

CONDICIONES MATERIALES DE VIDA Y DE SALUD

Roselia Arminda Rosales Flores
Claudia Alicia López Ortiz
COORDINADORAS

Hazael Cristóbal Diego
María de los Ángeles Gutiérrez
Walter Lugo del Valle
Reyna Nancy Rojas González
Alelí Vargas Guerrero
Mónica Vivanco Salinas



CONDICIONES MATERIALES DE VIDA Y DE SALUD

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

DRA. TANIA HOGLA RODRÍGUEZ MORA
RECTORA

MTRO. CÉSAR ENRIQUE FUENTES HERNÁNDEZ
COORDINADOR ACADÉMICO

MUSEÓGRAFO FERNANDO FCO. FÉLIX Y VALENZUELA
COORDINADOR DE DIFUSIÓN CULTURAL Y EXTENSIÓN UNIVERSITARIA

EQUIPO DE LA BIBLIOTECA DEL ESTUDIANTE

ÁNGELES GODÍNEZ GUEVARA
RESPONSABLE

ANA BEATRIZ ALONSO OSORIO
FLORINA PIÑA CANCINO
MIGUEL NAPOLÉON ESTRADA SERRANO
SERGIO JAVIER CORTÉS BECERRIL
VERÓNICA DURÁN CARMONA

CONDICIONES MATERIALES DE VIDA Y DE SALUD

ROSELIA ARMINDA ROSALES FLORES
CLAUDIA ALICIA LÓPEZ ORTIZ
COORDINADORAS

HAZAEI CRISTÓBAL DIEGO
MARÍA DE LOS ÁNGELES GUTIÉRREZ
WALTER LUGO DEL VALLE
REYNA NANCY ROJAS GONZÁLEZ
ALELÍ VARGAS GUERRERO
MÓNICA VIVANCO SALINAS

FICHA CATALOGRÁFICA E-S/N

Condiciones materiales de vida y de salud / Roselia Arminda Rosales Flores, Claudia Alicia López Ortiz, coordinadoras. – Primera edición. -- México : Universidad Autónoma de la Ciudad de México 2022.

81 páginas ; 21 cm.

Con textos de:, Hazael Cristóbal Diego, María de los Ángeles Gutiérrez, Walter Lugo del Valle, Reyna Nancy Rojas González, Alelí Vargas Guerrero, Mónica Vivanco Salinas, Roselia Arminda Rosales Flores, Claudia Alicia López Ortiz.

Incluye referencias bibliográficas

ISBN 978-607-8840-36-6

1. Salud pública — México. – 2. Ambiente laboral. – 3. Marginación social – México. – I. Rosales Flores, Roselia Arminda, coordinadora. – II. López Ortiz, Claudia Alicia, coordinadora.

LC RC964

Dewey 363.11

Condiciones materiales de vida y de salud

primera edición, 2022

D.R. © Roselia Arminda Rosales Flores, Claudia Alicia López Ortiz, Hazael Cristóbal Diego, María de los Ángeles Gutiérrez, Walter Lugo del Valle, Reyna Nancy Rojas González, Alelí Vargas Guerrero, Mónica Vivanco Salinas

D.R. © Universidad Autónoma de la Ciudad de México
García Diego 168, col. Doctores, alc. Cuauhtémoc,
06720, Ciudad de México

ISBN: 978-607-8840-36-6

Para el forro se utilizaron fotos de estudiantes de fotografía tomadas del libro Habitar

https://www.uacm.edu.mx/Organizacion/CoordinacionAcademica/Biblioteca_Estudiante

Material educativo universitario de distribución gratuita para estudiantes de la UACM.
Prohibida su venta

Hecho e impreso en México

PRESENTACIÓN

Un reto importante para los estudiantes en formación profesional es sintetizar los saberes y habilidades adquiridos dentro de su trayectoria formativa en estudios concretos de la realidad, que les permita entenderla, identificar las problemáticas, analizarlas e idear posibilidades de intervención en busca de solución. Es decir, entender la profesionalización como una actitud en la que, de ser estudiantes, se convierten en estudiosos de un campo o disciplina.

En este sentido, las diferentes formaciones tienen en sí mismas, diversas vertientes o posturas de interpretación del fenómeno u objeto de estudio que les es propio. Estas posturas se abordan a lo largo del mapa curricular de la profesión y se aspira a que los estudiantes logren apropiarse de ellas identificando sus diferencias. Para ello, existen elementos en el proceso educativo que hay que tomar en cuenta tales como la amplitud de los contenidos necesarios e indispensables para estudiar los fenómenos; la profundidad con la que se pueden abordar los contenidos conceptuales y metodológicos; las condiciones propias de cada grupo que se deben empatar con el tiempo dispuesto institucionalmente para la organización académica; la selección de contenidos, así como su organización. Todo esto, aunado a la serie de decisiones sobre contenidos, dinámicas y actividades que se van tomando para solventar eventualidades, genera en estudiantes y profesores incertidumbres sobre si lo revisado en el curso ha sido suficiente para estudiar una problemática concreta.

En la Licenciatura de Promoción de la Salud (LPS) de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), a partir del sexto semestre se imparten algunas materias en las que se abordan los fundamentos teóricos y metodológicos de la perspectiva sociohistórica del proceso-salud-enfermedad-atención-muerte (PSEAM), los cuales se adaptaron de forma colegiada para ir avanzando en profundidad, dado el carácter complejo de este proceso, tal como se concibe desde esta perspectiva.

Dada la falta de referentes previos sobre la vertiente y considerando el tiempo disponible, las estrategias para verificar comprensión se reducen al análisis de casos propuestos por el docente y no necesariamente extraídos desde el interés particular de cada estudiante. El propósito de dicho análisis es que les permita poner a prueba sus habilidades de búsqueda, bases teóricas y procedimentales para realizar un estudio, y si es el caso, diseñar una intervención, no así su capacidad de observación y la interpretación de la realidad y la subsecuente construcción del objeto de estudio particular que despierte su interés.

A partir de esta reflexión, un grupo de profesores que hemos trabajado de forma conjunta, tanto en proyectos de servicio social como en dirección de tesis, hemos observado y constatado que los estudiantes que optan por plantearse como proyecto de investigación el proceso salud-enfermedad-atención PSEAM desde la vertiente sociohistórica, logran desfragmentar lo aprendido y realizar de forma consistente, teórica y metodológicamente, el abordaje del estudio sobre un grupo o colectivo para identificar su perfil patológico, así como estudiar la complejidad de las desigualdades en salud en contextos determinados.

De ahí el interés de dar a conocer los trabajos realizados, como una forma de que los estudiantes que inician puedan tener un material que no sólo les servirá como apoyo en la comprensión y apropiación de la perspectiva, sino también que promueva confianza sobre sus propias habilidades, reconociendo no lo estudiado por el profesor al que generalmente le acompaña una mayor trayectoria, sino desde el grupo de pares cuya diferencia es haber obtenido más créditos o haber concluido el total de la licenciatura. Para ello, se ha propuesto una recopilación de trabajos realizados por estudiantes como parte de sus actividades de servicio social o de su tesis para la obtención del título de licenciatura. En este sentido, cabe aclarar que las investigaciones que se comparten en esta colección cuentan con datos recientes al momento que fueron elaborados como trabajos recepcionales, y con ello para el bagaje histórico. El propósito al mostrarlos es dar cuenta que, en las diferentes generaciones de egresados, se ha logrado realizar investigación pertinente desde la perspectiva crítica de la Promoción de la salud (PS).

La estructura general de los diferentes números de esta colección inicia con los fundamentos teórico-metodológicos, es decir, con la exposición de las categorías teóricas y analíticas que son pertinentes para cada problemática en particular. A continuación, se presentan trabajos realizados en grupos o colectivos en los que se estudia el proceso salud-enfermedad a partir del análisis de las categorías previamente discutidas.

La primera serie se trata sobre la determinación social del proceso-salud-enfermedad-atención. En el primer título –*Condiciones Laborales y de Salud. Estudios de caso*–se entregaron estudios de caso en los que se aborda una población común: los operarios del transporte público; en ella se indaga sobre las condiciones laborales. Para el presente libro, los estudios se realizaron en distintos colectivos, haciendo referencia a cómo las condiciones materiales de vida determinan las condiciones de salud de cada grupo. En el conjunto de los trabajos se puede encontrar las diferencias teóricas entre estilos de vida y modos de vida.

Metodológicamente se encontrarán trabajos en donde se estudian de manera comparativa las condiciones de vida y de salud, recabadas a través de fuentes oficiales que censan o condensan datos referidos a dicha información y/o de manera directa con los sujetos de estudio vía la aplicación de cuestionarios o encuestas e incluso, en algunos casos, el registro de la toma de medidas antropométricas y bioquímicas. De cualquier manera, estos comparativos expresan las peculiaridades de los perfiles patológicos determinados por el consumo de bienes y servicios descritos, de tal manera que pueden dar información de cuán lejanos o cercanos están de las medias nacionales o locales.

Las propuestas para la serie son mostrar variables en las formas de abordar el problema e incluso las temáticas. Al igual que en el número que le precede sobre condiciones laborales, en el primer apartado se entrega una propuesta teórica con los principales elementos conceptuales para la comprensión ahora de la dimensión condiciones materiales de vida y se plantean técnicas e instrumentos idóneos para su estudio. Cabe recordar que proponemos un título más que gire en torno a la determinación cultural/ideológica del proceso salud enfermedad.

