

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**“El acceso al servicio de salud que ha obtenido la comunidad de Miravalle,
con la práctica social de la Coordinadora Comunitaria de Miravalle A.C.
(COCOMI)”**

TRABAJO RECEPCIONAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA

Mónica Zoé Palafox Vallejo

Director del trabajo recepcional

Mtro. Pedro Leonel Arreola Medina

México, D.F. Agosto, 2015

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.

Índice

| | |
|--|-----|
| Introducción | |
| I.- Planteamiento del problema..... | 6 |
| II.- Objetivos | 11 |
| III.- Justificación..... | 12 |
| IV.- Marco teórico | 16 |
| Acceso al servicio de salud..... | 16 |
| Derecho a la salud | 24 |
| Determinantes sociales en salud. | 32 |
| Desigualdad social..... | 40 |
| Respuesta Social Organizada..... | 45 |
| Organizaciones No Gubernamentales (ONG´s)..... | 53 |
| Promoción de la salud..... | 59 |
| V.- Marco Referencial..... | 65 |
| Práctica social de la organización | 70 |
| Líneas de trabajo de la organización | 74 |
| Servicios de salud que proporciona | 75 |
| VI.-Metodología | 78 |
| VII.- Presentación de resultados | 84 |
| VIII.- Análisis | 105 |
| IX.- Conclusiones y propuestas..... | 122 |
| Fuentes Citadas | |

Introducción

La licenciatura de Promoción de la Salud en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) tiene como uno de los principales referentes la Carta de Ottawa (1986), donde se hace mención a que los pueblos deben recibir los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Estableciendo que para alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades, cambiar y adaptarse a su medio ambiente.

Uno de los puntos importantes y de gran aporte para la investigación en dicha Carta, es el reforzamiento de “la acción comunitaria, por lo que resalta la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones, la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud [...]. Asimismo, el desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad misma para estimular la independencia y el apoyo social” (Ibíd), así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias.

Entre los años setenta y noventa ocurre un periodo donde se presentan crisis económicas, fuerte migración al DF, y en el que los servicios de salud desde el primer nivel de atención hasta la especialidad se encuentran centralizados en la capital del país; a raíz del sismo del ochenta y cinco es como inicia esta descentralización, antes de la cual la *accesibilidad* a los servicios de salud era deficiente en la mayor parte del país.

A partir de lo expuesto en la Carta de Ottawa, tanto la acción comunitaria como la *accesibilidad* son aspectos centrales para el objetivo general de esta investigación. Es importante resaltar que la colonia Miravalle se encuentra a las orillas de la delegación Iztapalapa, en las inmediaciones de la Sierra de Santa Catarina, y comenzó a poblarse en los años sesenta, razón por la cual la carecía de servicios públicos; en ese sentido, la investigación busca describir las condiciones

de acceso a los servicios de salud en la colonia Miravalle antes y después de la acción social de la Coordinadora Comunitaria de Miravalle (COCOMI).

La importancia y aporte que proporciona esta investigación es justamente identificar la *accesibilidad*, no sólo como un punto dentro del nivel de atención en los servicios, sino en su relación con otros temas, mismos que presento en el marco teórico, como son: *derecho a la salud, determinantes sociales y desigualdad social*, los cuales permiten entender las relaciones que condicionan la mejora o falta de servicios de salud, la presencia de desigualdad y exclusión social que conllevan a una falta de garantías del derecho a la salud puesto que en el país la desigualdad sanitaria es provocada principalmente por la mala distribución de ingresos económicos y bienes, además de los cambios políticos, económicos y sociales de cada etapa histórica.

Esta investigación estudia con mayor detalle la *respuesta social de las organizaciones no gubernamentales* ya que se busca entender el trabajo y acción de la COCOMI (hoy una AC). Además, de entender la acción social que realiza la coordinadora desde los supuestos de la licenciatura de Promoción de la Salud de nuestra universidad. Cabe resaltar que estos puntos se discuten en el marco teórico desde la perspectiva jurídica y la perspectiva socio-histórica de proceso salud enfermedad y atención, para el caso, este estudio está enfocado desde esta última perspectiva. La finalidad de mostrar ambas visiones es justamente para identificar mejor sus diferencias, además de tener más elementos para ver cómo la *accesibilidad* tiene relación con los temas ya mencionados.

A manera de colofón, está el marco referencial, mismo que muestra la descripción geográfica y poblacional de la colonia de Miravalle; así como el surgimiento de la COCOMI, su acción social, sus programas de intervención y principalmente los datos históricos del Centro de Salud (C.S.). Posteriormente, se encuentra la metodología donde se expone el tamaño y características de la muestra de estudio; y por último, tenemos la presentación de resultados, análisis y conclusiones.

En los resultados se muestra lo encontrado dentro de las entrevistas y encuestas aplicadas en el C.S. de la COCOMI y a los usuarios del mismo, en el análisis, muestro la relación que hay entre los marcos —teórico y referencial— con lo encontrado en la metodología aplicada, así cómo si ésta responde o no a los objetivos planteados; todo esto permitió construir las conclusiones y propuestas para futuras investigaciones relacionadas con el tema, la colonia o la coordinadora.

I. Planteamiento del problema

Durante la presidencia de Luis Echeverría Álvarez, en los años setenta del siglo XX, se presentó una crisis económica como consecuencia de la escasez de petróleo en el país y el incremento de su precio internacional, así como por cambios en la reforma agraria que autorizaron la privatización del ejido y la disminución del apoyo por parte de las instituciones de gobierno, generando un prolongado desfinanciamiento en las instituciones públicas de salud, por lo que éstas sufrieron una fragmentación, deterioro y abandono preocupante que se tradujo en la restricción al acceso a los servicios de salud; en consecuencia “se estima que el 45% de la población no recibía atención médica gratuita” (Lusting y Szekely, 1997).

Dicha situación impactó en el Sistema de Salud del Distrito Federal (DF), el cual fue afectado en la prestación y *accesibilidad* de los servicios de atención primaria y de especialización. Los pocos servicios que se brindaban únicamente se ofrecían en los lugares aledaños al Centro Histórico del DF produciendo una concentración de servicios y falta de éstos en los territorios de la periferia; cabe señalar que en esos años hubo un elevado crecimiento de la población del DF, mayoritariamente proveniente de los estados cercanos; igualmente hubo un desplazamiento poblacional del centro a la periferia, esto como parte del deterioro y subutilización de la infraestructura inmobiliaria del Centro Histórico, pasando estos espacios a ser oficinas del gobierno, museos y comercios; por lo que las nuevas viviendas se asentaron a las afueras, en zonas de conservación ecológica que tenían mantos freáticos que abastecían de agua a la capital, y que fueron poblados desde la segunda mitad de los años setenta. Fue hasta una década más tarde cuando se registró una disminución en la tasa de natalidad en el crecimiento demográfico, como resultado de la imposición de políticas gubernamentales implementadas, especialmente los programas de planificación familiar.

Tales cambios tuvieron consecuencias en los procesos estructurales, económicos y sociales de los años noventa; en esa misma época y por las exigencias de la política internacional en el país se crea y pone en marcha el Tratado

de Libre Comercio (TLC) en 1994, como parte de la estrategia económica del entonces presidente Carlos Salinas de Gortari. En el comercio se generó un cambio que aumentó y remarcó la diferencia dentro de la clase obrera como calificada y no calificaba; por otro lado, se abarataron los productos mexicanos en el extranjero, mermando el poder adquisitivo de la población mexicana, que a su vez consumía los productos extranjeros que resultaban más económicos.

Estos cambios permearon en el país, y el Distrito Federal no fue la excepción, por lo que su impacto económico tuvo consecuencias de forma general, y de forma específica en los servicios de salud afectando a la población que es más vulnerable.

Dentro de este contexto en el DF, la delegación que tuvo el crecimiento poblacional más alto después de los sucesos de los años setenta ya mencionados, fue Iztapalapa con el 8.9 por ciento. En el periodo de los sesenta a los noventa se presentó una fuerte migración de habitantes que alcanzó el 38.2 por ciento; por otra parte, se registró una de las más altas tasas de desempleo con un 3.2 por ciento, esto desencadenado por los cambios económicos que trajo el TLC, que llevó al país a una mayor vulnerabilidad externa, haciendo que se abarataran los precios de los bienes nacionales al ser exportados, estas medidas crearon precariedad en las condiciones económicas de los residentes del Distrito Federal; lo que generó el aumento de la pobreza hacia el año 2000. De acuerdo con la Coordinación de Planeación y Desarrollo del Distrito Federal (COPLADE) el 35 por ciento de las unidades territoriales (UT) tienen índices de muy alto y alto índice de marginación social, lo que pone en desventaja a las comunidades más vulnerables, y produce grados de diferencia que generan desventaja.

Para 1990, Iztapalapa contaba con 1, 490,499 habitantes de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 1990) siendo la delegación con más población y con un grado de marginación muy bajo en el DF; para el periodo de 2001-2003 esta situación no cambió en mucho, ya que tenía el 19.5 por ciento de las unidades territoriales con muy alta y alta marginación. De acuerdo a los datos arrojados por el INEGI en el 2010 su población es de 1, 815,786 habitantes. Como

se aprecia la situación no cambió tanto en los años noventa como en el dos mil diez, por lo que continúa siendo la delegación con más habitantes, con más grupos que presentan marginación y *desigualdad social*, ambos aspectos tienen fuerte relación que condiciona; cabe destacar como dato importante que 695,478 habitantes de su población no cuentan con derechohabiencia, lo que representa el 38.30%.

Ante la problemática de la poca cobertura de derechohabiencia que se presenta en la población de Iztapalapa, la investigación estudiará la situación de la *accesibilidad* de los servicios de salud de la Colonia Miravalle que se ubica en la Sierra de Santa Catarina, perteneciente a dicha delegación. De acuerdo con la Coordinación de Planeación del Desarrollo Territorial, Miravalle es la unidad territorial 07-098-1; en lo que respecta al Índice de Desarrollo Social por colonias del 2010, cuenta con 14,372 habitantes, y es clasificada con muy alto índice de marginación; su desarrollo en el acceso a los servicios de salud es de 0.51066 por ciento, lo que significa un bajo grado, situación por demás alarmante, como muestran estos últimos datos del 2010.

Otro suceso que impactó negativamente en el acceso a servicios de salud, ocurrió en la década de los noventa, cuando la sierra de Santa Catarina, a la cual pertenece Miravalle, fue declarada como área de conservación ecológica, a la que no se le destinaban servicios urbanos como los de salud, evidentemente este ecosistema desapareció por la mancha urbana; de acuerdo a los datos más recientes de la COPLADE el índice de Desarrollo Social de 2010 indica que la colonia continúa con poco acceso a servicios de salud.

La creación de servicios de salud en el DF tuvo un impulso importante a partir del sismo de 1985 en el DF, por las afectaciones y pérdidas en los establecimientos de servicios de salud. A raíz de ello, se crea, entre otros, el Hospital General de Iztapalapa que fue inaugurado en 1988. Para 1997 hubo una descentralización de los servicios de salud del nivel federal y del DF en la cual muchos centros de salud pasaron a formar parte de la Secretaría de Salud Pública del Distrito Federal (SSP); en 1994 se reconstruye el Hospital Pediátrico de Iztapalapa; estos sucesos son

importantes porque dejan ver cómo el acceso y la disponibilidad a los servicios de salud se vieron limitados, en todos los niveles de atención, pero sobre todo en el primer nivel, afectando a los usuarios más vulnerables.

En 1977 la Secretaría de Salud del Distrito Federal contaba con 50 centros de salud en el primer nivel de atención, para 1978 se impulsa el programa de Atención Primaria en Áreas Marginadas que es desarrollado en tres etapas, iniciando en 1978 y terminando en 1980, con el resultado de que en dicho periodo se ponen en marcha 125 Centros Comunitarios de Salud; de acuerdo con este proceso, en 1981 se activa otro programa similar el cual es denominado Programa de Atención a la Salud a Población Marginada en Grandes Urbes, creando y operando 45 centros de salud; posteriormente la Secretaría de Salud del Distrito Federal y el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) definen en 1985 el Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA) que utiliza las estrategias establecidas en el acuerdo internacional¹ de Atención Primaria a la Salud² (APS) y trabaja en la disminución de la disparidad de los servicios, así como en una estrategia para aumentar la cobertura y eficiencia de los servicios de salud en la Ciudad de México.

Con la implementación del programa MASPA, en el periodo de julio a diciembre de 1981 en Iztapalapa se inauguraron los siguientes Centros de Salud: Ejidos los Reyes, San Andrés Tomatlán, Santa María Aztahuacan, Quetzalcóalt, San Miguel Teotongo y Santiago Acahualtepec, estos dos últimos se encuentran más cercanos a la comunidad de Miravalle y son los que han brindado atención a ésta.

Miravalle no cuenta directamente con un establecimiento de salud por parte de la Secretaría de Salud Pública (SSP), por lo que recibe servicios en los centros

¹ Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Ottawa, 21 de noviembre de 1986.

² Atención Primaria a la Salud: es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible, forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad. Declaración de Alma-Ata, septiembre de 1978.

de salud —operados por el DF— de San Miguel Teotongo y Santiago Acahualtepec, que juntos cubren el 5.9% de la población de dicha colonia. El Consejo Nacional de Población (CONAPO) en 1995 ubicó a Miravalle dentro de la AGEB (Área Geográfica Estadística Básica) 487-6 (Mónica Díaz, 2009); el porcentaje de cobertura muestra la carencia y falta de establecimientos que brinden atención a la salud. Tomando en cuenta que una AGEB es una división geográfica en manzanas delimitada por avenidas y calles de un municipio o delegación, la cual varía de 20 a 80 manzanas, con una población homogénea de acuerdo al Manual de Cartografía de la SSP.

Ante la falta de servicios de salud en Miravalle, desde los años setenta se generó una respuesta social para hacer frente a los problemas de *acceso* a servicios de salud, puesto que fue un periodo donde hubo una crisis económica que llevó a la implementación de políticas neoliberales y un cambio en la concentración de la población; de ese modo fue surgiendo una *respuesta social organizada* como reacción al poco apoyo del gobierno del DF para atender las *desigualdades sociales*. Así se crearon varias Organizaciones No Gubernamentales (ONG's), en el caso de Miravalle la comunidad se organiza y trabaja de forma conjunta en la resolución del *acceso* a servicios de salud. El principal resultado de ese movimiento es la creación de la Coordinadora Comunitaria de Miravalle (COCOMI).

El propósito de esta investigación va encaminado a conocer la planeación inicial que se realizó para atender la necesidad de *acceso* a servicios básicos de salud en la colonia, así como la defensa y exigibilidad a este derecho y la manera en que esto generó cambios en la población de la comunidad que tuvo una *respuesta social organizada*; de ahí la importancia de conocer y entender los hechos que llevaron a construir la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el impacto que ha tenido en la comunidad el *acceso* a los servicios de salud ofrecidos por la Coordinadora Comunitaria de Miravalle, A.C. (COCOMI) tanto en el inicio de su formación como hoy en día?.

II. Objetivos

Objetivo General

Describir las condiciones de *acceso* a los servicios de salud antes y después de la acción social de COCOMI.

Objetivos Particulares

- ✓ Saber cómo la organización de COCOMI identificó su problemática de *acceso* a los servicios de salud.
- ✓ Identificar la organización y líneas de acción de COCOMI para transformar la estructura de *acceso* a los servicios de salud.
- ✓ Conocer los beneficios obtenidos por la población con respecto a la instalación del centro de salud.

III. Justificación

La Ciudad de México en los años setenta la necesidad de cubrir la educación a nivel medio superior y superior. Sin embargo, no fue hasta principios del siglo XXI cuando se da un movimiento social de los habitantes de Iztapalapa, dando creación a las preparatorias del Instituto de Educación Media Superior (IEMS), y para el 21 de abril del 2001 se cuanta con la Universidad de la Ciudad de México (UCM). Este proyecto de educación superior nace con un modelo educativo diferente —basado en la flexibilidad curricular—, el cual ofrece nuevas oportunidades a los estudiantes que pueden destinar poco tiempo para sus estudios, y que busca construir una perspectiva crítica y humanista; tiene la característica de ofrecer tres ámbitos de enseñanza y aprendizaje: trabajo en aula, asesorías y tutorías.

Una de las carreras con las que cuenta la ahora Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) es la licenciatura de Promoción de la Salud, que pertenece al colegio de Ciencias y Humanidades, es una carrera multidisciplinaria que cuenta con asignaturas de las área biológica y social, por lo que permite ver a la salud no sólo desde la parte médica, sino como parte de un proceso biopsicosocial; para ello cuenta con el modelo socio-histórico, el cual reconoce a la salud como un proceso de salud-enfermedad, que es parte de la expresión de las *desigualdades sociales*, mismas que están inmersas en las políticas públicas, la economía y la cultura, principalmente.

La investigación hace una valoración de cómo —ante la falta de un establecimiento—se carecía de *accesibilidad* a servicios de salud, violando un importante derecho, ante lo cual se presentó una *respuesta social organizada* que luchó por obtener este servicio. Esta acción social permite identificar los mecanismos para lograr algunas de las estrategias establecidas en la Carta de Ottawa, y es muestra de cómo una comunidad atiende su necesidad; dando un claro ejemplo del trabajo conjunto y organizado que busca el cumplimiento de un derecho humano y fundamental, así como la disminución de su *desigualdad social*; este caso permite identificaciones y estrategias de promoción de la salud, dando un aporte

enriquecedor a la licenciatura para ilustrar cómo gestionar servicios ante el Estado y cómo ir fortaleciendo el trabajo conjunto dentro de la comunidad.

La Carta de Ottawa menciona que para promover la salud deben seguir cinco estrategias con el fin de mejorar las condiciones de salud, las cuales son:

- Elaboración de políticas saludables.
- Fortalecimiento de la organización y participación comunitaria.
- Desarrollo de habilidades personales.
- Creación de ambientes saludables.
- Servicios de salud reorientados hacia la equidad, calidad y prevención.

Todas estas estrategias son herramientas importantes y necesarias para realizar *promoción de la salud*. La última, por ejemplo, da a conocer retos importantes como el que los servicios médicos sólo están orientados a dar una atención curativa y la atención de primer nivel carece de apoyo por parte de los profesionales de la salud.

Sin embargo, la formación médica no toma en cuenta en su currícula académica las condiciones que influyen en la salud, en comparación con la formación en promoción de la salud, que estudia e investiga dichas condiciones, como es el caso de la *accesibilidad* a los servicios de salud y el trabajo organizado de una comunidad para generar redes de apoyo.

Dicha *accesibilidad*, señalada en la Carta de Ottawa, será una categoría de análisis en la presente investigación toda vez que se ubica dentro de los niveles de atención primaria (*disponibilidad, accesibilidad y prestación de servicio*) y cuenta con diferentes clasificaciones como son: la *accesibilidad* geográfica, económica, real y de tiempo de espera, por mencionar algunas. La falta de la *accesibilidad* lleva a que se presente desigualdad y exclusión social, por lo que en tal situación no se logra garantizar el derecho a la protección a la salud tal como lo establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM). Por otra parte, se

expondrán otros conceptos (*determinantes sociales, desigualdad social, etc.*) que pueden contribuir a la relación entre la facilidad para ingresar o no a un establecimiento de salud y la atención médica recibida, así como la relación que dicho establecimiento genera con la comunidad.

La *accesibilidad* es una característica básica de los servicios de salud, y punto indispensable para que una comunidad pueda ser atendida tan sólo en el primer nivel; la *disponibilidad* es una categoría con la que se indica el poder contar con un establecimiento que ofrezca servicios de salud; ambos aspectos, *disponibilidad* y *accesibilidad*, en ese orden, son de gran importancia para el análisis.

Cabe recordar que la *accesibilidad* llega a ser carente y de forma desigual entre los grupos de población más vulnerables, como es el caso de la delegación Iztapalapa, que cuenta con varias zonas que carecen de servicios básicos, para el caso de la colonia Miravalle, la Coordinación de Desarrollo Territorial en el 2000 mostró que el 68.24% de la población no cuenta con derechohabiencia, suceso que limita el poder acceder a un establecimiento de salud. Es precisamente en la situación de la *accesibilidad* a los servicios de salud en dicha colonia que quiero centrar la investigación, dado su índice de *desigualdad social*, tratando de identificar cuáles son los principales puntos de *accesibilidad* que no se han atendido cómo los que sí se logran cumplir.

La situación de escasez que la colonia Miravalle vive, genera exclusión en salud como parte de una serie de desigualdades en la forma de proporcionar los recursos económicos y materiales entre las colonias de Iztapalapa, creando una falta de acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud; a esto se le agrega que hay una gran proporción de la población de la delegación que no cuenta con seguridad social, aspecto que sin duda impacta en el proceso de salud- enfermedad de la comunidad de Miravalle.

La investigación busca entender los procesos que condicionaron la mejora o la falta de servicios de salud en la colonia; cómo éstos influyen e impactan en sus habitantes; así como el identificar qué tipo de *acceso* fue el más carente y cuál se

logró mejorar como parte de la bidireccionalidad que hay entre los usuarios y el Centro de Salud de la COCOMI. Sin embargo, no hay que olvidar que la bidireccionalidad es vista y analizada desde la parte socio- histórica de la *promoción de la salud*, por lo que toma aspectos que buscan explicar y entender cómo se da dicho proceso; en contraste con las investigaciones que se han venido presentando en relación a la *accesibilidad* que son de corte tradicional y carecen de una visión histórica que permita identificar más aspectos para mejorar las condiciones de salud de Miravalle, por lo que desde este trabajo de *promoción de la salud* se estudian y analizan los elementos que permiten entender la complejidad y las acciones por las cuales atravesó la colonia y la organización propia.

IV. Marco teórico

El marco teórico para esta investigación está conformado por siete puntos principales que son: *acceso a los servicios de salud, derecho a la salud, determinantes sociales, desigualdad social, organizaciones no gubernamentales, respuesta social organizada y promoción de la salud*, cabe resaltar que cada uno de estos puntos se presenta tanto los aportes tradicionales como críticos, esto con el fin de entender mejor su contribución para hacer un mayor análisis desde la promoción de la salud.

Acceso al servicio de salud

Hablar de salud desde la formación del licenciado de promoción de la salud de la UACM, implica necesariamente tomar en cuenta a los diferentes aspectos de ésta, lo biológico, lo político, lo económico, lo cultural, lo histórico y lo social; en este último rubro social ubico el *acceso a los servicios de salud*, tema en el cual enmarcaré mi investigación. Para entender plenamente el *acceso a los servicios de salud*, describiré los principales conceptos que lo han explicado desde ámbitos internacionales hasta los más recientes con enfoques más sociales.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) define como *accesibilidad* “la organización de una oferta de servicios que sea geográfica, financiera, cultural y funcionalmente alcanzable para la comunidad, la atención tiene que ser apropiada y adecuada en contenido y cantidad para satisfacer las necesidades de la población y ser provista en medios aceptables para ellos” (Vargas I,2009). Analizando esta definición desde el campo de la *promoción de la salud*, se encuentra dentro de un enfoque tradicional porque sólo ve el contenido y cantidad de cómo tiene que ser la atención, además de no explicar quién es el encargado de proporcionar dichos mecanismo, dejando de lado los diferentes contextos políticos y económicos por los cuales llega a atravesar una comunidad.

En la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en 1986, surge la Carta de Ottawa donde da un nuevo concepto de *promoción de la salud*, en ellas expone cinco estrategias o líneas de acción como propuestas para progresar en este campo de la salud; las estrategias son: la elaboración de una política pública sana, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de aptitudes personales y la reorientación de los servicios sanitarios. Esta última estrategia aborda que la *accesibilidad* cuenta con aspectos psicosociales como es la existencia de redes sociales de apoyo que no han sido atendidas y cuidadas con la atención necesaria, lo que es parte de un reto. Al hablar de redes sociales de apoyo se entiende a las *organizaciones no gubernamentales*, cuyo trabajo ha permitido cubrir las necesidades que el Estado ha descuidado o simplemente no ha trabajado lo suficiente, tal es el caso de la Secretaría de Salud, en donde el *acceso* a los servicios llega a ser muy limitado, carente o incluso no existe.

Donabedian (1973) describe la *accesibilidad* “como un concepto más general que incluye el *acceso* y se refiere al ‘grado de ajuste’ entre las características de la población y las de los recursos de atención de la salud”. Un aporte importante que dá esta autora, es el tomar en cuenta las características de la población, puesto que estas condicionan sus necesidades (económicas, políticas, ambientales) las cuales son parte de los factores que determinan el Proceso Salud-Enfermedad (PSE).

Las definiciones anteriormente presentadas dan una explicación general y exponen algunos de los tipos de *accesos*, sin embargo, no especifican y no abordan lo que es la *disponibilidad*, (OG14, 2000) que es el contar con un establecimiento que brinde atención médica, por ejemplo, la atención primaria.

Aday L y Andersen (1974) realizaron en los años setenta una investigación importante en el sistema de salud de Colombia lo que los lleva a definir que el:

...acceso a los servicios de salud es un concepto complejo, que involucra desde la formulación de políticas de atención hasta la satisfacción del usuario con el servicio recibido; pasa por las características de la población y por la organización del servicio para adecuarse a las necesidades de la población³.

Al hablar del acceso a un servicio de salud se tiene que pensar y contemplar todo lo que hay alrededor de éste, como es la estructura que proporciona el Gobierno Federal a través de la Secretaría de Salud y sus políticas de salud, que son los principales involucrados en brindar o no la facilidad de acceso. Donde tan sólo crear o no centros de atención primaria, es un signo que permite tipificar el tipo de gobierno que hay en el país; hoy en día encaminado en el carril del capitalismo cuya tendencia es la privatización de este servicio, no obstante que es parte de un derecho fundamental.

Julio Frenk (2001) conceptualiza el acceso a los servicios de salud como “el proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente”.

Los autores Aday L y Andersen dan otro concepto más, e integran las políticas en salud, las características de la población, que no son iguales y depende desde el país, el área geográfica y económica donde se trate, en comparación con lo planteado por Julio Frenk, que ve el proceso como parte de un deterioro en la persona, dejando a lado los factores políticos y sociales como parte de la limitante.

Ahora bien, en México en lo que respecta a la normatividad y la *accesibilidad*, se encuentra establecido en el Artículo Cuarto Constitucional dice: “Toda persona tiene derecho a la protección⁴ de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”; como

⁴Protección: garantiza judicialmente los derechos establecidos en la Constitución y demás conexos definidos por la jurisprudencia de la Corte Constitucional, y aquellos que a pesar de no estar señalados en la Constitución y Tratados Internacionales de Derechos Humanos que contengan los más favorables a los contenidos en la Constitución.

apoyo de este artículo, la Ley General de Salud (LGS) profundiza cómo deben ser los mecanismos de protección a la salud, lo cual tiene que ver con la prestación de los servicios, la atención, y la prevención como rehabilitación. Así como en el Artículo 40 de la LGS se establece que las modalidades de *acceso* a los servicios de salud privados y sociales se deben regir por lo que convengan prestadores y usuarios, sin perjuicio de los requisitos y obligaciones⁵ que establezca esta Ley y demás disposiciones aplicables.

Cabe destacar que la protección a la salud establecida en la Constitución Mexicana, se detalla y precisa en la Ley General de Salud, misma que especifica las funciones para la *accesibilidad* de los servicios de salud tanto públicos como privados; lamentablemente no en todos los casos se cumple esta ley, quedando limitado su cumplimiento parcial o totalmente el goce de este derecho, generalmente se puede medir a través de la opinión de los usuarios, pero también, es importante hacer una valoración a los prestadores, ya que el ejercicio del derecho es un trabajo en conjunto, de igual forma la *accesibilidad* tiene que ser estudiada bidireccionalmente.

Los autores ya citados exponen *accesibilidad* y *acceso*, es importante comentar que la *accesibilidad* es un concepto más general que busca mejorar las condiciones para tener *acceso*, el cual llega a aproximarse a las características de la población para la satisfacción de los usuarios beneficiados y del desempeño del sistema, tomando en cuenta lo ya señalado, a continuación se presentan los diferentes tipos de *acceso* a los servicios de salud. Cabe señalar que en el *acceso* existen barreras que limitan, llevando incluso a profundizar la pobreza y demás carencias. Por ello los tipos de *acceso* se pueden clasificar como los siguientes:

⁵Obligación: Relación jurídica entre dos o más personas determinadas o indeterminadas, en virtud de la cual una de ellas llamada acreedor tiene la facultad de exigir a otra llamada deudor, y está la necesidad de cumplir una prestación o una abstención.

1. *El acceso potencial*: es la presencia de los recursos que son disponibles y que proporcionan los medios para usar e incrementar la probabilidad de uso. (Aday y Andersen, 1974)
2. *Acceso efectivo*: se presenta cuando se muestra una mejora-satisfacción en el paciente de forma relativa a la cantidad del servicio de atención. (Aday y Andersen, 1974)
3. *Acceso real*: es la relación de los determinantes⁶ objetivos – que se refieren a cómo el sistema de salud resuelve las necesidades de los usuarios—y de los determinantes subjetivos⁷ de la utilización de servicios- satisfactorios (Frenk, 2001).
4. *La accesibilidad física o geográfica*: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados (....) La *accesibilidad* también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados se encuentren a una distancia razonable (OG14, 2004, p4). Hace una relación de la distancia y tiempo deben ser adecuado para llegar desde el domicilio hasta un establecimiento de salud, ya sea público, privado o de una organización.
5. *La accesibilidad financiera*: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los servicios de atención en salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud basándose en la equidad de asegurar que esos servicios sean públicos o

⁶ Determinantes: son procesos que no actúan como agentes biológicos-físicos-químicos en la generación de la enfermedad, no tienen una especificidad etiológica, esto planteado desde el pensamiento médico-social. (Laurell, 1994) Un ejemplo de determinante social sería la pobreza.

⁷ Un ejemplo de determinante subjetivo es el poder de los usuarios de exigir su respeto al derecho a la salud y adecuada protección.

privados estén al alcance de todos, incluso los grupos socialmente desfavorecidos (OG14, 2004, p4).

6. *La accesibilidad cultural*: aborda las creencias y patrones culturales que existen y rigen a una población.
7. *La accesibilidad funcional*: determina la atención continua y oportuna que se brinda a los pacientes.

Hay que resaltar que la clasificación presentada es resultado del trabajo de revisar y recolectar los diversos planteamientos que los autores ya mencionados abordan, la finalidad es precisamente conocer los diferentes conceptos e ideas respecto a los tipos de accesos, puesto que hay autores que retoman sólo una clasificación para hacer sus propuesta teóricas, incluso de acción o implementación en programas aplicados a la población.

Además, la *accesibilidad* es un concepto que incluye, de forma general, el grado de ajuste entre los recursos para la atención de la salud en relación con las características de la población, ajuste que busca ser equitativo y con facilidad de obtener. Esta categoría resulta importante para la valoración del cumplimiento del Estado y su obligación de cobertura al *derecho a la salud*.

Dentro de los indicadores para medir si hay una satisfactoria *accesibilidad* en los servicios se tiene que ver la equidad⁸, la calidad, la categoría, los profesionales de la salud disponibles y la atención.

Si bien esta *accesibilidad* se encuentra dentro del marco normativo internacional, como son los tratados de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), también dentro del Estado Mexicano se encuentra estipulado en la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos y en

⁸ La equidad es la condición necesaria y estratégica para alcanzar el acceso universal a la atención, según las necesidades y las posibilidades existentes. (Pérez. B, 2007).

la Ley General de Salud. Incluso, a pesar de que la garantía del acceso es parte del Sistema Nacional de Salud (SNS), resulta evidente tanto en espacios públicos como en *Organizaciones no Gubernamentales* (ONG's) que no se logra cubrir esta necesidad, por la presencia de barreras que enfrentan los pacientes-usuarios; dicha situación lleva a limitaciones y desigualdades en los grupos sociales más vulnerables. Al respecto Vargas y Molina (2009) plantean que:

...no se observan diferencias entre afiliados al régimen contributivo y subsidiado, pero sí con los no afiliados; las barreras financieras se constituyen en el principal obstáculo para acceder a servicios de salud para los más pobres.

De las principales barreras que limitan la atención a la salud, se encuentra la disponibilidad de poder ingresar a un establecimiento para ser atendido, otra de las principales barreras es la cuestión financiera, lo que genera el gasto de bolsillo. Un ejemplo de éste lo muestra el hecho de que el salario mínimo para el Distrito Federal es de 64,73 pesos, de acuerdo al Servicio de Atención Tributaria (SAT) del 2013, si lo comparamos con el precio de una caja de Paracetamol que cuesta \$51.60 pesos, más la cuota de recuperación de la consulta en el centro de salud de Salubridad que es de \$10 pesos, de acuerdo a lo que marca el programa de medicamentos gratuitos, vemos que este salario sólo permite comprar un sólo medicamento sin contar el requerimiento de otros, así como diversos gastos que van desde el transporte al centro de salud y medicamentos, solo de una sola persona sin tomar en cuenta el padecimiento que otro integrante de la familia pueda tener; esto dificulta que los pacientes puedan acudir a tener atención médica, lo que aumenta la presencia de pobreza.

