de Salud Pública (SSP). Para que puedan consultarse piden que cuentes con una clave de acceso la cual solo tienes si eres parte de la SSP. Estas problemáticas generan molestia por parte de los ciudadanos que quieren consultarlos, ya que justo, es parte de las características de las prácticas médicas actuales, ese acceso restringido para el gremio de investigación del campo de la medicina y no está abierto a la ciudadanía en general que quiera consultarlos.

Los datos obtenidos a partir del INEGI representaron otra problemática de restricción debido a que los datos particulares no están disponibles al público en general y solo puedes obtenerlos al comprar la investigación que se requieren a nivel particular. Otra de las dificultades aquí obtenidas fue que a lo largo de la investigación se revisaron en cuatro ocasiones los datos generales de la población y las viviendas, y en tres ocasiones los datos tomados eran diferentes. Por lo tanto, los datos del capítulo de resultados es solo una aproximación que nos llevó a identificar las desigualdades encontradas en la comparación y variación entre la delegación Iztapalapa y Benito Juárez.

A pesar de las adversidades encontradas en la realización de la investigación a nivel personal me deja mucho conocimiento y un mayor entendimiento del análisis de nuestras problemáticas y la manera en como las abordamos. Además me deja mucha satisfacción haber cumplido con los objetivos planteados para la investigación y el desarrollo personal que obtuve al enfrentarme a la realización de

la misma ya que cada que la tesis iba escalando, de manera personal iba fortaleciendo mis conocimientos como si fuéramos construyéndonos a la vez, lo que me deja pensar que al igual que la investigación se puede continuar fortaleciendo, dar seguimiento, o tomarse como referencia para la incidencia con los habitantes de los lugares trabajados en la investigación, de la misma manera aún me falta mucho por conocer, aprender y aportar a la sociedad.

Bibliografía

- Abbagnano, Nicola. *Diccionario de filosofía*. 4ª ed., México, Fondo de cultura económica, 2007, pág. 692.
- Pliego Page, Jaime, Marcos Arana *et al.*, “Transición a la democracia y salud reflexiones y perspectivas”. *Salud y problema*, año 1, núm.1, México, 1996, pág. 69-72.
- Asociación Latinoamericana de medicina social. *Taller Latinoamericano sobre determinantes sociales de la salud*, México, Alames, 2008, pp. 144.
- Blanco Gil, José y Orlando Sáenz Zapata. “Espacio urbano y salud” *colección fin del milenio, serie Medicina Social*, México, Universidad de Guadalajara, 1994, pág.6.
- Blanco Gil, José, José Alberto Rivera Márquez *et al.*, “Polarización de la calidad de vida y de la salud en la ciudad de México”. *Salud y problema*, año 1, núm. 1, México, 1996, pág. 23-31.
- Blanco Gil, José y Oliva López Arellano. “Condiciones de vida en las ciudades. políticas públicas y acciones privadas en el campo de la salud”. *Salud y problema*, núm. 7, México, UAM-X, 1997, pág. 21-28.

————— “Condiciones de vida, salud y territorio: un campo temático en (re)construcción” [<http://www.alames.org/documentos/oliterritorio.pdf>], julio 2013, Pág. 103-125.

Boltvinik, Julio. *Proyecto regional para la superación de la pobreza*. Caracas, PNUD, 1990, pág. 42-51.

————— “Diversas visiones sobre la pobreza en México. Factores determinantes”. *Política y cultura*, núm 8, México, UAM-X, 1997, pág. 115-137.

Boltvinik, Julio y Enrique Hernández Laos. *Conceptos y medidas de pobreza*. México, siglo XXI editores, 2000, pág. 30-80.

Boltvinik, Julio y Araceli Damián. “La pobreza ignorada, evolución y características”. *Papeles de población*, núm. 29, México, 2001, pág. 21-53.

Boltvinik, Julio. (2010). “Economía Moral”, en *La Jornada*, México, 5 de marzo, Economía de La Jornada, pág. 31.

Breilh, Jaime. *Epidemiología: economía, medicina y política*. 4 ed., México, Fontamara, 1987, pág. 201-216.

Breilh, Jaime, y Edmundo Granda. “[Epidemiología y contrahegemonía](#)”. Vol. 28, *Social Science & Medicine*, 1989, Pag.1121-1127.

————— *La salud enfermedad como hecho social: un nuevo enfoque*. México, corporación editora nacional, 1990, pág. 23-34.

Bourdieu, Pierre. "Los tres estados del capital cultural". *Sociologica*, núm. 5, UAM-A, México, pág. 11-17.

Castro, Juan Manuel, "Promoción de la salud. A diez años de Ottawa: ¿salud-mercancía o derecho social?". *Salud y Problema*, año 2 núm. 2, México, UAM-I, 1997, pág. 55-59.