I. MARCO CONCEPTUAL Y CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS PARA EL ESTUDIO DE LAS CONDICIONES MATERIALES DE VIDA Y SALUD

ROSELIA ARMINDA ROSALES FLORES
CLAUDIA ALICIA LÓPEZ ORTIZ

La transformación de la sociedad conlleva a cambios en la forma como se conciben muchas nociones, entre ellas, la salud. Una de las formas en las que se concibe, implica ser comprendida como un hecho social. Cuando se dice que el concepto de salud tiene un carácter social, se hace referencia a los procesos que redefinen esta noción y a la determinación social que tienen sobre la salud-enfermedad de los colectivos (Breilh, 2012; López y Jarillo, 2015). Para reconocer este carácter, no basta describir dichos procesos como parte del contexto social en el que ocurre la salud de los grupos humanos, sino establecer y caracterizar las relaciones con que la cultura, el poder y la economía se imbrican para ir configurando los cambios que se observan en el concepto de salud.

Uno de los procesos, que abarca la totalidad de lo social, es la noción de *reproducción social*, ésta se puede estudiar, en su dimensión de consumo, a través de *la calidad de vida y las condiciones materiales de vida*. Estos elementos, además, están íntimamente relacionados con la reproducción material y con el intercambio de mercancías (Picchio, A, 2009).

Es importante mencionar el debate sobre la relación que existe entre los estilos de vida, como toma de decisión de los individuos y colectivos sobre sus hábitos y conductas en temas de alimentación, actividad física, sueño, consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas y, sobre la calidad de vida y/o el modo de vida que se refiere a un proceso que restringe la toma de decisiones sobre los hábitos y las conductas individuales y/o colectivas. Para dilucidar las diferentes aristas que intervienen en los estilos de vida, la calidad de vida, las condiciones materiales de vida y el consumo es necesario revisar los conceptos que explican esas categorías teóricas.

Una primera cuestión es describir el concepto sobre la *calidad de vida* y la salud, esto es importante porque desde muchas disciplinas se ha abordado el concepto de calidad de vida: filosófico, económico, ético, político (Benítez, 2011). En el campo de la salud se definen a ambos como un proceso dinámico íntimamente relacionado con el bienestar físico y emocional de las personas, como resultado de todas las decisiones que tomamos diariamente. Hay que reconocer que existen varias conceptualizaciones de calidad de vida ligada a la salud y al bienestar.

Una de ellas se refiere al mantenimiento de una buena condición del cuerpo a partir de las conductas responsables e informadas sobre la salud. Los estilos de vida están divididos en factores cognitivos-perceptuales: creencias o ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados que se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud (Reyes, 2009). Las modificaciones de estos factores, y la motivación para realizar dicha

conducta, lleva a las personas a un estado llamado salud (Kickbush, 1996) y que engloba el autocuidado, las relaciones satisfactorias, integridad y armonía con los ambientes, sin dejar de lado que debe haber una relación entre los determinantes de la salud y los efectos del medio ambiente (Villalbi, 2009). De forma general se puede decir que los estilos de vida versan sobre los hábitos dietéticos, la actividad física, consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas, las conductas referentes a la seguridad vial, los hábitos de sueño y recreación. Esto es, son las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población los que definen la calidad de vida y el desarrollo humano. Si un estilo de vida es considerado saludable o no, está en relación con el balance entre factores de riesgo y/o de factores protectores y se han vinculado con una serie de procesos de deterioro paulatino de órganos y sus funciones asociadas que llevan al envejecimiento y aparición de enfermedades como demencia, enfermedades articulares, cardíacas y algunos tipos de cáncer. Por ello se define como el modelo de comportamiento que adopta la gente. En esta perspectiva, no hay que olvidar que la conducta tiene lugar en un contexto social y que está permeado por experiencias, aspiraciones y estrategias para afrontar situaciones, sucesos, opciones, coacciones, concepciones culturales. También se deberá tomar en cuenta los desafíos o demandas que encontramos y los recursos sociales y personales que somos capaces de movilizar (Villalbi, 2009).

En esta perspectiva se abordan los riesgos ambientales, físicos, químicos, bioquímicos y sociales, factores de personalidad y factores sociales, los cuales responden a modelos normativos que se han interiorizado y que imponen a sus portadores las maneras de vivir y de emplear el tiempo y el dinero, así como los roles establecidos por la sociedad. Es decir, cómo el individuo tiene que actuar en múltiples situaciones, el estilo de ser y de vivir, no obstante, no hay jerarquía para clasificar estas variables, ni se considera la vinculación con los macro procesos políticos, económicos, culturales e ideológicos. Esto es, que en algunos casos se admite que hay poblaciones que tienen estilos de vida poco saludables derivados de su contexto o de la actividad profesional, pero no se vincula ello como una restricción a la determinación social o a las desigualdades sociales.

Por otro lado, cuando relacionamos la *calidad de vida* con los bienes materiales (necesidades satisfechas y no satisfechas), se propone el estudio de las *condiciones materiales de vida* (Blanco, 1997), siendo necesario retomar categorías conceptuales que se formulan desde la epidemiología crítica y la comparación de perfiles epidemiológicos de comunidades diferentes, haciendo hincapié en el distinto nivel de desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción, sin eludir la desigualdad en salud que presentan las diversas clases sociales (Laurell, 1981). Desde esta lógica se debe entender que:

- La salud-enfermedad es una expresión particular de las condiciones de vida, explicándose que éstas son históricamente determinadas y dependen de las formas de organización social de la producción.
- Una sociedad como la nuestra genera grandes diferencias en la calidad de vida de los diferentes colectivos y en la exposición a procesos que lesionan, distorsionan o limitan el desarrollo de los procesos físicos y psíquicos de los colectivos.

Así pues, es indispensable para abordar las *condiciones materiales de vida* tomar conceptos del materialismo histórico, como las relaciones económicas y sus formas históricas caracterizadas —y determinadas— en las distintas clases sociales. Esto debido a que en «el proceso salud/enfermedad, las clases sociales de los colectivos y su forma de producción y consumo determinan las diferentes formas de enfermar y morir» (Laurell, 1982: 52) con sus particularidades en cuanto a la estructura social, así como la tendencia del desarrollo histórico de la formación social.

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

[...] el proceso global en que garantiza el mantenimiento y la permanencia de la sociedad. En general este proceso asume la forma de un ciclo continuo de los procesos fundamentales de la sociedad, que se repite en un flujo ininterrumpido para asegurar su constante renovación. [...] El proceso de reproducción social tiene su base material en los procesos de carácter económicos, pero comprende también los procesos de tipo político e ideológico [...]. A nivel económico, la reproducción social se identifica en el ciclo de producción, distribución, intercambio y consumo, que se reanuda constantemente (Blanco y Sáenz, 1994: 31).

La reproducción social podemos identificarla de manera concreta en el momento de consumo y de producción. Para el momento de producción hemos revisado las categorías conceptuales en el libro de *Condiciones laborales y condiciones de salud. Estudios de caso* (Rosales y López, 2021).

Para la revisión de los planteamientos sobre las condiciones materiales de vida y su relación con las condiciones de salud, es que la calidad de vida se refleja en «Las condiciones objetivas y subjetivas en que se realiza la reproducción social de los grupos humanos» (Blanco, 1996: 23). La calidad de vida, en su vertiente de consumo, está relacionada con la cantidad y la calidad de las formas de consumo de bienes, servicios, valores de uso, del acceso, la realización de expresiones culturales, políticas y la calidad del entorno.

Las condiciones de vida y las condiciones laborales están ligadas a través del salario. Con el salario, producto del trabajo de los humanos, se satisfacen las necesidades básicas. Éstas se pueden satisfacer en tres espacios: el mercado, la familia o el Estado (Esping-Andersen, 1993).

En sentido global, a la forma en que se compensan las necesidades básicas las podemos caracterizar en la noción de *prácticas de consumo*. Estas prácticas tienen diferentes niveles de análisis:

[...] las prácticas y representaciones subjetivas, posibilitando modos de vida característicos de los distintos grupos sociales, que se expresan en prácticas individuales y de consumo, prácticas socializadas de consumo y prácticas de clase y en una conciencia individual sobre las necesidades (Blanco y López, 2007: 111).

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

El consumo, es en el que un bien o servicio satisface las necesidades de los colectivos individuales. Las apropiaciones de los productos o satisfactores son diferentes entre los grupos, porque dependen de su poder de compra, de las políticas sociales o bien, de las estrategias familiares (Blanco, 1997).

Las condiciones materiales de vida se observan en los territorios o espacios geográficos en que se desarrollan los grupos, la desigualdad se hace visible cuando en un mismo territorio unos presentan mayor desarrollo que otros. (Torres, 2007).

El concepto de *territorio* (Blanco, 1997) se utiliza para observar en él las condiciones materiales de vida de los diferentes habitantes. Es en él donde se materializa las viviendas, su equipamiento doméstico, la infraestructura urbana, los servicios públicos, el transporte, los servicios de salud, educación.

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

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

Las condiciones materiales de vida se operativizan de acuerdo con las necesidades básicas y sus satisfactores. Ambas se caracterizan por aquellos que son correlatos de la dignidad humana y, por lo tanto, están relacionados con los derechos humanos esenciales y por aquellos que cada sociedad define de acuerdo con su concepción de bienestar (López y Blanco, 2003).

Las primeras —las necesidades básicas— se refirieren a la alimentación, que deben tener los requerimientos necesarios tanto nutricionales, como las medidas de higiene necesarias para ser elaborados; el mantenimiento de la salud y la reproducción; una vivienda con los espacios suficientes para la familia, con construcciones adecuadas y conservación, que cuente con los servicios básicos, (agua potable, luz eléctrica y drenaje) con el mobiliario necesario; la socialización, la educación, la educación para la salud, la salud sexual y la capacitación en el trabajo; información, recreación de la cultura y tiempo libre; vestido, calzado y cuidado personal; transporte público; comunicaciones básicas; seguridad de tener satisfactores básicos para la vida digna.