Una barrera más la constituyen los factores relativos, que se refieren al tipo de atención al paciente en todos sus niveles, la institución, el establecimiento — que es el espacio apropiado para realizar una valoración— y la *accesibilidad* que tiene o llega a tener la población.

Los factores socioculturales tienen que ver con la cultura establecida en la comunidad, misma que determina en cierta medida el tipo de atención médica a la

cual se acude, ya sea a chamanes, curanderos, hueseros, médicos de herbolaria o médicos generales, este factor puede permitir o no que las personas accedan a recibir una atención médica o que sea combinada con alguna de las ya mencionadas.

Otro factor es el de consumo que tiene un impacto en la economía de los usuarios, llevando al gasto de bolsillo, ya que en ocasiones implica que cuando no hay subsidio por parte del Estado que cubra los gastos de la atención médica (como medicamentos, trasladarse a otra comunidad), los usuarios pagan por obtenerla, generando un gasto inesperado, aumentando la pobreza e incluso la posibilidad de dejar de atenderse por no contar con el recurso económico necesario para su acceso y tratamiento.

El Sistema Nacional de Salud Mexicano se encuentra bajo una organización clínica, administrativa y económica; y bajo esta lógica es como se distribuyen los recursos, mismos que no llegan a cubrir el acceso a la atención médica necesaria, generando limitación al atender a la población; otro punto que interfiere en el sistema es la falta de calidad, eficiencia y productividad con que se producen los servicios ya sean públicos o privados. (Varga y Molina, 2009).

En lo que respecta a la *disponibilidad* en los servicios de salud que es un componente esencial que genera bases para *accesibilidad* de los servicios básicos y de primera atención, que son parte de un derecho fundamental y humano. El derecho a la salud está establecido en normas y tratados Internacionales, y que el Sistema de Salud Mexicano debe garantizar este derecho.

Derecho a la salud

La palabra derecho proviene del vocablo latino *directum* que significa 'no apartarse del buen camino, seguir el sendero señalado por la ley', de ahí que el Derecho es un conjunto de normas jurídicas que tienen como fin regular las conductas de los hombres, en caso de no ser cumplidas se generan sanciones jurídicas, mismas que son implementadas por el Estado.

En términos jurídicos el Derecho es un conjunto de normas que imponen deberes y normas que confieren facultades, que establecen las bases de convivencia social y cuyo fin es dotar a todos los miembros de la sociedad de los mínimos de seguridad, certeza, igualdad, libertad y justicia. (Pérez y Castro, 1992)

El *derecho a la salud* está dentro de los marcos jurídicos internacionales como nacionales, de igual forma, es parte de un derecho fundamental el cual es universal, indispensable, inalienable, no puede negociarse, ni expropiarse; este derecho fundamental también es un derecho social. La finalidad del *derecho a la salud* es satisfacer la necesidad de ejercer su propia autonomía, libertad y asegurar las condiciones materiales que posibilita su ejercicio. (Pisarello, 2007)

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), estipula un conjunto de principios que salvaguardan y brindan protección a todo ser humano, sin importar su situación económica, raza, cultura u orientación política; los derechos ahí establecidos son un atributo o privilegios de los seres humanos, como parte de una cualidad, y el *derecho a la salud* es parte de dicha declaración. y los responsables de implementar y vigilar estos derechos son los Estados partes, además en cuanto a la protección a estos derechos desde instituciones no gubernamentales, hay organizaciones de la sociedad civil desde el ámbito internacional como nacional, que protegen y defienden este derecho mediante denuncias y acciones sociales.

Ahora bien, precisando en el Artículo 25.en su numeral 1º de esta declaración expone que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido,

la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. Este artículo busca dar un ejemplo de la integración de diferentes derechos favoreciendo la acción de *promoción de la salud*, de forma individual como colectiva.

En la Carta Internacional de los Derechos Humanos donde se compilan los tratados y pactos, se encuentra el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), este pacto es creado por la Resolución de la Asamblea General 2200 en diciembre de 1966, estableciendo compromisos afines a la protección social, como es el mejorar el estándar de vida; esto se justifica porque dicho pacto es creado después de la Segunda Guerra Mundial, generando obligaciones con los Estados Partes que lo firman, conservando el objetivo principal de garantizar, proteger y satisfacer el ejercicio del derecho; éste permite ampliar el panorama en relación a cómo se está concibiendo la salud y los derechos que se le atribuyen; en el Artículo 12º en la parte I, otorga obligaciones tomando en cuenta la amplia gama de los “principales factores *determinantes de la salud* como el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva”(OG 14, 2004). Para ello los Estados Parte deben implementar medidas para lograr la satisfacción y disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Los establecimientos de atención y servicio médico son parte de las acciones que deben estar generadas por el Estado, como parte de su obligación y responsabilidad con su nación y como miembro de los Tratados Internacionales, desafortunadamente brindar esta condición se ve afectada por diferentes cuestiones, dentro de las principales están: la económica y los fines políticos, por los cuales atraviesan los países y nuestro país no es la excepción.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (CDESC) establece el *derecho a la salud*, mismo que la justicia mexicana ha desarrollado en una Tesis de la Corte, con una interpretación que actualiza la Constitución y hace más amplio el significado del *Derecho a la Salud*,

entendiéndose como una garantía fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos y no sólo como el derecho a estar sano, —que es relativo a un sistema de salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud—, sino que incluye las obligaciones de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igualitario a la atención y los servicios relativos a ella, vigilar que la privatización del sector salud no represente una amenaza para la *disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad* de los servicios, controlar la comercialización del equipo médico y medicamentos por terceros. “*El derecho a la salud* debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud”. (Tesis de la Corte, 2008)

El CDESC es el órgano que se encarga de supervisar el cumplimiento del PIDESC, y con base a la Observación General Número 14 (OG14), que es encargada de proporcionar la resolución y vigilancia de las funciones de los Estados Partes, por lo que cuenta con criterios concretos para caracterizar, brindar y orientar en las medidas que se deben tomar para el goce del *derecho a la salud*, como a continuación se expone:

- *Disponibilidad*: Se refiere a la presencia de instituciones e instalaciones, bienes y servicios de salud básicos así como profesionales capacitados, clínicas y hospitales adecuados, servicios de agua potable y medicamentos esenciales.
- *Accesibilidad*: Entendida como la suma de establecimientos, bienes y servicios que deben ser accesibles para todas las personas, tomando en cuenta que se localiza dentro de un área geográfica viable; en este punto se encuentran clasificaciones como: la no discriminación, *accesibilidad física* (segura para todos los sectores de la población), *accesibilidad económica* (el pago por los servicios de salud y otros servicios relevantes deben basarse en el principio de equidad, asegurando que sean accesibles para todos, ya sean del sector público o privado), *accesibilidad informativa* (incluye el derecho a buscar, recibir y proporcionar información).

- *Aceptabilidad*: los servicios de salud deben respetar la ética médica y cultura de la población, así como ser sensibles a los diversos géneros.
- *Calidad*: la instalación de los servicios de salud debe ser científica, médicamente apropiada y de buena calidad. Ello requiere de personal médico calificado, medicamentos científicamente aprobados y vigentes así como equipo de hospital, agua potable y servicios sanitarios adecuados. (OG14, 2004)

Es importante resaltar que la OG14 aborda el *Derecho a la Salud* no como un sólo derecho, sino que hace una conectividad entre derechos como lo es la vida y la integridad física, de ahí que se dé protección y cuidado al *acceso* de los establecimientos de la salud.

México está dentro de los Estados Parte de los pactos y tratados Internacionales ya mencionados, lo que lo hace sujeto a acatar lo establecido; además la normativa nacional es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) o Carta Magna, aun teniendo la mayor categoría jurídica en el país, da la pauta para que se generen normas y leyes, mismas que no están ni pueden estar por encima de ésta, por lo contrario, se encargarán de complementar los artículos ya establecidos en la Carta Magna.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos incorpora el derecho fundamental a la salud en 1983, posteriormente establece de forma específica la alusión que hace en relación a la *accesibilidad* en salud, en el Artículo 4º párrafo3:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el *acceso* a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del Artículo 73º de ésta.

El *Derecho a la Salud* y el derecho a la protección a la salud son distintos, el primero se encarga de resolver las necesidades más esenciales y que están interrelacionadas para el logro de la salud, incluye los servicios de salud, en cambio la protección a la salud se restringe sólo al alcance que los Estados desarrollan

respecto a la atención de la salud, por medio de promover, prevenir y atender la enfermedad, que va desde regular, normar, financiar, organizar, producir y prestar los servicios.

Para proporcionar protección a la salud, México cuenta con la instancia normativa de la Ley General de Salud que fue publicada el 17 de febrero de 1984, misma que es aplicada a instituciones públicas como privadas. La protección es un derecho para toda persona, sin discriminación alguna y sin condición; el desarrollo de los sistemas sanitarios asistenciales de salud están enfocados en la exigibilidad de este derecho fundamental, el cual cuenta con tres características principales que son la universalidad, equidad y calidad.

La universalidad se refiere a que es un derecho para toda persona que tiene la nacionalidad mexicana, en lo que respecta a la equidad hablamos de que el servicio público debe ser financiado por los impuestos y los usuarios no estarían realizando algún pago extra (llámese cuota de recuperación), pero desafortunadamente la situación económica del sistema de salud es carente, además de existir mal manejo del presupuesto, que no permite que los servicios estén dentro de este ideal, de ahí que los usuarios tengan dificultad para ingresar a un establecimiento público.

Dentro de esta misma ley en su Artículo 2º, fracción III, establece que el derecho a la protección tiene finalidades específicas como: el crecimiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; este artículo es muy importante para la *promoción de la salud* porque brinda una herramienta jurídica al desarrollo de capacidades y habilidades para optimizar el desarrollo personal como colectivo; tal es el caso de la *respuesta social organizada* que ha venido trabajando la Coordinadora Comunitaria de Miravalle, A.C. Su trabajo desde el inicio se ha basado en el desarrollo social, culturas y mejora en salud para el cumplimiento de estos derechos.

Para el 2004 la LGS tiene modificaciones en el Sistema de Protección Social en Salud que es definido en el artículo 77 bis como:

La Protección Social en Salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médicos-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de *promoción de la salud*, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas de forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social.

La modificación de dicho artículo brinda un mayor peso jurídico al artículo 2º fracción III, complementando la protección a la salud social, principalmente a los grupos más vulnerables, además de la creación del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud mismo que busca cumplir con la afiliación, acreditación, evaluación y el financiamiento del Sistema de Salud.

Además en la reglamentación internacional y nacional en la capital del país se encuentra la Ley General de Salud para el Distrito Federal, misma que establece la protección y *accesibilidad* a los servicios de salud, en su Artículo 1º fracción I, que insta regular las bases y modalidades para garantizar el acceso a los servicios de salud para la población del DF; en lo que respecta al Artículo 3º, el cual igualmente aborda el derecho a la protección a la salud, se basa en los principios de la universalidad (cobertura de los servicios que corresponda a las necesidades), equidad (obligación de la autoridades sanitarias para garantizar el acceso igual a los habitantes) y gratuidad (el acceso sin costo a los servicios de salud y los medicamentos asociados al servicio disponible).

Otro artículo importante es el 5º, que establece los efectos para el derecho a la protección a la salud, considerando los servicios básicos como son: la educación para la salud, la atención médica que comprende actividades preventivas, disponibilidad de los insumos esenciales, asistencia médica a grupos vulnerables, por mencionar los más apegados al tema de investigación.

Durante el gobierno de Andrés Manuel López Obrador (2000-2006) en lo que respecta a la normatividad jurídica en el Distrito Federal, se impulsó la reforma en los servicios de salud, partiendo de cuatro aspectos: gratuidad de los servicios de salud y medicamentos, nuevo modelo de atención, mejoramiento de los servicios y legislación para garantizar su derecho; esto tomando en cuenta el análisis de la Secretaría de Salud (2001), por tanto, el acudir a obtener un servicio y medicamentos, son el principal impedimento para tener atención. Como parte del compromiso y reto para frenar el obstáculo del acceso real y económico, se ofrece una cobertura universal de servicios de salud a la población del DF no asegurada, se crea el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG) donde todo capitalino no inscrito a algún servicio de seguridad social tiene el derecho a afiliarse.

Por otro lado, el Gobierno Federal en el 2004 pone en marcha un programa de seguridad nacional en salud denominado Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) conocido de forma corriente como Seguro Popular; por su parte, el GDF declinó incluirse en este seguro debido a las restricciones que hace al derecho a la protección a la salud, esto es, en algunos casos se debe pagar la cuota de inscripción con un determinado monto y por otro lado, la cobertura total no incluye las enfermedades terminales. Un resultado del conflicto entre el Gobierno Federal y el GDF es que en el 2005 se llega a una negociación bilateral en donde los usuarios no pagarán inscripción alguna para acceder a los servicios de salud y son compatibles ambos seguros: PSMMG y SPSS. En mayo de 2006 la Asamblea Legislativa del DF aprueba la Ley que establece el Derecho al Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las personas.(Evaluación DF) En consecuencia, al unirse ambos programas se generó un desgaste económico, deterioro del material y del mobiliario de la Secretaría de Salud del Distrito Federal por la sobredemanda, lo cual se sumaba al desafío de protección a la salud y garantía del acceso oportuno, requerido para reducir la desigualdad en el acceso a servicios adecuados y de calidad.

Asimismo, la protección del *derecho a la salud* es complementado con diferentes leyes y artículos, tal es el caso de la Ley General de Desarrollo Social donde los artículos que salvaguardan este derecho son: el Artículo 6º que incluye este derecho como parte de los derechos sociales, mientras que el Artículo 36º establece el acceso a los servicios de salud como parte del parámetro para medir la pobreza. Esto se puede reconocer y medir de acuerdo a las condiciones materiales de vida⁹ de los usuarios; permitiendo identificar cuándo tal derecho no es ejecutado correctamente, haciéndose presente un gasto de bolsillo¹⁰ que resulta muy desfavorable en los hogares y que lleva a generar o a aumentar la pobreza. Otro factor a considerar es la desigual distribución de los recursos económicos y las condiciones materiales, que son parte de los *determinantes sociales* y dentro de ellos se encuentra la salud.

⁹ Condiciones materiales de vida: entendida como el grado de satisfacción de necesidades básicas, bienestar o privación en un periodo de observación. (Blanco y Oliva, 1997)

¹⁰ Gasto de bolsillo: es el resultado del impacto financiero directo por la falta total o parcial del seguro, y tiene que ver con la pérdida del bienestar social.

Determinantes sociales en salud.

Los *determinantes sociales de la salud* (DSS) son definidos desde la salud pública y la medicina social crítica; el primer enfoque es de carácter tradicional-estructuralista, en cambio el segundo, es crítico y toma en cuenta el proceso socio-histórico; ésta investigación está encaminada hacia el segundo enfoque, para tener una comprensión diferente a la tradicional, a continuación se presentan los dos enfoques ya mencionados, iniciando con los principales puntos de la salud pública.

Enfoque tradicional estructuralista

Tarlov (1999) clasificó a los *determinantes sociales* partiendo desde lo más individual y dependiente del campo sanitario, hasta el más generalizado e intersectorial, no obstante incluye la atención sanitaria como determinante de salud, considerándola como una estrategia reparadora; la clasificación tiene cinco niveles los cuales son:

- Determinantes biológicos, físicos y psíquicos.
- Determinantes de estilo de vida.
- Determinantes ambientales y comunitarios.
- Determinantes del ambiente físico, climático y de contaminación ambiental.
- Determinantes de la estructura macrosocial, política y percepciones poblacionales.

El autor toma los puntos mencionados para complementar la categoría de DSS, el aporte enriquecedor que da es ver estos elementos desde una estructura micro a macro y cómo éstas se relacionan, dicha estructuración que hace va desde lo biológico hasta lo macro que es el sistema político, buscando una articulación en dichos sectores para disminuir las causas de inequidad en salud.

La Asamblea Mundial de la Salud celebrada en la sede de la OMS en Ginebra durante 2004, el Director General, Dr. Jong- Wook Lee, dio a conocer el inicio de un proceso que identifique cuáles son las causas sociales que afectan a la inequidad

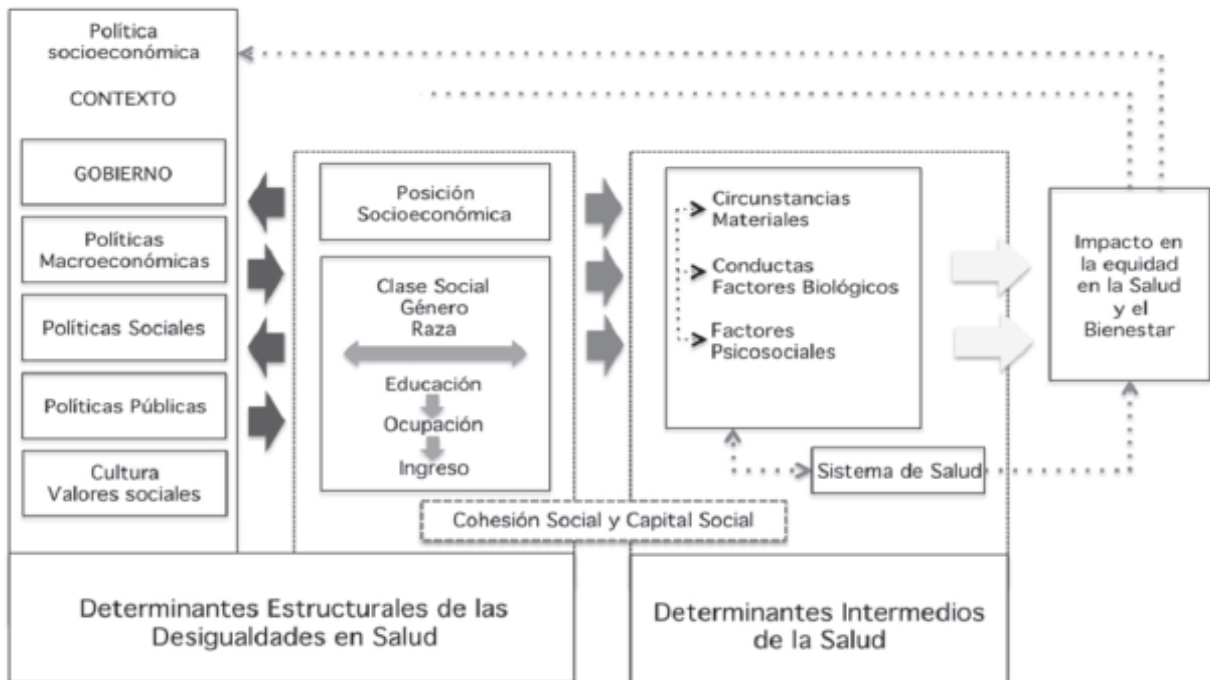
en salud, con el fin de mejorar y brindar equidad en esos servicios, logrando conformar en marzo del 2005 la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS); la visión del enfoque de *determinantes sociales de la salud* adquiere una potencia transformadora al conseguir mayor equidad en servicios de salud.

La Comisión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2008 definió a los DSS como: la mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (*acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades*) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno 'natural'. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los *determinantes sociales de la salud*.¹¹

La Comisión ha venido trabajando este concepto tras discusiones y arduas tareas basadas en evidencias de los Estados miembros de la OMS, de cómo vive, crece y muere la población de estos países, que de acuerdo a la estructura económica y política que pauta a las condiciones sociales muy probablemente estén marcadas por la carencia.

En el siguiente esquema se muestran los elementos claves y más importantes para una mayor claridad de los DSS.

¹¹ Eyleen Alfaro Porras, Uso de las concepciones teóricas sobre los determinantes sociales de la salud.



Fuente: Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, OMS, 2008.

El esquema permite entender mejor los determinantes estructurales y los intermedios; los estructurales tienen que ver con la posición socioeconómica de los individuos, las clases sociales, el tipo de gobierno, la cultura, valores y la implementación de las políticas en el país, en cambio los determinantes intermedios son los elementos materiales, biológicos y psicológicos que afectan lo individual.

La Comisión de *Determinantes Sociales de la Salud*, como parte del trabajo que ha venido realizando plantea tres puntos importantes para subsanar las desigualdades:

- 1) Hace referencia a mejorar las condiciones de vida cotidiana como: equidad desde el comienzo de la vida, entorno saludable para una población sana, vivienda, agua y servicios de saneamiento, empleo y trabajo digno, protección social a la vida.
- 2) Recomienda luchar contra la distribución desigual del poder, dinero y los recursos de estrategias más relevantes en equidad extra sanitario, que se aumente el PIB, que se evalúen las consecuencias de los acuerdos económicos mundiales como regionales, dar servicios básicos en salud, promover leyes que promuevan la equidad de género.
- 3) Establece medir y analizar el problema, con un sistema de datos de inequidad sanitaria y de los *determinantes sociales*, mecanismos que aseguren que los datos

pueden ser interpretados y utilizados en la elaboración de políticas, sistemas y programas más eficaces y que haya sensibilización y formación en materia de *determinantes sociales de la salud* (CDSS, 2008).

Estos tres puntos dejan ver claramente el trabajo que se tiene que realizar para disminuir el impacto de los *determinantes sociales* y la *desigualdad social*, los cuales van desde lo macro a lo micro, empezando por el modelo económico y político, así como los programas y la calidad de los servicios del sector salud. En lo personal me parece que aún faltan más elementos por tomar en cuenta para trabajar y que están planteados de forma superficial, como es la corrupción de los gobernantes que lleva a la creación e implementación de malas políticas que afectan los programas que no resuelven o disminuyen la situación, convirtiéndose en un parche que sólo invisibiliza el problema; también es necesario hacer una integración de la afectación que hacen los determinantes, que están ligados a la desigualdad social. *La promoción de la salud* puede trabajar en entender esta integración y en buscar los mecanismos adecuados ante los diversos problemas que se presentan.

Para Hernández Muñoz (2010) es importante incluir los *determinantes sociales de la salud* dentro de las líneas de investigación de la salud pública, propone incluir los siguientes puntos para dicha forma de investigación:

- Fortalecer las técnicas para el análisis y alternativas de políticas, planes y programas para mejorar tanto el estado de salud como la calidad de vida de la población.
- Mayor esfuerzo en el nivel extra sanitario con el fin de disminuir el burocratismo y corrupción.
- Lograr una asignación de recursos y programas de acuerdo a las necesidades para la construcción de políticas efectivas.

Este reconocimiento de los DSS contribuye a evidenciar la jerarquía de causalidades que resultan de la posición social en la cual se encuentran las personas, que va más allá del comportamiento individual, sin embargo, esto puede llevar a no reconocer cómo los procesos y las jerarquías mencionadas impactan en el proceso de la salud de los individuos y de una comunidad.

Me parece que la autora incluye a los DSS desde la salud pública tradicional y sólo los ve desde los estilos de vida; ahora bien al hacer esta distinción jerárquica de las clases sociales inmediatamente cae en un imaginario que de acuerdo al estrato social, tiene un comportamiento predeterminado que lo lleva a enfermar y morir, como si fuese algo predispuesto por el sólo hecho de nacer en un determinado grupo social.

Por otro lado, la autora Hilda Santos hace un aporte importante sobre los métodos para analizar el vínculo de los *determinantes sociales* y la salud, en este sentido clasifica los determinantes en dos: los materiales y los psicosociales. Para la investigación sólo se abordarán los factores determinantes materiales que son:

-Nivel de ingreso: después de cierto nivel de ingreso promedio por persona, los aumentos al ingreso no mejora los niveles de salud de una población de forma significativa.

-Ocupación: la posición del individuo dentro de la estructura social lo lleva a protegerse de los riesgos laborales ya que cuenta con facilidad de acceso a los recursos sanitarios, contribuye a producir diferentes niveles de estrés y puede influir en adoptar estilos de vida saludable.

-Medio ambiente: son las condiciones del entorno en el que vive el individuo, como es tener una buena calidad de agua, aire, exposición al ruido, alcantarillado, carreteras, acceso a servicios básicos.

-*Accesibilidad* a los servicios de salud: las barreras de acceso a servicios de salud es una de las causas de mayor interés entre los grupos sociales, aunque el nivel de ingreso sea adecuado, si no se dispone de servicios médicos estos son deficientes ante una enfermedad, los grupos sociales se ven en un ambiente más riesgoso, los indicadores utilizados son los el número de médicos, enfermeras, número de camas o el porcentaje de derechohabientes de la seguridad social.

La autora muestra los factores materiales que generan un mayor impacto en la salud, estas problemáticas son vistas a nivel de población y de forma muy concreta; sin ver que tiene una fuerte relación social que es de un tamaño más macro y que viene a impactar a las poblaciones más vulnerables. Tal es el caso de políticas y programas que no son creados de acuerdo a las necesidades que vive cada comunidad.

Enfoque crítico

La medicina social, cuyo trabajo es más crítico en los temas de salud, estudia el Proceso Salud-Enfermedad como parte de un proceso socio-histórico, tal es el caso de los *determinantes sociales*. A continuación se exponen las perspectivas de algunos autores de dicha corriente.

Desde la epidemiología social, Krieger (2001) define a los DSS como características de las condiciones sociales, mismas que influyen en la salud y son las vías por las cuales dichas condiciones ejercen su efecto y que se pueden alterar con medidas fundamentales. Es decir, son las vías que se traducen en efectos sanitarios, por lo cual es posible intervenir. Desde la *promoción de la salud* se puede trabajar en tomar en cuenta las condiciones sociales para interferir tanto en la creación de políticas sociales como en su implementación, con el fin de proteger la salud.

De acuerdo al Taller de Determinantes Sociales de la Salud realizado por la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Oliva López, 2008) ¹², los DSS están enfocados y argumentados desde el materialismo histórico de Marx y Gramsci. Cabe añadir que el marxismo aborda dos clases sociales como causa del sistema económico y de producción, siendo los capitalistas o burgueses los propietarios de los modos de producción. La otra clase son los trabajadores o proletariado los cuales sólo son dueños de su fuerza laboral; la clase burguesa ejerce explotación sobre la obrera. Actualmente la división de clases sociales ya no es sólo en dos como menciona Marx, sino en tres: clases alta, media y baja, las cuales se han acentuado a consecuencia de los cambios de la estructura neoliberal (Edward, 2010).

Los aspectos económicos y sociales son determinantes de las fuerzas productivas y de la organización del trabajo; de ahí que Gramsci aborda la relación de superestructura y estructura, la primera es entendida como el Estado que

¹² Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales en Salud, Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), realizado en la Rectoría de la Universidad Autónoma Metropolitana del 30 de septiembre al 2 de octubre de 2007

condiciona a la estructura, la población a través de sus aparatos ideológicos. Dicha relación son parte de los determinantes estructurales y junto con las condiciones materiales de vida van a conformar los *determinantes sociales de la salud*, que generan una desigualdad sanitaria entre países y entre las clases sociales; por ejemplo, el Estado asigna el monto económico a las instituciones de salud, las cuales tienen el control y también estarán condicionando a los usuarios, que son parte de la estructura. Toda esta postura reconoce cómo se llevan a cabo los modos de producción, consumo y la lógica distributiva en una población determinada para tener más claro cómo se presentan los Procesos de Salud-Enfermedad.

Jaime Breilh (2003) expone que para identificar los *determinantes sociales en salud* se debe entender a la salud humana no sólo como un fenómeno biológico, sino como un proceso socio-biológico que es íntegro y dinámico, esto es porque el ser humano es social y sus procesos biológicos están relacionados con los procesos sociales; asimismo, el problema de salud no es sólo un fenómeno de la enfermedad, ni ocurre de forma individual, porque la salud es un proceso complejo y multidimensional; dentro de los procesos sociales que determinan la salud están las condiciones materiales de vida; que dependen del desarrollo de la fuerza productiva que condiciona la vida social y política; así, los modos de producción son los mecanismos que definen a los *determinantes sociales* que afectan en la salud.

La inserción que tengan los individuos dentro de los modos de producción y su participación en la distribución de la riqueza, define su ubicación en la sociedad, las relaciones que establece con los grupos sociales, las necesidades y las formas de consumo que son impuestas por una sociedad de mercado, esto determina en gran medida las formas de enfermar y morir de los individuos.

En la investigación se abordarán los modos de producción y las condiciones materiales de vida como parte de los *determinantes sociales en salud*. Por ejemplo, haciendo una relación de los DSS con el Sistema de Nacional de Salud Mexicano (SNSM) en donde los empleados venden su fuerza productiva (ya sea en algunas instituciones públicas o empresas privadas) y tienen como prestación convertirse en derechohabientes que van a poder contar con acceso a los servicios de salud, ya

que una parte económica es descontada del salario y otra es aportada por el dueño de la empresa en su caso (que es el poseedor de los medios de producción) ambos ingresos van a ser destinados al recurso económico que permite financiar a las instituciones de salud, el otro porcentaje es brindado por el Estado que se encarga de regular, financiar y prestar los servicios de salud, por lo que tiene un control de los prestadores del servicio y de la *accesibilidad* de la población, logrando se proporcione *acceso* a los derechohabientes a un establecimiento de salud, llámese Instituto Mexicano Seguridad Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o Petróleos Mexicanos (PEMEX).

En cambio, el Seguro Popular de Salud (SPS) que se estableció en México en el 2002, es un programa de aseguramiento voluntario para población sin seguridad social, su discurso es buscar la equidad y protección financiera, de ahí que esté dirigido a familias de bajos ingresos; su financiamiento está dividido en tres fuentes, la primera es con recursos federales, la segunda aportación es estatal que representa el cincuenta por ciento y la tercer cuota la brindan los usuarios, de acuerdo a su situación socioeconómica.

Por último, las condiciones en que las diferentes *determinantes sociales de la salud* estén delimitando tiempo y espacio son las principales causas para que se presente *desigualdad social*, esto como parte de la condición económica, política, de dominación y subordinación de la estratificación de clases sociales, provocadas por la mala distribución de los recursos, los bienes y los servicios, siendo éstos puntos principales de factores de la *desigualdad social* en salud; para la *promoción de la salud* este suceso lo calificamos como injusto y evitable.

Desigualdad social

Partiendo del Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud¹³ se entiende a la *desigualdad social* como las relaciones, antagonismos y contradicciones económicas, políticas e ideológicas que se expresan en el eje de la explotación, dominación, subordinación y exclusión de las clases, el género y la etnia, principalmente. En cuanto a la desigualdad sanitaria es provocada por la mala distribución del poder tanto mundial como nacional, mal uso de los ingresos, bienes y servicios, la injusticia, que afecta a las condiciones de vida de forma inmediata de las personas; de ahí que la CDSS formula tres recomendaciones para subsanar la desigualdad en salud: el primer punto es mejorar la equidad en las condiciones de vida, el entorno saludable y la protección social; el segundo punto consiste en luchar por una buena distribución del poder, dinero y recursos; tercer punto, es hacer una mediación y análisis del problema con mecanismos adecuados para crear políticas y programas eficaces y sensibles.

Carlos Tello (2010) desarrolla el concepto de *desigualdad social* como la inequitativa distribución de la riqueza y del ingreso, la desigual distribución de los derechos sobre los medios de producción, a lo que se suma un control diferencial de los órganos de gobierno, esta desigualdad también está presente en la distribución del poder, por consiguiente, va a intervenir en las condiciones de vida y del trabajo entre los diferentes grupos de la población.

Ahora bien, durante la década de los ochenta dentro América Latina inicia una investigación sobre el enfoque social en salud, teniendo como resultado el Informe Black, presidido por Sir Douglas Black, abordado desde el pensamiento médico social haciendo un análisis de las variables sociales, reconociendo la estructura social y económica como parte de los principales factores que determinan

¹³ Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales en Salud, Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), realizado en la Rectoría de la Universidad Autónoma Metropolitana del 30 de septiembre al 2 de octubre de 2007.

la salud; asimismo, este informe hace tres explicaciones de la *desigualdad social* y el estado de salud de las personas, mismos que a continuación se presentan:

El primer punto hace relación a las condiciones materiales en que se encuentran los grupos sociales, la diferencia de acceder o no a los servicios de salud, el segundo punto se enfoca a las diferencias culturales y conductuales entre los grupos sociales que determinan cómo se desenvuelven las personas para alcanzar o limitar en su vida el uso de los servicios de salud, en el último punto están las condiciones de salud en las que nacen y se desenvuelven las personas, como es la posición socioeconómica que alcanzan a lo largo de la vida favoreciendo o limitando el uso de los servicios de salud, la noción de la *desigualdad social* en salud está muy relacionada con la posibilidad de acceder a los servicios básicos de salud, debido a que no toda la sociedad puede tener un establecimiento disponible en su localidad, o contar con un seguro social.