Centro de Análisis Multidisciplinarios. "Base del programa económico del país: la informalidad y precariedad del trabajo". *Centro de Análisis Multidisciplinarios*, núm. 89, México, UNAM, 2011, pág. 1-23.

Córtés, Carlos y Gisela Landázuri. "El combate a la pobreza en el medio rural: Banco Mundial-Pronasol". *Economía Teoría y práctica*, México, UAM-I, 1994, 169-182.

"Cuadernos Estadísticos municipales", *INEGI*,
[<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/cem02/estatal/df/m014/index.htm>] 2011. 23 de noviembre del 2011, 12:30.

Damián, Araceli. "Los problemas de comparabilidad de las ENIGH y su efecto en la medición de la pobreza". *Papeles de población*, México, UAEM, 2007, pág. 111-146.

"Definición de salud", *Portal de la sociedad de Argentina de Pediatría*,
[http://www.sap.org.ar/staticfiles/actividades/congresos/congre2006/conarpe34/material/se_petroff.pdf] 2011. Noviembre 2011, 5:25.

Donnangelo, María Cecilia. *Salud y sociedad*. Colección fin de milenio, serie Medicina Social, Universidad de Guadalajara, 1994, pág. 30-79.

Doyal y Gough. “La teoría de las necesidades humanas”, *Los aportes de Doyal y Gough, Naussbaum y Ma-Neef al estudio de la pobreza*, Argentina, Universidad Católica de Argentina, 2004, pág. 1-28.

——— “Teoría de las necesidades de Doyal Gough”
[<http://www.julioboltvinik.org/documento/Tesis%20Ampliar%20la%20mirada%20PDF/Vol%20I/Cap%C3%ADtulo%206.%20Doyal%20y%20Gough.pdf>] 1991. Julio 2013, pág. 215-242.

Ebrard Casaubón, Marcelo., “Quinto Informe de gobierno 2010-2011” Anexo estadísticas, *Gobierno del Distrito Federal*,
[<http://www.df.gob.mx/index.jsp>], 2011. 26 de mayo de 2011, 10:35.

——— Programas Sociales, *Gobierno del Distrito Federal*
[<http://www.df.gob.mx/index.jsp>], 2011. 26 de mayo de 2011, 10:35.

“El concepto de políticas públicas: Alcances y limitaciones”, *Federación Colombiana de Municipios*,
[http://www.fcm.org.co/fileadmin/Contenidos/pdf/el_concepto_de_politicas_publicas.pdf], 22 de febrero del 2007. 27 de noviembre del 2011, 1:23.

“Estadísticas de Iztapalapa”, *INEGI*,
[http://buscador.inegi.org.mx/search?q=habitantes+por+delegacion&site=default_collection&btnG=Buscar&tx=&CboBuscador=default_collection&clie

[nt=frontend_1&output=xml_no_dtd&proxystylesheet=frontend_1&getfields=*&entsp=a_inegi_politica&Proxyreload=1&numgm=5&oe=UTF-8&ie=UTF-8&ud=1&exclude_apps=1&tlen=900](#)], 2011. 18 de Julio de 2011, 8:00.

“Estadísticas Benito Juárez”, *INEGI*,
[\[http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/cem02/estatal/df/m014/index.htm\]](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/cem02/estatal/df/m014/index.htm), 2011. 23 de noviembre del 2011, 6:48.

Esping-Andersen, Gosta. *Los tres mundos del Estado de Bienestar*. Valencia, Alfons El Magnanim, 1993, pág. 1-23.

Estrada Iguiniz, Margarita. *Familias en la crisis*. México, CIESAS, 1998, pág. 7-16.

García Viveros, Mariano. *Salud Comunitaria y Promoción de la Salud*. México, UACM, 1994, pp. 209.

García Gaspar, Eduardo, “Conceptos Políticos Básicos”, *contrapeso.info*,
[\[http://contrapeso.info/2004/conceptos_politicos_basicos/\]](http://contrapeso.info/2004/conceptos_politicos_basicos/), 26 de diciembre 2004. 27 de noviembre del 2011, 12:45.

Gobernación Valle del Cauca Colombia,
[\[http://www.valledelcauca.gov.co/publicaciones.php?id=5667\]](http://www.valledelcauca.gov.co/publicaciones.php?id=5667), 2012. 16 de noviembre del 2011 5:28.

Gobernación Valle del Cauca Colombia
[\[http://www.valledelcauca.gov.co/publicaciones.php?id=5667\]](http://www.valledelcauca.gov.co/publicaciones.php?id=5667), 23 de julio del 2008. 16 de noviembre del 2011, 5:14.