El grado en que se satisfagan las necesidades básicas determinarán procesos de morbi-mortalidad diferenciados (Blanco, 1996; Lafuente y Faura, 2009; López y Blanco, 2003; Restrepo y Magala, 2001).

En la actualidad autores como Julio Boltvinik, Max-Neef, Doyal y Gough, vinculan la pobreza con las necesidades (Lafuente y Faura, 2009), ya que estas últimas implican más elementos que el ingreso y son condicionantes para el desarrollo humano, pues los sujetos movilizan recursos para satisfacer parte de sus necesidades. Cuando las necesidades no son satisfechas impactan en las condiciones de salud, en el desarrollo de las capacidades y potencialidades, y en la participación social de los sujetos (Ortiz, 2002; López y Blanco, 1994).

A pesar del avance en las investigaciones actuales, todavía la pobreza se reduce a una descripción estática de carencias materiales, sin considerar que las condiciones materiales de vida están articuladas con los procesos macroeconómicos de cada sociedad y va más allá de la no satisfacción material de las necesidades (López, 2004). La diferencia de abordar estas nociones desde una perspectiva y otra es importante por sus implicaciones en las políticas sociales, en la equidad/inequidad, igualdad/desigualdad, justicia jurídica/justicia social (Correa, 2012; López y Blanco, 1994). La inequidad es una de las principales fuentes generadoras de pobreza, desde esta perspectiva, resulta difícil satisfacer las necesidades básicas y participar satisfactoriamente en la vida social. Por lo tanto, no se crea un entorno factible que facilite el acceso a buenas condiciones de salud (López y Blanco, 2003; Restrepo y Magala, 2001).

Las necesidades, cuando no son satisfechas, se reflejan en desigualdades entre los diferentes grupos; se observan desde las condiciones de vivienda, de desarrollo humano, de acceso a servicios, de conocimientos de derechos e información. Las desigualdades a su vez son producidas por la forma en que la sociedad se organiza para producir, distribuir y consumir los bienes y servicios (López, et al., 2008; González, 2009; Correa, Arias, y Carmona, 2012).

«Las condiciones bajo las cuales tienen cabida la reproducción social de los grupos humanos, involucran diversas dimensiones: el trabajo remunerado y no remunerado (práctica doméstica), la cantidad y calidad de las formas de consumo de bienes, servicios y valores de uso, el acceso y realización de expresiones culturales y políticas y la calidad del entorno» (Blanco y López, 2007:106), valores de uso que se encuentran en su estado natural: la luz, el aire, la radiación, por ejemplo, pero los cuales, también, son aprovechados en las condiciones y a través de los mecanismos definidos por las formas de organización de la sociedad y el territorio (Blanco, 1997; Picchio, 2009).

Asimismo, la educación, la salud, establecen un vínculo indiscutible con las condiciones materiales de vida (Restrepo y Magala, 2001).

Las formas específicas de reproducción social pueden identificarse a través de los estilos de vida, toda vez que éstos se definan como las prácticas cotidianas que los sujetos realizan individual y colectivamente y que se articulan en la reproducción social. A todos estos elementos que disfrutan y padecen los colectivos, Breilh (1989) le ha llamado sistema de contradicciones: «fuerzas benéficas que protegen y perfeccionan la salud» y, por el otro, «aspectos destructivos que lo constriñen y deterioran» (Breilh, 1989: 204).

Se debe tomar en cuenta que los patrones de morbi-mortalidad cambian con los momentos sociohistóricos. En épocas en las que la producción primaria era la principal actividad económica de los países, los perfiles de salud-enfermedad se cargaban en las enfermedades infecto-contagiosas. Durante la sustitución de importaciones o el auge

de los países industrializados fueron los padecimientos cardiovasculares y los tumores malignos; actualmente con otras formas de producción como el teletrabajo se polarizan aún más los problemas de salud-enfermedad en los colectivos concentrándose en problemas de trastornos de la salud mental (López y Peña, 2006). No obstante, en todos esos contextos la medicina clínica no ha intentado una solución para optimizar las condiciones de salud en el marco de la colectividad sino que es curativa y de rehabilitación (Laurell, 1981). En México se observan cambios en la esperanza de vida, disminución en la mortalidad infantil y aumento en la mortalidad por enfermedades no transmisibles. Estas transformaciones del perfil patológico de las poblaciones expresan las condiciones materiales de vida y están vinculadas a otros macroprocesos y microprocesos como el empleo, el ingreso, el acceso al sistema educativo y de salud, la alimentación, así como a las condiciones de vivienda, el acceso a servicios públicos, el ambiente saludable (López y Jarrillo, 2015). De tal forma que es posible indicar que las condiciones colectivas de salud de diferentes sociedades es una forma de mostrar el carácter social de la enfermedad.

Un plano objetivo de la salud y sus problemas debe considerar «las relaciones en las formas de vida o de *reproducción social* que son propias de los grupos sociales, sus patrones de trabajo y consumo, sus modalidades de actividad práctica, sus formas organizativas y su cultura» (Breilh, 1989: 204). Explicar el origen de la salud debe partir en términos de la vida social e interpretar que las causas de enfermar no son fijas, sino que tienen que ser interpretadas como parte de la vida social» (Breilh, 1989). «La vida social halla su origen en el resultado de las fuerzas económicas, políticas y culturales que operan como un todo, por encima de las circunstancias y voluntades individuales» (Breilh, 1989: 206).

Así, a través de estos conceptos se explica que la salud-enfermedad alcanza una determinante histórica y es asimismo, la expresión de las condiciones de vida.

■ METODOLOGÍA PARA LA INVESTIGACIÓN DE LAS CONDICIONES MATERIALES DE VIDA

En congruencia con los planteamientos teóricos explicados en el apartado anterior, la metodología que se aplica para el estudio sobre condiciones materiales de vida y salud debe permitir dar cuenta de las distinciones que se expresan en los distintos colectivos con formas diferenciadas de incorporarse a la producción y consumo de bienes y servicios y las formas en que satisfacen o no sus necesidades y que se expresan en las diferentes formas de enfermar y morir.

En ese sentido, la metodología que se implementa en estas investigaciones se sustenta a partir de la propuesta que hace Asa Cristina Laurell (1981), que consiste en la comparación de dos territorios o de los procesos de salud-enfermedad-atención en dos clases sociales de acuerdo con el acceso de servicios de salud, o bien la carga de morbi-mortalidad infantil de acuerdo con la forma en que los padres se insertan en los medios de producción, para mostrar el carácter sociohistórico del proceso de salud-enfermedad. Con este acercamiento metodológico se busca demostrar, tal y como lo men-

ciona Jaime Breilh (2012), que el proceso salud-enfermedad-atención está determinado a partir de sus condiciones materiales de vida y sus modos de producción y consumo.

De esta manera, los trabajos que aquí se presentan, utilizan el método comparativo para determinar las diferencias en los valores de algunas variables en diferentes grupos o colectivos, con el propósito de describir las especificidades de uno con respecto a otro, o bien, ubicar desde valores poblacionales, aquellos que se diferencian y aquellos que coinciden en un contexto determinado. Es decir, la comparación busca encontrar los elementos heterogéneos que definen a los grupos o colectivos que comparten un espacio geográfico, dentro del cual hay una distribución diferencial de las condiciones materiales de vida, que permite avanzar en la caracterización del territorio que responden a condiciones particulares de espacialidad que se definen y explican por el equipamiento disponible de servicios y bienes y la posibilidad de su consumo por los diferentes grupos sociales y su vinculación con las condiciones de salud-enfermedad (Blanco y López, 2007).

Para ello, la realización de las presentes investigaciones parte de la construcción del objeto de estudio que, como lo menciona Laurell, «[...] no se ubica a nivel individuo sino de grupo. Sin embargo, no podría ser cualquier grupo sino uno construido en función de sus características sociales, y solo en segundo lugar de las biológicas» (Laurell, 1982: 7) y que al mismo tiempo dará cuenta de la historicidad del proceso salud enfermedad del grupo porque está socialmente determinado (Laurell, 1982).

Siguiendo con Laurell, quien menciona:

Sin embargo, aunque el establecimiento de los grupos en base a criterios sociales objetivos y reproducibles es un paso necesario en la construcción del objeto científico, este no sería los grupos como tales sino el proceso salud enfermedad presentes en ellos. (Laurell, 1982:20)

Teniendo como eje el proceso salud-enfermedad, para la aplicación de un estudio comparativo se requiere previamente de la configuración de la estructura teórica desde la cual se sostienen las categorías a indagar, ya que sirven para la descripción y cualificación de los datos cuantitativos.

Estos estudios tienen también carácter descriptivo, ya que en ellos se busca, como se mencionó anteriormente, «especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis» (Hernández-Sampieri, 2014: 92). En este sentido se puede abordar el objeto de estudio a manera de comprobación de las formas diferenciales de enfermar y morir de los grupos ya definidos desde criterios sociales o bien con la finalidad de definir las características sociales que comparten y que los conforman como grupo que, a su vez, explica sus perfiles patológicos. Pero, en cualquier caso, el análisis se basa en la sistematización de los datos a partir de las categorías definidas teóricamente.

Estos estudios, se retoman algunas de las categorías que utiliza Blanco Gil en su artículo *Polarización de la calidad de vida y de la salud en la ciudad de México* (1996) que sirven para analizar los datos con el fin de conocer cómo las condiciones de vida se expresan en procesos de salud-enfermedad diferentes. Blanco (1994) plantea un primer

indicador para evaluar la calidad de vida, que aborda la dimensión del consumo privado y la capacidad del grupo doméstico para mantener y modificar la vivienda; las variables para estudiar esta dimensión son: vivienda propia, prestada, rentada, total de habitantes por vivienda, características del inmueble y si han mejorado o empeorado las condiciones del mismo. El segundo indicador que propone indagar sobre el consumo colectivo; está ligado a las políticas gubernamentales: vivienda con agua entubada, vivienda con drenaje a la calle y al suelo y vivienda con energía eléctrica. El tercer indicador se refiere al nivel educativo de la población el cual se mide tomando en cuenta la población de 15 y más con años con primaria y, finalmente, el cuarto se refiere al acceso a servicios y bienes obtenidos en el mercado.