Otro de los autores que estudia la *desigualdad social* en salud es Rodolfo Stavenhagen (1996), quien hace un análisis tomando el concepto de las clases sociales de la teoría marxista, su perspectiva toma en cuenta los procesos culturales de la estructura social, para reforzar las relaciones que se dan en los grupos de la sociedad. La desigualdad en salud impacta principalmente a las clases sociales más oprimidas, explotadas, pobres, con precariedad laboral, desempleados, madres solteras, personas excluidas, por lo que las malas políticas implementadas agudizan su marginación social.

La desigualdad tiene un importante factor geográfico, así lo presenta Joan Benach (2009) quien exhibe a las clases sociales más empobrecidas que viven muchas veces en barrios marginados y sufren de explotación, exclusión y opresión social múltiple: “tienen menos recursos económicos, menos poder político, la atención sanitaria y servicios sociales están más expuestos a agentes dañinos para la salud, ya sean éstos de tipo social, laboral o ambiental”. Dentro de la licenciatura de *Promoción de la Salud* en el ciclo superior se analizan los elementos que permiten reconocer la presencia de *desigualdad social* en salud, abordándolos desde el área socio-histórica de la licenciatura, esto es manejado como una

“categoría de análisis y procesos de alta acumulación de capital económico, político así como de una mala distribución de la riqueza, transformando beneficios públicos en privados” Carlos Díaz (2009), lo cual nos muestra que la transformación tiene objetivos particulares, favoreciendo sólo a ciertos grupos colectivos, generando exclusión y limitación del desarrollo; es por eso que la *desigualdad social* se encuentra ampliamente relacionada con la pobreza que presenta una comunidad.

Para algunos autores es de importancia diferenciar entre desigualdad e inequidad, como lo es para Margaret Whitehead (1992), quien expone que las desigualdades son injustas y se constituyen como inequidades, identificando siete determinantes en salud: 1) la variación natural biológica, 2) libre elección de conductas dañinas, 3) ventaja de salud de un grupo sobre otro, 4) conductas saludables y dañinas donde el grado de elección de los estilos de vida es muy restringido, 5) la exposición a condiciones de vida y trabajo insalubres, 6) el acceso inadecuado a servicios de salud esenciales y otros servicios públicos y 7) la selección natural o movilidad social relacionadas con la salud que incluye la tendencia de las personas enfermas a descender en la escala social. Todos estos puntos que establece la autora vistos desde la medicina social, podrían determinar inequidad en salud, porque dejan de lado aspectos importantes de la desigualdad social como son las razones políticas, sociales y económicas que la originan.

Oliva López (2004) hace una explicación de la *desigualdad social* partiendo de dos tesis, la primera como tesis conservadora y la segunda como antítesis radical; la tesis conservadora tiene su base en la teoría de Adam Smith sobre la mano invisible, En donde el Estado sólo debe vigilar la relación entre los individuos para garantizar el respeto a la propiedad privada y a la iniciativa individual, tiene una influencia por el capitalismo del siglo XX por lo que considera al sistema de distribución como justo, necesario e inevitable, como parte de una condición elemental para la sociedad, bajo el argumento de que la estratificación reconoce a los hombres más destacados dando mayor importancia a ciertas tareas, toda estratificación representa una jerarquía de valores. En cambio, la antítesis radical considera el fenómeno de la *desigualdad social* como injusta e innecesaria, también

parte de las relaciones de poder entre la población y sus sectores que son los que cuentan con la apropiación inequitativa de la riqueza, este fenómeno es desarrollado antes por Marx y Engels en el siglo XIX, explicando que la *desigualdad social* es la naturaleza y resultado de la producción y la lógica distributiva de apropiación de los recursos.

Hasta aquí el concepto de *desigualdad social* es explicado desde dos perspectivas, la funcionalista y la socio-histórica, la primera tiene una visión ahistórica, establece que las necesidades de todas las sociedades son semejantes, los valores son universales y como parte de la salud pública hace una estratificación que permite identificar diferencias de salud-enfermedad-atención para cada uno de los estratos sociales y explica sus diferencias en términos individuales; en cambio, la perspectiva socio-histórica describe y explica el proceso de dicho concepto, de forma abstracta como dos clases polares y grupos sociales encargados de sintetizar los procesos y su relación de las contradicciones económicas, políticas e ideológicas de cómo es el proceso colectivo de enfermar y morir, para lo cual se identifican los determinantes estructurales de dicho proceso colectivo y su conformación histórica; el análisis de esta perspectiva es demostrar cómo las instituciones de atención médica no se conforman de un sistema de valores sino sólo de relaciones económicas, políticas e ideológicas que permiten seleccionar, mantener y reproducir la fuerza de trabajo necesario para mantener el capital; así pues, se realiza el plusvalor en las mercancías médicas (como son los medicamentos, equipos e instrumentos) y en la producción de servicios, como parte de la diferencia entre los grupos sociales mediante su acceso desigual a las modalidades e instituciones de atención sanitaria.

Otro autor que aporta a la discusión y comprensión de la *desigualdad social* desde el abordaje de la medicina social es Jaime Breilh (2003), para él es la expresión observable de la inequidad entendida como el proceso más general que hace referencia a la organización social, definiendo a la inequidad como:

La inequidad no se refiere a la injusticia en el reparto y acceso, sino al proceso intrínseco que la genera, es decir, al carácter y modo en que una sociedad define su reparto y acceso desiguales (*desigualdad social*) que es su consecuencia.

Esta categoría permite explicar y entender los determinantes del proceso de salud-enfermedad, mientras la inequidad expone la distribución de los resultados en salud como producto de la *desigualdad social*.

Estudiando las diferentes explicaciones de esta categoría, veo que en todas ellas hay una constante expresión y reconocimiento de la limitación del desarrollo de los individuos, debido al empobrecimiento del acceso a oportunidades, que se debe al modelo económico neoliberal y sus políticas adoptadas; por otro lado, se han establecido mecanismos de exigibilidad de justicia hacia los derechos económicos, sociales y culturales previstos, desde pactos y tratados internacionales, incluso hasta en nuestra Carta Magna en lo nacional. Desafortunadamente no se han fortalecido jurídicamente estos derechos en la Cámara de Diputados, y se continúa generando una lucha por la acumulación de poder social y económico.

Concluyo diciendo que la *desigualdad social* es el resultado de los determinantes socioeconómicos y políticos injustos, también de la mala distribución de los recursos, bienes y servicios, como parte de la dominación y subordinación estratificada en las clases sociales, haciéndola inacabable, debido a la lucha de poder y control ejercido hacia la sociedad más débil y vulnerable. Lo que me parece que la *desigualdad social* es un suceso injusto y evitable. En el momento en que una sociedad va generando cambios sociales es entonces cuando se va logrando minimizarla.

Respuesta Social Organizada

La categoría de *respuesta social organizada* (RSO) es utilizada tanto en la Salud Pública como en la Medicina Social y en la sociología. Es importante conocer los principales planteamientos sobre esta categoría que se hace en un área y otra, con el fin de poder tener una mayor claridad del proceso realizado en la asociación civil estudiada, para lo cual a continuación se dan a conocer los principales enfoques en torno a dicho concepto.

Desde la perspectiva de la Salud Pública, Julio Frenk, expone que la RSO encuentra su vehículo principal en los sistemas de salud, desde el momento en que las condiciones de salud son definidas como necesidades; la *accesibilidad* y la productividad son parte de los recursos para producir los servicios del sistema de salud, el cual tiene una interacción bidireccional entre los prestadores de servicio y la población.

Frenk expone la relación del Estado con la población a través de principios para regular el acceso a los servicios de salud, observando que la población tiene características heterogéneas en: estratificación en ingresos, educación, género, etnia y ubicación geográfica. Mientras el Estado participación ejerciendo el control dentro del sistema de salud lo hace a través de regular y prestar directamente los servicios, así como otorgar y controlar su financiamiento; a su vez, la relación del Estado y el sistema de salud se da por medio de principios, Frenk da a conocer que para tener la *accesibilidad*, identificando cuatro puntos: **el poder de compra**, que considera la atención como un elemento económico determinando que el acceso al mercado sea privado y el precio sea lo único regulado; **la pobreza**, que es la base de la necesidad pública para que el Estado brinde el servicio a quien más lo requiere; **la prioridad socialmente percibida**, permite que sólo ciertos grupos estratégicos (trabajadores formales) aporten para financiar los servicios ya que por su situación laboral adquieren los derechos; por último, **la ciudadanía**, es el derecho social de la población para tener un acceso universal en atención de salud (Frenk, 1994).

Con lo dicho anteriormente, se comprende mejor cómo es que a través de los cambios que menciona Frenk se entiende que el Estado financia y regula, favoreciendo así la creación de una mezcla entre dos tipos de servicios, por un lado los públicos y por otro los privados, por lo que las obligaciones del Estado han sido distribuidas en prestadores de servicio con o sin fin de lucro (como las *organizaciones no gubernamentales*), por lo que no son reguladas y financiadas totalmente por el Estado y otra es regulada por el mercado, siendo el sector privado.

La *respuesta social* en salud es integrada y en muchas ocasiones ejercida por el Estado, aunque su nivel de abstracción genera dificultades metodológicas para el estudio de las políticas y programas, creando la necesidad de trabajar el concepto de determinación social en dicho tema; también es importante la determinación ideológica. Son significativos los conceptos de bloque histórico, hegemonía, estructura, superestructura, sociedad política y sociedad civil; en relación a la determinación económica hay contradicción con el capital y el trabajo, pero el principal determinante es la condición de salud de una sociedad capitalista con políticas sociales en seguridad social; la medicina social delimitó su estudio del Proceso Salud-Enfermedad (PSE) y en un punto se encuentra la *respuesta social organizada*, permitiendo crear y poner en marcha las políticas alternativas.

En lo que concierne a la perspectiva de Medicina Social (MS) uno de los temas de estudio es la descentralización de los servicios de salud como parte de un proceso socio-histórico; igualmente ve las prácticas sociales como políticas en salud; "...en cuanto a las respuestas sociales, se produce un análisis de la práctica médica, como práctica especializada reproductora de la ideología dominante y cómo ámbito de realización de las mercancías médicas..." (Donnangelo y Pereira, 1976). Ahora bien, la RSO resuelve problemas sanitarios y considera que las prácticas en salud son parte de la expresión de la sociedad, dando a conocer los conocimientos que un grupo ha desarrollado para atender sus problemas, permitiendo identificar las relaciones de poder en la salud, dentro de un tiempo histórico determinado.

En cuanto a los años ochenta inicia el proceso de descentralización del sistema de salud para fortalecer su independencia política y económica, y trae efectos significativos en la *respuesta social organizada* en cuanto a sus métodos, técnicas y prácticas para satisfacer las necesidades de la comunidad; en lo que respecta a la Coordinación de Servicios de Salud, ésta establece que el centralismo disminuye los servicios, debido a que están coordinados con los diferentes espacios comunitarios, agrupaciones y organizaciones (como organizaciones civiles o no gubernamentales) para satisfacer el *derecho a la salud*.

La RSO como parte del proceso socio-histórico y cultural nos permite hacer un encuentro entre las ciencias sociales y ciencias de la salud; desde el ámbito colectivo genera una discusión interdisciplinaria, donde apunta a enfatizar la dimensión simbólica para entender e interpretar la relación de enfermedad, muerte y cuerpo, según la cual la respuesta social es parte de prácticas simbólicas de los grupos sociales.

La Medicina Social estudia y busca entender el Proceso Salud-Enfermedad, partiendo principalmente de una explicación de la organización social. Parte de las contribuciones de su campo de estudio es la respuesta social que (incluye a las prácticas sociales como políticas en salud, mismas que han generado distintas acciones sociales) cuyo objetivo es el estudio de las formas, procesos de estructuración, permanencia y cambios de la organización social; al mismo tiempo da cuenta del tipo de conocimientos y recursos que un grupo desarrolla para resolver sus problemas de salud mismos que condicionan su reproducción social.

Otra perspectiva de la categoría ve los conceptos del sistema médico y la práctica en salud como los principales puntos, siendo parte del encuentro entre las ciencias sociales y de la salud, generando así una discusión interdisciplinaria que enriquece y presenta una nueva forma de ver y entender el tema. Al respecto, Jarillo (1999) da a conocer que el componente de la *respuesta social organizada* es integrado por las instituciones sanitarias, académicas, por organizaciones y actores sociales; también recurre a otros conceptos como sistemas médicos o prácticas en salud para especificar la RSO.

Carolina Tetelboin (1997) presenta la relación del sistema de salud y el papel que la sociedad juega tanto en lo individual y colectivo, como en lo público y privado; cabe añadir que en la perspectiva teórico-social ella tiene dos perspectivas: la estructural funcionalista y el materialismo histórico; la primer perspectiva es expuesta desde Parsons, quien ubica al sujeto de acuerdo a su estatus para mantener el capitalismo como estructura superior; el autor considera la organización de la sociedad desde la teoría de la acción, por lo que requiere del equilibrio sistémico de la personalidad, cultura y sistema social. Dicha perspectiva se relaciona con el cuidado de la fuerza de trabajo y de la estabilidad social aun cuando la sociedad cambia porque está en un proceso de adecuación a una sociedad moderna. Por otro lado, hay una limitación dentro de los sistemas de salud comunitarios en relación con sus necesidades, por lo que la clase política entra en acción y se requiere la intervención de la práctica médica del sistema sanitario. La segunda perspectiva parte del materialismo histórico que destaca la comprensión y relación articulada de los elementos sociales, económicos, políticos e ideológicos; su acción está definida como modo de producción, asimismo, plantea líneas de intervención entre sujeto-sociedad, individuo-colectivo y público-privado, además muestra la subordinación que hay dentro del sistema de salud que lleva a una medicalización del paciente y a la articulación de soluciones sanitarias para identificar los *determinantes sociales* del PSE, posteriormente se privilegia a las necesidades de los grupos sociales por medio de establecer vías de universalización para el cumplimiento del *derecho a la salud*.

La autora analiza los fenómenos sociales en salud y su relación articulada con lo económico, político y lo ideológico; desde su perspectiva la práctica médica es el espacio conceptual que tiene que ver con la respuesta social hegemónica del PSE. A través de este proceso integra otras consultas más apegadas a la reproducción de la sociedad como es la organización y reorganización dentro del sistema de salud, que no es ajeno a cómo se va presentando la reproducción económica y el orden social. La reorganización en el sistema de salud surge al ser incorporada la actividad de mercado y se va desincorporando la actividad del

Estado, con el fin de tener un ahorro público, presentándose una reorientación de las políticas sociales en salud.

La organización de los servicios de salud, que se encuentran en una constante transformación, debido principalmente a la inestable situación económica, política e ideológica del país; dentro de estos puntos uno llega a adquirir más significado y peso que otro, tal es el caso del proceso político que hay entre el Estado y la sociedad, por ejemplo, cuando se reorganizan los sistemas de salud y hay una participación social, el gobierno emerge de nuevo en el sistema de salud creando transformaciones que se pueden abordar desde la relación que hay entre el Estado y las políticas sociales que permiten formular una distribución del poder en una sociedad, siendo una toma de posición por parte del Estado ante los problemas sociales que se reproducen a través de los actores sociales, siendo los encargados de dar a conocer los intereses del Estado como el posicionamiento de un grupo o sociedad ante la respuesta de la institución.

No obstante, la formación de las políticas no es de forma inmediata, por el contrario, es un proceso prolongado que junto con la práctica social organizada en salud busca dar respuesta al PSE, el cual tiene relación con los determinantes estructurales que dependen del derecho al acceso y a la atención, todo se relaciona con los aspectos socioeconómicos y culturales que hay en los grupos.

Me es importante la aportación que hace Tetelboin en mostrar las características conceptuales de la organización del sistema de salud y la sociedad, que es presentada como práctica médica, lo interesante es que aborda el sistema de salud, las políticas en salud y hace una relación con la sociedad dentro del Proceso Salud-Enfermedad.

A continuación se da a conocer otra percepción de la categoría de RSO, para Castellanos (1991) son las acciones organizadas por el Estado, conforman parte de la respuesta social, siendo parte del sector salud, también es un conjunto de intervenciones diseñadas tanto por las instituciones, grupos organizados o bien por una necesidad o problema de salud de la sociedad; ésta respuesta puede ser

individual como colectiva, con métodos, técnicas y prácticas que tienen como objetivo resolver las necesidades sociales en salud; así mismo, implica prácticas sociales para atender la salud en espacios comunitarios, agrupaciones y organizaciones particulares; por otro lado, se integra y ejerce acciones organizadas (vigilancia en salud, epidemiológica y atención en los servicios de salud) por el Estado con una determinación social.

En lo que concierne a la sociología, Alain Touraine explica los cambios sociales que se han presentado desde los sesenta con el término de 'movimientos sociales', ha tenido transformaciones de acuerdo a los momentos históricos y sociales que le han sucedido; por ejemplo, en los años sesenta había un movimiento obrero que se defendió de la dominación anormal de los dueños de las fábricas. Así él autor explica que las situaciones políticas y económicas son parte de los factores que condicionan dichos cambios y que los movimientos sociales son una acción contestataria para controlar los valores principales de una sociedad y no tanto una conducta racional y política, tal como lo describen otros sociólogos. En su mayoría estos movimientos son autónomos y responden a las crisis generadas por el capitalismo.

Por su parte, el sociólogo Boaventura de Sousa Santos hace una relación de la teoría social, los movimientos sociales y las propuestas políticas, en dónde plantea que el "Estado continúa siendo un campo decisivo de acción social y de lucha política y la democracia es algo mucho más complejo y contradictorio de lo que las apresuradas recetas promovidas por el Banco Mundial hace suponer" (Sousa Santos, 2004), es por ello que plantea dos transformaciones, la primera es la democrática anticapital con la que busca abrir debate sobre los movimientos sociales y no caer en la privatización, la segunda transformación es el tercer sector, que requiere de la primera transformación y del Estado, pero sin caer en la sustitución de uno por el otro; el autor propone buscar un principio de igualdad y reconocimiento entre los dos sistemas. El tercer sector logra deshacer la hegemonía del Estado y del mercado que son los grandes pilares, siendo ahora los grupos

sociales (la clase media, baja, excluidos y marginados) los que toman las acciones de organizarse (tercer sector).

Cabe añadir que el reformismo social es un movimiento impulsado por el Estado en los años noventa, para deslindarse de sus responsabilidades haciéndose pasar por ineficaz y parásito, y permitir así la entrada del tercer sector, que es el conjunto de organizaciones sociales que no son del Estado ni del mercado, que no tienen fines de lucro, se denominan legítimas y responden a objetivos sociales, públicos y colectivos buscando el bien social.

Me parece que el tercer sector tiene relación con *promoción de la salud*, debido a que la promoción va más allá de los sistemas de salud, el cuidado médico y la educación para la salud, también “constituye una *respuesta social organizada*, multisectorial y multidisciplinaria, para mejorar la salud y el bienestar de una sociedad”(Ottawa,1986). Por lo que esta respuesta no es exclusiva del sector salud, más bien es una respuesta de todos los sectores que buscan mejorar las condiciones y calidad de vida de una comunidad; la *promoción de la salud* es para todos los grupos, principalmente los que se encuentran más vulnerables y con inequidad, por lo que busca reconocer los determinantes en salud. Este proceso hace una construcción de la RSO desde el sector salud y la sociedad a través de estrategias.

Para tener una mejor comprensión desde la historia, los planteamientos teóricos y políticos de la *promoción de la salud*, cabe señalar que inicia en tratados y conferencias internacionales, particularmente en la conferencia de Ottawa (1986) cuya Carta de resoluciones funciona como el acta de nacimiento de esta disciplina. Así, la Carta de Ottawa aborda como un punto importante el proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma; también señala la importancia de fortalecer la participación de la comunidad como parte de un componente social que es capaz de construir y producir salud; dicha aportación requiere del desarrollo de actividades que permitan a los ciudadanos, grupos organizados e instituciones tengan conocimientos, habilidades, información y poder suficiente para otorgar a la colectividad

condiciones para una vida sana con acceso equitativo de bienes y servicios de salud.

En el caso de la Conferencia de Jakarta sobre *promoción de la salud* se hace sólo la propuesta de promover la responsabilidad social e incrementar el desarrollo en salud así como la capacidad comunitaria, requiriendo de una *respuesta social organizada*. Considero que en ésta conferencia debió trabajar en puntos concretos de cómo hacer esta labor para la mejora social.

En mi opinión la *respuesta social organizada*, la organización social y los movimientos sociales me parecen sinónimo del trabajo y acción que realiza un grupo colectivo; la diferencia entre los conceptos mencionados está en el objetivo que se percibe en cada uno de ellos, ya que en el transcurso de la historia esta acción de los grupos colectivos ha tenido diferentes fines políticos, económicos, sociales y laborales; en la mayoría de los casos, con el fin de mejorar las condiciones de vida en que se encuentra un grupo afectado; con esta acción hay un ejercicio de demanda y exigibilidad de derechos (humanos, sociales, de salud, entre otros) hacia el Estado, instituciones o empresas públicas o privadas.

Ahora bien, en la perspectiva socio-histórica está la contribución de algunos autores como Jarillo, Donnangelo, Pereira, Tetelboin, Touraine, Castellanos y Sousa Santos. El aporte teórico que proporcionan considero que es más integral; recopilando sus posturas encuentro que la RSO —movimientos sociales y organización social, son las otras formas con las que se nombra dicho concepto— es la organización y reorganización de la sociedad, donde obviamente participan sus integrantes, instituciones sanitarias, académicos, organizaciones sociales y demás actores.

Organizaciones No Gubernamentales (ONG's)

Después de la Primera Guerra Mundial se crearon diversas organizaciones internacionales para ofrecer protección y asistencia a la población afectada. Entre estas organizaciones figuran organismos financieros de la importancia del Banco Mundial (BM) o el Fondo Monetario Internacional (FMI) que se describen como organizaciones privadas, no lucrativas y que trabajan en los países en vías de desarrollo para aliviar su sufrimiento y pobreza. Aunque desde un discurso neoliberal ambos organismos dieron pauta a la creación de las ONG's que son flexibles, brindan atención social, solidaridad, eficiencia, humanismo, democracia, sensibilidad, con lo que de alguna manera mejoran el destino de los pobres, niegan el *status quo*, trabajan en disminuir la marginación y la desigualdad social; apoyan a las comunidades en situaciones precarias, víctimas de catástrofes, y lo hacen sin ninguna discriminación de raza, sexo, religión, filosofía o preferencia política.

Su objetivo tiene un doble discurso ya que frecuentemente la sociedad civil pasa a ser el sustituto de las funciones sociales que el Estado tiene atribuidas; del mismo modo estas organizaciones son vistas como las impulsoras de la modernización, de ahí que el proyecto neoliberal va a dar instrucciones a las ONG's para que alivien el malestar social, resuelvan problemas políticos comunitarios y permitan reformas. Sin embargo, las ONG's también traen consigo la disminución de responsabilidades de las políticas sociales, deteriorando los derechos y pasando la responsabilidad social al sujeto haciéndolo autor responsable.

Al revisar los principales acontecimientos históricos, tenemos el primer documento oficial donde se usa el término ONG's, en junio de 1945 en la Carta de las Naciones Unidas, en su capítulo X, artículo 71, mismo que faculta al Consejo Económico y Social a realizar consultas con las *Organizaciones No Gubernamentales*.

En los años setenta se da inicio en el tercer mundo a un periodo progresista y fraternalista con ideales de emancipación que lucha contra el capitalismo. Por su parte, en Europa como en Norteamérica la sociedad civil crea formas de solidaridad

y cooperación con los movimientos sociales, que es criticado por el sector hegemónico. Ante esto las ONG's surgen dentro de un contexto anti estatal, de izquierda, liberal, como parte de la crisis ideológica-política; visto desde otro ángulo es el inicio del adelgazamiento de la responsabilidad social que tiene el Estado.

Para los ochenta hay un ajuste estructural en las políticas sociales del Estado por lo que las instituciones a su cargo dejan de intervenir en ellas y permiten el paso al mercado; asimismo, surge un movimiento nacional de salud popular que crea una mayor participación social en las comunidades, generando redes sociales de autoayuda y grupos comunitarios. Para los noventa algunas ONG's se han convertido en actores políticos, estructurados, competitivos, complejos, burocráticos y tecnológicos, que han perdido su actuar humanista.

Sousa Santos explica este suceso desde la sociología y lo llama "el tercer sector", (punto explicado en el apartado de RSO) la aportación que hace el autor para éste apartado, es que las ONG's fueron el resultado de una consolidación y del declive de los movimientos sociales; el renacer del tercer sector trajo la regulación social a la modernidad, logrando deshacer la hegemonía presentada por parte del Estado y el mercado.

El autor hace notar que en el siglo XXI las ONG's no han tenido mucho cambio por lo que él cree que las organizaciones son las encargadas de acordar los intereses hegemónicos, sin embargo, la democratización, el aumento de poder y control sobre la sociedad, es parte del trabajo que han venido desempeñando alternamente al Estado; es por ello que son las organizaciones las que han logrado crear legitimidad tanto social como política; en parte, se debe a su finalidad no lucrativa, a su proceso histórico, su calidad profesional y humanista, que de igual modo las aleja del mercado, aunque también hay una tendencia de que las ONG's humanitarias pasarán a ser productoras y administradoras.

La fortaleza y el desarrollo de una ONG's depende en gran medida de la organización social; para favorecer el desarrollo comunitario debe haber una buena redistribución de los recursos proporcionados por el Estado, sin embargo, está la

hipótesis de que su presentación no lucrativa y no gubernamental las distancia del mercado y de la esfera política, por lo que su trabajo es de hacer vinculación con los sistemas económicos dominantes, ya sean nacionales o internacionales y con la sociedad excluida.

Las Asociaciones Civiles (A.C.), Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) y las ONG's son instituciones que hacen contrapeso al compromiso del gobierno con el trabajo social, igualmente, teniendo una relación de colaboración y responsabilidad; dichas organizaciones reciben en su mayoría apoyos económicos o de especie, tanto por cooperativas internacionales como nacionales. Haciendo una comparación de las organizaciones mencionadas, y de acuerdo a sus características mencionadas, me parece que hay similitudes en que son: autogestivas, hacen trabajo de integración con la organización social, y tienen propuestas productivas para mejorar la calidad de vida de un grupo o una comunidad.

Con respecto a la parte normativa, en lo que concierne a lo que es una Asociación Civil (A.C.), de acuerdo al artículo 2670 del Código Civil del Distrito Federal (CCDF) es cuando varios individuos convienen en reunirse, de manera que no sea enteramente transitoria, para realizar un fin común que no esté prohibido por la ley y que no tenga carácter preponderantemente económico; los integrantes de la asociación son personas morales reconocidas jurídicamente por dicho Código; es importante resaltar que una A.C. es encabezada por una asamblea general y el consejo de administración o comité ejecutivo, como órganos superiores que tienen la facultad de regular, administrar y realizar la organización de ésta. Las asociaciones civiles se encuentran respaldadas por en el artículo 9º de nuestra Carta Magna donde se establece: "el derecho de asociarse o reunirse pacíficamente con cualquier objeto lícito, pero sólo los ciudadanos de la República podrán hacerlo para tomar parte en los asuntos políticos, así como temas científicos, artísticos, de recreo o de algún otro con fin común, lícito, posible y permanente". Para el buen funcionamiento de la A.C. se recomienda contar con estatutos internos, la existencia de comisiones que puedan ser permanentes o transitorias siendo instaladas por el

consejo directivo o por la asamblea general, todo con el fin de cumplir con los objetivos establecidos en la asociación.

En 1995 se lleva a cabo la primer Audiencia Pública que propone la Ley del Fomento a las Actividades de Bienestar y Desarrollo Social, la cual es reconocida dentro del Plan Nacional de Desarrollo de 1995-2000, donde se afirma promover un marco de reglas que reconozca y alerte a las actividades sociales y humanistas de las organizaciones sociales.

Dentro del CCDF en los artículos 2711 y 2713 se encuentran estipulados los derechos de los socios de tener voz y voto, el artículo 2723 estipula el poder de la sociedad; estos artículos brindan derechos y obligaciones a los socios, ya sea dentro de la asociación como con la sociedad, todo mal uso de sus derechos implica una responsabilidad jurídica. (Gaceta Oficial del Distrito Federal, 2003)

Con respecto a la relación que hay entre el Gobierno del Distrito Federal y las organizaciones civiles, vemos que hay convocatorias por parte del GDF para presentar proyectos con iniciativas diseñadas por las organizaciones, además hay participación de dichas organizaciones en el diseño de las políticas públicas por medio de los programas implementados. Esta relación surge a partir de 1997 cuando el gobierno empieza a poner en práctica una nueva política democrática, donde la responsabilidad hacia las asociaciones facilite y fortalezca la participación y se puedan tener mecanismos y condiciones para trabajar en una consecuente política socialmente responsable; asimismo se crean vínculos con las diferentes dependencias de gobierno encargadas del desarrollo social como es la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y la Dirección General de Participación Ciudadana de la Secretaría de Desarrollo Social (DGPC), por mencionar algunas. Otro punto dentro de esta colaboración entre el GDF y las asociaciones civiles es mejorar las condiciones de vida de la población más vulnerable y sin equidad social, además de que las asociaciones civiles como ya se comentó hacen un contrapeso al trabajo que debe de estar realizando el gobierno.

Otro punto histórico es que los movimientos estudiantiles y el temblor en el DF en los años ochenta dan lugar a una variedad de acciones sociales y civiles, llevando a que se constituyan legalmente un gran número de asociaciones que trabajan en mejorar la calidad de vida de los capitalinos; desde entonces la Ciudad de México se ha caracterizado por las numerosas asociaciones civiles que trabajan en diversas problemáticas, como es el caso de las asociaciones urbano-territoriales cuyo trabajo se centra en la gestión urbana ya que sus integrantes han sido los vecinos de algunas colonias o barrios que demandan un servicio y/o buscan incidir en el desarrollo de su localidad. Las organizaciones o comités vecinales, son concebidos como espacios de participación ciudadana que tienen entre sus atribuciones representar y demandar una administración más eficiente e intervenir directamente en la gestión de los servicios y en la regulación de estos.

Tal es el caso de la zona oriente de la delegación Iztapalapa, que cuenta con antecedentes de movimientos urbanos populares que reúnen a las asociaciones vecinales, una de ellas es la presentada en la colonia de Miravalle, que se encuentra en la sierra de Santa Catarina la cual “vivía un lento proceso de equipamiento urbano en el que los servicios se intercambiaban por apoyo electoral o por lealtad al cacique local y a las autoridades delegacionales” (A. Cerda y A. Barroso, 2011). Para 1992 y 1993 surge un movimiento vecinal independiente que busca el trabajo conjunto de los vecinos y profesionistas, logrando conformar la asociación civil que hoy lleva el nombre de la Coordinadora Comunitaria de Miravalle (COCOMI), organización que es autogestiva y sin fines de lucro.

A mi parecer las Asociaciones Civiles, los Organismos de la Sociedad Civil y las *Organizaciones no Gubernamentales* tienen en común que surgen bajo una carencia de servicios y atención a un grupo social o a una comunidad vulnerable, por lo que trabajan con el mismo objetivo humanista, profesionalista, pluralista y sin fines de lucro; de hecho llegan a realizar trabajo voluntario, para buscar alternativas a los principales problemas por medio de diseñar proyectos y programas, aunque hay organizaciones que sí perciben un fin lucrativo o con tintes políticos. En cuanto a la diferencia de cómo son llamadas me parece es parte de una denominación que

se les da, como es el caso de las *Organizaciones no Gubernamentales* cuyo término fue proporcionado por la ONU, mientras el concepto de organización civil es más preciso y capta una realidad más compleja, vinculada con tres conceptos: hombre medular¹⁴, sociedad civil y organizaciones de la sociedad civil. Al final del día, ambas contribuyen de forma importante a la mejora de la sociedad más afectada, vulnerable y marginada del país.

¹⁴ Hombre medular: es el sujeto que participa en la vida social mediante compromisos específicos y de forma voluntaria.

Promoción de la salud

El término de *Promoción de la salud* (PS) se ha establecido y mencionado en conferencias y tratados Internacionales, tal es el caso de la Conferencia Internacional de Alma Ata realizada en septiembre de 1978 que hizo hincapié al tema de la atención primaria en salud como principal punto, y buscó tomar acciones urgentes por parte de todos los gobiernos para atender, promover y proteger la salud personal y de las comunidades; de ahí su lema de “salud para todos en el año 2000”. La conferencia tiene diez puntos, a continuación se comentarán los puntos que hacen referencia a la *respuesta social organizada* que es uno de los puntos eje en la investigación.