Gobierno del Distrito Federal. *Reducción de la exclusión en salud, removiendo el obstáculo económico*. México, GDF, 2004, pp. 133.

González Pérez, Guillermo. María Vega López *et al.*, “Exclusión social e inequidad en salud en México: Un análisis socio-espacial”. *Salud Pública*, vol. 10, núm. 1, México, INSP, 2008, pág. 15-28.

Grafigna Marcelo, Lucero. “Empleo y pobreza en la estrategia del banco mundial”, *política y cultura*, otoño, 2005, núm.24, pág. 153.167.

Jarillo Soto, Edgar y María Gilma Arroyave Loaiza. “El conocimiento de la salud y las ciencias sociales”. *Salud Pública*, vol. 69, México, UAM, 1995, pág. 265-276.

Laurell, Asa Cristina. “Investigación en sociología médica”. *Salud y problema*, núm. 1, México, UAM-X, 1978, pág.5-9.

————— “Investigación en sociología médica”. *Salud y problema*, núm. 2, México, UAM-X, 1978, pág.18-20.

————— “Investigación en sociología médica”. *Salud y problema*, núm. 3, México, UAM-X, 1978, pág.27-30.

————— “Avanzar al pasado: política social del neoliberalismo”. *Salud y problema*, núm. 1, México, UAM-X, 1978, pág.5-9.

Laurell, Asa Cristina y Hugo Mercer. “La investigación en la maestría en medicina social”. *Salud y problema*, núm. 6, México, UAM-X, 1980, pág.4-12.

Laurell, Asa Cristina. "La salud enfermedad como proceso social". *Salud y problema*, núm. 19, México, Cuadernos Médicos Sociales, 1982, Pág. 50-66.

————— "La globalización y las políticas en salud". *Salud y problema*, año 3, núm. 4, México, UAM-X, 1998, pág.39-50.

————— "El Banco mundial en la reforma de los servicios médicos del IMSS". *Salud y Problema*, año 3, núm. 4, México, UAM-X, 1998, pág. 57-62.

————— "*Estado y Políticas Sociales en el Neoliberalismo*". México, Friedrich Ebert Stiftung, 1992, pág. 125-145.

Linares Pérez, Nivaldo y Oliva López Arellano. "La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva". *Medicina Social*, vol. 3 núm. 3, México, UAM-X, 2008, pág. 247-259.

López Arellano, Oliva y José Blanco Gil. "Modelos sociomédicos en salud pública: coincidencias y desencuentros". *Salud y problema*, México, UAM-X, 1994, pág.376.

————— "Desigualdad social e inequidades en salud/ desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones". *Salud y problema*, año 8 núm. 14-15, México, *Salud y problema*, 2004, pág.7-14.

————— *Temas y desafíos en Salud colectiva*. Argentina, lugar editorial S.A., 2006, pág. 21-48.

————— “La ciudad fragmentada. Condiciones de vida, salud y disponibilidad de servicios de atención médica en el Distrito Federal. *Territorios metropolitanos, artículos y ensayos de investigación*, año 01, núm. 01, UAM-X, 2007, pág. 56- 70.

López Arellano, Oliva. *Desigualdad, pobreza, inequidad y exclusión. Diferencias conceptuales e implicaciones para las políticas públicas*. México, ALAMES, 2008. Pág. 1-12.

“Lo global, lo local, lo híbrido”, UNESCO, [<http://www.unesco.org/most/sonntspa.htm>], 1995. 16 de noviembre del 2011, 7:47.

Marecos, Edgardo. “Conceptos claves acerca de la salud”. *Revista de posgrado de la Catedra V la Medicina*, núm. 108, Madrid, 2001, N°, pág. 17-19.

Mariñez Navarro, Freddy. “La política social en la transición Mexicana”, *Tecnológico de Monterrey*, [<http://www.mty.etesm.mx/die/ddre/trnsferencia/60/60-III.04.html>], Octubre del 2002. 25 de noviembre del 2011, 11:50.

Morales, Alba y Patricia Aceves. “Legislación sanitaria en México”. *Salud y Problema*, año 2, núm. 3, México, UAM-X, 1997, pág.7-17.

Orozco Núñez, Emanuel, Miguel Ángel González Block *et al.*, “Participación social en salud: la experiencia del programa de salud materna Arranque Parejo

en la Vida”. Salud pública de México, vol. 51, no 2, México, Instituto Nacional de Salud Pública, marzo-abril de 2009, pág. 104-113.

Ortiz Hernández, Luis *et al.*, *Mortalidad infantil y desigualdad socioterritorial en México*. México, UAM-X, núm. 38, 2002, pág.131.

Osorio, Jaime. *El Estado en el centro de la mundialización/ sociedad civil y el asunto del poder*. México, Fondo de Cultura Económica, 2004, Pág.22.