Otra forma de abordaje es retomar las categorías teóricas definiendo los conceptos específicos desde los cuales se analiza cada una:

- En la desigualdad social, como categoría teórica y operativa, se analizan las categorías de clase social o grupo social, tiempo, espacio (territorio urbano/rural) y los diferenciales en el equipamiento doméstico, acceso a servicios públicos, de salud y educación para cada grupo o colectivo
- Estado a través de régimen de política social y se verifica en el nivel educativo o último grado de estudios, acceso a servicios de salud u otros bienes y servicios para satisfacer las necesidades básicas.
- Modo de vida: que se explora a partir del espacio geográfico, condiciones materiales de vida y condiciones laborales, integrándolas como un sistema de contradicciones en el que hay elementos que protegen y otros que deterioran las condiciones de salud de los grupos.
- El perfil epidemiológico, el perfil patológico toma en cuenta la morbilidad, mortalidad y el acceso a servicios de salud y las condiciones materiales de vida de los colectivos.

Asimismo, desde una perspectiva tradicional, para evaluar la calidad de vida se retoman variables como nivel socioeconómico, el cual se refiere a una estructura jerárquica basada en la acumulación de capital económico y social. Las variables operativas para abordar esta noción son indagar sobre las características de la vivienda y nivel educativo. Sobre la vivienda se revisa número de habitaciones, de baños completos, de focos, de automóviles propios, estufa de gas. Sobre el nivel de estudios se indaga el último grado cursado por el principal proveedor del hogar.

Un aspecto a considerar es que en los análisis desde las ciencias sociales —dada la complejidad de los fenómenos— es difícil manipular las variables, por lo que éstas solo pueden ser observadas tal y como se presentan después de ocurrido el fenómeno. Es decir, el investigador estudia los efectos de algo ya ocurrido, con el propósito de encontrar las causas que permitan generar conocimiento respecto a la determinación de estos procesos, explicándolos.

Una vez construido el objeto de análisis con base en las características sociales, el estudio concreto se realiza en los individuos que la componen, si bien la interpretación de los datos no se da en función de cada caso, sino del conjunto (Laurell, 1982). A partir

de ahí, buscar alternativas que mejoren las condiciones materiales de vida y por tanto sus condiciones de salud.

Es común entonces que para el análisis de datos se utilicen aquellos que se documentan en fuentes oficiales sobre las características de los bienes y servicios con los que cuenta el grupo sujeto de estudio, así como la morbilidad y mortalidad, y se complementan, en algunos casos, con cuestionarios o encuestas aplicados por el investigador que permitan profundizar sobre algunas de las categorías del estudio, algunos de estos instrumentos ya han sido probados y validados en otros estudios para dar certeza de lo que exploran.

En este sentido, se podrá observar que en los estudios a continuación expuestos se retoman datos recabados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (INEGI), estadísticas por alcaldía, padrones elaborados por la Secretaría de Salud, encuestas socioeconómicas para la prestación de servicios de salud, entre otros.

La elección de ellos se basa en aquellos indicadores y variables a explorar en función del objetivo de la investigación, así se encuentran: tipo de vivienda, servicios con los que cuenta, equipamiento, número de habitantes, ingreso familiar o del jefe de la familia, escolaridad. Algunos datos macroeconómicos como PIB, marginación, población, empleo, sector de la producción, jornada, desempleo escolaridad por niveles educativos, jefatura familiar, estado civil, (que pueden ser generales o por sexo, dependiendo de los fines de la investigación) los cuales se vinculan con:

- los datos de mortalidad, morbilidad y prestación de servicios en salud, y/o
- medidas antropométricas y biométricas a la población muestra si se tomaron de forma directa de los participantes por parte de los investigadores.

Es a través de la vinculación y sistematización de estos datos y en apego a dichas categorías analíticas, que se logra describir el proceso salud y enfermedad de los grupos de estudio en un momento determinado.

De esta forma se expresan los hallazgos sobre formas diferenciales de enfermar y morir, ya sea porque se compara los resultados de un colectivo con otro, o bien porque desde las estadísticas poblacionales se logran extraer los diferenciales en condiciones materiales de vida y de salud de un grupo, demostrando así, cómo las condiciones sociales determinan los perfiles patológicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENÍTEZ, J C (2011). Calidad y condiciones de vida como determinantes de la salud y la enfermedad. Una propuesta para la antropología médica. *Gazeta de Antropología*, 1-8.
- BLANCO, J., y López, O. (2007) Condiciones de vida, salud y territorio: un campo temático en (re) construcción. Temas y desafíos en Salud Colectiva. Lugar Editorial, 103-125
- BLANCO, J., López, O., Rivera, J. y Rueda, F. (1997). Una aproximación a la calidad de vida. Límites conceptuales y metodológicos. *Estudios de antropología Biológica*.
- BLANCO J., Rivera J., López, O, y Rueda, F. (1996) Polarización de la calidad de vida y de la salud en la ciudad de México. *Salud y problema*, 1(1), 23-31.
- BLANCO J., y Sáenz O. (1994). *Espacio urbano y salud*. Universidad de Guadalajara.
- BREILH J. (2012). Más allá de la crisis actual: Movilización por la salud para todas y todos. *Medicina Social*. 7(2), 49-54.
- CORREA, A.; Arias, M, y Carmona, J. (2012). Equidad e igualdad sociales y sanitarias. Necesidad de un marco conceptual científico. *Medicina Social*, 7(1), 5-13.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1993) *Los tres mundos del Estado del bienestar*, Alfons el Magnànim.
- GONZÁLEZ, R. (2009). La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Medicina Social*, 4(2), 135-143.
- HERNÁNDEZ-Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill.
- KICKBUSCH I. (1969) Promoción de la salud: una perspectiva mundial. Promoción de la Salud: una antología. *Publicación Científica*. 557, 15-19.
- LAFUENTE, M; y Faura, U. (2009). Condiciones de vida y pobreza consistente. XVII Jornadas ASE-PUMA – V Encuentro Internacional, Vol. Actas 17, 1-20.
- LAURELL A. (1982). La salud enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2(1): 7-25.
- LÓPEZ, O. (2004) Desigualdad, pobreza, inequidad y exclusión, en *Revista Diferencias conceptuales e implicaciones para las políticas públicas*.
- LÓPEZ, O. y Blanco, J. (1994). Modelos Sociomédicos en Salud Pública: Coincidencias y Desencontros. *Salud Pública de México*, 36(4), 374-384.
- LÓPEZ, O y Blanco, J (2003) Desigualdad social e inequidades en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones. *Salud Problema*, 8, 14-15.
- LÓPEZ, O; Escudero, J.C. y Carmona, L. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, 3(4), 323-335.
- LÓPEZ, O y Jarillo, E. (2015). ¿Hacia dónde debe ir el sistema de salud en México? Una perspectiva desde el derecho a la salud. *Medicina Social*, (10)1, 1-13.
- LÓPEZ, O y Peña, F (2006) Aportaciones del pensamiento latinoamericano. *Salud y Sociedad*, 1(3), 82-102.
- MARGULIS, M. (1980). Reproducción social de la vida y reproducción del capital. *Nueva Antropología*, 4(13) 47-64.
- PICCHIO, A. (2009). Condiciones de vida: Perspectivas, análisis económico y políticas públicas. *Revista de Economía Crítica*, 7, 27-54.

- REYES, L. (2007) La teoría de acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. Universidad pedagógica de Durango. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2358919>
- TORRES, C (2007) Ciudad informal colombiana. *Revista urbano territorio*, 1(11), 53-93.
- TUÑÓN L. (2008). Condiciones Materiales de Vida, Socialización y Educación de la Infancia Urbana en Argentina. *El desafío de las políticas de inclusión social*, 1-18.
- VILLALBÍ, J. R. (2001) Promoción de la salud basada en la evidencia. *Salud Pública*. 75(6):489-490. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000600001

II. CONDICIONES MATERIALES DE VIDA DE LOS OPERARIOS DE TAXI DE MILPA ALTA. ESTUDIO DE CASO¹

HAZAEEL CRISTÓBAL DIEGO²

MÓNICA VIVANCO SALINAS³

ROSELIA ARMINDA ROSALES FLORES⁴

■ INTRODUCCIÓN

Las condiciones sociales en que vive una persona o grupos contribuyen de manera significativa en sus posibilidades para estar saludables, algunas circunstancias como: el acceso a bienes y servicios —vestimenta, calzado, alimentación, tipo de vivienda, acceso a educación sistemas de salud— y los riesgos y exigencias que demanda el trabajo fungirán como factores protectores o deteriorantes que influirán en el estado de salud. En este sentido, para ayudar a mejorar, corregir y restablecer la salud es necesario desarrollar estudios que incluyan los factores sociales en las condiciones de salud.

Si bien es cierto que existen estudios que relacionan las condiciones de salud con el estado del ambiente laboral, son pocas las investigaciones en torno al acceso a bienes y servicios de los trabajadores en general, una parte de ellos estudia la relación en conjunto de dichas condiciones, y son pocos los estudios respecto al sector perteneciente a movilidad en transporte público, y dentro de éstos es aún menor la probabilidad de encontrar estudios de operadores de volante de taxis y sus condiciones materiales de vida.