El punto tres de la conferencia expone que la “promoción y prevención de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial” (Alma Ata, 1978). Me parece que otro punto refuerza al primero es el punto cuatro de la conferencia: “el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud” (Alma Ata, 1978). Como ya se mencionó, para esta conferencia el punto central es la atención primaria de la salud, de ahí que la justicia social es parte del desarrollo de la comunidad para que obtenga los servicios necesarios para resolver sus problemas. Luego, en el apartado cinco del punto siete se da a conocer que la “participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar” (Alma Ata, 1978). Con estos puntos como los más importantes la Conferencia invita a todas las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, a tener el compromiso con sus naciones para promover la atención primaria.

A continuación se dan a conocer las Conferencias y Cartas que dan seguimiento a la Conferencia de Alma Ata y el trabajo de *promoción de la salud*, de las cuales sólo se toman los puntos que hablan de la *respuesta social organizada* (movimientos sociales y acción social, como ya se ha utilizado en punto de RSO). La primera Conferencia Internacional sobre *Promoción de la Salud* se realizó en Ottawa el 21 de noviembre de 1986, en donde se establece el concepto de promoción que “el objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud” (Ottawa, 1986); y a las condiciones que hacen referencia son los aspectos políticos, económicos, culturales, de conducta y biológicos. La Carta aborda cinco áreas de acción a trabajar, que son: la construcción de una política favorable, creación de entornos adecuados, desarrollo de habilidades individuales, potenciación de la acción comunitaria y reorientación de los servicios sanitarios. Con base en el tema de éste apartado comentaré los últimos dos puntos.

Para la Carta de Ottawa la *promoción de la salud* debe exigir la acción coordinada de los sectores gubernamentales, sociales, sanitarios, económicos, organizaciones benéficas, así como de los medios de comunicación; de ahí que mencione que los grupos sociales profesionales de la salud son los encargados de tomar la responsabilidad de mediar los intereses antagonistas a favor de la salud utilizando la legislación, sistema tributario, y demás figuras legales, con el fin de tener una acción coordinada para contar con bienes y servicios públicos.

El desarrollo comunitario se basa en los recursos humanos y materiales dentro de la localidad, con el objetivo de impulsar la independencia y el apoyo social, haciéndolo a través de escuelas, el trabajo, los hogares y demás ámbitos impulsando su participación activa. Otro punto dentro de la Carta de Ottawa establece la responsabilidad de los servicios sanitarios a los individuos, la comunidad, instituciones, profesionales de la salud y los gobernantes, exhortando a tomar medidas en conjunto, partiendo de las necesidades del individuo y de la comunidad.

Para 1988 en Adelaida Australia, se llevó a cabo la segunda Conferencia Internacional de *promoción de la salud* “políticas a favor de la salud”, avanza en la dirección trabajada en Alma Ata y Ottawa; el reconocimiento importante que hace la declaración es que “la participación social, la cooperación entre distintos sectores de la sociedad y la atención sanitaria primaria constituían sus pilares” (Adelaida, 1988). De las estrategias que surgieron se mencionan las más relevantes para el tema; como son las políticas favorables a la salud, buscando proporcionar la responsabilidad y opciones saludables. Ahora bien, la salud debe ser parte de un derecho humano fundamental pero con intervención social y del gobierno que debe elaborar políticas para favorecer la salud y la *promoción de la salud*, y elevar el estatus sanitario. Otro punto importante dentro de la conferencia es la responsabilidad de la salud en donde la acción comunitaria “es esencial para potenciar una política favorable a la salud, teniendo en cuenta los distintos niveles de educación y alfabetización, debe ponerse especial esfuerzo en comunicar con los grupos más afectados por la política en cuestión” (Adelaida,1988,4), de ahí la necesidad de evaluar las afectaciones que pueden surgir de las políticas que se implementan así tomar acciones favorables en las políticas en salud.

La Conferencia establece áreas de acción, como es el proteger la salud de la mujer, proponiendo que las mujeres participen de forma activa para realizar *promoción de la salud*, teniendo acceso a información y organizaciones para incrementar la participación de los grupos étnicos o más vulnerables. Para lograrlo es indispensable una política favorable en el país. Por último, en Adelaida se ponen retos a futuro como es que la responsabilidad de la salud es parte de organismos en busca de colaboración entre los diferentes niveles para tener una mejor calidad.

En junio de 1991 en Sundsvall, Suecia, se llevó a cabo la Tercer Conferencia Internacional sobre *promoción de la Salud*, siendo el tema principal: Ambientes favorables a la salud, esta conferencia como las demás toma en cuenta las estrategias de la Conferencia de Ottawa; esta conferencia reconoce que cada persona desempeña la función de crear medios favorables a la salud. La injusticia,

la pobreza y el acceso limitado son parte de los problemas a resolver, la solución que propone la Conferencia reside en “la acción social en favor de la salud y en los recursos y la creatividad de las personas y de sus comunidades” (Sundsvall, 1991,2), la conferencia destacó cuatro aspectos de los medios favorables, que son social, política, económica y la necesidad de reconocer las habilidades y conocimientos de las mujeres, “las organizaciones comunitarias femeninas deben tener participación y desarrollo político y estructuras de *promoción de la salud*” (Sundsvall, 1991,3). Otro punto que establece la Conferencia es el fortalecer la acción social bajo cuatro estrategias, una fortaleza importante para el tema es fortalecer la defensa de la salud a través de mecanismos de acción comunitaria por medio de grupos organizados por mujeres, reconociendo que la enseñanza es un derecho humano básico para tener cambios políticos, económicos y sociales.

Posteriormente, se realiza la cuarta Conferencia Internacional de *promoción de la Salud* en Yakarta en julio de 1997, siendo la primera en celebrarse en un país en desarrollo y que da participación al sector privado. Se presentó un firme compromiso para abordar los factores determinantes en salud, uno de ellos es ofrecer prácticas y estrategias oportunas e integrales en ciudades, municipios, comunidades, lugares de trabajo y establecimientos asistenciales; otro punto es la participación de la población, como centro de la actividad de *promoción de la salud*.

La Conferencia establece prioridades para la *promoción de la salud*, como es el promover la responsabilidad social en salud, siendo el punto más sobresaliente de la reunión, donde las “instancias decisorias deben comprometerse firmemente a cumplir con su responsabilidad social, es preciso que los sectores público y privado promuevan la salud siguiendo políticas y prácticas” (Yakarta, 1997). Otro punto es la estrategia en pro de la salud, donde se busca fortalecer estrategias y alianzas para explorar nuevas formas; me parece que este punto se complementa ampliando la capacidad de las comunidades y empoderación del individuo como la oportunidad de una educación práctica; “el empoderamiento de cada persona requiere acceso seguro y más constante al proceso decisorio y los conocimientos y aptitudes indispensables para efectuar cambios”(Yakarta,1997,9), con lo comentado, los

participantes de la conferencia piden que la OMS solicite a los gobiernos, organizaciones no gubernamentales, los bancos de desarrollo y de más instituciones a que se comprometan y trabajen más en la *promoción de la salud*.

La quinta Conferencia Mundial de *promoción de la salud* se realizó en la Ciudad de México el 5 al 9 de junio de 2000, uno de los temas que retoman de Yakarta es la responsabilidad social en salud, llevando a discutir el tema, los participantes identificaron que “los gobiernos son responsables socialmente de la promoción de la democracia, de movilizar a los actores claves y cerrar la brecha entre los derechos humanos y los derechos sociales a nivel de comunidad. Algunos participantes consideran que los Gobiernos con demasiada frecuencia se comprometen con Derechos Humanos pero no siguen adelante” (México, 2000), pero ante la negación de dicha responsabilidad se habla que la clave es hacer una vinculación con los niveles de la sociedad, dentro del tema de salud es desarrollar aptitudes y capacidades, para otro es parte de un derecho. Uno de los puntos dentro de las acciones que surgen de la conferencia es el ejercer una participación activa de todos los sectores y la sociedad civil con medidas de *promoción de la salud* para hacer un mayor vínculo.

La Carta de Bangkok es la sexta Conferencia de *promoción de la salud* y fue realizada en Tailandia del 7 al 11 de agosto de 2005. El punto principal que se trabaja son las políticas y alianzas para empoderar a la comunidad, es por eso que se dirige a grupos, organizaciones civiles, sector privado, porque su participación activa es crucial.

Una de las estrategias que sugiere la Carta es el asociarse y establecer alianza entre las organizaciones públicas, privadas y no gubernamentales, con el fin de trabajar de forma conjunta para un mejor desarrollo social. Otra estrategia clave es que dentro de *promoción de la salud* se logre que las comunidades y la sociedad civil amplíen derechos, recursos y oportunidades a las comunidades menos desarrolladas; ya que “las comunidades bien organizadas y empoderadas determinan muy eficazmente su nivel de salud, y pueden pedir a los gobiernos y al sector privado que rindan cuentas sobre las repercusiones sanitarias de sus

políticas y prácticas”(Bangkok, 2005,5), de ahí la importancia de que las comunidades, asociaciones civiles y organizaciones conformadas por mujeres han mostrado una mayor eficacia en dicha disciplina

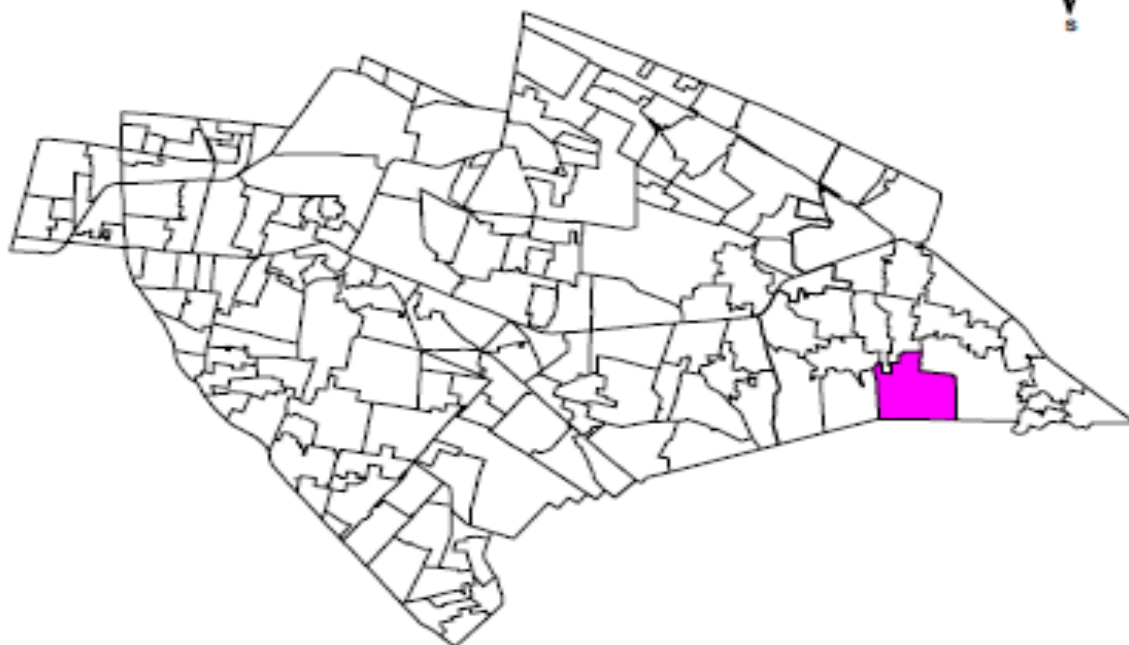
Por último, la séptima Conferencia Mundial de *promoción de la salud* realizada del 26 al 30 de Octubre en Nairobi Kenya de 2009; tiene como puntos centrales: fortalecer el liderazgo, el trabajo y promoción para empoderar individuos y comunidades, con el fin de ampliar y construir conocimientos como parte del proceso participativo y así lograr cerrar brechas e implementar *promoción de la salud* para crear sociedades más justas, de ahí que las acciones de la conferencia está dirigida a la OMS, organizaciones internacionales de desarrollo, gobiernos, organizaciones públicas, privadas y no gubernamentales y demás redes sociales. Dentro de las acciones están el fortalecer el liderazgo para una buena gobernabilidad con transparencia y responsabilidad tanto individual como institucional, lograr un financiamiento adecuado, aumentar las habilidades en los promotores de salud, construir redes comunitarias con el fin de ampliar la participación social sustentable; entre las alianzas se encuentran que el sector privado acepte sus responsabilidades y se salvaguarde la salud de las comunidades, que las políticas y programas incluyan de forma prioritaria la *promoción de la salud* y los determinantes sociales.

V.- Marco Referencial.

En este capítulo se dará a conocer información de la delegación Iztapalapa y la colonia de Miravalle, cómo es su ubicación geográfica y número de habitantes, con el objetivo de entender el contexto en el cual se originó la Coordinadora Comunitaria de Miravalle, además de conocer su historia, objetivos y saber cuál ha sido su trabajo y cuáles son sus diferentes líneas de acción social y su trabajo en salud, tal es el caso del Centro de Salud que cuenta con diferentes acciones y servicios médicos.

Miravalle es una comunidad perteneciente a la sierra de Santa Catarina y ésta es una de las siete direcciones territoriales de la Delegación Iztapalapa; dicha delegación, de acuerdo al censo del INEGI en 2010, presentaba una población de 1 815 786 habitantes teniendo un aumento poblacional del 0.23%. Esta delegación cuanta con una unidad territorial de 11,346 hectáreas y con un perímetro de 147,71 Km, se encuentra ubicada al oriente del Distrito Federal, tiene como límites delegacionales: al norte con Iztacalco, al sur con Tláhuac y Xochimilco, al poniente con Benito Juárez y Coyoacán y al este con los municipios de Netzahualcóyotl, La Paz y el Valle de Chalco-Solidaridad, pertenecientes al Estado de México. Su unidad territorial de acuerdo al Programa Integrado Territorialmente para el Desarrollo Social es 07-098-1. El grado de marginalidad de la colonia de Miravalle es de 9.40% por lo que es considerado como muy alto. A continuación se muestran los mapas, el primero ubica la Delegación Iztapalapa y el segundo a la colonia Miravalle respectivamente.

IZTAPALAPA



Escala gráfica aproximada

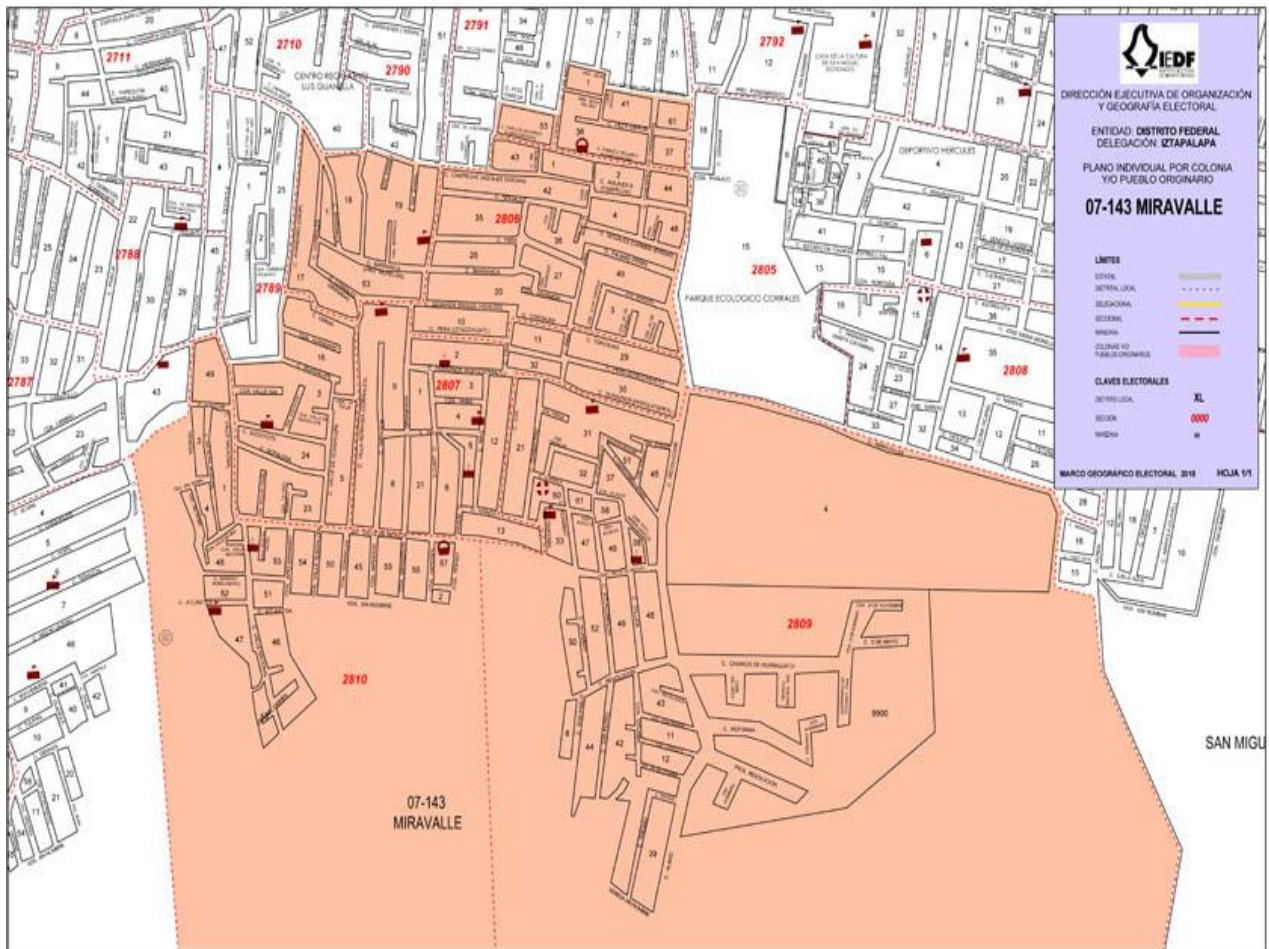
0 200



Metros

*Fuente: Elaboración propia con base en cartografías de:
INEGI, SEDUVI, IEDF y SSDF.*

Abril de 2003



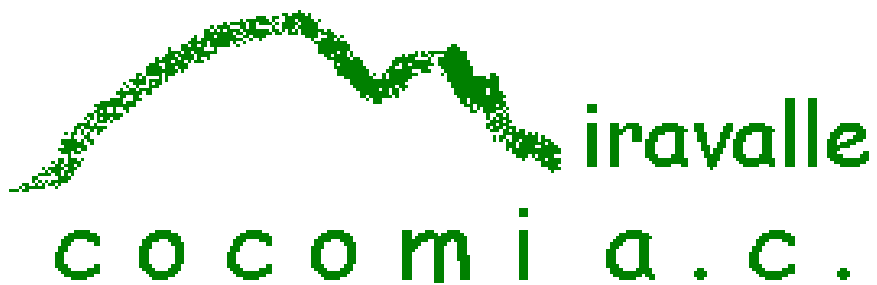
Fuente: Instituto Electoral del Distrito Federal, plano individual por colonia, Miravalle 07-143, consultado el 3 de junio 2015.

La sierra de Santa Catarina es una zona marginada en diferentes aspectos como son: desempleo, viviendas inadecuadas, ausencia o insuficiencia de servicios públicos, entre otros, los cuales representan complicados problemas sociales. Éstos fueron los puntos de partida para que la Coordinadora Comunitaria de Miravalle desarrollara sus líneas de estrategia, con el objetivo de impulsar propuestas integrales en las áreas de salud, educación y participación social.

Con respecto a su historia, fue 1970 cuando los primeros migrantes se establecieron en Miravalle, luego de haber generado una participación social que llevó a una lucha colectiva; tuvieron que pasar más de tres décadas de gestión social con el fin de regular el uso de la tierra y conseguir los servicios públicos más

elementales que son insuficientes o de mala calidad en la colonia; datos que se obtuvieron de la tesina de María Elena Gopar.

Por ejemplo, para los años noventa se seguía sin contar con los servicios públicos básicos, principal razón para que la comunidad empezara a trabajar en su proyecto, de asociación civil. A partir de 1992 es conformada la organización que lleva como nombre Coordinadora Comunitaria de Miravalle (COCOMI), misma que fue creada con el fin de gestionar apoyos ante las autoridades y crear grupos autogestivos dado que los principales servicios como salud, educación y acciones de ecología —como es la reforestación de dicha zona que era una reserva ecológica— eran carentes. A continuación se muestra el logo con el cual se representa la asociación.



Fuente: Asamblea Comunitaria de Miravalle, consultado el 4 de diciembre del 2013

Posteriormente, el seis de diciembre de 1994 ante la notaría número 129 del Distrito Federal a cargo del licenciado Ignacio Soto Borja, se otorga el acta de constitución de la asociación civil COCOMI, A.C. registrada en el libro dos mil cuatrocientos cincuenta y nueve con la escritura número ochenta y un mil novecientos veintiuno, la cual tiene cuatro objetivos que son:

- a) La investigación, estudio y desarrollo de la cultura y las formas de convivencia social entre los miembros de la colonia de Miravalle, así como la difusión y desarrollo de la cultura de la salud, la educación, la cooperación comunitaria autogestiva para la provisión de servicios y el cuidado del medio ambiente.

- b) Cubrir las necesidades actuales de habitación, conservación, reparación y mantenimiento de las viviendas de los miembros de la colonia.
- c) Adquirir toda clase de bienes y servicios necesarios para el desarrollo de las actividades inherentes a su objeto social.
- d) Celebrar los contratos que en derecho correspondan para la realización de las actividades de la asociación, inclusive adquirir créditos en instituciones oficiales y privadas (COCOMI, 1994).

La asociación fue administrada en ese momento por un primer Consejo Directivo, el cual quedó a cargo de los siguientes integrantes:

Víctor Gabriel Varela López, Presidente

Luis Manuel Rodríguez Sánchez, Secretario

Ana María Islas Cruz, Tesorera

Miguel Ángel Esparza Montelongo, Vocal

Rogelio Estrada Pardo, Vocal

Ladidet López Vélez, Vocal

Para el nueve de marzo de 2005, ante la misma notaría, en el libro número tres mil trescientos cincuenta y cinco, en el acta número ciento dieciocho mil doscientos setenta y uno, se realizó el cambio de Consejo Directivo, además de ampliar de tres a seis vocales, quedando conformado el Consejo de la siguiente manera:

Reynalda Escamilla Martínez, Presidente

Alejandro Cerda García, Secretario

Inés Romero González, Tesorera

María Elena Juárez Cano, Vocal

Fabiola Sánchez López, Vocal

Enriqueta Ayala López, Vocal

Una vez establecido, se crearon dos listas, una de asociados por número y otra de asociados usuarios, con los siguientes integrantes:

Asociados de número:

María Dolores López Sánchez, Maricruz Carmona Rodríguez, Eva Segura Torres, Alejandro Cerda García, Catalina Pérez de Jesús, Angélica María Segura Torres, María Elena Treviño Árvizu, Inés Romero González y Javier Iturbide Alejo.

Asociados usuarios:

Gloria Olimpia Rivas, Magdalena Rosales, María del Carmen González Ramírez, Ana María Araujo Crescencio e Isabel Magaña Ochoa.

Práctica social de la organización

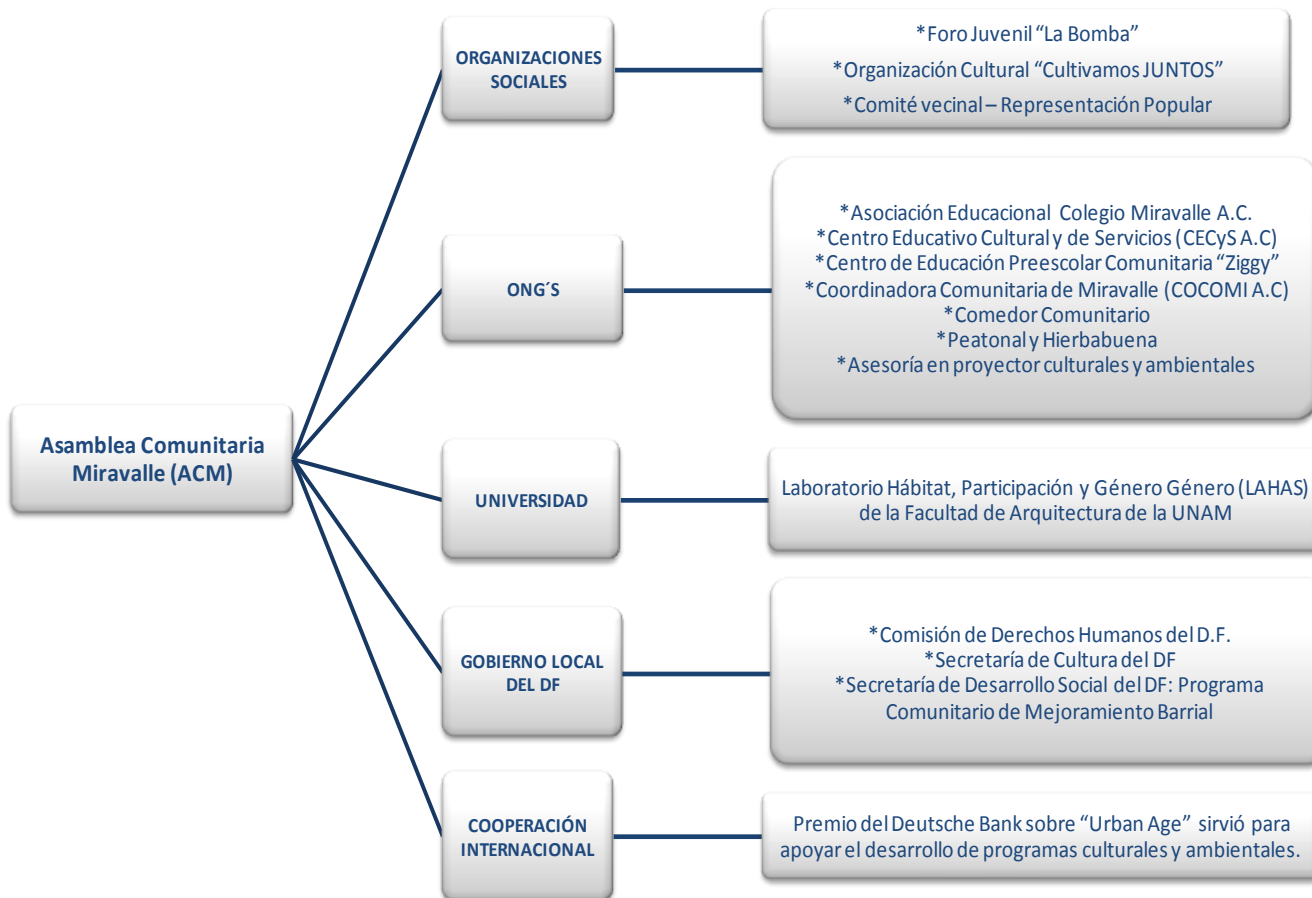
La Coordinadora Comunitaria ha tenido tres etapas: la primera la constituye la organización y participación vecinal que tuvo su apogeo en 1992 y que culminó con la conformación legal de la asociación; la segunda etapa se caracterizó por la realización de programas de participación comunitaria en temas de salud, educación y ecología; en la última etapa se ha trabajado concretamente en servicios de salud, específicamente en prevención de riesgos psicosociales y en la incidencia de políticas públicas.

Es de suma importancia tomar en cuenta que la comunidad afrontó la necesidad de acceder a los servicios básicos de salud, impulsando el surgimiento de una organización; esa participación local no quedó sólo ahí, sino que ha seguido vigente al gestionar y mantener vínculos con el Gobierno del Distrito Federal.

Ahora bien, en la misma organización hay una distribución de derechos como de obligaciones, tal es el caso de las personas encargadas y que apoyan en el

trabajo de la organización; este compromiso ha permitido que lleven a cabo diferentes acciones, como es realizar talleres dentro de los prescolares, primarias, secundarias y de forma general a la comunidad.

Más adelante la organización empezó a trabajar con el gobierno del DF dentro del programa de Inversión Social del Distrito Federal, en el periodo de 2001 y 2002; la labor conjunta entre el gobierno y la asociación impulsaron más los trabajos llevando a conseguir los espacios de Democracia Participativa en Iztapalapa, impulsados en el 2000. Para 2007 la Asamblea Comunitaria Miravalle (ACM) concursó en el Programa Comunitario de Mejoramiento Barrial (PCMB), promovido por la Secretaría de Desarrollo Social del DF, con esto se creó una mayor participación y lucha por los derechos humanos y sociales de la colonia. Para un mayor orden la ACM organizó su trabajo en las diferentes áreas, quedando estructurada de la siguiente manera:



Fuente: Asamblea Comunitaria de Miravalle, consultado el 4 de diciembre del 2013.

Posteriormente, la organización retomó el apoyo de la comunidad para la realización de trabajo social, esto dentro del Foro Internacional del Deutsche Bank Urban Age, Ciudad de México 2010, obteniendo el primer lugar por el proyecto de Asamblea Comunitaria de Miravalle por ser integral con programas culturales, educativos, de salud y medio ambiente en una zona de bajos recursos de la periferia de la ciudad; además, de ser un proyecto que crea vínculos de participación ciudadana, recupera espacios públicos y previene futuros problemas sociales urbanos.

En cuanto al trabajo dentro del PCMB, la COCOMI sobresale por su labor de organizar a los vecinos, su capacidad social y su aspiración a proyectos a futuro; como parte de los acciones ya realizadas están: el kiosco en la plaza central que funciona como un espacio de encuentro; la concha acústica que es un área abierta

y accesible para diversos eventos sociales, culturales y políticos; la escuela cultural Calmecac que atiende a un promedio de 1,000 personas mensuales; la biblioteca, y el salón de cómputo que son utilizados por entre 25 y 40 personas al día; la bebeteca y ludoteca que son utilizadas por un número de 10 a 30 niños cada tercer día; el estanquillo en el cual se realizan actividades los fines de semana para las madres, principalmente; el comedor comunitario que atiende de 250 a 300 personas al día, y donde es importante comentar que trabajan cinco mujeres de la comunidad; otro proyecto es reciclar envases de plástico, el cual ha resultado una fuente de empleo para los jóvenes. Por último, el Centro de Salud comunitario que brinda atención médica básica, hace uso de la herbolaria, da orientación sexual y reproductiva en escuelas y demás espacios de la comunidad. A continuación se presentan imágenes de los proyectos comentados, para tener un mayor panorama del trabajo realizado.



Comedor comunitario



Biblioteca pública y Aula digital



Ludoteca y Bebeteca



La Concha acústica



Estanquillo literario y kiosco



**Escuela de artes y oficios
El Calmecac**

Líneas de trabajo de la organización

Es importante resaltar que en el “2000 la organización inicia a trabajar bajo las estrategias políticas planteadas dentro de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales” (Sánchez María, 2008), de ahí que sus líneas de acción y trabajo han estado enfocadas en la prevención y construcción de incidencia política, que también son parte de las características de *promoción de la salud*.

Después de identificar las principales problemáticas que estaban afectando a la comunidad, deciden realizar líneas de acción y movilizaciones dentro de sus grupos, así como apoyar a grupos externos, esto como parte de su compromiso; de ahí que la organización tiene establecidos objetivos, los cuales son:

- Promover, capacitar e informar a los habitantes de la Sierra de Santa Catarina, sobre el cuidado de la salud de forma integral para generar condiciones de prevención y atención a las necesidades básicas; principalmente de mujeres y niños.
- Articular iniciativas de organizaciones sociales, organizaciones civiles y ciudadanas orientadas al conocimiento y ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales.
- Contribuir al fortalecimiento de actores civiles para la incidencia en políticas públicas desde la perspectiva de los derechos económicos, sociales y culturales.
- Potenciar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo psicosociales (COCOMI, 1994).

Para el 2000 la delegación Iztapalapa abrió la convocatoria de realización de proyectos para construir espacios de democracia participativa, en la cual la organización obtuvo financiamiento para llevar a cabo una lista de trabajos que a continuación se exponen:

1. Prevención de riesgos psicosociales en los temas de sexualidad y adicciones: capacitación de profesores en escuelas a través del diseño y socialización de una propuesta metodológica para el involucramiento de la población local.
2. Fortalecimiento institucional para la incidencia civil en las políticas públicas de desarrollo social en el ámbito delegacional: talleres de capacitación a organizaciones sociales y civiles de Iztapalapa y de la Ciudad (sic); investigación y publicaciones.