Palma Solís, Marco. Idelfonso Hernández Aguado *et al.*, “Factores económicos relacionados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio en salud: una revisión bibliográfica”. *Public Health*, núm. 26, vol. 2, Panamá, Pan Am, 2009, pág. 161-171.

Peiro Pérez, Rosana y Ramón Bou Nieves, “Desigualdades en salud: una perspectiva de desarrollo desde Atención primaria”, *PACAP*,
[<http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/6/editorial.pdf>],
2012. 25 de noviembre del 2011, 11:30.

“Perfil sociodemográfico por Delegación”, *INEGI*,
[http://buscador.inegi.org.mx/search?q=habitantes+por+delegacion&site=default_collection&btnG=Buscar&tx=&CboBuscador=default_collection&client=frontend_1&output=xml_no_dtd&proxystylesheet=frontend_1&getfields=*&entsp=a_inegi_politica&Proxyreload=1&numgm=5&oe=UTF-8&ie=UTF-8&ud=1&exclude_apps=1&tlen=900], 2011. 18 de Julio de 2011, 8:00pm.

“Población por Delegación, lugar de nacimiento y distribución por sexo”, *INEGI*,
[\[http://www.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/tabulados/cpv2000/09mi01.pdf\]](http://www.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/tabulados/cpv2000/09mi01.pdf), 2011. 18 de Julio del 2011, 8:30.

“Población por delegación”, *INEGI*,
[\[http://www.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/tabulados/cpv2000/09mi01.pdf\]](http://www.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/tabulados/cpv2000/09mi01.pdf), 2011, 18 de Julio del 2011, 8:30.

“Programa sociodemográfico”, *INEGI*,
[\[http://buscador.inegi.org.mx/search?q=poblacion+por+delegacion+d.f.+2011&site=default_collection&btnG=Buscar&tx=poblacion+en+benito+juarez&CboBuscador=default_collection&client=frontend_1&output=xml_no_dtd&proxystylesheet=frontend_1&getfields=*&entsp=a_inegi_politica&Proxyreload=1&numgm=5&oe=UTF-8&ie=UTF-8&ud=1&exclude_apps=1&tlen=900\]](http://buscador.inegi.org.mx/search?q=poblacion+por+delegacion+d.f.+2011&site=default_collection&btnG=Buscar&tx=poblacion+en+benito+juarez&CboBuscador=default_collection&client=frontend_1&output=xml_no_dtd&proxystylesheet=frontend_1&getfields=*&entsp=a_inegi_politica&Proxyreload=1&numgm=5&oe=UTF-8&ie=UTF-8&ud=1&exclude_apps=1&tlen=900), 2011. 22 de noviembre del 2011, 6:18.

Red académica Uruguay, *Universidad de la republica Uruguay*,
[\[http://www.rau.edu.uy/fcs/dts/Mip1/produccionreproduccion.pdf\]](http://www.rau.edu.uy/fcs/dts/Mip1/produccionreproduccion.pdf), 2009. 7 de abril del 2011, 10:40.

Rojas, María del Carmen. Norma Cristina Meichtry *et al.*, “Repensando de manera holística el riesgo de la vivienda urbana precaria para la salud: un análisis desde el enfoque de la vulnerabilidad sociodemográfica”. *Salud Colectiva*, año/vol. 4, núm. 002, Buenos Aires, Universidad Nacional de Lanús, pág. 187-201.

Sánchez, Fabio Vladimir y Nora León. *Salud y Territorio: Una Mirada para Bogotá*. Colombia, Universidad Nacional de Colombia. 2006, pág. 203-244.

Sabino, Carlos. "Concepciones y tendencias actuales en la definición de políticas públicas". *Revista venezolana de ciencias sociales*, número 1, Caracas Venezuela, 1996, IIES-FACES, pág. 71-84.

Shaman Levy, Teresa. Lucía Cuevas Nasu *et al.*, "Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional". *Salud Pública de México*, vol. 50, no 5, Centro de Investigaciones en Nutrición y Salud, 2008, pág. 383-389.

Sidorov Marten, Mikhailovich. *¿Qué es el materialismo histórico?*. México, Quinto sol, pág.177.

Vargas Lozano, Gabriel. "El proceso político en México desde la izquierda". México, la nación, 2005.

Yazle Rocha, Juan Stuardo. *Salud enfermedad y estructura social*. Salud y problema. México, UAM-X, núm. 3, 1978, pág. 5-16.

Yasuko Arita, Beatriz. Socorro Romano *et al.*, "Indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida". *Enseñanza e investigación en psicología*, año/vol. 10, núm. 001, México, Universidad Veracruzana Xalapa, 2005, pág. 93-102.