■ METODOLOGÍA

La presente propuesta metodológica se enmarca en el proyecto titulado «Condiciones laborales y de salud de los operarios de taxi de la delegación Milpa Alta PI2014-64», financiado por la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Innovación (SECITI) de marzo a noviembre de 2016. Para su puesta en marcha se les solicitó a los operarios de taxis un consentimiento informado explicando el proceso de participación en el proyecto, en el

¹ Se agradece a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) y a la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Innovación (SECITI) por el financiamiento para este proyecto de investigación PI2014-64.

² Licenciado en Promoción de la Salud por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM).

³ Licenciada en Promoción de la Salud por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM).

⁴ Profesora Investigadora de tiempo completo de Promoción de la Salud, Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM).

cual dan su anuencia para poder analizar los resultados como parte de este proyecto. Posteriormente, se aplicaron los cuestionarios para explorar y analizar sus condiciones materiales de vida (CMV) y las condiciones de salud. Se indagó la relación de estas condiciones con el perfil patológico de dicha población.

Es un estudio de tipo descriptivo y transversal. La muestra se planteó atendiendo la disposición de los operarios y se realizaron las pruebas a todo aquel que manifestó el deseo de participar. El número total de la muestra fue de 37 personas (representa el 7.4%), el universo de la población es de 500 operarios. Se aplicaron encuestas sobre las condiciones materiales y una serie de medidas antropométricas y bioquímicas para el diagnóstico de salud.

Las medidas antropométricas y biométricas se obtuvieron utilizando una balanza de bioimpedancia Omron HBF 514 c[®], los valores adquiridos fueron: talla (m), peso (kg), IMC (kg·m⁻²), grasa corporal (%), masa muscular (%), requerimiento metabólico (kcal), edad metabólica (años), grasa visceral (%).

Los signos vitales que se obtuvieron fueron: presión arterial (mmHg) y frecuencia cardiaca (latidos por minuto) obtenidas con un baumanómetro digital Neutek BP-201M, temperatura corporal (°C), y frecuencia respiratoria (aspiraciones por minuto).

La biometría se obtuvo con el medidor de glucosa ACCU Trend Performa, midiendo la cantidad de glucosa en sangre (mg/dl) y el medidor de colesterol y triglicéridos ACCU Trend Plus (mg/dl).

■ RESULTADOS

Se observó que la mayor parte de la muestra se encuentra en el rango de edad de 40 a 49 años, la mitad de los participantes respondió estar casado, casi la mitad asegura contar con secundaria completa (véase Cuadro 1).

CUADRO 1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

VARIABLE	RANGO	PROPORCIÓN (%)
EDAD (AÑOS)	20-29	14
	30-39	22
	40-49	35
	50-59	16
	+ de 60	13
ESTADO CIVIL	Soltero	16
	Casado	49
	Divorciado	3
	Unión Libre	30
	Viudo	2

NIVEL DE ESCOLARIDAD	Primaria Completa	11
	Secundaria Completa	46
	Preparatoria Trunca	19
	Preparatoria Completa	19
	Universidad	5

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados obtenidos del cuestionario de datos sociodemográficos, Milpa Alta, de marzo a noviembre de 2016.

En el rubro del salario, al igual que en el caso de la escolaridad a nivel secundaria, casi la mitad de los operarios respondió percibir ganancias entre los \$5,000 y \$6,000 mensuales que equivalía percibir en el 2016 de 68 a 82 salarios mínimos. En ese entonces la canasta básica oscilaba entre 38 y 43 salarios mínimos (véase Cuadro 2).

CUADRO 2. SALARIO MÍNIMO EN 2016

SALARIO MÍNIMO EN 2016: \$73.04	SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES	PROPORCIÓN (%)
	14 a 27	16
	41 a 55	32
	68 a 82	46
	96 a 110	5

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados obtenidos del cuestionario de datos sociodemográficos, Milpa Alta, de marzo a noviembre de 2016.

Del cuestionario sobre las CMV de los operarios de taxi se encontró que la mayoría cuenta con vivienda propia, poco más de la media refirió que es casa única en el terreno, casi la mitad mencionó que tiene de uno a cuatro cuartos en su vivienda; todos los entrevistados aludieron que el material con el cual está edificada su casa es de tabique y cemento. En cuanto al material que conforma el techo la mayoría indicó que es losa de concreto y viguetas con bovedilla. También se observó que casi todos tienen servicios de agua entubada y energía eléctrica. (Véase Cuadro 3)

CUADRO 3. CARACTERÍSTICAS DE SUS VIVIENDAS

	VARIABLE	PROPORCIÓN (%)
TIPO DE VIVIENDA	Propia	81
	Prestada	11
	Rentada	8
DISPOSICIÓN DE LA VIVIENDA	Única en el terreno	64
	Comparte con otro terreno	30
	Departamento en edificio/ vivienda de vecindad	6

NÚMERO DE CUARTOS EN LA VIVIENDA	1-4	48
	5-8	46
	9-12	6
MATERIAL CON EL QUE ESTÁN CONSTRUIDAS LAS PAREDES	Cemento	100
TECHO DE LA VIVIENDA	Lámina metálica/ lámina de asbesto	19
	Losa de concreto o viguetas con bovedilla	81
INFRAESTRUCTURA DE SERVICIOS	Vivienda con agua entubada y energía eléctrica	97

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados obtenidos del cuestionario de CMV, Milpa Alta, de marzo a noviembre de 2016.

Respecto a los bienes materiales como son los aparatos electrodomésticos con los que cuentan las viviendas, la mayoría señala tener refrigerador, televisor y algún aparato para oír radio (Cuadro 4).

CUADRO 4. EQUIPAMIENTO DEL HOGAR

APARATOS Y ELECTRODOMÉSTICOS CON LOS QUE CUENTA LA VIVIENDA	PROPORCIÓN (%)
Refrigerador	95
Lavadora	76
Horno de microondas	70
Automóvil o camioneta	86
Algún aparato para oír radio	89
Televisor	95
Computadora	62
Línea telefónica fija	65
Televisión por cable	51
Internet	46

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados obtenidos del cuestionario de CMV, Milpa Alta, de marzo a noviembre de 2016.

En cuanto a los servicios de salud, más de la mitad de ellos refirió afiliación al seguro popular y un porcentaje menor relató no acudir al médico cuando presenta malestar (Cuadro 5).

CUADRO 5. SERVICIOS DE SALUD CON LOS QUE CUENTAN

INSTITUCIONES DE SALUD EN LAS QUE SE ENCUENTRAN AFILIADOS LOS OPERARIOS	PROPORCIÓN (%)
IMSS	3
ISSSTE	11
Seguro Popular	54
Consultorio, clínica u hospital privado	24
Consultorio de farmacia	5
No se atiende	3

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados obtenidos del cuestionario de CMV, Milpa Alta, de marzo a noviembre de 2016.

En este estudio no se habla de padecimientos debido a que solo se realizó una sola toma a los participantes lo que no es suficiente para llegar a determinar si el individuo padece alguna enfermedad, sólo se exponen las condiciones que presenta este colectivo en el momento que se efectuó la prueba.

En cuanto a los niveles de presión arterial sistólica (PAS) y la presión arterial diastólica (PAD), dos quintas parte de los operarios se encontraban en niveles fronterizos con riesgo de adquirir hipertensión, mientras que alrededor de una cuarta parte presentaron diferentes grados de hipertensión que va desde el tipo I al III en la PAS y PAD, que de acuerdo con la NOM-033 son catalogados como posibles hipertensos (Cuadro 6).

CUADRO 6. CONDICIONES DE SALUD.

VARIABLE	RANGO		PROPORCIÓN (%)
NORMAL U ÓPTIMA (MM HG)		Sistólica (120 a 129)	49
		Diastólica (80 a 84)	41
FRONTERIZA (MM HG)		Sistólica (130 a 139)	23
		Diastólica (85 a 89)	26
NIVELES DE PRESIÓN ARTERIAL	I	Sistólica (140 a 159)	19
		Diastólica (90 a 99)	21
	II	Sistólica (160 a 179)	6
		Diastólica (100 a 109)	9
HTA (MM HG)	III	Sistólica (≥ 180)	2
		Diastólica (≥ 110)	3

NIVEL DE GLUCOSA (MG•100 ML SANGRE)	Normal (<100)	38
	Limítrofe (100 a 126) Prediabetes	44
	Alto (>126) Diabetes	18
NIVELES DE TRIGLICÉRIDOS (MG•100 ML SANGRE)	Recomendable (< 150)	20
	Limítrofe (150 a 200)	13
	Alto Riesgo (> 200)	67
NIVELES DE COLESTEROL (MG•100 ML SANGRE)	Recomendable (< 200)	52
	Limítrofe (200 a 240)	32
	Alto Riesgo (>240)	16
ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	Normal (18.5 a 24.9)	17
	Sobrepeso (25.0 a 29.9)	33
	Obesidad tipo I (30.0 a 34.9)	36
	Obesidad tipo II (35.0 a 39.9)	12
	Obesidad tipo III (≥ 40)	2

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados obtenidos del cuestionario de CS, Milpa Alta, de marzo a noviembre de 2016.

En lo concerniente a los niveles de glucosa en sangre, casi dos quintas partes tuvieron niveles normales, más de dos quintas partes se encontraron en niveles limítrofes y menos de una quinta parte tiene niveles altos (Cuadro 6).

Respecto a los niveles de triglicéridos en sangre, una quinta parte de los operarios resultaron en condiciones normales, más de una décima parte de ellos estuvieron en la región limítrofe y más de tres quintas partes registró niveles altos; en los niveles de colesterol más de la mitad tuvieron niveles adecuados de este lípido, alrededor de la tercera parte estuvieron en la región limítrofe y menos de una quinta parte alcanzaron niveles altos de colesterol, catalogándose a esta muestra en un alto riesgo de padecer enfermedad cardiovascular (Cuadro 6).