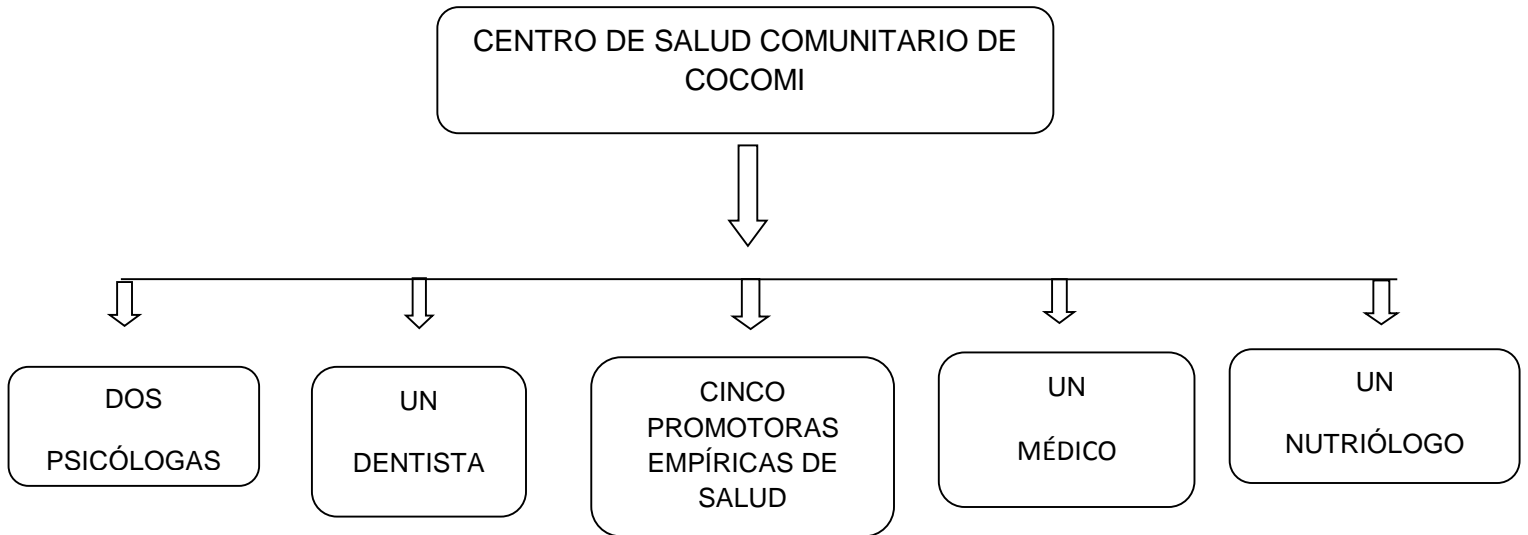
3. Campaña para el impulso de la Participación Ciudadana en la Planeación y Rendición de Cuentas en la Delegación Iztapalapa, esto a través de la elaboración colectiva de propuestas metodológicas y de cabildeo (COCOMI, 1994).

Servicios de salud que proporciona

Es importante destacar que en el trabajo que ha venido realizando la organización se han logrado brindar los servicios más indispensables, como es tener un centro comunitario en el cual se promueve la salud, y se hace prevención de riesgos psicosociales en niños de preescolar.

El Centro de Salud de la COCOMI se encuentra ubicado en el cruce de las calles Durango y Chabacano, colonia Miravalle, código postal 09696, dicho centro comunitario brinda atención preventiva y cuenta con los servicios de médico general y médico de herbolaria, odontología, asesoría de nutrición, psicología, promotoras de salud de Miravalle, farmacia alópata —que incluye productos de herbolaria — y los encargados del establecimiento son personas de la misma comunidad que reciben asesoría y apoyo de los doctores; es importante resaltar que el personal terapéutico que se encuentra es de apoyo, de forma voluntaria o se encuentra realizando servicio social. A continuación se muestra una imagen de dicho establecimiento y el diagrama de organización del centro de salud.





De acuerdo a las consultas realizadas en el último Diagnóstico Poblacional de la Comunidad de Miravalle, que va de febrero del 2008 a enero de 2009, se encontró que de 1,712 consultas 896 fueron destinadas a realizar exámenes médicos para trámites y recepciones escolares. Las principales enfermedades que se presentaron en los adultos fueron: enfermedades del sistema respiratorio (infecciones y bronquitis), del sistema digestivo (enteritis, colitis, infecciones intestinales y caries dental) y osteomuscular (pie plano y artritis reumatoide); seguidas de enfermedades endócrinas, desnutrición, parasitosis, amibiasis, micosis, enfermedades de la piel (dermatitis), amenorrea o dismenorrea e infecciones en vías urinarias.

En el caso de los niños, enferman frecuentemente del sistema respiratorio (infecciones y bronquitis), infecciones de la piel (dermatitis y micosis), obesidad, desnutrición, enfermedades endócrinas, del sistema digestivo (enteritis, colitis no infecciosa y caries dental), parasitosis y amibiasis intestinal.

A continuación se presenta una imagen de la farmacia que se encuentra en el interior del centro de salud:



VI. Metodología

Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio social de orden exploratorio, retrospectivo y analítico de la organización de la COCOMI, y contó con elementos cualitativos y cuantitativos y está dividida en dos etapas.

En la primera etapa se realizaron dos entrevistas semiestructuradas con el Comité Organizador, con el fin de conocer cómo era la *accesibilidad* a un establecimiento de salud antes de la presencia de la organización de la COCOMI en Miravalle. La segunda etapa fue transversal, haciendo un corte de valoración a través de encuestas aplicadas a los usuarios en el mes de octubre de 2012, con el fin de indagar en cómo era la *accesibilidad* a servicios de salud en la colonia, y cómo es ahora con el centro de salud, esto con el fin de conocer si se perciben los cambios.

Universo y muestra

La investigación se diseñó con dos instrumentos, uno de carácter cualitativo y otro de índole cuantitativa, cada uno para población diferente: el primero fue para entrevistar a personas fundadoras y encargadas del centro de salud; el segundo sirvió para encuestar a los usuarios del Centro de Salud de la COCOMI.

La metodología implementada para la muestra de las encuestas fue tomada de las estadísticas otorgadas por el último Diagnóstico ya mencionado, que comprende del 1 de febrero del 2008 al 31 de enero de 2009, el cual está en manos de la organización del Centro de Salud de la COCOMI. Dicho estudio señala que se otorgaron aproximadamente 1,712 consultas, para lo cual se dividió la cantidad entre los 12 meses, teniendo un resultado de 143 consultas por mes, mismas que fueron aplicadas en el mes de octubre del 2012.

Técnica e instrumento

En la primer etapa se tuvo una población de seis personas, contando con la participación del Comité Organizador que a su vez está conformado por fundadores y encargados del Centro de Salud; cuyo criterio de inclusión es ser partícipe de la organización por más de dos años. El método y técnica que se utilizó fue realizar dos entrevistas semiestructuradas con una duración de treinta minutos aproximadamente cada una.

Ahora bien, partiendo de que la entrevista es una técnica que se puede aplicar a informantes claves, personas con experiencia y con gran conocimiento de la comunidad (en este caso de la organización) fue parte importante dentro de la metodología. Las preguntas guías que se formularon son parte del desarrollo de ésta, y buscaban complementar cierta información como justificar los objetivos planteados en la investigación.

Las preguntas se elaboraron a partir de los puntos ejes del marco teórico de la investigación, principalmente en torno a la categoría de *accesibilidad*; de modo que las preguntas detonantes se hicieron en relación a la historia de la colonia Miravalle; como a continuación se expone:

¿Cómo es que ustedes llegaron a vivir a Miravalle?

¿Cuánto tiempo llevan en la colonia?

¿Cómo fue la situación que les tocó vivir en los inicios de la formación de la colonia?

¿De qué se enfermaban principalmente y cómo se curaban?

¿A dónde acudían para atenderse, ya sea un lugar público o privado o de qué otra forma lo hacían? ¿Estas problemáticas han cambiado?

¿Qué cambios han visto en la colonia y en su organización?

¿Con qué instituciones han trabajado para realizar proyectos?

Preguntas detonantes para la segunda parte de la entrevista, hecha a la comunidad femenina del centro de salud:

Cuando llegaron a la colonia, a ¿qué trabajo se dedicaban?

¿Cuáles eran las principales ocupaciones que habían en la colonia?

Hoy en día, ¿cómo ha mejorado o qué cambios se han presentado?

Cuando ustedes llegaron a vivir a la colonia, ¿cómo consideran que era la situación económica de Miravalle?

¿Consideran que esta situación ha cambiado y por qué?

¿Cómo surge la idea o la necesidad de crear COCOMI?

¿Cuáles fueron las principales problemáticas que tuvieron para conformarse como organización?

¿Cómo surge la idea o necesidad de crear un centro de salud en COCOMI?

En el tiempo que han vivido en Miravalle, ¿cómo consideran o han visto que la gente se organiza para trabajar en la mejora de la colonia?

¿Cómo ha participado COCOMI en la mejora de la comunidad de forma general, y en concreto, en los servicios de salud?

¿Cuáles fueron las metas con las que inició el Centro de Salud de la COCOMI y en qué medida se han logrado cumplir?

¿Cuáles son las nuevas metas y visión que tienen como mujeres promotoras dentro de la organización?

Para la segunda etapa se realizó una encuesta¹⁵ a la población homogénea que acude a recibir atención, con el fin de identificar cómo ha sido el proceso del acceso a los servicios de salud. Dicha encuesta fue aplicada en el centro de salud a una

¹⁵ La encuesta es una técnica que permite recopilar información de una población muestra, sus preguntas son concretas así como sus respuestas, lo que permite facilitar el trabajo de codificación.

muestra representativa de población usuaria de COCOMI; cabe comentar que el tipo de preguntas son cerradas (dicotómicas) y algunas abiertas.

Además, el estudio buscó hacer un análisis de la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, es por ello que hace uso de algunas preguntas que están dentro de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV)¹⁶, es importante señalar que dichas preguntas fueron tomadas y adaptadas para la investigación.

Criterios de inclusión en la encuesta son:

- Ser mayor de edad.
- Tener más de dos citas de atención médica en el Centro de Salud de la COCOMI antes de la aplicación de la encuesta.
- Vivir dentro de la comunidad de Miravalle por más de 19 años (antes de COCOMI) o cómo mínimo diez años.

Criterios de exclusión:

- Ser menor de edad.
- Tener su primera consulta en el Centro de Salud comunitario.
- No pertenecer a la comunidad de Miravalle.
- Tener menos de diez años viviendo en la comunidad.

A continuación se presenta el formato de la encuesta:

Fecha: ___/___/___/

Folio_____

Edad: ___ años Sexo: F M Cuántos años tiene viviendo en Miravalle _____

Estado Civil: a) Soltero b) Casado c) Unión libre d) Madre soltera

¹⁶ La Encuesta Calidad de Vida, ofrece la información básica para la medición de las condiciones de vida de los indicadores de pobreza, desigualdad y algunos otros determinantes.

Número de hijos: _____ Salario al mes: _____

Actividad/ ocupación: a) Empleo b) Negocio c) Autoempleo d) Pensión e) Escuela f) No tiene trabajo g) Ama de casa

1.- ¿Dónde se encontraba localizado el servicio de salud que usaba ANTES de COCOMI?

- a) En la misma colonia
- b) Fuera de la colonia (30 min.)
- c) Retirado de la colonia (más de 30 min.)
- d) Muy lejos (más de 60 min.)

2.- ¿Con qué frecuencia usted o su familia acuden a usar el Centro de Salud de COCOMI?

- a) 1 vez al año
- b) Hasta 3 veces al año
- c) 3 o más veces al año.

3.- ¿Cuánto tiempo tarda en trasladarse de su domicilio al Centro de Salud de COCOMI?

- a) Menos de 30 min.
- b) 30 min.
- c) Más de 30 min.

4¿Cuánto tiempo tardaba en acudir a otro Centro de Salud antes de COCOMI?

- a) Menos de 30 min.
- b) 30 min.
- c) Más de 30 min.

5.- ¿A dónde acudía para obtener los servicios médicos antes de que estuviera la organización de COCOMI?

- a) Centro de Salud (San Miguel Teotongo y Santiago Acahuatepec)
- b) Acudían con el médico tradicional
- c) Se curaban con remedios caseros
- d) Acudía a algún otro ¿cuál? _____

6.- Razón por la cuál prefiere acudir a recibir los servicios médicos en el Centro de Salud de COCOMI:

- a) No es derechohabiente.
- b) El servicio queda muy cerca de su domicilio.
- c) Confía en la atención médica que ofrecen.
- d) No pierde mucho tiempo en trámites.
- e) Dan buen trato.
- f) No puede acudir a una atención privada.

g) Otra razón: _____

7.- ¿Cuánto dinero invertía en recibir atención médica ANTES de acudir al Centro de Salud COCOMI (contando medicamentos y curaciones)?

a) Menos de 200 b) De 300 a 400 c) 500 o más

8.- ¿Cuánto dinero invierte cuando acude a recibir atención médica en COCOMI?

a) Menos de 200 b) De 300 a 400 c) 500 o más

9.- En general, ¿cómo considera que ERA la atención a la salud de la comunidad antes de la presencia de la organización COCOMI?

a) Buena b) Regular c) Mala

10.- En general, ¿cómo considera que le ha favorecido la calidad de atención y servicio en el Centro de Salud COCOMI y no en otra institución?

a) Mucho b) Regularmente c) En nada

11.- Usted o un familiar tiene derecho a algún servicio de salud como:

a) IMSS b) ISSSTE c) Seguro del trabajo d) Seguro Popular e) Ninguno
f) Privado

12.- Razones por las cuáles NO utiliza los servicios de seguridad social y acude al Centro de Salud de la COCOMI:

- a) No es derechohabiente
- b) El servicio queda muy lejos
- c) No confía en la atención médica que ofrecen
- d) Se pierde mucho tiempo en trámites
- e) No dan buen trato
- f) Puede acudir a la atención privada y la prefiere
- g) Otra razón: _____

¡GRACIAS POR SU APOYO!

VII. Presentación de resultados

Este apartado expone los resultados obtenidos por las dos técnicas implementadas en la metodología que consisten en las entrevistas a los fundadores y encargados del centro de salud de la organización, y en las encuestas aplicadas a los usuarios del Centro de Salud de la COCOMI.

En primer lugar, se exponen los resultados de las entrevistas, cuyo objetivo fue conocer las condiciones de acceso a los servicios de salud antes de la fundación del Centro de Salud de la COCOMI y después de su intervención. Dichas entrevistas permitieron rescatar los principales puntos en relación a cómo los fundadores e integrantes de la organización vivieron dicha carencia en los inicios de Miravalle, así como cuáles eran las enfermedades que padecían. Además, la indagación dio pauta para saber cómo ha cambiado la situación de salud en los últimos años, y si estas problemáticas son las mismas que afectan hoy en día a su familia, sus vecinos y a la colonia en general. Por último, como dato para cumplir con el objetivo, se diseñaron las preguntas con un lenguaje coloquial para establecer una comunicación más directa.

En lo referente a la primer entrevista, ambas entrevistas fueron realizadas a los fundadores y encargados del C.S., se llevó a cabo el día 24 de abril de 2013 a las 8:48 am con duración de una hora, de inicio se realizó un encuadre, donde se explicó el por qué se decidió acudir a trabajar con la organización, para después pasar a las preguntar detonantes. En resumen, la entrevista se basó en aspectos sobre el origen y problemáticas que les tocó vivir cuando llegaron a la colonia. La segunda entrevista se realizó el 8 de mayo del mismo año, casualmente solo acudieron las mujeres, iniciando a las 9:01 am con una duración de una hora y veinte minutos, en la cual los puntos relevantes fueron las ocupaciones y trabajos que habían en la colonia para cuando ellos llegaron; la situación económica que enfrentaron, el surgimiento de la COCOMI —las problemáticas que tuvieron, el apoyo y trabajo de la gente para la organización del proyecto— y qué metas vislumbraban para seguir trabajando.

Ahora bien, los entrevistados fueron Teresa Velasco López, María Dolores López Sánchez, Rocío Urbina Tlatempa, Catalina Pérez de Jesús, Maricruz Carmona Rodríguez y Rogelio Estrada Pardo, fundadores y promotores de salud empíricos de la organización que se fueron integrando en diferentes momentos al centro de salud, lo cual permitió que sus vivencias y saberes sean distintos, y que enriquecieran con ellos la investigación. A continuación se presentan las opiniones en cursiva, ya que fueron extraídas literalmente de la transcripción de las entrevistas.

En primer punto se inició buscando conocer cómo es que estas personas llegan a vivir a Miravalle y cómo era la situación de los servicios, encontrando los siguientes puntos:

Cuando llegue aquí a Miravalle (1993) apenas estaban entrando los servicios, yo vengo del Estado de Tlaxcala.

Cuando nosotros llegamos aquí todo era desierto, no había nada, unas cuantas casitas estaba (sic), eh eh, de repente hicimos un grupo de amas de casa con los maestros.

Yo aquí a la colonia llego en el 97 y aquí a COCOMI me integro en el 2011.

Estos comentarios permitieron conocer cómo empezó a crecer la colonia y sus procesos más significativos, comentando lo siguiente:

Bueno, lo más importante, eh lo primero era el agua, después el drenaje y por último el servicio de la leche, eh eh empezamos a trabajar y estoy eh eh este COCOMI hace 20 años y desde entonces estoy con las compañeras.

Por el 86, este, promovimos un movimiento, este, que se denomina Movimiento Mexicano de la Escuela Moderna, este movimiento, bueno, la Escuela Moderna es un grupo de maestros, este, freinetianos de técnicas Freinet y mi familia es quien vivía en aquel tiempo aquí, eh mi mamá en concreto, entonces nosotros hacemos, hace más o menos, en la etapa que cuentan mis compañeros, veinte años, este, eh, no había, como muchas oportunidades educativas y de desarrollo social para la comunidad no, este, de hecho los servicios apenas empezaban a desarrollar (sic) y realmente, este, nosotros con niños de preescolar, eh esto hizo que pudiéramos nosotros, eh, incorporarnos, eh, a esta comunidad y ya ahí empezamos a empujar en el aspecto educativo, este, y bueno, pues esto es lo que nos motiva a estar construyendo con la comunidad, posteriormente nos quedamos a vivir, primero venimos como investigadores como hacedores de un proyecto pedagógico educativo y después yo creo nos gustó tanto y las condiciones se dieron para quedarnos

definitivamente en la colonia de Miravalle a trabajar, y de ahí se han desarrollado los proyectos.

El haber iniciado la entrevista con el punto de cómo llegan a vivir a la colonia y cómo fue su proceso, con el fin de conocer su problemática de acceso y servicios públicos, vale la pena resaltar que lo aportes fueron más amplios y con mayor explicación, por lo que comentaron:

Es el proceso más fuerte, el agua es el producto más fuerte y es el que hace que se desencadene y como que detone la organización de la gente, a partir de la falta de los servicios básicos como el agua, en este caso el drenaje no, que también fue a través de las famosas faenas, sí, nosotros estuvimos en los procesos de estarse organizando, demandando el asunto del agua, y fue como se viene (sic) organizando estos procesos organizativos ¿no?, la luz misma, eh, en el traer la luz, la luz se traía desde Santiago.

Los servicios básicos es lo que te va unificando, ah, y te va ah fines (sic) de que construyas organización vecinal y comunicación con la gente claro, para el desarrollo.

En lo referente a los servicios de salud y las principales problemáticas en salud que había en la colonia antes de la presencia de la COCOMI los entrevistados dijeron:

Pues no teníamos, eh, aquí no teníamos un centro de salud o médicos particulares, no habían, teníamos que ir a San Miguel, Santiago.

El de la "Y", no había por consulta, particular, pero de centro de salud esta San Miguel.

El tipo del área geográfica, por el tipo de suelo de éste, vegetación, ah aquí hay mucho el asunto de los alacranes, ¿no?, bueno, se dio en su momento, eh yo creo, o había más porque nuestras casitas eran de piedra, armábamos de piedra nuestras barditas y esas eran nuestras barditas ¿no?, había mucho ese tipo de animal, víboras ¿no?, de cascabel, eh, este tipo de situación se daba mucho aquí, los piquetes de alacrán, yo mismo sufrí un piquete de alacrán.

Necesidades había muchísimas, porque era una colonia que recién empezaba a construir, entonces no había ni un servicio, el único centro de salud o los dos más cercanos es (sic) el de Santiago y el de San Miguel, pero sí tiene como cierto número de colonias que ellos atienden, y sí muy complicado que la gente pudiera ir a atender (sic) hasta allá y de pronto no podían alcanzar ese servicio, había muchos factores que podían ayudar a que hubiera más enfermedades, no había agua potable, no había drenaje, entonces eso favorecía cierto tipo de enfermedades, pues diarreicas, porque no hay agua y baño y así al aire libre (sic), pues imagínate lo que todo eso provoca.

Pero las enfermedades infecciosas es (sic) a partir del tipo de agua que nosotros tenemos, el agua realmente a pesar de sus 24 o 20 años que llevamos aquí no ha mejorado mucho el agua, antes se daba por pipas ¿no?, y realmente el tanque o cisterna del vehículo pues tampoco (sic) higiénicamente ¿no?, en lo mejor, entonces el agua, yo recuerdo que mi mamá lo que hacía de (sic) hervir el agua, las enfermedades infecciosas estomacales era (sic) producto de las condiciones generales de los servicios ¿no?, y este, que no hubiera los drenajes habría que hacer el pozo ¿no?, este, para su servicio sanitario ¿no?, y este, y los servicios es lo fundamental y provoca este tipo de situaciones ¿no?.

Tan sólo cuando al momento que se enferman los niños por darle la fruta, y por tal hay que darle medicamento, porque si no se curan hay que trasladarse lejos.

Pues sí, desde luego están los problemas de la economía, desde luego está el problema del transporte, este, históricamente siempre ha estado el problema del transporte aunque hoy estén los micros ¿sí? y ayer estuvieron los carritos que... y no había pavimento, el problema sigue siendo el mismo, se espera que tengan mejores condiciones y mejor servicio, no se puede mover en las cuatro ruedas permite llegar a la Unión Europea (sic) y van hasta donde tú quieras ¿no?, pero la calidad del servicio, aquí el asunto es la calidad del servicio de la comunidad de Miravalle.

Alrededor de la problemática de la salud hay problemas económicos, políticos, problemas sociales, este, problemas de corrupción ¿no?, este, si nosotros dejamos aquí que reviva el monstruo ¿no?, que se nos vuelva a encimar el Partido Revolucionario Institucional en Miravalle, te aseguro que la corrupción vuelve a florecer y nosotros hemos sido un dique como organización, un dique que no hemos permitido que la política de todo tipo en torno a un problema....

Había ciertos grupos políticos que obstaculizaban un poco, gente que era allegada al PRI y que este, pues bueno, tenían otra forma de trabajo muy distinta, más bien era dar ciertos beneficios a la comunidad a cambio de votos.

Ahora bien, para ampliar el panorama del proceso que vivió Miravalle, fue importante preguntar sobre los cambios económicos antiguamente presentados en la colonia, antes de la organización y después, para lo cual se preguntó sobre las fuentes de empleo:

Trabajé mucho tiempo en casa, se puede decir, y últimamente trabajé en una lavandería por siete años, y la lavandería estaba en Polanco y yo me iba hasta allá.

La mayoría de todas nosotras sí trabajábamos, pero no en lo que era dentro de la colonia, aquí básicamente hay empleos pero de tiendas, abarrotes, no sé, este, eh, ¿no?, yo igual trabajaba pero no por aquí, trabajaba por Churubusco por Coyoacán, he trabajado en casa, y una vez que me integro a COCOMI, ya tenía yo como dos años que ya no trabajaba y me íntegro y sólo aquí he estado.

Pues no, aquí en la colonia se generan muy pocos trabajos, o eres dueño de tu negocio o te autoempleas tú mismo y te sales a vender algo, este, o trabajas para alguien que ya tiene un negocio establecido, en realidad no hay mucho, este, oportunidad de empleos aquí en la comunidad, la mayoría de la gente sale a trabajar fuera, porque aquí no hay oportunidades de trabajo como tales.

Creo, como unos siete años, como que sí hay muchos espacios de talleres de costura que, este, que sí llegan trabajadores de igual de la colonia, pero hasta donde yo sé es la única que tiene como para que uno llegue a trabajar.

De acuerdo a dichas respuestas, se preguntó en relación a si en los últimos años consideran se ha presentado mejora en la cuestión laboral y económica de la colonia:

No creo que haya mejorado, más bien se buscan las oportunidades para sobrellevar la vida cotidiana de cada uno de los que vivimos por acá, en realidad, eh, si quieres obtener más recursos, tienes que trabajar más, pero no es porque mejore el empleo en donde estás o en el trabajo en donde estás, sino porque te inventas o te haces otra chamba.

Como dice Mari ¿no?, para tener una o sobrellevar una economía buena a la casa, yo creo que es buscarle, dice Cati que era buena antes, pero antes tenía un sueldo fijo, tenía que ir, yo me imagino de lunes a viernes y ahorita lo que vende es dulces en la primaria en las escuelas.

Eh, sí han mejorado las condiciones de calidad de vida a lo mejor, pero con esfuerzo de este de (sic) trabajo.

Con motivo de las problemáticas comentadas por las fundadoras e integrantes de la organización, se preguntó cómo es que surge la creación de la COCOMI y cómo han trabajado para mantenerse como asociación:

La participación de la gente, eh, pues no fue un obstáculo, todos sentían la necesidad de trabajar para tener ciertos servicios.

Se conforma como asamblea. En una asamblea las decisiones se toman de, este, de acuerdo a lo que hayan (sic), en lo que la asamblea opina aun cuando haya una persona que organiza y coordina actividades, todas las decisiones se toman en conjunto.

COCOMI es un espacio que a su vez entra coordinado y organizado en las drogas, con otros esfuerzos ¿no?, este, eh, en donde estamos diseñando una, este, una participación social en la comunidad de mayor envergadura sí, de mayor impacto ¿no?, la Coordinadora Comunitaria de Miravalle es como el antecedente organizativo a lo que [se] denomina la Asamblea Comunitaria de Miravalle, yo creo que para poder entender COCOMI habrá que referirnos históricamente a las estructuras organizativas de la comunidad como Ekíatic.

En el 94 es cuando nace esta primera instancia organizativa de COCOMI, ¿no?, COCOMI es una lente (sic) de la estructura organizativa de Ekílati, que son los grupos de conciencia, que son los grupos de resistencia, que son los grupos que vamos organizando, esto de la Coordinadora Comunitaria de Miravalle se nace en el 94, nace ya con estas, eh, con estas ideas de eh, de sacudirse de estas estructuras, este, eh, autoritarias y vamos creando organizaciones.

Creo [que] la participación ciudadana se veía mucho más al inicio de la organización, porque la gente veía la necesidad de trabajar para resolver esos problemas, conforme se van resolviendo ciertos problemas, pues ya la participación de la comunidad en general empieza a ser menor, entonces, más bien ahora, supongo ya te comentaron, es lo que es la asamblea actual, que ya son otros grupos de trabajo y que ya cada grupo trabaja ya con cierta población.

La entrevista permite ver cómo ante la problemática de no contar con servicios de salud y tomando en cuenta el tipo de enfermedades que más padecía la colonia, se determina conformar la organización, misma que busca los mecanismos para lograr obtener atención:

Se construye un espacio de salud comunitaria, eh, este espacio así se denomina ¿no?, este espacio de promoción de la salud es precisamente bajo el auspicio de la estructura organizativa de compañeros que de alguna manera están sensibles a esta situación de salud, de los problemas de salud de la gente, o sea este servicio de salud nace, emana de esa realidad y necesidad de salud, tanto de la organización cómo de la necesidad de salud fundamentalmente, recuerdo que uno de los promotores que en esa época fue Alejandro Cerda sí, y fue Alejandro Cerda uno de los promotores de este espacio de salud comunitaria y que precisamente viene con, eh, a coadyuvar y solucionar, que ningún proyecto que tenemos soluciona [los] problemas que tiene la comunidad de Miravalle.

Con la estructura organizativa se hacen los convenios, y es (sic) los compañeros de COCOMI que hacen con diferentes instituciones de salud y suben médicos generales, suben odontólogos, ¿no?, psicólogos, entonces es toda una estructura organizativa de atención a la salud comunitaria, entonces como esto no es producto de que a alguien se le haya ocurrido, quiero subrayar esto, entonces es producto de una necesidad emanada de la propia comunidad y en su momento se tuvo la oportunidad de tener esta estructura física de (sic) ¿no?, es un plus que permite que exista un espacio para la organización de la gente.

Bueno, en cuestión de salud básicamente esto es con la UAM Xochimilco, con los prestadores de servicio social, pero en un primer momento solamente se tenía el prestador de servicios de médico general, posteriormente se hizo la solicitud de odontólogo, porque cuando los inicios de servicios que prestaba COCOMI aquí en la comunidad, eh, empezó a venir primero una, primero eran promotores de la comunidad que daban pláticas a la comunidad, se hizo un grupo que daba pláticas en cuestión de prevención de enfermedades gastrointestinales, primeros auxilios, se formó este grupo con las amas de casa de la comunidad, estuvieron, ya se formalizó este convenio de la colaboración de prestadores de

servicio y dentro de esas primeras consultas sólo venía una médica que combinaba la medicina alópata con la herbolaria y venía nada más tres veces a la semana, el dentista venía una vez a la semana, también venía, este, una compañera [médica] que se enteró también, se le hizo la invitación y prestaba el servicio una vez a la semana.

COCOMI tiene estos convenios, estos acuerdos con instancias incluso de médicos alópatas ¿no?, eh, este, tenemos una médica que está aquí que tiene una relación con el hospitalito de La Unión Europea ¿no?, pero antes fue con, este, con instituciones, eh, libres con instituciones ONG's que eran también con estructuras de autoorganización.

Poco a poco la gente que se fue enterando de este proyecto, de este esfuerzo de la misma comunidad, pues se fue involucrando ¿no?, este, después se hizo la invitación a, este, a otras especialidades y por eso ha ido creciendo el servicio de salud de una manera integral que los médicos porque viene (sic), no viven aquí, este, la nutrióloga tiene también un tiempo, y es por eso que se han dado los servicios en la organización.

El doctor Federico, recuerdan era uno de los liderazgos (sic) de salud comunitaria y que le daba asesoría a los grupos de San Miguel Teotongo de, este, Chalco sí, o sea, era toda una estructura organizativa de salud popular y entonces ellos, eh, a través de esta organización de esta estructura también de salud, vinieron también aquí a dar talleres.

La alopatía, la micro dosis, este, aquí en la comunidad te digo [se] instaló es (sic) el proceso de medicina alternativa que se le denomina ¿no?, entonces, este, a través del doctor que me acordé de Federico, era el doctor que hacía eso y masajes, bueno, no sé [si] aun continúe con eso que hacían las compañeras, también masaje ¿no? que, este, aquí, eh, tenía todo ese proceso.

Ahora bien, con base en las principales problemáticas mencionadas que vivieron los fundadores y las promotoras de salud de Miravalle, se les preguntó cómo esta situación ha cambiado y en qué medida han estado trabajando en el Centro de Salud de la COCOMI, a lo que mencionaron:

[La] alta marginalidad de la calidad de los servicios sigue siendo como hace veinte tantos años, como cuando empezamos, lo que pasa es que antes físicamente no teníamos el pavimento, no teníamos el asunto de la luz, ¿no?, no teníamos eh, instalada la toma de agua.

COCOMI de alguna manera no ha cambiado, pero sí incidir (sic) en transformar las condiciones de salud, creo que sí se ha logrado un poco en algunos aspectos, como nos comentaba la doctora Gloria, que hace años cuando ella llegó a hacer su servicio social, las mujeres que acudían a consulta por infecciones de transmisión sexual o infecciones vaginales, pues venían con los cuellos lastimados, eh, se ha logrado incidir en el hecho de que cada ama de casa que, eh, que es activa sexualmente que se haga su papanicolaou de cada año, en ese sentido, eh, yo digo que ha cambiado un poco la salud de, eh, las infecciones vaginales han disminuido al menos en las personas que cada año [vienen] a hacer su papanicolaou, eso sería una estrellita.

Cuando yo entré se empezaba a trabajar, eh, esto de la violencia de los riesgos psicosociales, que falta mucho, eh, que ha venido siendo una lucha de hace diez o doce años que yo entré y que cada vez ha sido más fuerte.

De acuerdo a los procesos con los cuales se conformó la COCOMI, se indagó sobre cuáles son sus líneas y estrategias de trabajo, respecto a lo cual comentaron:

Toda la gente que estaba participando en diferentes grupos, este, COCOMI llegó a ser una organización en donde participaban muchísimas personas, tan sólo, eh, aquí en la de abasto, no sé cuántas eran, como quince o veinte personas, igual en ecología, estaban los de educación y las de aquí de COCOMI, entonces eran no sé, serían como cincuenta personas más o menos.