Sobre clasificación de Índice de Masa Corporal (IMC), menos de la quinta parte de los operarios estuvieron en condiciones normales, una tercera parte tenía sobrepeso y la mitad de ellos presentó algún tipo de obesidad (Cuadro 6).

Para la salud entendida como un proceso social y complejo, los factores de riesgo por si solos no explican del todo la morbilidad y mortalidad de una población, es por ello que la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que los determinantes sociales de la salud se rigen por aquellas circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido aquí el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas (OMS, 2017).

De esta manera debemos tomar en cuenta el contexto en su totalidad en el cual la población se desarrolla, ya que cada uno de los factores que la rodean determinará la manera en que enferma o muere. La población con la que se trabajó cuenta con ciertas características que explican su perfil patológico.

El diagnóstico del programa sectorial de Trabajo y Prevención Social 2013-2018 en México menciona que en el segundo semestre del 2013 la población económicamente activa representaba el 44.1% de la población total, de dicho universo el 95% lo constituía la población ocupada, de los cuales el 59.1% desempeñaba puestos de trabajo informales (Diario Oficial de la Federación, 2013). Los taxistas que participaron voluntariamente en esta muestra forman parte de la población económicamente activa que se encuentra en empleos informales.

El INEGI arrojó, en su Anuario Estadístico y Geográfico de la Ciudad de México 2017 que, de la cifra de 1,039,625 personas que contaban con secundaria completa solo 726,966 pertenecían a la población económicamente activa en el año 2017.

Sin embargo, de acuerdo con el INEGI (2017), en la alcaldía Milpa Alta, en el 2015, la población ocupada en algún sector de la actividad económica correspondía a 55,323 personas, de las cuales el 49.34% laboraba en transporte, gobierno u otros servicios. De suerte que casi la mitad de la población se dedicaba por lo general a actividades en el sector terciario, de la cual el 33.08% mencionó percibir de 2 a 3 salarios mínimos mensuales cuyas cifras coinciden con la de los operarios que respondieron la encuesta de este estudio, si tomamos en cuenta que durante ese año el salario mínimo correspondía a \$73.04 pesos (SAT, 2017) la cantidad generada mensualmente era de \$2,103.00 pesos. La mitad de los operarios refirió obtener el doble o el triple de dichas ganancias. Dicho salario se explica con lo que el operario define como autonomía ya que, al fijar sus horarios y jornadas de trabajo, éste puede obtener mayores ingresos, a diferencia de aquellas personas que cuentan con un trabajo formal en el que los beneficios que otorga la ley dan lugar a un salario estable. Además, las jornadas laborales de los operarios tienden a modificarse debido a la necesidad de generar mayor cantidad de ingresos para cubrir su núcleo irreductible de necesidades.

La propiedad de la casa nos permite inferir el contexto en el que los operarios se desarrollan, —en el Anuario Estadístico y Geográfico de la Ciudad de México elaborado por el INEGI en el año 2016—, la alcaldía Milpa Alta reportó que el 74% de los habitantes contaba con casa propia, el 10% era alquilada y el 15% prestada. En el caso de los operarios el mayor porcentaje se inclinó hacia los que referían contar con casa propia. En cuanto a la disposición de la vivienda, la alcaldía contaba con 34,086 viviendas particulares de tales cifras el 98% eran casas; el 0.49% departamento en edificio; vivienda en vecindad o cuartería 0.80%; el 0.11% contaba con otro tipo de vivienda y, finalmente, el 0.78% no especificó. En nuestra investigación el mayor porcentaje mencionó la variable de casa única en el terreno. Es decir, la población encuestada tiene las mismas características referidas en las encuestas nacionales.

Por su parte la alcaldía presentó porcentajes variados en el número de cuartos de la vivienda, así, el 1% contaba con un cuarto, el 19% con 2, un 22% con 3 y el 22% aludió contar con 4 cuartos, estos datos no se alejan de la población de estudio.

En cuanto a infraestructura de la vivienda, el INEGI reportó que el material con el que se encontraban construidas las viviendas en la alcaldía en su mayoría (98%) constaba de tabique, ladrillo, block, piedra, cantera, cemento, o concreto, contraponiéndolo al 100% de los operarios. Sobre el material de elaboración del techo, la alcaldía reportó que un 81% estaba construido con losa de concreto o viguetas con bovedilla, porcentaje que se reitera en nuestro objeto de estudio. Sobre los servicios de acueducto y energía tanto

en los estudios practicados en otras poblaciones, como en la alcaldía y en este trabajo de investigación, la población en su mayoría disponía de dichos servicios.

Respecto a los servicios una parte considerable de los operarios refirieron acceso a bienes para la preparación y conservación de los alimentos, así como a aparatos de entretenimiento. Esta situación también se refleja en la alcaldía de Milpa Alta ya que el 68% de los operarios participantes refirió contar con horno de microondas, y con lavadora un 82% (INEGI, 2016).

Finalmente, sobre el acceso a los servicios de salud, la mayoría no tiene acceso a protección social, este hecho se refleja en la población no afiliada a tal sector, razón por la cual no se cuenta con atención preventiva, tratamiento oportuno de enfermedades crónico-degenerativas o una de rehabilitación necesaria. La mitad los operarios de taxi que contestaron la encuesta aludieron estar afiliados al Seguro Popular, seguido de aquellos quienes mencionaron atenderse en un consultorio, clínicas u hospitales privados. La alcaldía Milpa Alta reportó que el 81% de la población se encontraba afiliada a algún servicio de salud, de ellos el 13% contaba con IMSS, con ISSSTE el 16%, Seguro Popular o para una Nueva Generación 68%, y a una Institución privada acudían el 2%. No obstante, a pesar de contar con la afiliación a sistema de salud, los operarios, de los que refirieron tener enfermedades crónico-degenerativas, no estaban controlados (INEGI, 2016).

Las CMV develan mucho del estado de los operarios, sin embargo, es importante sumar y analizar el contexto laboral en el que se desarrollan debido a que esto permite ampliar y comprender las causas de los padecimientos.

Actualmente los operarios de taxi suelen ser una población que presenta diversos problemas de salud. Las investigaciones (Rosales, Mendoza, y Granados, 2017; Mendoza, Rosales, y Granados, 2018, Rosales, Mendoza, Granados y Zúñiga, 2019) respecto a este tipo de población han arrojado datos entorno a los principales daños a la salud y enfermedades que aquejan a estos trabajadores que son los problemas osteomusculares, dolores de espalda, de cuello y enfermedades de la piel, síntomas oculares, otorrinolaringológicos, respiratorias y enfermedades de la cavidad bucal. La Secretaría del Trabajo y Prevención Social en México, respecto a lo arriba aludido, escribe que las cargas pesadas de trabajo físico o las condiciones de trabajo ergonómicamente perjudiciales, pueden llevar a lesiones y trastornos musculoesqueléticos (STPS, 2017). Asimismo, diversos estudios hacen notar la presencia de altos niveles de triglicéridos y bajos niveles de colesterol HDL, sobrepeso y obesidad en los operarios (Chaparro y Guerrero, 2001).

Los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino, en 2016 (ENSANUT MC, 2016), reportó que en México la prevalencia de hipertensión arterial era de 25%, de éstos el 40% desconocía padecerla. Por ende, la proporción de adultos con diagnóstico previo de hipertensión arterial y cifras de tensión arterial controlada (<140/90 mmHg) es de 58.7%, en cuanto a los hombres la prevalencia de hipertensión era de 25% de la cual un 49% tenía conocimiento de ello antes de participar en la encuesta dado que con antelación un médico al margen de este proyecto proporcionó el diagnóstico (ENSANUT MC, 2016). Se observó en los operarios de taxi encuestados, que menos de una cuarta parte mantenían niveles elevados de presión sistólica y diastólica.

En cuanto a Diabetes Mellitus (DM) la ENSANUT MC 2016 registró que un 8% de la población masculina contestó haber sido diagnosticado con diabetes por un médico. Hubo un aumento en la prevalencia de DM por diagnóstico médico previo con respecto a la ENSANUT 2012 (9%) y un mayor aumento respecto a la ENSANUT 2006 (7%). En las pruebas aplicadas a la población con la que se trabajó se encontró en más de una cuarta parte niveles de glucosa entre 100 y 110 mg/dl (una alteración de la glucosa en ayuno) rango que encuentra su correspondiente con la presencia probable de prediabetes, y en una cuarta parte de tal población con probable Diabetes Mellitus.

Sobre la evaluación del estado nutricional de la población mayor de 20 años de edad, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 71.2% según la ENSANUT 2012 y de 72% en la ENSANUT MC 2016. Respecto al grupo de este estudio, se observó que la tercera parte de los operarios presentó sobrepeso y la mitad obesidad, ambos factores de riesgo para presentar enfermedades crónico-degenerativas y cardiovasculares.

Sin embargo, a nivel mundial los datos de la OMS mencionan que desde el año de 1975 la obesidad triplicó sus valores; en el año 2016, más de 1,900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso de los cuales un 39% eran hombres. Por otro lado, el 13% de la población adulta a nivel mundial que padecía obesidad, fueron hombres con una prevalencia de 11%. Dicha población en su mayoría reside en países en donde el sobrepeso y la obesidad suelen cobrar más vidas que otras enfermedades (OMS, 2017).

Niveles elevados de triglicéridos y colesterol desencadenan sobrepeso y obesidad, aunque a veces pueden ser fenómenos independientes. En los operarios se encontraron niveles elevados de triglicéridos; por otro lado, la ENSANUT MC 2016 reportó en cuanto al diagnóstico previo de hipercolesterolemia, que el 27% de los hombres informaron haber recibido un diagnóstico médico previo de dicho padecimiento. De los operarios una cuarta parte de ellos presentó niveles altos de colesterol, lo que los sitúa en un riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

Dichos padecimientos se reconocen como un problema de salud y se encuentran relacionados con los estilos de vida y alimentación, que como ya se mencionó está ligado a las condiciones materiales de vida, lo que ha provocado aumento en la prevalencia de las dislipidemias, el sobrepeso y la obesidad en México.

A nivel nacional, las mediciones de los últimos 30 años registran aumento de sobrepeso, obesidad y de las dislipidemias; datos retomados de la ENSANUT del año 2000, señalaban la relación de obesidad con la hipertrigliceridemia, seguida del hipercolesterolemia. La probabilidad de tener colesterol dañino (LDL) alto, colesterol saludable (HDL) bajo, triglicéridos elevados o cualquier combinación posible de estas condiciones, resultó cuatro veces mayor en adultos que presentaron obesidad que aquellos que mostraron un peso normal (Federación Mexicana de Diabetes 2015), patrón que se debe investigar en los operarios de taxi. Es por ello que los programas de salud se basan en las modificaciones de la alimentación y el ejercicio para revertir tal tendencia.

Este panorama nos permite visualizar como es que el sobrepeso, obesidad y las dislipidemias no solo son un problema persistente en la población analizada, sino que son problemas ya de salud pública tanto a nivel nacional como mundial, lo que convoca a revisar los programas y hacer propuestas novedosas.

La demanda de trabajo de los operarios de la muestra les permite cubrir sus necesidades básicas, lo cual en comparación con los datos de la población de la alcaldía refleja

que están en mejores condiciones que algunos de los habitantes de Milpa Alta. Ya que a partir de los resultados obtenidos podemos observar que los operarios cuentan con viviendas que son propias, únicas en el terreno, construidas con materiales resistentes, así como servicios regulares de agua y electricidad, tienen acceso a aparatos y electrodomésticos: para la conservación y preparación de alimentos, lavandería, movilidad, televisión, computadora, línea telefónica fija, televisión por cable e internet.

Además, en lo que respecta a los servicios de salud la mayoría cuenta con algún tipo de seguro, los menos están asegurados con IMSS o ISSSTE, ya que están afiliados debido a que tienen empleos en fábricas formales; muchos están afiliados al Seguro Popular orientado a reducir gastos médicos de bolsillo y fomentar la atención oportuna a la salud. Otros más se atienden en consultorios o clínicas privados ya que éstos ofrecen una atención más rápida que el Seguro Popular, ya que muchos mencionaron que atenderse en esta dependencia implicaba la mitad de la jornada, lo que para ellos significaba pérdida monetaria por el tiempo invertido.

Sobre sus condiciones de salud presentaron hipertensión arterial, altos niveles de glucosa en sangre, triglicéridos y colesterol, así como la presencia de sobrepeso y obesidad, factores de riesgo asociados a enfermedades crónico-degenerativas. En el análisis de las principales causas de morbilidad destacan los problemas osteomusculares relacionado con la actividad laboral.

Las condiciones materiales de vida también condicionaron el proceso de vida social por lo que se vuelve un factor de importancia a la hora de analizar el proceso salud-enfermedad de las poblaciones, en los operarios de taxi dichas condiciones suelen ser estables, ya que refieren casas propias y únicas en el terreno, el acceso a bienes materiales suele ser mayor que la misma alcaldía y cuentan con servicios de agua y electricidad, lo que les permite tener un ambiente con mejores condiciones y calidad de vida. Tienen afiliación a Seguro Popular y a pesar de contar con tal acceso a al sistema de salud no suelen atender sus enfermedades en dicha dependencia, esto explicaría los niveles elevados de dislipidemias que presentó la población, la actividad que desarrollan no permite que coman de manera saludable ni a sus horas, y es que justo en estos horarios les deviene la mayor carga de trabajo.

Con base en lo obtenido en dicha investigación establecemos que efectivamente las condiciones materiales de vida influyen directamente en las condiciones de salud de los operarios, por lo que el estudio de dichas condiciones se vuelve de importancia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CHAPARRO, P. y Guerrero J. (2001). Condiciones de Trabajo y Salud en Conductores de una Empresa de Transporte Público Urbano en Bogotá D.C. *Salud Pública*, 3, (171-187).
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (2013). Programa sectorial de Trabajo y Prevención Social 2013-2018. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/160330/Programa_Sectoria_1.pdf
- FEDERACIÓN MEXICANA DE DIABETES Dislipidemia en aumento por obesidad. <http://fmdiabetes.org/dislipidemia-en-aumento-por-obesidad/>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (2017) Anuario estadístico y geográfico de la Ciudad de México. http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/AEGEUM_2017/702825097912.pdf
- INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA (2016). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino. Informe final de resultados. http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2016/ensanut_mc_2016-310oct.pdf
- MENDOZA, J.M., Rosales, R. y Granados, JA. (2019) Asociación de condiciones de trabajo, estilos de vida y Síndrome metabólico en conductores de la Ciudad de México. *Revista Salud y problema*, 12 (27), 15-27.
- OMS (2017). *Obesidad y sobrepeso*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- ROSALES, R., Mendoza, JM. y Granados, JA. (2018). Condiciones de vida , salud y trabajo en conductores de taxis de la Ciudad de México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56 (3), 278-286.
- ROSALES, R., Mendoza, JM., Granados y JA., Zúñiga, A. (2019) Sintomatología asociada al estrés y condiciones laborales de operarios de un taxi de un sitio de la Ciudad de México. *Revista de Salud de los trabajadores*, 26 (2), 150-160.
- SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA (SAT). *Cuadro histórico de los salarios mínimos*. www.sat.gob.mx/informacion_fiscal/tablas.../salarios_minimos_historico.xls
- SECRETARÍA DE TRABAJO Y PREVENCIÓN SOCIAL (2017). *Seguridad y Salud en el Trabajo en México: avances, retos y desafíos*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/279153/Libro-Seguridad_y_salud_en_el_trabajo_en_Mexico-Avances__retos_y_desafios__Digital_.pdf

III. CONDICIONES DE VIDA DE LOS PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS Y NIÑAS QUE ACUDEN AL CENTRO DEL DÍA NÚM 1.

ALELÍ VARGAS GUERRERO
REYNA NANCY ROJAS GONZÁLEZ
ROSELIA ARMINDA ROSALES FLORES

■ INTRODUCCIÓN

Dentro de las condiciones materiales de vida y salud de la niñez mexicana, se considera la pobreza como indicador que incide de manera desfavorable en las capacidades y habilidades para la construcción de autonomía, ya que es fundamental para su desarrollo satisfacer las necesidades básicas como alimentación, educación, vivienda, vestido. Así, es importante conocer el salario mínimo que requiere una familia para establecerse en condiciones de bienestar. Dado que la satisfacción de necesidades puede alcanzarse mediante estrategias familiares de vida, en el mercado y a través de políticas sociales, el Estado juega un papel importante para contribuir a la mejora de estas condiciones. Es a través de la implementación de políticas sociales de bienestar que se logra la redistribución de la riqueza, lo cual es importante para disminuir las desigualdades sociales. En la Ciudad de México, una de esas políticas sociales es la que se lleva a través de la institución Centro del Día.

En México viven 20,213,900 niñas y niños de 0 a 9 años los cuales comprenden una cuarta parte de los ciudadanos totales registrados (ENSANUT, 2006: 57). En el año 2012, se identificó que viven un total de 10,921,929 niños de entre 0 a 4 años, de ellos el 50.8% son niños y el 49.2% niñas; en cuanto a la población de 5 a 9 años la equivalente fue de 11,469,013, el 50.7% son niños y 49.3% son niñas (ENSANUT, 2012: 56). Las condiciones de salud se han transformando en las últimas cuatro décadas debido a las condiciones económicas, demográficas y por el factor sociocultural, que en su conjunto han generado nuevos riesgos para la salud (López y Gil, 2006 : 1).

Para el a CONEVAL el 53.8% de las niñas, niños y adolescentes viven en condiciones de pobreza. De éstos, el 23.8% se encontraban en pobreza extrema. También, casi 100 mil menores de 5 años muestran desnutrición y más del 23% en edad preescolar padecen anemia, mientras que el 28% del total de los menores de 18 años viven en condiciones de pobreza alimentaria (Alianza por los derechos de las niñas, 2014: 8). De acuerdo con la Alianza por los Derechos de Niñas y Niños y Adolescentes en México, los menores en nuestra nación tienen una mala calidad de vida, ya que las autoridades no han sido capaces de garantizar condiciones mínimas de salud, educación y seguridad (Servín, 2013: 35).

Asimismo, en México la prevalencia de desnutrición crónica (baja talla) es de 13.6% en menores de 5 años; hay más de 6 millones de menores de entre 3 y 17 años que están fuera de la escuela; los niños y adolescentes entre los 5 y los 17 años que trabajan

ascendió en 2009 a 3.2 millones, para 2011 disminuyó a 3 millones, todavía así continúa siendo una cifra alta, de los 3 millones que trabajan, el 39.1% no asiste a la escuela (UNICEF, 2012: 11).

De la población infantil en la Ciudad de México de 8 a 14 años, que no sabe leer ni escribir, el 24.0% no asiste a la escuela; mientras que 3 de cada 10 niñas y niños (32.9%) que trabajan no frecuentan la escuela; el 34.8% desempeñan una jornada de más de 34 horas a la semana y el 5.6% realizan quehaceres domésticos de manera que no asisten a la educación básica (COPRED, 2015).

Uno de las principales motivos por los cuales trabaja un porcentaje de la población infantil es por la necesidad de dar una aportación económica al hogar, aprender un oficio, pagar su escuela o el no querer frecuentarla (COPRED, 2015). Por otra parte existen condiciones materiales en parte de la población de las y los niños en la Ciudad de México que no son las más adecuadas para su óptimo desarrollo ya que el 14.0% menores de 15 años habitan en viviendas que presentan carencias materiales, por ejemplo el 12.1% de las niñas y niños habitan en hacinamiento de más de 2.5 personas por cuarto; 0.9% reside en viviendas con piso de tierra; 2.5% en viviendas con techos de lámina de cartón o desechos (COPRED, 2015).