Pero, COCOMI eran cuatro grupos, que era el grupo de educación, el grupo de abasto popular, el grupo de ecología y el de salud.

Dentro de esta área de salud se ha trabajado la prevención y promoción de la salud, la prevención de riesgos psicosociales y la incidencia en política pública.

Se logró establecer convenios de colaboración con universidades para poder brindar este servicio [se refiere a servicio social de médicos, odontólogos y promotores de salud] y eso es algo que ya está definido y que (sic) este, en todo caso sólo uno tiene que estar pendiente de los nuevos convenios que se tengan que hacer en su momento.

Con base en las líneas de trabajo comentadas, se preguntó en qué medida consideran que el trabajo que ha venido realizando la COCOMI ha contribuido en el desarrollo positivo de la comunidad, a lo cual respondieron:

En el servicio de atención a la mujer, eh, nos mencionaba la doctora que llegó en ese momento, que había en la mayoría de las personas que [venía] a las consultas ginecológica[s], venía con infecciones vaginales muy fuertes, entonces, eh, una de las mejoras podría ser ésa: que se ha incidido en la mayoría de las mujeres que acude aquí a la consulta para realizarse su papanicolaou constantemente, por lo menos cada año.

La calidad que se brinda, a diferencia de que se pueden encontrar, por ejemplo en farmacia de similares, este, por ejemplo, cuando los exámenes médicos que mucha gente le gusta venir aquí por su examen porque se les da una revisión completa, a diferencia de una farmacia de similares o incluso de los propios centros de salud de la Secretaría de Salud, en donde te dan cinco fichas y nada más los pesan, los miden y rápido palomean todo y no hacen una revisión completa del niño.

No sólo calidad humana, sino la calidad en la atención, que son dos cosas distintas, pero sí procuramos que se den aquí y, este, eso por un lado, pero por el otro, pues también el ofertar el medicamento a un precio más bajo que las farmacias de aquí alrededor que llegan a encontrar, este, no sé hasta cincuenta pesos más cara [una] medicina ¿no? en cualquier otra farmacia, entonces eso también es una manera de procurar que la gente pueda tener acceso a su tratamiento completo, de pronto si no les alcanza ya lo dejan a medias, entonces no se trata de eso, además acá lo que se busca es que, además de que la gente

sea bien atendida que se le explique cuál es la condición de su enfermedad y pueda acceder a su tratamiento, es que la misma gente se involucre en su mismo cuidado.

Como promotora incide en los vecinos para que también se acerquen y [lo] ubiquen a uno y [tengan] esa confianza de acercarse a uno para, este, para venir.

La gente que hace años venía, este, a consulta de alguna manera se sigue manteniendo por esta calidad que presta el Centro de Salud y ha mejorado sus condiciones de salud, hay quienes sí se apegan a los tratamientos, y pues sí han salido.

Sí se ha cumplido, porque lo que se pretendía por ejemplo, era que finalmente esta organización quedara en manos de la comunidad y eso es algo que sí se logró.

De acuerdo a las respuestas se cuestionó a los entrevistados si la colonia ha tenido apoyo por parte del gobierno para mejorar su situación económica, calidad de vida o en qué otra área han tenido algún apoyo:

En el 2010 llegó el apoyo de oportunidades, entonces muchos hogares de aquí de la comunidad fueron beneficiados, creo que este apoyo esta (sic) únicamente, fue de apoyo en la comunidad de aquí de la delegación Iztapalapa, entonces de alguna manera muchos hogares se vieron beneficiados, yo uno de ellos.

Como último punto, los entrevistados comentaron que con las nuevas condiciones de vida que hay en la colonia las enfermedades han cambiado, ante esta problemática mencionaron cuál es el trabajo que tienen en mente y han empezado a hacer en el Centro de Salud de la COCOMI:

En cuestión de la alimentación, se ha ido a las escuelas, este, a tomar ahí las medidas [a] los niños, de peso y talla, calcular sus índices de masa corporal, brindar un taller sobre nutrición, se ha intentado de alguna manera de a lo (sic) mejor de pequeña escala [en] pequeños grupos en los kínder.

Una meta es consolidar el equipo que se encuentra y empezar a trabajar para que se involucren más personas en la organización y que esto pueda tener más participación comunitaria, en el sentido de que la gente que vive allá afuera ¿no? y la participación de personas que se involucren estando aquí como promotoras a la salud, para que también lleven todo este proceso, yo creo esas son metas que tenemos ahorita a un mediano plazo.

Poder de pronto acondicionar aquí para poder atender ciertas urgencias ¿no?, que las personas requieren la canalización [y] poder hacerla en ese momento, de inicio nos referimos a ese tipo de ampliar un poquito esos servicios, y en cuanto a otras especialidades, bueno, esto siempre ha estado abierto a que cualquier persona presente sus servicios.

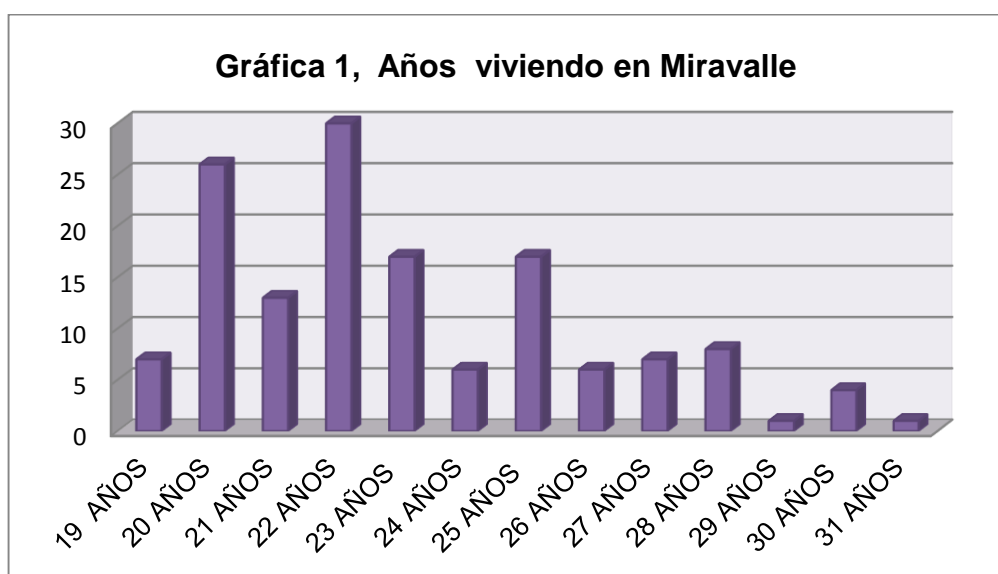
Tratar de favorecer que cierto especialista pudiera llevar a cabo (sic) y que tengamos la infraestructura para ello y, este, y pues a lo mejor consolidar ciertos procesos de

participación de esa gente externa que llega y pueda brindar un servicio de forma más permanente.

Ahora bien, como segunda parte de la metodología, tenemos las encuestas aplicadas a los usuarios del C.S. de la COCOMI; cabe resaltar que con ellas se busca entender los cambios, en caso de que se hayan presentado, del antes y después de la creación del centro de salud de la coordinadora, dicha información se analizará a las luz de los puntos presentados en el marco teórico.

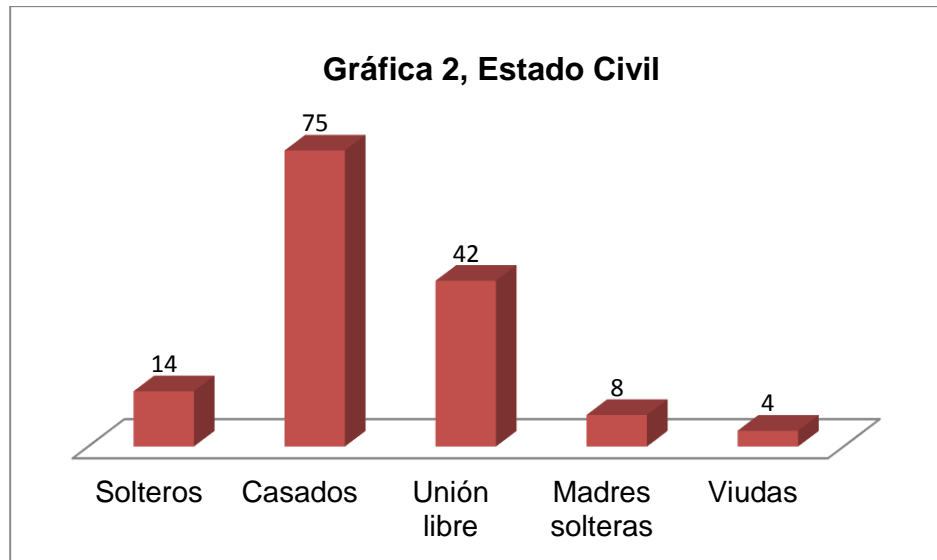
Las encuestas se aplicaron a ciento cuarenta y tres usuarios del C.S. de la COCOMI, cabe recordar que fueron aplicadas en el área de la sala de espera, ya sea antes de pasar o después de haber tenido su consulta. Se encuestaron a once hombres, que representan el 8%, y a ciento treinta y tres mujeres que corresponde al 92% de la población muestra.

Los resultados de las encuestas se presentan a través de las gráficas, las cuales permiten comparar el acceso a los servicios de salud antes y hoy con la presencia del Centro de Salud. Inicio con algunas generalidades de la población en que trabajé.



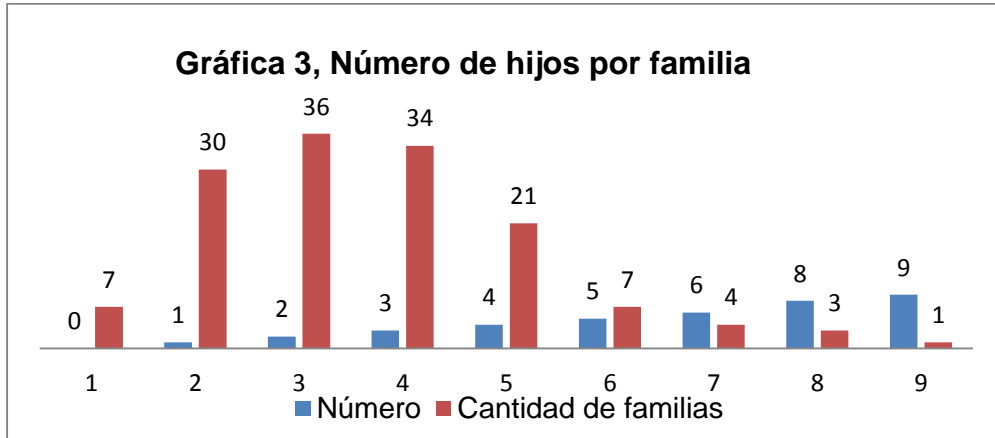
Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios del Centro de Salud COCOMI, periodo octubre-diciembre del 2013, por Mónica Zoé Palafox Vallejo.

La gráfica1 muestra, de acuerdo a la información recolectada, el máximo y el mínimo de años que los usuarios del C.S. llevan viviendo en Miravalle rango que va de treinta y uno a diecinueve años respectivamente, teniendo una media de veinte dos años en la colonia.



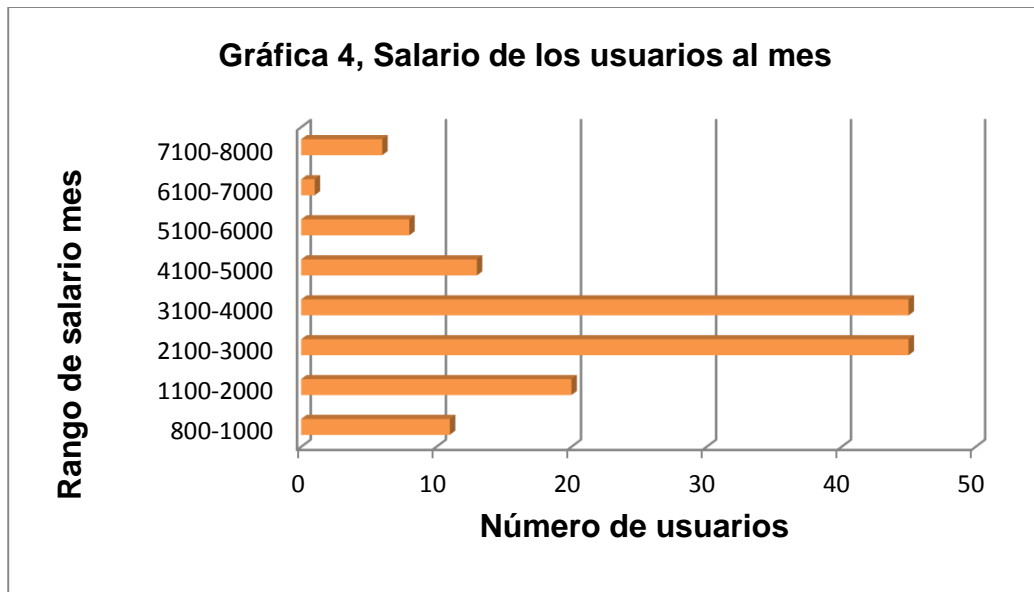
Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios del Centro de Salud COCOMI, periodo octubre-diciembre del 2013, por Mónica Zoé Palafox Vallejo.

Gráfica 2 muestra, que el 52% de la población se encuentra casada, seguido del 29% que se encuentra en unión libre, el 10 % son solteros, el 6% son madres solteras y el 3% son viudas.



Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios del Centro de Salud COCOMI, periodo octubre-diciembre del 2013, por Mónica Zoé Palafox Vallejo.

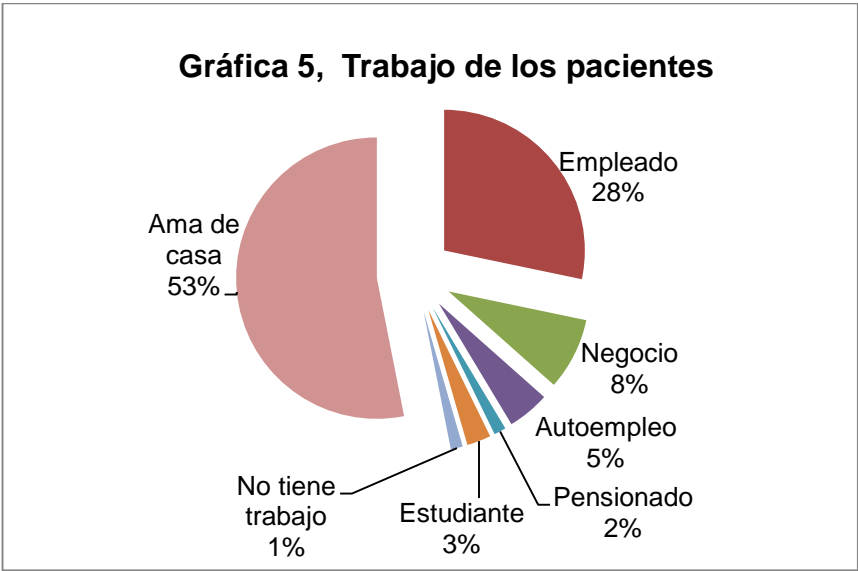
La gráfica 3 especifica que treinta y seis de los entrevistados tienen dos hijos, mientras que siete pacientes no tienen hijos, y por otro lado, sólo una paciente tiene nueve hijos, siendo éste el número máximo de hijos detectado.



Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios del Centro de Salud COCOMI, periodo octubre-diciembre del 2013, por Mónica Zoé Palafox Vallejo.

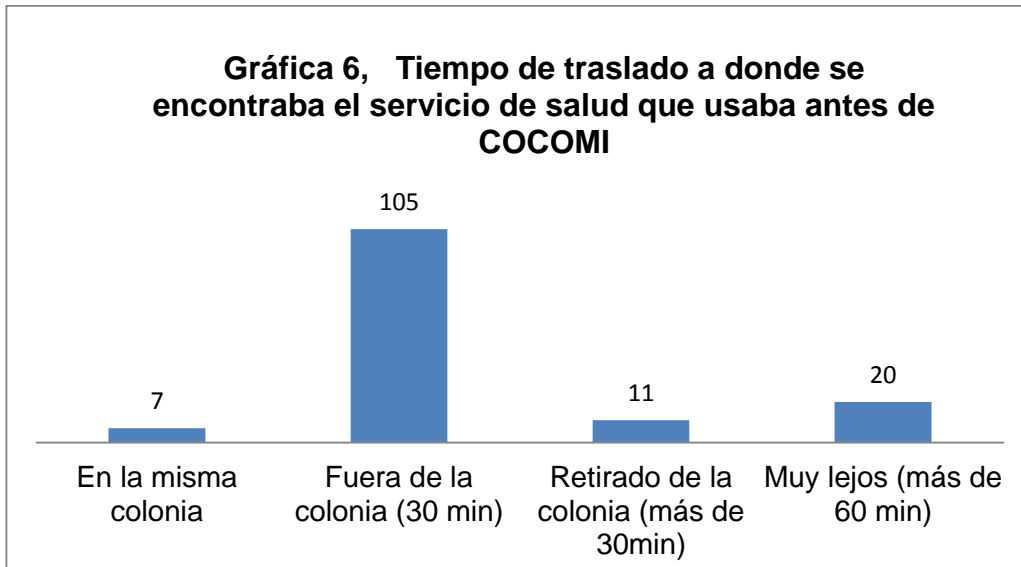
En la gráfica 4, tenemos que el sueldo más bajo va de 800 a 1,000 pesos, percibido por once personas de la muestra lo que representa el 8%, dentro del porcentaje siguiente es del 9% y va de los 4100 a 5000 pesos, mientras que el

sueldo más frecuente entre los encuestados va de 2,100 a 3,000 que es el 32%, al igual que el de 3,100 a 4,000 pesos que es otro 31%, ambos porcentajes tienen cuarenta y cinco personas; en el rango de 6,100 a 7,000 pesos, sólo se encontró a una persona que representa el 1%; lo mismo sucedió en el rango de 5100 a 6000 donde se presentó una persona, finalmente, el sueldo más alto es de 7,100 a 8,000 conformado por seis usuarios, siendo el 4% de la muestra, dicho porcentaje es de los más bajas, dando a conocer que son pocas las personas que tiene un ingreso mayor en comparación con las demás; comparando un poco con el rango 1100 y 2000 que es de los más bajos salarios y tiene el 14% de la población.



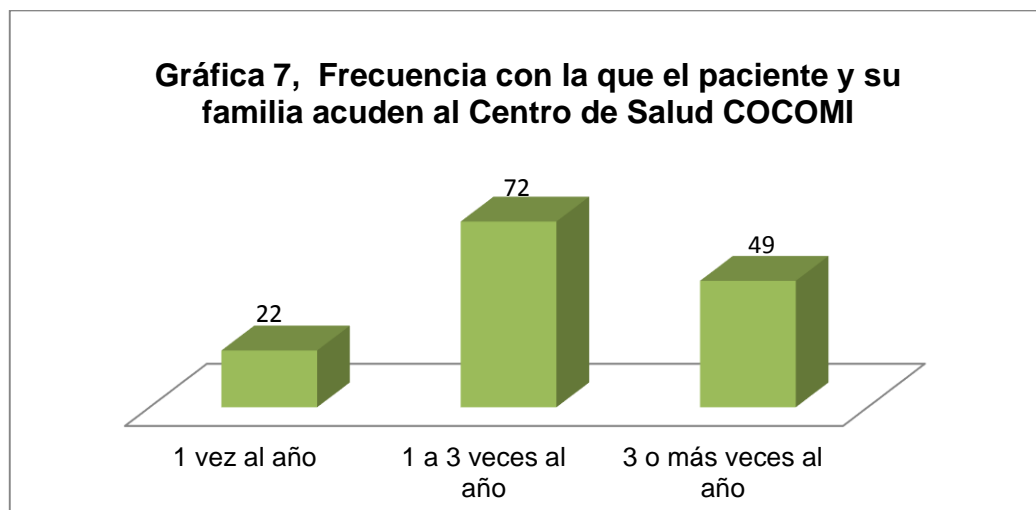
Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios del Centro de Salud COCOMI, periodo octubre-diciembre del 2013, por Mónica Zoé Palafox Vallejo.

La gráfica 5 aborda en qué trabajan los pacientes, el mayor porcentaje es de 53% el cual corresponde a las amas de casa, seguido del 28% que son empleados, el 8% cuentan con negocio propio, el 5% se autoemplea; mientras que los estudiantes, pensionados y los que no tienen trabajo suman el 6%.



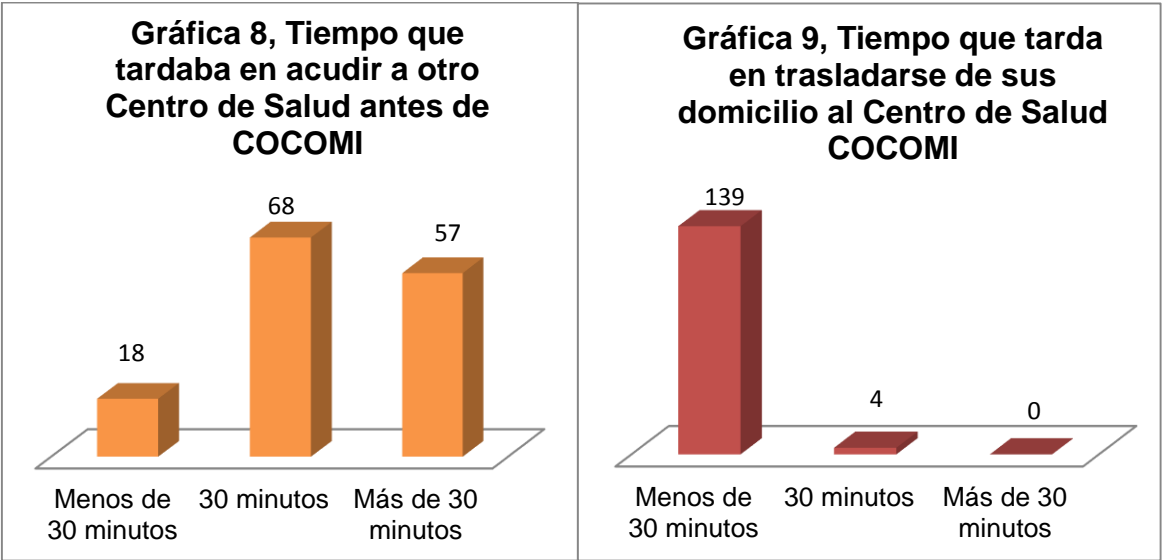
Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios del Centro de Salud COCOMI, periodo octubre-diciembre del 2013, por Mónica Zoé Palafox Vallejo.

La gráfica 6 da a conocer que el 73% de los usuarios salían de la colonia para recibir atención médica, esto era a treinta minutos de su domicilio; once pacientes, que corresponden al 8%, se trasladaban a más de treinta minutos; seguido de veinte pacientes que representan el 14% acudían a establecimientos a más de 60 minutos y el 5 %, que son siete personas de la muestra, no salían de la colonia.



Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios del Centro de Salud COCOMI, periodo octubre-diciembre del 2013, por Mónica Zoé Palafox Vallejo.

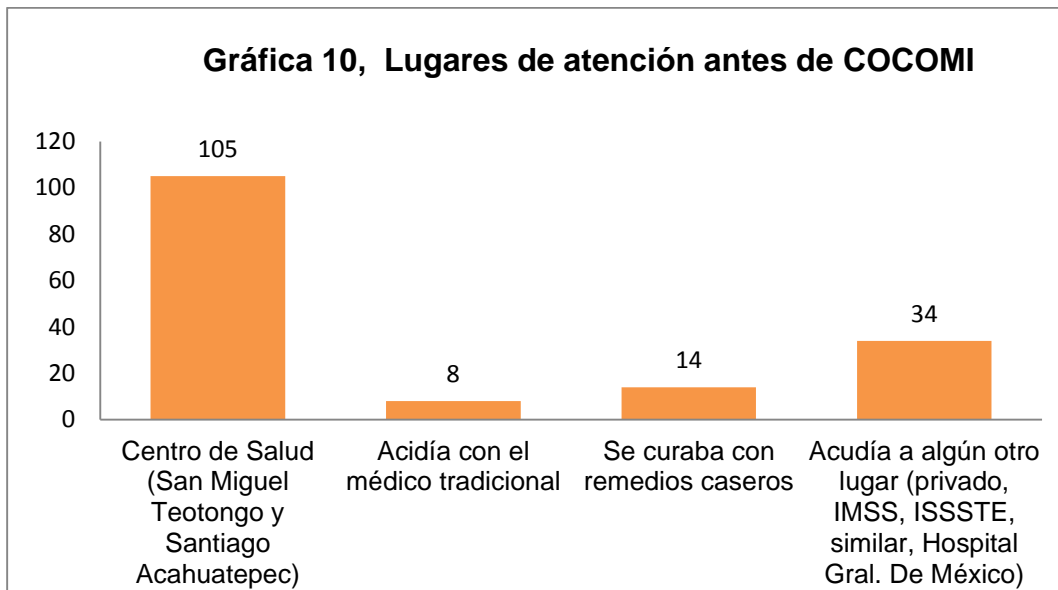
Esta gráfica presenta a los usuarios beneficiados por el C.S. de la COCOMI, el 50% son setenta y dos pacientes que acuden de una a tres veces al año, seguido de cuarenta y nueve pacientes, que representan el 43%, que usan los servicios de salud de la COCOMI de 3 a más veces al año, mientras que sólo 16%, que son veinte y dos pacientes, acuden una vez al año.



Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios del Centro de Salud COCOMI, periodo octubre-diciembre del 2013, por Mónica Zoé Palafox Vallejo.

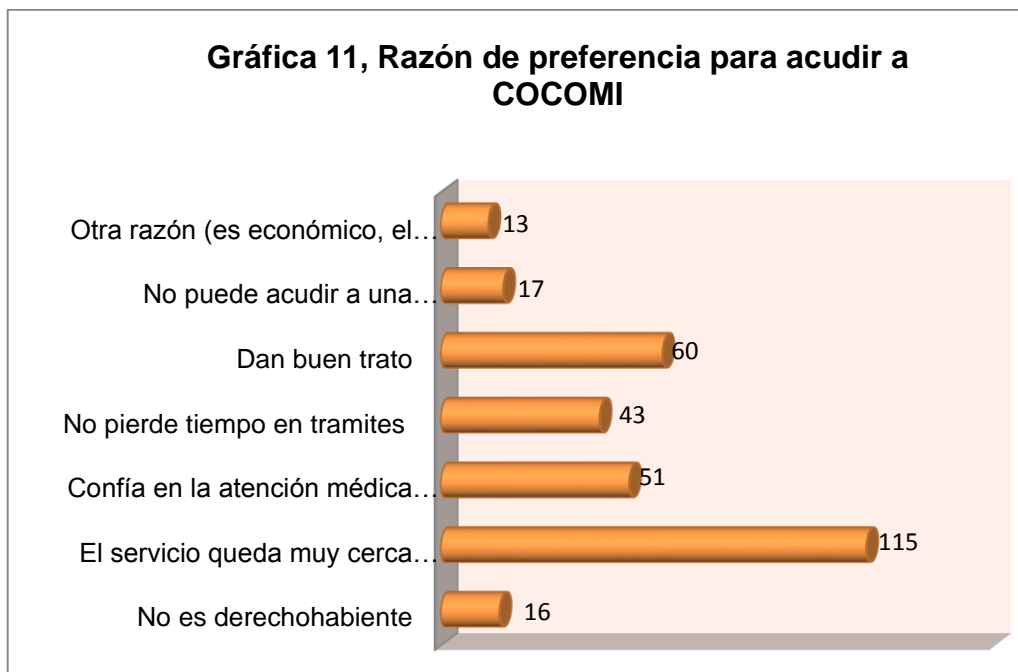
En la gráfica 8, encontré que el 47% de los usuarios tardaba treinta minutos en acudir a un Centro de Salud para recibir atención, seguido del 40% que dilataba más de treinta minutos, mientras que el 13% se trasladaba a menos de treinta minutos.

Ahora bien, la gráfica 9, muestra que ciento treinta y nueve de los usuarios de la muestra tardan menos de treinta minutos en trasladarse de su domicilio al Centro de Salud de la COCOMI, lo que representa el 97%, seguido de cuatro pacientes que son el 3% que tardan treinta minutos, cabe resaltar que no se encontró pacientes que tardaran más de dicho tiempo.



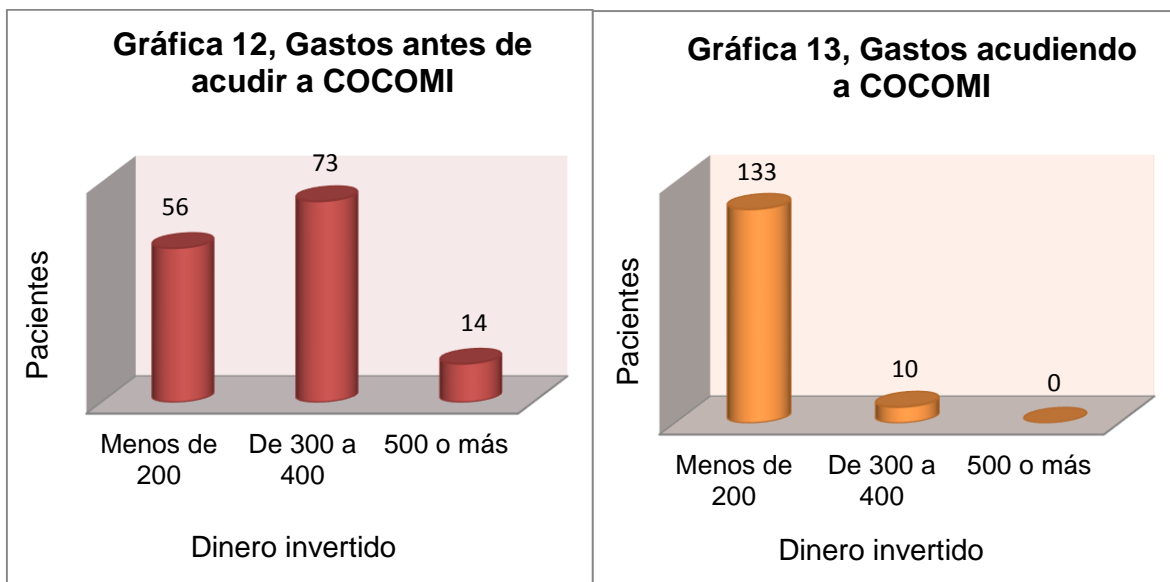
Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios del Centro de Salud COCOMI, periodo octubre-diciembre del 2013, por Mónica Zoé Palafox Vallejo.

La gráfica 10 especifica que el 65% de los usuarios de la muestra, que corresponden a ciento cinco, acudían principalmente a los Centros de Salud de San Miguel Teotongo y Santiago Acahuatepec que se encuentran alrededor de la colonia antes de que estuviera el Centro de Salud de la COCOMI, seguido de treinta y cuatro pacientes, el 21%, que iban al IMSS, ISSSTE, Hospital General de México y clínicas privadas, catorce pacientes de la muestra, que representan el 9%, se curaban con remedios caseros y ocho pacientes, que son el 5%, acudían con el médico tradicional.



Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios del Centro de Salud COCOMI, periodo octubre-diciembre del 2013, por Mónica Zoé Palafox Vallejo.

En la gráfica 11 se obtuvo que ciento quince pacientes que representan el 37%, prefieren acudir a los servicios médicos del Centro de Salud de la COCOMI, una razón importante fue que el servicio queda muy cerca de su domicilio, seguido de sesenta pacientes, que corresponde al 19%, consideran que tienen buen trato, el 16%, que son cincuenta y un pacientes confían en la atención médica que ofrece el C.S. de la COCOMI; ahora bien, en los valores mínimos se encontró que el 5%, esto es, dieciséis pacientes de la muestra no son derechohabientes mientras que trece pacientes, que representan el 4%, acuden por otras razones como las económicas, la rapidez del servicio, el servicio ginecológico, el horario de atención, y la razonabilidad del precio, por todo lo cual prefieren este servicio que el de gratuidad.

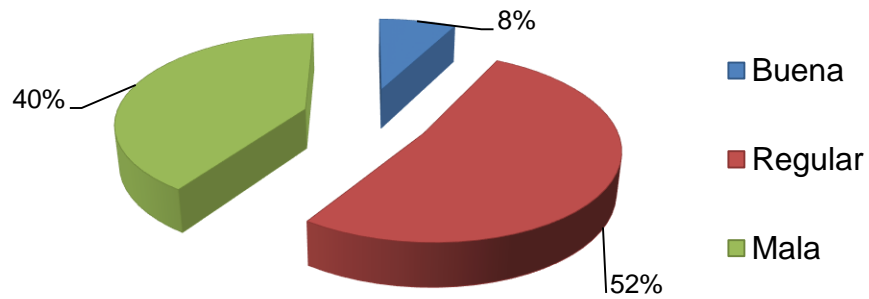


Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios del Centro de Salud COCOMI, periodo octubre - diciembre del 2013, por Mónica Zoé Palafox Vallejo.

La gráfica 12 muestra cuánto dinero invertían los usuarios beneficiados en recibir atención médica antes de acudir al Centro de Salud de la COCOMI, setenta y tres pacientes, que son el 51%, comentaron que gastaban de trescientos a cuatrocientos por consulta, contando medicamentos y curaciones, seguido de cincuenta y seis pacientes, que son el 39%, quienes invertían menos de doscientos pesos, y catorce pacientes, correspondientes al 10%, tenían un gasto de más de quinientos pesos.

En cambio, la gráfica 13 da a conocer cuánto dinero invierten para recibir atención médica en el Centro de Salud de la COCOMI, por lo que ciento treinta y tres usuarios, quienes representan el 93% de la muestra, tienen un gasto menor de doscientos pesos, seguido de diez pacientes que son el 7% de los encuestados, quienes gastan de trescientos a cuatrocientos pesos; ahora bien, ninguno de los usuarios gasta más de quinientos pesos.

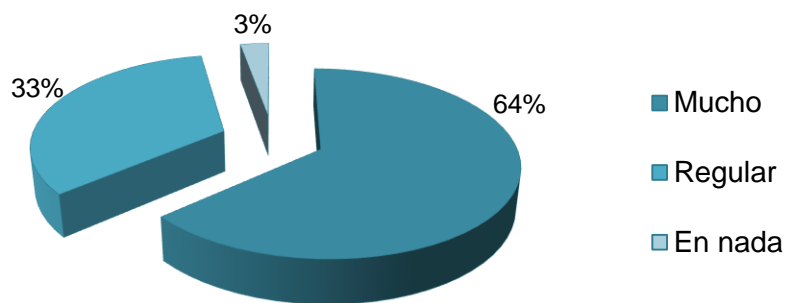
Gráfica 14, La atención a la salud en Miravalle antes del Centro de Salud COCOMI



Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios del Centro de Salud COCOMI, periodo octubre - diciembre del 2013, por Mónica Zoé Palafox Vallejo.

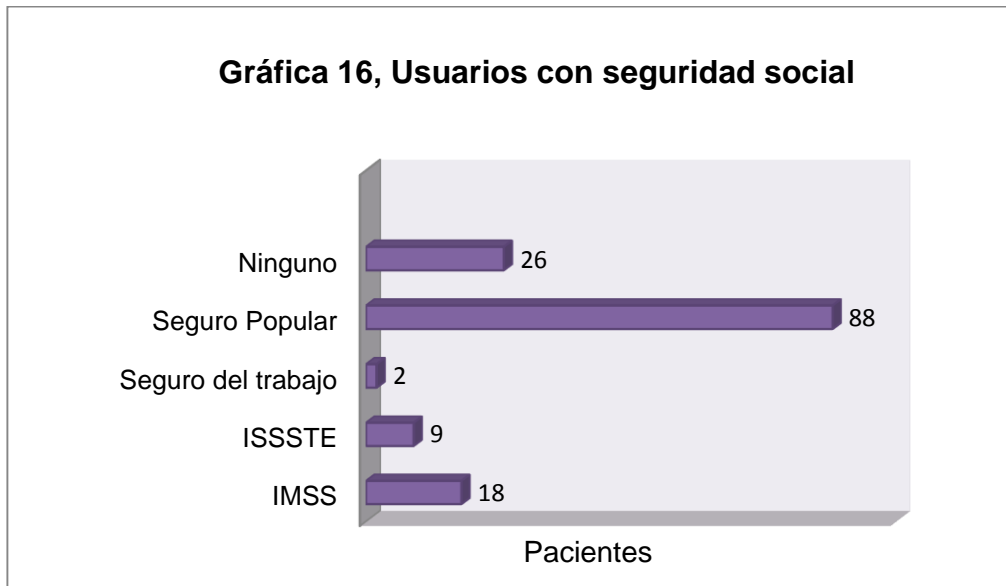
La gráfica 14 expone cómo los usuarios beneficiados de Miravalle consideran que se atendía la salud antes del Centro de Salud de la COCOMI, por lo que el 52%, correspondientes a setenta y cuatro pacientes, dicen que era regular, el 40% — cincuenta y ocho pacientes— la consideran mala y el 8%, representados por once pacientes, dijeron que es buena.

Gráfica 15, La atención en salud al acudir al Centro de Salud COCOMI



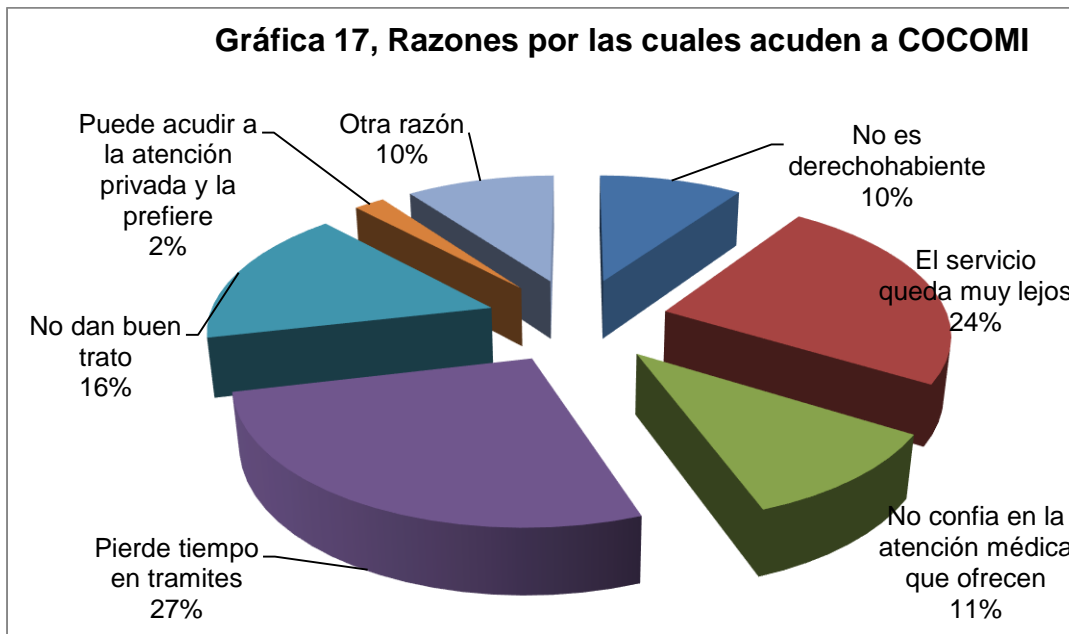
Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios del Centro de Salud COCOMI, periodo octubre - diciembre del 2013, por Mónica Zoé Palafox Vallejo.

La gráfica 15 exhibe cómo ha favorecido la calidad de atención con la presencia del Centro de Salud: noventa y uno de los pacientes, que son el 64%, consideran que se ha favorecido mucho; cuarenta y ocho pacientes, quienes representan el 33%, dicen que ha sido regular; y cuatro pacientes, que son el 3%, dicen que la presencia del C.S. no ha favorecido en nada.



Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios del Centro de Salud COCOMI, periodo octubre - diciembre del 2013, por Mónica Zoé Palafox Vallejo.

La gráfica 16 muestra que el 62% de los usuarios cuentan con seguro popular, seguido de veinte y seis pacientes, que representan el 18%, que no tienen seguro; mientras que dieciocho pacientes, que son el 13%, cuentan con IMSS; el 6%, que son nueve pacientes, tienen ISSSTE y dos pacientes, que corresponden al 1%, tienen Seguro de Gratuidad o seguro por parte de Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA).



Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios del Centro de Salud COCOMI, periodo octubre - diciembre del 2013, por Mónica Zoé Palafox Vallejo.

En la gráfica 17 se expone las razones por las cuales los pacientes que cuentan con algún tipo de seguro de asistencia no lo utilizan y acuden al Centro de Salud de la COCOMI; el porcentaje más alto es de 27%, que son setenta y ocho de los usuarios, quienes exponen que pierden mucho tiempo en trámites; el 24% de los encuestados, que corresponden a setenta, argumentan que el servicio queda muy lejos, el 16%, representado por cuarenta y ocho pacientes, dicen que no dan buen trato; veinte y nueve personas, que son el 10%, dan otras razones como que no hay medicamento, gastan más dinero, tardan en atenderlos, no hay médico, no alcanzan ficha, mandan mucho medicamento, no cubre algunas enfermedades, está cerrada la farmacia, atienden una semana después; en comparación, COCOMI atiende más rápido, está más cerca y es más económico. Se halló que veinte y ocho usuarios no cuentan con ningún tipo de seguro de asistencia médica; por último, sólo seis personas pueden acudir a una atención privada.

VIII. Análisis

En este apartado se analizaron los resultados obtenidos en las entrevistas aplicadas a los fundadores y encargados del Centro de Salud de la COCOMI. Así como la información obtenida en las encuestas aplicadas a los usuarios del mismo, cuyo fin es mostrar un análisis completo y profundo; cabe resaltar que el examen se hizo desde las teorías presentadas anteriormente en el marco teórico.

El análisis inicia con la revisión de los resultados de las entrevistas, para ello se expondrán las categorías pertinentes para cada punto de acuerdo al orden del marco teórico, es importante resaltar que no todos los puntos expuestos teóricamente se tocan en su totalidad sino solamente los que se requieran de acuerdo a las características de la información; el mismo método se realiza en las encuestas; elaborando un análisis completo y con las dos perspectivas: tradicional y socio-histórica, en ambos instrumentos.

A continuación se presentan los resultados de las entrevistas y su vinculación con las dos perspectivas

Inicio con *accesibilidad*. En la teoría tradicional encuentro que la ONU y Julio Frenk, como ya se presentó, no toman en cuenta las problemáticas de carencia en infraestructura y servicios básicos para garantizar la *accesibilidad*, en el caso de Miravalle esto condicionó su falta de *accesibilidad* a servicios de salud, debido a que en los inicios de la colonia no se contaba con servicios públicos básicos y el de salud era uno de ellos.

Ahora bien, la colonia vivió un involucramiento de la población con la generación de redes de apoyo, dando paso a la formación de la COCOMI, con el fin de buscar la mejora de servicios públicos básicos como agua, drenaje y luz, que eran y aún son los principales problemas en la colonia, por consiguiente, contar con un establecimiento de salud era complicado, principalmente por el incumplimiento de parte del gobierno, como lo plantea la teoría socio-histórica. En ese sentido se pronuncian Donabedian, Aday y Andersen, sin olvidar la Carta de Ottawa, quienes ven la *accesibilidad* como de ser un proceso más complejo y con diversos factores.

De acuerdo a los tipos de *accesibilidad* encontré los siguientes en la investigación. Hay una barrera en la *accesibilidad* geográfica, y se da porque la delegación se encuentra a la periferia del DF y Miravalle está a las orillas de ésta, de ahí que no había facilidad para acceder a un establecimiento, además de la carente y baja calidad del transporte, motivos para que los usuarios acudieran a otras comunidades; éstas situaciones afectaron a la *accesibilidad* financiera y se generó un gasto de bolsillo al pagar transporte, comida, consultas y medicamentos, ya sea si se atendían en un C.S. de Salubridad o médico particular, en cambio el C.S. de la COCOMI ofrece el medicamento a un precio más económico con el fin de evitar se suspenda el tratamiento y éste sea completo.

En cuanto a la falta de *accesibilidad* funcional hay poco control y tratamiento a las infecciones vaginales de las amas de casa, sin olvidar que enfermaban frecuentemente por infecciones estomacales y picaduras de alacrán; con el C.S. de la COCOMI hoy las mujeres realizan su examen de papanicolaou cada año, con esto es evidente que hay una mejora en la salud sexual, además de ofrecer una buena calidad humana, igualmente los demás usuarios han tenido buenos resultados a sus tratamientos.

Ahora bien, la *accesibilidad* cultural se da por el apoyo del médico Federico, quien consulta con medicina alternativa, alópata y micro dosis, como primera alternativa para atender a la población, de ahí que se instala la medicina alternativa e impulsa la realización de talleres de estas alternativas de curación.

Ante esto me quedo con la postura socio-histórica por su mayor comprensión de los sucesos, para el caso, la población de Miravalle desde sus inicios ha hecho fuertes lazos, logrando minimizar las barreras de *accesibilidad* a los servicios de salud y servicios básicos, considero que la *accesibilidad* no se puede eliminar completamente, pero si minimizar o trabajar en las principales barreras como lo hizo la población y la organización, asimismo las situaciones sociales, económicas, políticas y culturales van cambiando como condicionando dicho tema.

Considero que las acciones que toma la colonia para trabajar en atender esta falta de servicio poseen acciones y estrategias de *promoción de la salud*, iniciando con organizarse para buscar obtener un establecimiento de salud, una vez logrado hacen una reorientación de los servicios de salud logrando, atender una necesidad para pasar a la protección a la salud y exigibilidad de este derecho.

Dentro del marco jurídico que apoya a la exigibilidad del *derecho a la salud*, analizándolo desde un orden jerárquico internacional y nacional, está la DUDH en su artículo 25. Apartado 1º, el PIDESC en el artículo 12 parte I, en lo nacional se encuentra la Carta Magna en el artículo 4º párrafo 3, la Ley General de Salud con el artículo 2º, fracción III y artículo 77 Bis, la LGS del Distrito Federal en sus artículos 1º fracción I, Artículo 3º y artículo 5º, por último la LGDS con su artículo 6º y 36º.

En la investigación se encontró que el gobierno Federal no ha apoyado en nada para poder contar con un establecimiento de salud en Miravalle, por lo que no se cuenta con IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y Salubridad. Por parte del GDF la organización sólo ha logrado obtener apoyo participando en convocatorias de proyectos sociales, como fue el caso Programa Comunitario de Mejoramiento Barrial y el Foro Internacional del Deutsche Bank Urban Age.

Ahora, distinguiendo los sucesos históricos en el DF, después del sismo del ochenta y cinco es como se logra crear el Modelo de Atención de Salud Pública, cuyo fin fue aumentar la cobertura de servicios de salud en la ciudad, –como parte del cumplimiento del *derecho a la salud*– debido a que estos se encontraban sólo en el centro y no habían establecimientos en la periferia, logrando descentralizarlos; permitiendo la creación de los Centros de Salud de San Miguel Teotongo y Santiago Acahuatepec, ambos pertenecientes a Salubridad, establecimientos que logran atender al 5.9% de la población de Miravalle. A pesar de su creación continúa una carente *accesibilidad* a los servicios básicos de salud en dicha población.

Para el 2010 el 38.30% de la población de Miravalle no contaba con derechohabencia, aunque en ese año entra el Programa de Oportunidades y el Seguro Popular (SP), las personas afiliadas son canalizadas para ser atendidas a

los Centros de Salud de Teotongo y de San Miguel; desafortunadamente, se sigue sin crear nuevos establecimientos de salud y los existentes se encuentran descuidados, saturados, con deterioro material y poco personal por lo que el tiempo de espera para atender a los usuarios sigue siendo prolongado. Consecuentemente, la población que ahora cuenta con SP no cuenta con un servicio de calidad, puesto que en general no tiene trabajo formal que le permita comprobar su ingreso, como sucede con las personas que gozan de derechohabencia quienes tienen que dar un aporte económico como trabajador o la empresa lo hace por ellos para contar con un seguro de empleo.

La falta de un establecimiento en Miravalle que proporcionara acceso a servicios de salud era una necesidad y en la búsqueda de resolverla se creó la COCOMI, logrando cumplir con una parte del *derecho a la salud*; acto seguido ofreció asistencia de médicos, odontólogos, nutriólogos, psicólogos, además del apoyo de sus promotoras. Desafortunadamente, antes de la creación del C.S. contar con este servicio parecía ser una utopía, porque una cosa es tener los elementos jurídicos para poder defender este derecho y otra es que éste se logre ejercer y cumplir.

A mi parecer, el SP atribuye mínimamente en mejorar el gasto de bolsillo de los usuarios, y asimismo, impacta en la barrera institucional, porque el servicio queda muy lejos o no existe, el personal no atiende o maltrata a los usuarios, quienes generalmente, deben realizar una espera prolongada; barreras que se reflejan en el estado de salud; por ejemplo, cuando en un trabajo informal, comúnmente las personas no se atienden en tiempo y forma, parte ello se debe que al acudir al médico pierden un día laboral lo que implica no obtener recursos económicos para solventar ese día; lamentablemente, estas barreras no deberían estar ya que esto es parte de un derecho y se debe contar con seguro o atención médica en todos los casos. La población de Miravalle encuestada, se encuentra bajo esta situación y la presencia del C.S. ha contribuido positivamente en que estas barreras se minimicen.

Por otro lado, de acuerdo a los tratados internacionales y normas jurídicas nacionales, es muy claro que el Estado es el que debe regular, resguardar y garantizar el cumplimiento del *derecho a la salud*, para ello tiene que basarse en los principios de igualdad y universalidad; como se sabe, todo derecho implica una obligación por parte de la población, en el caso de Miravalle se ha notado una organización, así como un trabajo y acción de responsabilidad, mientras que por parte de las autoridades e instituciones de salud gubernamentales su acción es carente.

Como se sabe, a nivel internacional México es estado parte, lo que indica que está comprometido a seguir los tratados internacionales así como las observaciones y sanciones que le hagan; en lo nacional sus leyes establecen que debe cumplir con la protección y brindar acceso a los servicios de salud como punto fundamental; estos derechos buscan la incorporación y cumplimiento del sistema. El cumplir o no con este derecho favorece o limita el ejercer otros derechos, porque la salud también es un derecho humano y social.

Los siguientes temas a analizar se refieren a los *determinantes sociales en salud* (DSS) y la *desigualdad social* (DS), reúno estos puntos por la relación que existe entre ellos. Siguiendo el orden jerárquico, inicio con los DSS. Primero, desde la perspectiva tradicional, encuentro en la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS y algunos autores como Tarlov, Hernández Muñoz e Hilda Santos, como se mencionó en el marco teórico, que no toman en cuenta las cuestiones políticas que condicionan a la sociedad y al individuo, y además, hacen una clasificación y separación de los determinantes; por lo que considero como mínima la vinculación que hacen de éstos, por el contrario, desde mi punto de vista es importante no desvincular como se plantea en la siguiente perspectiva.

Desde la perspectiva crítica de la medicina social se retoma el Taller de Determinantes Sociales de la Salud realizado por la Asociación Latinoamericana de Medicina Social. En esta línea se encuentran algunos autores como Jaime Breilh y Krieger, cuyas ideas considero se hacen presentes en la investigación de los inicios de la colonia, como lo comentaron los fundadores y encargadas del C.S. en las

entrevistas: no había agua, drenaje, ni electricidad y el servicio de transporte era poco, siendo éstos los principales determinantes. Todo ello provocó que la población trabajara en la búsqueda de una solución, principalmente en el espacio de las asambleas. Con lo anterior se comprende que hay una intersección de incumplimiento al *derecho a la salud*, cuando se cruza la falta de *disponibilidad* y *accesibilidad* a los servicios de salud, con la presencia de los *determinantes sociales* ya expuestos.

La situación económica, laboral, política y social de la colonia en sus inicios (1970), influía en la salud de las personas puesto que sus trabajos informales no les permitían ser derechohabientes; por ejemplo las mujeres acudían a trabajar mayoritariamente a las delegaciones de Polanco, Coyoacán y Tlalpan, en labores que consistían en asear casas, atender lavanderías, lavar ropa de otras personas. Actualmente, esto no ha cambiado del todo, sigue habiendo trabajo informal y las fuentes de empleo en la Miravalle son escasas y se restringen a atender tiendas de abarrotes u otros negocios, vender algún producto por catálogo o incorporarse a la fábrica de maquila que opera en la colonia, y pocas son las personas que cuentan con un trabajo formal; es decir, la situación en general no cambia desde los inicios y hoy en día, persiste la carencia de trabajo y falta de seguro social, hecho que no deja de golpear negativamente a la *accesibilidad* efectiva y económica.

De acuerdo con el punto anterior, considero que la investigación permite comparar las gráficas 4,5 y 16, son los puntos principales que determinan y limitan la calidad de vida y de salud de la población, además de ser parte de los DSS.

Ahora bien, en lo referente al manejo político de los partidos en la colonia encontré en las entrevistas señales de corrupción y manipulación, concretamente de parte del PRI, ya que ofrecía atender las carencias de los servicios básicos públicos a cambio de votos, servicios que son parte de los derechos sociales, humanos y de salud para la población y que no pueden ser condicionados con fines electorales. Con la presencia de la Asamblea y de la COCOMI se logró frenar este mal manejo por parte del partido.

Como comentario final, me parece importante considerar que el tipo de modelo económico que hay en el país es un punto clave que determina cómo se hace la distribución de los recursos y la planeación de las políticas sanitarias que llevan a disminuir o a agudizar las dificultades para acceder a un establecimiento de salud, tan sólo de primer nivel, suceso que es claro en las gráficas 12 y 14 de la investigación.

En el orden de los conceptos revisados, continúa la *desigualdad social*, en Miravalle se presencié principalmente con la falta de los servicios públicos básicos. Para el caso de la perspectiva tradicional, Adam Smith podría decir que en el caso de la formación de la colonia Miravalle se debe a que la población ahí decidió y quiso establecerse, considerándolo como un lugar adecuado para vivir.

En contraste con la perspectiva crítica se encuentran el Informe Black y algunos autores como Joan Benach, Rodolfo Stavenhagen, Jaime Breilh, Carlos Tello, Margaret Whitehead y Lenski, cuyos aportes permiten entender cómo la población más empobrecida es la que vive en barrios apartados, socialmente oprimida, en cinturones de pobreza. Dicha situación es resultado del mecanismo implementado por el poder de un gobierno capitalista desigual, en el cual queda claro que la población no es dueña de los medios de producción, por el contrario, continúa vendiendo difícilmente su fuerza laboral, pues hay un incremento de desempleo, hecho que se expresa en la migración desde sus lugares de origen, así como la ubicación en la periferia de los nuevos lugares en que se asientan. Además, a esta población le afectan las características de exclusión del modelo neoliberal-capitalista.

Para complementar lo anterior, menciono la realidad de Miravalle, que, como ya se sabe, es una colonia que fue creada en las faldas de cerro de Santa Catarina, considerado un lugar de riesgo debido a que el suelo no es firme por la extracción minera de que fue objeto, aunque históricamente era una zona de conservación ecológica. Asimismo, se convirtió en una zona de exclusión de la población pobre y foránea de los estados aledaños al DF. La perspectiva socio-histórica ve esta

situación como injusta, innecesaria y evitable. Me parece que la mala distribución es la raíz de la inequidad y la injusticia, como puede observarse en la distribución de los centros de salud y hospitales en los años setenta, los cuales se encontraban en el centro de la ciudad y para la población de la periferia era muy carente contar con estos servicios por lo que no había atención, claro ejemplo y presencia de una desigualdad geográfica.

Como ya se ha expuesto, los DSS y la DS impactan en la sociedad, principalmente en la que se encuentra en un estado vulnerable, de ahí que dicha situación sea un precursor para que se genere una *respuesta social organizada* (RSO). A saber, en la indagación teórica se exponen los términos de RSO, también identificable como 'movimientos sociales' y 'organización social'; esto con el fin de complementar y relacionar el tema con la investigación, como a continuación se expone.

Nuevamente inicio con la perspectiva tradicional, la cual establece que hay RSO con la acción y presencia de los servicios de salud, situación que en Miravalle no se presenta, al contrario, como ya comenté es el punto principal para la formación del C.S. de la COCOMI.

En la perspectiva socio-histórica está la contribución de Jarillo, Donnangelo, Pereyara, Tetelboin, Touraine, Castellanos y Sousa Santos, cuyo aporte permite ver la organización y reorganización social; punto influyente para la organización y reorganización es la presencia y acción del mercado (venta de productos milagro) así como la falta de actividad del Estado, que busca un ahorro en servicios de salud por lo que hace cambios en el sistema sanitario, muestra de ello es el SP que cuenta con algunas restricciones en su atención, lo que genera se presente la acción social que busca atender sus problemáticas y necesidades, como el caso de la COCOMI en Miravalle, cuyo propósito es mantener los valores y derechos principales de la sociedad en materia de *accesibilidad*.

Como resultado de dicho trabajo se crean las organizaciones sociales o civiles, también nombradas como el 'tercer sector', su acción es bajo su

responsabilidad con compromiso social sin fines de lucro, en algunos casos llega a contar con algún apoyo de otras instituciones internacionales o nacionales, así como del gobierno federal o local, aunque regularmente su presencia y apoyo es mínimo.

Es importante recordar que en los años setenta se presentó un periodo de crisis económica —privatización del petróleo, centralización de los servicios públicos y de salud en la periferia del DF— así como la implementación de políticas neoliberales, lo cual, desde la concepción socio-histórica, generó una *RSO* en el país, en la cual Miravalle no fue la excepción, ya que contó con razones que dieron pauta al surgimiento de respuesta, movimiento o acción social, cuya acción es la misma, a mi entender, ya que trabajan para el mismo objetivo.

Resultado de la respuesta social en Miravalle es la formación e integración de la Asamblea y la COCOMI, además del involucramiento de los médicos Alejandro Cerda, Federico, la médico Gloria Olimpia y algunos pedagogos. Los médicos colaboraron en hacer la vinculación con la UAM-Xochimilco para que pasantes de odontología y médicos generales presten su servicio social en el C.S., hoy en día continúa esta participación; también hay colaboración de los estudiantes de *Promoción de la salud* de la UACM en diversos proyectos.

Antes de la COCOMI ya se tenía identificados los problemas de la colonia, con su presencia se dio paso a la creación de diversos proyectos como: la biblioteca, remodelación del parque, el centro cultural y para nuestro caso, el centro de salud comunitario. De modo que, la comunidad y la COCOMI han trabajado en la resolución de sus problemáticas y carencias de servicios básicos de forma jerárquica.

Con el trabajo del C.S. de la COCOMI se han atendido y resuelto las principales problemáticas como son el contar con los servicios básicos, espacios recreativos y culturales, además de minimizar la violencia y los problemas de adicciones.

En la presente investigación encontré que, tanto en los inicios de la formación de COCOMI como hoy en día, el Estado cumple mínimamente con sus obligaciones,

por ejemplo, brindó apoyo jurídico para la creación de ONG's, Organizaciones Sociales y Asociaciones Civiles; justamente en el mismo periodo en que se creó la COCOMI, pero nada más; esto impacta en que se sigue sin crear un centro de salud por parte de la Secretaría de Salud en Miravalle, lo cual, desde mi parecer, dista mucho de suceder.

Para resumir, la *RSO* se analiza en esta investigación con un primer proceso, que es la formación de la COCOMI, la cual se estudia desde las perspectivas tradicional, crítica y sociológica. Julio Frenk expone que el concepto de *RSO* radica en los sistemas de salud oficiales y a la *accesibilidad* la concibe como un recurso para producir los servicios; en el caso de Miravalle, este autor vería que, como no hay un establecimiento de salud por parte de Salubridad, esta respuesta social no se hace presente. Por otro lado, como un segundo punto de análisis del proceso se encuentra la parte crítica de la medicina social, la cual toma en cuenta los factores sociales, políticos y económicos; en la investigación encontré la presencia del factor político en la corrupción que promueve el PRI, además del poco apoyo por parte del gobierno federal y local para solventar las necesidades básicas de la colonia, principales aspectos que llevaron a una acción social para crear la COCOMI. Como último paso del proceso, la revisión se apoya en la sociología que presenta al 'tercer sector', donde la sociedad toma acciones organizadas ante la falta de justicia por parte del gobierno. En resumen, la colonia presentó los tres procesos de *RSO* expuestos en la teoría que culminaron con la creación de la COCOMI y el establecimiento del Centro de Salud comunitario, como se dio a conocer en el marco referencial y en las entrevistas, con el fin de entender cómo fue su proceso.

Actualmente, me parece que la acción de la organización ha disminuido, lo cual, considero se debe a que se han resuelto sus más grandes problemáticas, hoy en día se busca mantener e integrar la participación de nuevas generaciones a los proyectos existentes.

Personalmente, creo que la población y la organización han trabajado en sus carencias y en la exigencia del cumplimiento de sus derechos sociales y humanos, mismos que como ya presenté están pactados en tratados internacionales como

nacionales; además se logró minimizar la *DS*, esto desde *promoción de la salud* está estipulado en la Carta de Ottawa y cumple con la acción social, reorientación de los servicios en salud y empoderamiento de la colonia.

El siguiente punto a tratar lo constituye el tema de *Organizaciones No Gubernamentales*. Encuentro de interés el aporte que en este tópico hace el autor Boaventura Sousa Santos, quien plantea al 'tercer sector' como resultado y consolidación de la *RSO*, lo que permite dar pauta a la creación de las *ONG'S*. Considero importante ver la situación histórica de cómo surgen las organizaciones, lo que permite entender el proceso de desmantelamiento que inició el Estado para deslindarse de sus deberes, de ahí que las presentan como las encargadas de mejorar la pobreza y el malestar social, con características de ser no lucrativas, no burócratas, sino, por el contrario, humanistas, apolíticas y con calidad profesional.

Asimismo, las organizaciones civiles cuentan con derechos y obligaciones dentro de los marcos jurídicos, como es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 9º, el Código Civil del Distrito Federal en sus artículos 2711º, 2713º y 2670º, los cuales dan el derecho a reunirse bajo un fin común, tales como temas políticos, científicos, artísticos, culturales, entre otros, siempre y cuando no estén prohibidos por la ley; dichos integrantes son personas morales, cuentan con derechos y obligaciones, —como a votar dentro de la organización—, igualmente, las organizaciones deben contar con una asamblea general, un consejo administrativo y uno ejecutivo, esto con el fin de la regularización de la misma.

Ahora bien, tomando en cuenta los aspectos jurídicos ya comentados, encuentro que la COCOMI inició por medio de una asamblea y en un momento dado logró obtener su primera Acta Constitutiva, estableciéndose como Asociación Civil, conformada por un presidente, un secretario, un tesorero y tres vocales; para su segunda acta se hacen cambios que incluyen una lista de asociados y otra de usuarios, con el fin de alcanzar una mayor inclusión de la población a trabajar en la coordinadora.

La COCOMI con su trabajo ha logrado que se cumplan derechos sociales, culturales y de salud, además de obtener apoyo por parte de GDF a través de las convocatorias comentadas anteriormente, obteniendo, entre otras cosas, un primer lugar con su programa integral, el cual ha sido de gran impacto. Dicho programa ha atendido muchos asuntos emergentes que eran todo un reto y un gran compromiso para la organización que resultaba complicado atender sin apoyo.

Sin olvidar que el trabajo de la COCOMI es autogestiva, independiente de cualquier partido político y funciona bajo un fin común que es la mejora de Miravalle, la forma de trabajo autónoma se ha logrado mantener, de ahí que hay una presencia de la población de todas las edades que han permanecido y otras que se van uniendo a los proyectos existentes. Otro aspecto a destacar es que al C.S. acuden personas de colonias aledañas, quienes participan en las actividades que la organización realiza, lo cual considero es un claro ejemplo de la buena trayectoria y trabajo de la Coordinadora.

Por último, encuentro que la presencia de la COCOMI es positiva por diversos aspectos, que van desde la unión y acción de la población de Miravalle para atender sus carencias en servicios básicos y de salud, hasta crear diversos proyectos, tomando en cuenta la salud individual y colectiva. Hoy en día, esta organización tiene el reto de mantener sus proyectos que incluyen temas ambientales, psicosociales, educativos, culturales, de salud y de recuperación de espacios públicos. Para el caso concreto del C.S., que es el interés de esta investigación, favoreció el establecimiento en la colonia de un espacio de atención médica que disminuyó las barreras de *accesibilidad* –geográfica, económica y real–, ofrece atención continua, calidad humana, vínculos entre la comunidad, mejora en la salud biológica, social y psicosocial. Finalmente, esto muestra que la coordinadora está cumpliendo con su compromiso social.

A continuación, analizaré las categorías que se lograron identificar en las encuestas aplicadas a los usuarios del C.S. Es importante comentar que, en ellas, se realizó una comparación del antes y el ahora de la comunidad con la ausencia y presencia de la Coordinadora Comunitaria de Miravalle.

Como he comentado, la principal categoría es la *accesibilidad* a los servicios de salud; de acuerdo a lo mencionado por los autores Donabedian, Aday y Andersen, los cuales tienen una postura crítica, sus aportes tienen relación con las barreras que mencionaron los usuarios.

Encontré que una de las barreras mencionadas para acceder a los servicios de salud es la *accesibilidad* geográfica, puesto que los habitantes de la colonia acudían a instituciones de salud ubicadas a más de 60 minutos, esto sin tomar en cuenta otras complicaciones que se les presentaban –como es la carencia de transporte público, principalmente en las mañanas–, por lo que se veían en la necesidad de caminar hasta la siguiente colonia para poder tomar algún autobús o taxi y llegar a un centro de salud; en cambio, algunas personas tenían que llegar a la Avenida Ermita y tomar otros transportes porque acudían a delegaciones vecinas para ser atendidos.

Con la presencia del C.S. de la COCOMI el tiempo de traslado que invierten desde su domicilio a éste es de menos de 30 minutos; al respecto, en esta indagación encontré que el tiempo de traslado de los usuarios al C.S. tuvo un cambio de 1 a 15 minutos, como tiempo máximo, dicho beneficio lo presentó el 97% de los usuarios encuestados; además de favorecerse en los gastos de transporte, que es menor o en algunos casos no existe ya que pueden llegar caminando; otra ventaja se ve reflejada en el horario que consideran adecuado, debido a que las consultas inician a partir de las nueve de la mañana; anteriormente tenían que salir de casa desde las cuatro o cinco de la mañana y trasladarse en transporte público para tan sólo obtener una cita en un establecimiento de gobierno. En ese sentido, encontré que el 65% de las personas acudían a los Centros de Salud de San Miguel Teotongo y Santiago Acahuatepec, aunque sí es notorio la preferencia hacia el C.S. de la COCOMI en un 79%; la otra parte de la población, el 21%, acude al IMSS, ISSSTE, Hospital General de México y a algunas clínicas privadas aledañas a la colonia.

En cuanto a la categoría de *accesibilidad financiera* se identificó un cambio importante con la presencia del C.S. de la COCOMI, dado que antes de su

existencia el 51% de los usuarios gastaban de trescientos a cuatrocientos pesos en cada consulta, tomando en cuenta medicamentos y curaciones; seguido del 39% que gastaba menos de doscientos pesos y el 10% que hacía un gasto de más de quinientos pesos en cada consulta; con esto se presentaba el 'factor consumo', que es el gasto económico que hacen los usuarios por usar un servicio; dicha situación muestra cómo este derecho no es cubierto por el Estado. Por otro lado, vale la pena ver que el sueldo más bajo ronda entre ochocientos y mil pesos, si se compara este ingreso con el gasto que antes tenían, se hace evidente que comprometía la mitad de su salario; hoy, con la presencia del C.S. de la COCOMI, este gasto es de menos de doscientos pesos lo que equivale a la cuarta parte de su salario.

Descubrí que con la presencia de la COCOMI esta barrera disminuyó, ahora el acceso es más factible y el 'factor consumo' es menor a doscientos pesos, favoreciendo al 93% de los usuarios encuestados que invertían de trescientos a cuatrocientos pesos anteriormente. A pesar del cambio positivo en lo financiero la población no ha tenido una cobertura total, el gasto menor pasó a ser de cincuenta a ciento cincuenta pesos en cada consulta, contando los medicamentos; los usuarios comentaron que esto depende también de qué enferman y el medicamento que requieran.

En cuanto al acceso efectivo, cambió con la presencia del C.S. de la COCOMI, ahora los usuarios tienen una satisfacción y una mejora en el servicio; las principales razones que dieron sobre esto son: la agilización en los trámites, la cercanía a su domicilio, el buen trato que reciben, la pronta atención que obtienen que siempre es el mismo día que la solicitan; con esto muestro que se hace presente la *accesibilidad* funcional que es la atención oportuna a los pacientes.

Por otro lado, al revisar los hallazgos de la investigación a la luz de la conceptualización de Julio Frenk, encontré que contrasta con la presencia del C.S. de la COCOMI, el cual logró suplir la falta de un establecimiento, carencia debe ser cubierta por el Estado en su totalidad. Hoy en día la organización es la encargada de cuidar que la salud de la población no se deteriore, para ello realiza actividades (talleres) para promocionar su mejora, lo que contrasta con el punto que el autor

propone acerca de que estos apoyos se deben realizar como parte del acceso a los servicios de salud que garantice el Estado, pero éste no lo hace y la organización es quien cumple con este trabajo.

Con lo anterior, reafirmo que la presencia del Centro de Salud de la COCOMI ha cubierto varias necesidades de la población en relación a la salud, principalmente la cercanía de éste al domicilio de los usuarios, el cual cabe resaltar que es el principio básico para la *accesibilidad*; también el recibir buen trato y tener confianza en la atención médica que se ofrece, además de la agilización de los trámites que les evita perder tiempo, así como asistir a un establecimiento de salud sin tener un gasto catastrófico, ya que algunos no cuentan con ningún tipo de derechohabencia.

No hay que olvidar que el acceso a los servicios de salud es el *derecho a la salud*, en nuestro país esto tiene que ver con la afiliación o no a la seguridad social, en la investigación encontré que el 62% de los pacientes encuestados están afiliados al Seguro Popular, el 18% no tiene ningún tipo de seguro, el 13% cuenta con IMSSS y el 6% con ISSTE, estos datos me permitieron ver que, aunque el *derecho a la salud* está establecido en diversos marcos jurídicos como son las declaraciones y actas internacionales como naciones, el cumplimiento de dicho derecho no se cumple.

A pesar de que este derecho se encuentra en los marcos jurídicos, es un derecho fundamental que debe ser universal, equitativo, con calidad y su gasto debe ser financiado por los impuestos para no generar gasto de bolsillo que en algunos casos resulta gravoso; encuentro que el 62% la población encuestada está afiliada al Seguro Popular que ofrece el gobierno federal, y al proporcionado por el GDF, comúnmente conocido como Gratuidad. A pesar de contar con uno o incluso los dos, los usuarios prefieren acudir al Centro de Salud de la COCOMI, esto lo relaciono con los puntos sobre el acceso afectivo comentados por la población en las encuestas.

Ahora bien, el Seguro Popular en muchas ocasiones no da medicamentos, los usuarios no alcanzan ficha para consulta, tardan mucho tiempo para pasar y

cuando finalmente lo logran no son bien atendidos; asimismo, llegan a gastar más cuando acuden a un Centro de Salud de Salubridad, ya que se ven en la necesidad de comprar los medicamentos que el establecimiento no tiene, adquiriéndolos en farmacias particulares

En este punto vale la pena reiterar la mención a la alianza del 2005 que hicieron el Gobierno Federal y el GDF con sus seguros de atención médica, Seguro Popular y PSMMG, los cuales tenían el objetivo de proporcionar *acceso* a los servicios de salud, además de no pagar inscripción, atención y medicamento a pesar de lo cual la población de Miravalle acude a atenderse al Centro de Salud de la COCOMI, hecho que demuestra el mal servicio y cuidado por parte de las dependencias de gobierno, tanto federal como local, principales aspectos que fallan en el sistema de Salubridad, de acuerdo con los datos arrojados en la encuesta.

Comparo los datos arrojados en el censo de población y vivienda que se aplicó en el 2010 a nivel nacional con mi propia investigación. En la encuesta de cobertura institucional y aseguramiento, los afiliados al SP tienen un alto porcentaje de falta seguro y de *acceso* dentro de las principales barreras que se presentan, entre las cuales están también lo económico y la calidad institucional; por su parte, en esta indagación encontré que estas mismas barreras son las principales en la *accesibilidad* a la atención médica que ofrecen estos seguros en Miravalle y su población ha sido afectada por esas barreras, de ahí la preferencia de los habitantes de acudir al C.S. de la COCOMI. Por todo ello puedo afirmar que estos seguros gubernamentales no han tenido el impacto positivo que se planteaba.

Por otro lado, si se suman otros gastos como transporte, desayuno, pagar el apartado de lugar para alcanzar ficha y la renta de un banco mientras esperan, aumentan las barreras de *accesibilidad* real y financiera para los usuarios de estos seguros de salud.

Finalmente, la licenciatura de Promoción de la Salud de la UACM toma en cuenta la Carta de Ottawa, las conferencias de Adelaida, Sundsvall y México, a las

cuales considero se apega el trabajo de COCOMI que analizo en esta investigación, como a continuación comento.

Encuentro que cuando surge el Centro de Salud de la COCOMI se cumple lo que establece la Carta de Ottawa, ya que el C.S. pasa a ser el responsable de atender las necesidades y las principales problemáticas en salud de la comunidad; desafortunadamente, hay poco apoyo por parte del GDF y sólo se hace presente cuando emite convocatorias; más grave aún es el caso del Gobierno Federal que ha cumplido muy mínimamente con su obligación.

Otro punto importante es la acción que han realizado las mujeres en el centro de salud comunitario desde la formación de la organización, y que hoy continúa en el C.S. de la COCOMI, en el cual se nombran como promotoras de salud que dan una atención a la comunidad; por ejemplo, imparten talleres a mujeres para el cuidado de su salud sexual e invitan a realizarse la prueba de Papanicolaou, lo cual en un inicio fue muy importante puesto que las infecciones vaginales era uno de los principales problemas de salud en la comunidad, también han realizado talleres sobre la violencia y actualmente siguen preparándose en diversos temas.

Me parece que los diferentes proyectos realizados por la COCOMI tienen como objetivo vincular a la organización con la comunidad; para el caso, el haber creado el Centro de Salud, cumple con ello porque brinda *accesibilidad* y quita las principales barreras que existían incluso antes de la formación de éste, finalmente se mejoró la salud individual y colectiva por la presencia del C.S. de la COCOMI desde que inició en Miravalle, aunque aún hay mucho trabajo por realizar; con la investigación encontré que la organización tiene un impacto positivo en la acción social y contribuye a que se cumplan los derechos individuales y sociales que no eran atendidos en la colonia.

IX. Conclusiones y propuestas

Resumiendo la investigación, encontré algunos puntos sobresalientes dentro del proceso que vivió la colonia de Miravalle para obtener sus servicios médicos; principalmente, en sus inicios se obtuvo una *respuesta social organizada* generada por la falta de servicios públicos básicos, tal era el caso de la falta de servicios y establecimientos de salud; situación que en parte se debe a los carentes programas sociales y de salud, falta de creación de servicios públicos, crisis económicas y corrupción por parte de los partidos políticos; estos son los elementos más notables encontrados en el marco referencial y en las entrevistas a los fundadores de la organización; además, con esto demuestro que las políticas públicas mal implementadas y carentes de sensibilidad social son parte de los fines del modelo neoliberal y tienen un fuerte impacto en las condiciones de salud de una población, justamente en las comunidades más marginadas como lo es Miravalle, una de las colonias más afectadas de la delegación Iztapalapa del Distrito Federal.

Como ya he explicado en la investigación, pese a las complicaciones los habitantes lograron trabajar de forma conjunta y conformaron la COCOMI. Con la gestión que la organización realizó se logró crear el C.S. que actualmente brinda atención y servicios básicos, con ello encontró una relación positiva que impactó en las enfermedades que sufría la población; antes del C.S. frecuentemente padecían infecciones estomacales, de transmisión sexual, diarreas, adicciones y picaduras de alacrán, algunas de ellas relacionadas con la falta de agua y su mala calidad; hoy en día estas enfermedades han disminuido notablemente, y se presentan mínimamente las infecciones estomacales; sin embargo, actualmente se hacen presentes enfermedades de obesidad, hipertensión y diabetes mellitus.

Con ello se muestra que aún no se ha logrado combatir padecimientos de atención primaria y hay una presencia creciente de enfermedades crónicas degenerativas, como la diabetes mellitus, que están afectando a la población mexicana de todas las edades. Al detectar esto la COCOMI busca alternativas para intervenir y obtener cambios favorables, no obstante, tiene una disminución por

parte del apoyo social y el poco o nulo apoyo por parte de los gobiernos federal y local para lograrlo.

En lo que atañe a las soluciones y alternativas que propuso la COCOMI se encuentran la creación de fosas sépticas, la dotación agua potable entubada y la impartición de talleres para atender adicciones y demás enfermedades; además de lograr convenios con instituciones universitarias (UAM y UACM) para contar con médicos y odontólogos pasantes que proporcionan su servicio social al C.S. de la COCOMI. A estos esfuerzos se unen los proyectos por parte de los estudiantes de la licenciatura de Promoción de la Salud de la UACM que brindan talleres informativos y diagnósticos comunitarios. Todas estas acciones son un claro ejemplo de que la organización social puede transformar una colonia, aun cuando el apoyo por parte del Gobierno Federal y local sea mínimo, casi nulo, pese a ser su obligación y responsabilidad.

Con este estudio descubrí un cambio significativo vivido por la colonia, gracias a la organización social de Miravalle a través de COCOMI y sus proyectos; el construir el C.S. permitió que existiera acceso a un establecimiento, con el cual se quitan barreras importantes como son la geográfica, la económica y la efectiva, además de crear una mejor calidad de vida con lo que cambió el rumbo del PSE de la población.

Considero que el trabajo que ha desarrollado la organización al ofrecer un establecimiento de salud y dar una atención de calidad tanto médica como humana fue reconocida no sólo en Miravalle, sino también en las comunidades aledañas, que muy posiblemente tengan algún tipo de barrera o carencia en el acceso a los servicios de salud de su colonia; por lo comentado en las encuestas se puede vislumbrar un fuerte interés por personas de otras colonias vecinas en ser atendidas, por lo que también el C.S. COCOMI minimiza sus barreras geográficas, económicas y funcionales de las colonias circunvecinas.

Pues bien, creo que el hecho de que las colonias estén marginadas de los servicios de salud tiene como punto medular la exclusión, de acuerdo con Joan

Benach quien ve que este suceso ocurre en las clases de bajos recursos económicos, políticos y sociales, que viven en barrios, con opresión y malos o nulos servicios, punto con el que estoy de acuerdo y considero se hace presente en esta investigación.

En cuanto a los cambios generados con la presencia de COCOMI, personalmente creo que no se quitan las barreras como tales, pero sí hay una disminución muy notoria en éstas. Me parece que su impacto tuvo un mayor auge cuando inicia sus operaciones el C.S. y hoy en día sigue combatiendo las barreras mencionadas.

Considero que el proceso organizativo que tuvo la colonia para obtener los servicios básicos se fue minimizando por la acción y respuesta social de la población, toda vez que las necesidades se fueron cubriendo con los diversos proyectos que se implementaron, mismos que se mencionan en el marco referencial, y que paradójicamente llevaron a que se fuera debilitando la respuesta social.

Dentro de la investigación noté que varios de los pacientes que acuden al C.S. COCOMI llevan un tiempo considerable acudiendo a ser atendidos, se debe a que vivieron en el proceso de buscar atención ante la falta de servicios al inicio de la colonia y conocen la labor que ha desarrollado el C.S., también se debe a que son personas de la misma comunidad y conocen el trabajo de la Coordinadora, a través de la realización de los talleres.

Además, encontré que antes de la presencia del C.S. de la COCOMI eran pocas la personas que contaban con algún tipo de seguro, actualmente una parte de la población cuenta con el Sistema de Protección en Salud y el Programa de Servicios Médicos y Medicamento Gratuitos, comúnmente conocidos como el Seguro Popular y la Gratuidad; a pesar de que los pacientes están afiliados a alguno de estos seguros, prefieren acudir al C.S. de la COCOMI porque como mencionaron, reciben un mejor trato humano, confían en los médicos, gastan menos que si acuden a un centro de salud de la Secretaría de Salubridad puesto que está

más cerca de su domicilio, no tienen que esperar horas para sacar una ficha, ya que en cuanto llegan son atendidos y no se les niega una atención.

Dichos motivos me permiten comprobar la carencia e inoperabilidad que hay en el sistema de salud oficial, además de que el SP va encaminado a la privatización de servicios y por ende a limitar la *accesibilidad* dado que excluye los servicios de especialidad (como cáncer); no evita el gasto de bolsillo puesto que se sigue pagando la consulta; no da universalidad en la atención, al contrario, hace una reducción de los servicios sanitarios gubernamentales y de esta forma, busca reemplazar la atención de la Secretaría de Salud por el sector privado.

De acuerdo con esta tesis, la barrera financiera continúa afectando a los usuarios de servicios de salud; de igual forma, el Seguro Popular es una muestra de la tendencia de las políticas gubernamentales actuales, tanto locales como federales, a deslindarse de la atención a este derecho, situación que permea a todo el país, de la que el DF no es la excepción.

Por otro lado, dentro del proceso que viví en la investigación campo, me percate que en la colonia y cerca de ella, se encuentran establecimientos de farmacias similares y otros que ofrecen consulta a un costo de 20 pesos y con medicamento a bajo costo, considero este hecho puede contribuir a que la respuesta y acción social minimice dentro del C.S. de la COCOMI, debido a que la falta de un establecimiento de salud y sus servicios se estarían resolviendo por estas instancias, aunque sean de forma privada.

En otro orden de cosas, encuentro que con el C.S. de la COCOMI se reduce el gasto de bolsillo debido a su cercana ubicación, apegándose y salvaguardando el derecho a la salud tal y como lo establecen desde los tratados internacionales hasta la Carta Magna. Asimismo, el trabajo del C.S. minimiza de forma importante la desigualdad social que vivió Miravalle, y que desafortunadamente, aún está presente.

En cuanto a las *ONG's*, Organizaciones Sociales, Asociaciones Civiles y Fundaciones, al final del día realizan el trabajo que el gobierno no cumple y son parte de sus obligaciones; la forma en que operan estas asociaciones muestra calidad humana, profesional y compromiso con la sociedad, aunque algunos autores consideran que dicha labor está cayendo en corrupción, intereses políticos y económicos parciales, además de encaminarse a brindar un servicio privado, hecho que probablemente llegue a suceder en algunas instituciones.

Finalmente, concluyo que los resultados de esta investigación son un ejemplo de que el trabajo comunitario, la exigibilidad de derechos, la creación y ejecución de programas sociales y de salud, al final del día, son puntos de intervención para mejorar la salud biológica y social de una comunidad. De tal forma que se muestra la apropiación y construcción de conceptos tales como *accesibilidad y derecho a la salud*.

Por tanto, estudiar la *accesibilidad*, la *RSO*, los *DSS*, las *organizaciones sociales*, los *determinantes sociales* desde lo socio-histórico, contribuyen a explicar y entender la relación que hay entre estos elementos y cómo uno impacta en el otro ya sea de forma positiva o negativa.

Propuestas

Tras haber hecho esta investigación, reconozco la importancia que cobra el apoyo que podría brindar la Licenciatura de Promoción de la Salud de la UACM al hacer un amplio trabajo en conjunto con la COCOMI y las organizaciones sociales; ya que como la salud es un concepto muy amplio y el promotor de la salud puede trabajar desde diversas áreas, como por ejemplo, el gestionar un establecimiento de salud a través de la exigibilidad del derecho a la salud.

A su vez, las organizaciones pueden nutrir a los promotores de salud en formación con su experiencia de trabajo en comunidad, su experiencia en la creación de proyectos, implementación y evaluación de éstos, de tal manera que se

pueda dar cuenta de las complicaciones y logros de proyectos independientes al gobierno; considero que el trabajo de la coordinadora permite al estudiante de la licenciatura tener un mayor panorama del trabajo de campo, incluso aportar elementos para analizar desde las líneas de acción que se conocen en el trayecto de la licenciatura, y para plantear mecanismos de intervención desde cada uno de éstos o el que es de interés para el estudiante.

Por último, en lo que concierne a la acción del promotor de la salud, me parece que cuenta con herramientas teóricas y metodológicas que pueden aportar elementos que permitan brindar una mejor calidad profesional en sus quehaceres a la práctica de las asociaciones civiles, *ONG's* y demás instituciones, un ejemplo es en la preparación de talleres en donde el diseño, la estructura y la información utilizada en sus talleres, no culpabilice al individuo y sea parte del saber de las personas; También el promotor de la salud puede aportar en la elaboración, implementación y evaluación de programas sociales y en específico de salud; puede también participar en procesos de abogacía ante órganos de gobierno ya sean estos federales, locales o municipales incluso con otras organizaciones sociales internacionales, todo con el fin de obtener recursos económicos, de especie o humano para alcanzar los fines y metas a lograr.

De forma concreta, una parte del trabajo del licenciado en Promoción de la Salud es actuar como facilitador en el trabajo comunitario, para ello hace uso de sus estrategias para ejercer los derechos, proporciona información concreta, verídica y científica, por medio del libre ejercicio y obligación de los derechos sociales.

Finalmente, como puntos que considero pueden investigarse posteriormente tomando elementos de dicha investigación:

- Cómo las condiciones materiales de vida de la colonia influyen en la *accesibilidad* de la población a los servicios de salud.
- Qué relación hay en las enfermedades que más padece la población que acude al C.S. COCOMI y su inserción de los modos de producción.

Fuentes citadas

- Álvarez Enríquez Lucía. (2004), *La sociedad civil en la Ciudad de México: actores sociales, oportunidades políticas y esferas públicas*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, Primera Edición, pp. 26, 27, 65,101, 105, 107,118.
- Aday LA., Andersen RM., (1974), A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*, p. 20.
- Asa Cristina Laurell, (2008, mayo), La reforma de salud en la Ciudad de México 2000-2006, *Revista de Medicina Social*, Volumen 3, número 2, pp. 8,10,13.
- Asamblea Legislativa del Distrito Federal, (1928, mayo), IV legislatura Centro de documentación 1 Código Civil para el Distrito Federal, texto vigente, Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación, 2000, pp. 246-248.
- Benach Joan, (2009, noviembre), *Desigualdad social en la salud en la comunidad de Madrid* Informe de la Comisión de Determinantes Sociales en Salud de la OMS: una valoración crítica, ponencia presentada en las primeras jornadas sobre, Cátedra UAH-Fundación de Análisis de Políticas Sanitarias, Madrid, P. 5.
- Benito A. Pérez Maza, (2007, julio- septiembre), La Equidad en los servicios de salud, *Revista Cubana de Salud Pública*, Vol. 33, número 03, Sociedad Cubana de Administración y Salud, La Habana, Cuba,pp.4,6,7.
- Boaventura de Sousa Santos. (2004), *Hacia una sociología de las ausencias y de las emergencias*, Madrid, Juan José Tamayo, Director de la Cátedra de Teología y Ciencias de las Regiones de la Universidad de Carlos II de Madrid y autor de fundamentalismo y diálogo entre religiones, Trotta, pp.1-5.
- Boaventura de Sousa Santos. (2004, julio), *Reinventar la democracia reinventar el Estado*, Segunda edición, Ediciones Abya-Yala, Quito-Ecuador, pp. 6-7.
- Boaventura de Sousa Santos. (2003, enero), *La caída del Angelus Novus: ensayos para una nueva teoría social y una nueva práctica política*, capítulo 7, La reinención solidaria y participación del Estado, Universidad Nacional de Colombia, Notas de César A. Rodríguez, Bogotá Colombia, pp. 243-245, 250-253.

- Carta de Bangkok. (2005), *La promoción de la salud en un mundo globalizado*, del 7 al 11 de agosto en Tailandia, p 5.
- Carbonell Miguel. (2009), *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, 159ª Edición, México, pp.4-6.
- Carlos Tello. (2010, julio), *Sobre la Desigualdad en México*, Editado por dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, Primera Edición, pp.11 y 15.
- Castañeda Jaimes Alberto. (2009), *Fragmentos Históricos de una gran institución*, Gobierno del Distrito Federal, Secretaría de Salud, México, 2005, p 53, 62, 63.
- Cerda García Alejandro, Barroso Arias Ana Laura. (2011), *Autonomía y subjetividad: rutas inciertas de las organizaciones sociales autogestivas*, Tramas 35, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, pp.47-74.
- Conferencia Internacional. (1978, septiembre), *Atención Primaria de Salud*, Alma Ata, URSS, p1 y 4.
- Consejo Económico y Social. (11 de agosto 2000). *Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, Observación general Núm. 14. Naciones Unidas, p 3, 4-6.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), (2012), Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917, texto vigente, Última reforma publicada DOF 09-08-2012. pp2- 6.
- Dawidowski Adriana, (2010, agosto), *Los estudios sobre desigualdades en salud pensados a partir de Stavenhagen, Las clases sociales y la estratificación social en la agenda de investigación en Salud*, Prácticas de oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales, n° 6, pp.1-11.
- Declaración de Sundsvall. (1991, junio), *Sobre los ambientes favorables a la salud*, Sundsvall, Suecia, p.2.
- Declaración de Yakarta. (1997), *La Promoción de la Salud en el Siglo XXI*, Yakarta, República de Indonesia, p.9.
- Díaz Ayala Mónica. (2009), *Acciones paliativas versus terapéutica farmacológica en pacientes pediátricos con dermatitis atópica en la col.*

Miravalle, Iztapalapa, Reporte de Servicio Social de Medicina, periodo 1 febrero 2008 al 31 enero 2009, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, pp 3-63.

- Dirección General de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal. (1993, noviembre), *Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta en el DF*, pp. 11,13,22,23.
- Frenk, J y L. Duran. (1990), *Investigación en sistema de salud, Estado del arte en México y perspectiva de desarrollo*, Ciencia, pp. 41.
- Frenk, Julio. (2003), *La Salud de la población, hacia una nueva salud pública*. Cap. IV La respuesta social organizada: los sistemas de salud, Tercera Edición, México, pp. 98-127.
- Fernández Castillo Beatriz. (2007, diciembre), *Interfase epidemiológica entre salud y reproducción social*, Segunda Edición, Año 1, número 1, México, p 27.
- Garduño Andrade Ma. de los Ángeles, Edgar Jarillo Soto, Oliva López Arellano, (2002) Capítulo 1, *La perspectiva médico-social y su contribución al quehacer científico en salud*, Departamento de Atención a la Salud en la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, p 28.
- Gopar Chávez Martha Elena. (2004), *Forma de organización de los asentamientos irregulares en la sierra de Santa Catarina: estudio de caso, predio Lomas del Paraíso*. Universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa, Tesina.
- Hernández Muñoz Tulia. (2010), Acciones sobre los determinantes sociales de la salud en Venezuela, *Revista Cubana Salud Pública*, Volumen.36, número 4, pp. 366-371.
- Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos. (2000, mayo) *Recopilación de las observaciones generales adoptadas por órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos*, Observación General Nº14, el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, pp. 1-6,9, 14, 17,18.
- López Arellano Oliva, Oswaldo Sinoe Medina Gómez y José Blanco Gil, (SF), *Derecho a la salud, desigualdad socio-sanitaria y políticas desalud en la Ciudad de México*, Evalua DF, Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal, Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco, pp. 85-89,93,94.

- López Arellano Oliva, Gil José. (2008, Septiembre-diciembre), Caminos divergentes para la protección social en salud en México, *Revista Salud Colectiva*, Volumen 4, número 003, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina, pp.319-333.
- López Arellano Oliva, Escudero José Carlos y Carmona Luz Dary. (SF), *Los determinantes sociales de la salud*, Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES, pp. 324-333.
- López Arrellano Olivia, Blanco José. (2004, Octubre), *Desigualdad Social e Inequidad en salud, desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones*, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, p8.
- López Arnal Salvador. (2008, agosto), *Desigualdades en salud: una epidemia que podemos evitar*, Entrevista con Benach Joan y Carles Muntaner, directores de la Red de Condiciones de Empleo y Desigualdades en Salud, p2.
- Manual de Cartografía Aplicada a la Salud. (SF), Epidemiología, Secretaria de Salud, Dirección General de Epidemiología, México, p 62.
- Mariano García Viveros. (2004), *Salud Comunitaria y promoción de la Salud*, Primera Edición, Universidad Autónoma de México (UAM), México, pp. 4-10, 20-25.
- Martínez García Iztel Nayelly. (2012, mayo), *El papel de la comunicación organizacional en la profesionalización de las Organizaciones Civiles mexicanas, estudio de caso: Procura, A.C.*, Tesis para obtener el grado de licenciada en ciencias de la comunicación, asesora Mtra. Esperanza Alejandra Cabrera Martínez, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Ciudad Universitaria, México, pp.21, 60-62.
- Monge Sánchez. Liliana, Boza Oviedo Eugenia. (2010), La función política, ideológica de las ONG en el escenario de la contra Reforma estatal, Costa Rica, *Revista reflexiones*. Volumen 89, número 1, Universidad de Costa Rica, San José, pp.77-76.
- Neira Rozas Jaime Andrés. (2001), Ciencias Sociales y Salud, Pre-textos para el Debate, *Revista Austral de Ciencias Sociales*, Número 5, pp.127-138.
- Ottawa. (1986, noviembre). Primer Conferencia Internacional, *La Promoción de la Salud*, pp.1-4.

- Olivia López-Arellano, José Blanco Gil. (2008, Argentina), Caminos divergentes para la protección social en salud en México, *Revista Salud Colectiva*, Volumen 4, número 3, Universidad Nacional de Lanús Argentina, Argentina, pp. 320-322, 327, 329, 330,331.
- Ortiz Hernández Luis. (2004, junio), *Contribuciones de la epidemiología social a la comprensión de las condiciones de salud de las poblaciones*, México, pp.33-37.
- Pérez Nieto Castro, Ledesma Mondragón Leonel. (1992), *Introducción al Estudio del Derecho*, México, p 9.
- Pisarello Gerardo. (2007, Madrid), *Los derechos sociales y sus garantías, elementos para una reconstrucción*, Trotta, Madrid, pp.2, 4, 9, 16,17.
- Pedro Salazar Ugarte. (2012, México), *Los Determinantes Sociales de la Salud en México*, Cap. X, Derechos Fundamentales, Derechos Sociales, Ciudadanía y Salud, Fondo de Cultura Económica, Primera Edición, México, pp 491, 492,494, 497,513.
- Publicado en Gaceta Oficial del Distrito Federal, (2009. septiembre), Administración Pública del Distrito Federal, Jefatura de Gobierno, decreto por el que se expide la Ley de Salud del Distrito Federal, Marcelo Luis Ebrard Casaubon, Jefe de Gobierno del Distrito Federal, México, pp. 2,3, 6, 8,19.
- Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Ciudad de México, 5 a 9 de junio de 2000, p 10.
- Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. (1988), *Políticas a favor de la salud*, Australia, pp. 1,4.
- Tetelboin H. Carolina, (2011), El seguro popular de salud y la reforma a las políticas de salud en el estado de México, *Revista Gerencia Política Salud*, Bogotá, Colombia, pp. 23, 24.
- .Tetelboin H Carolina, Pedro Farfán. (2004), *IX Congreso ALAMES*, Vigencia de la Medicina Social como perspectiva de análisis en salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Universidad de Guadalajara, México, pp. 18-29.
- Pereyra Zaldívar Héctor. (2012), *Epidemiología social*, clase 19, Epidemiología-EAP Medicina, [versión electrónica]. Disponible en: http://www.epiredperu.net/epired/EpidemioBas/epidemiologia_bas-mh/epibas_ppt19_13l.pdf, pp. 2-16, 18-22.

- Reiss Edward. (2010, mayo), *Una guía para entender a Marx*, Biblioteca del pensamiento socialista, Siglo veintiuno de España, Primera Edición, pp.43, 61.
- Rodríguez Flores José Manuel. *Los determinantes sociales de la salud en adherencia al tratamiento de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2*, [versión electrónica]. Disponible en: http://www.eumed.net/libros-gratis/2011f/1142/determinantes_sociales_de_salud_en_adherencia_tratamiento_pacientes_con_diabetes.html, p 2.
- Rojas Ochoa Francisco, Márquez Miguel. (2009), *ALAMES en la memoria: selección de lecturas*, compilación La Habana, Editorial Caminos, Cuba, pp. 81- 83.
- Santos Padrón Hilda. (2011, junio), Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación, *Revista Cubana de Salud Pública*, Volumen 37, número 2, Sociedad Cubana de Administración de Salud, La Habana, Cuba, pp. 136-144.
- Secretaria de Desarrollo Social. (2010, Octubre) *4 informe de Trabajo de la Secretaria de Desarrollo Social del GDF*, Gobierno del Distrito Federal, impreso en los talleres de Corporación Mexicana, p 31.
- Vargas I. (2009), *Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia*. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra, pp.44.
- Vargas J, Julián; Molina M. Gloria. (2009, mayo-agosto), Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias, Universidad de Antioquia Colombia, *Revista de la Facultad Nacional de Salud*, Volumen 27, número. 2, Colombia, pp. 4, 439.