Una condición indispensable para el crecimiento y desarrollo de la niñez y que condiciona su vida, es el acceso a los bienes y servicios con lo que los padres y madres de familia cuentan y les aportan; no obstante, el salario mínimo es insuficiente para satisfacer las necesidades básicas (CONASAMI, 2014). Según Navarro (2014) en los resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo detallan que en el Ciudad de México un millón 229 mil 947 personas reciben de uno a dos salarios mínimos para adquirir productos de su alimentación básica. Estos valores dan cuenta que las condiciones materiales de vida y salud de la niñez están condicionadas por la forma en que las madres y padres de familia se insertan en los medios de producción y el salario que perciben, que cuando es el mínimo, impide su crecimiento y el desarrollo de sus capacidades.

Las condiciones materiales de vida y de salud de la niñez transitan por etapas llenas de necesidades básicas que requieren de satisfactores para garantizar un óptimo desarrollo físico y mental. Los primeros años de vida son cruciales para que las y los niños sobrevivan, sobre todo, para aquellos que viven en un contexto de pobreza, desigualdad y discriminación; es por ello que asistir a la escuela y contar con las necesidades básicas de alimentación y salud son esenciales para desarrollar sus capacidades para su presente y futuro (OMS, 2008).

El programa Centro de Día núm. 1 del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) es un programa social hecho por el gobierno de la Ciudad de México; su propuesta de salud va enfocada a la protección social que pretende mejorar las condiciones sociales de la niñez que se encuentran en contextos de vulnerabilidad o pobreza.

■ METODOLOGÍA

Este estudio se realizó en el Centro núm. 1 uno del DIF, ubicado en la Avenida Balderas no. 93 Colonia Centro, alcaldía Cuauhtémoc, «Mercado de la Ciudadela» en la Ciudad de México. La población objeto de estudio fueron las niñas y los niños que asisten a

este Centro y los padres de éstos, a quienes se les solicitó su participación por medio de una encuesta y la firma del consentimiento informado. Se contó con la presencia de 30 padres de familia. El propósito central en la configuración de la encuesta fue:

Conocer cuáles son los aspectos y factores que influyen en las condiciones materiales de vida y de salud de los niños del Centro de Día núm. 1 DIF.

Las características en esta encuesta descriptiva fueron:

- Transversal, los datos recolectados se hicieron en un solo momento.
- Descriptiva, se entrevistaron a las madres y padres de familia de los escolares del Centro de Día no. 1 del DIF, en la ciudad de México.
- Observacional, no se modificó a la población.

La encuesta constó de 20 preguntas con los siguientes apartados:

- a. Datos generales de las madres/ padres de familia entrevistados.
- b. Vivienda.
- c. Servicios públicos y equipamiento.
- d. Personas con las que se relacionan los(as) niños(as).
- e. Datos antropométricos.
- f. Perfil de salud e interés sobre la salud del(la) niño(a)

Las variables unidas sobre los datos generales fueron: sexo, edad (años), lugar de nacimiento, ocupación e ingreso familiar mensual y escolaridad de los padres de familia.

Del apartado sobre la vivienda, las variables alcanzadas fueron: tipo de vivienda, si es propia y el número de habitaciones con las que cuenta. Además, mencionaron si la zona de residencia cuenta con los servicios públicos básicos y si la casa dispone de algunos equipamientos para el bienestar de la familia. Otras variables obtenidas fueron el tipo de familia con la que vive el niño(a); si viven con sus hermanos, consanguínea (papá, mamá y hermanos), monoparental (sin padre), monoparental (sin madre) y compuesta (mamá, papá, abuelos, tíos, primos, etcétera).

Los datos antropométricos fueron: la edad (años), peso (kg), talla (m) y se calculó el índice de masa corporal (IMC, $\text{kg}^2 \cdot \text{m}^{-1}$) y el sexo de los (a) niños (a).

En cuanto al perfil de salud e interés sobre la salud del(la) niño(a), se obtuvieron datos como tipo de enfermedad padecida la última vez, centro de salud donde acudieron o si fue con un médico particular y el monto de dinero invertido para la atención de los menores. También se les solicitó mencionar el aspecto que más les preocupa sobre la salud de su niño(a) y algún tema de interés que les gustaría conocer para mejorar las condiciones de salud de sus hijos(as).

Los datos recabados en la encuesta se ordenaron en una hoja de cálculo en el programa Excel® y posteriormente analizaron con el programa Statistica ver 8.0 portable. Se elaboraron las estadísticas descriptivas de cada variable de acuerdo con el sexo.

■ RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Dentro de los resultados de la encuesta aplicada a los padres de familia durante las dos sesiones del taller, en las cuales participaron 22 mamás y 8 papás, se observó que la proporción de mamás (73%) que asisten al Centro de Día es mayor que el de papás.

Los estadísticos descriptivos mostraron que la edad promedio de los ocho papás entrevistados fue de 30 años, y de las 22 mamás de 34. En cuanto al ingreso familiar los papás respondieron que percibían un salario mayor que las mamás (ver cuadro 1).

CUADRO 1. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LOS PADRES DE LOS ESCOLARES DEL CENTRO NÚM. 1 UNO DEL DIF, EN LA CIUDAD DE MÉXICO OBTENIDOS DE UNA ENCUESTA ELABORADA EN MARZO DE 2014.

Variable	N		Media		s*		CV (%)*		I. de C.	
	Papás	Mamás	Papás	Mamás	Papás	Mamás	Papás	Mamás	Papás	Mamás
Edad (años)	8	22	30	34	6.2	8.2	20	24	25-35	31-38
Ingreso familiar (\$)	8	22	6375	1563.6	1233.6	782.3	193	50	-3,938-16,688	1217-1910
Ingreso familiar (\$) **	7	22	2028	1563.6	1104	782.3	54	50	1007-3050	1217-1910

*s, desviación estándar; *CV (%), coeficiente de variación, I. de C., intervalo de confianza 95%.

** Se eliminó el caso del papá con ingreso mayor, por ser un punto extremo.

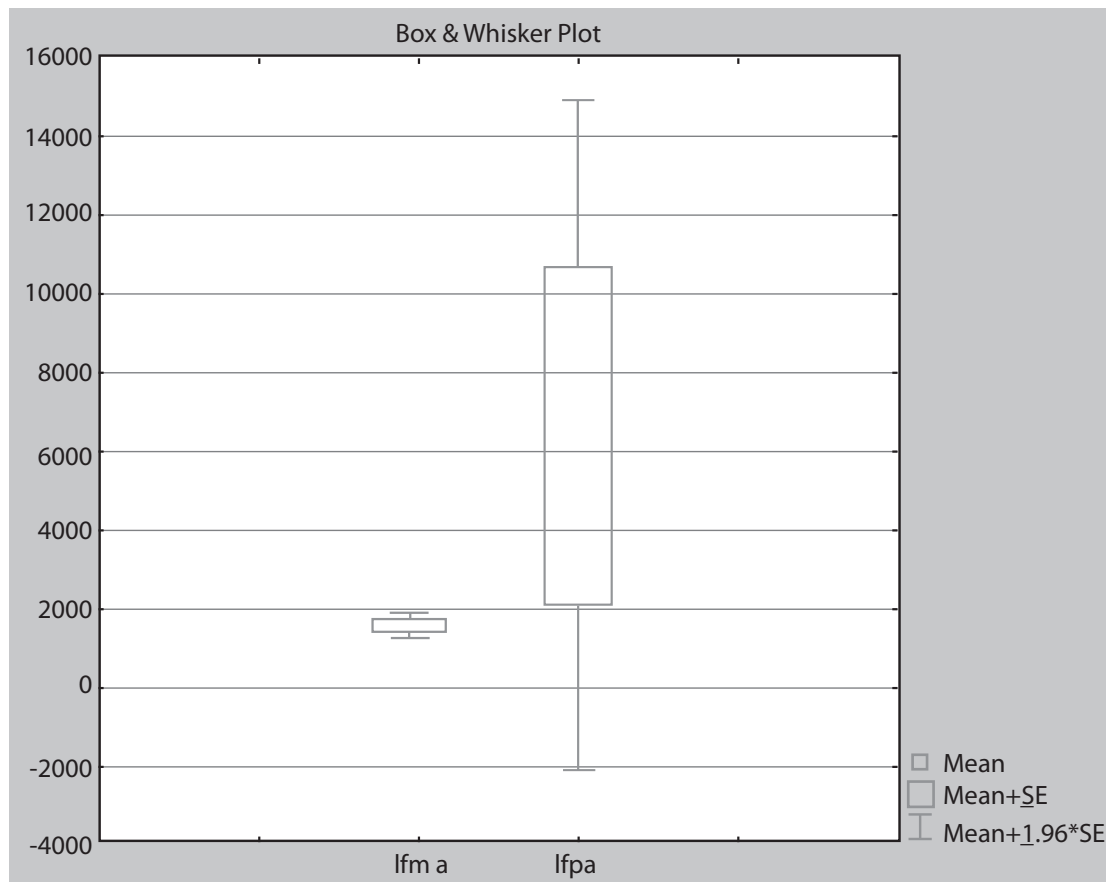
Elaboración propia

De acuerdo con el coeficiente de variación, se observó que la variabilidad de la edad fue menor en los papás en relación a las mamás; es decir, las mamás presentaron mayor heterogeneidad en la edad con respecto a los papás, ellas tuvieron un rango de 35 años y ellos de 22. En lo concerniente al intervalo de confianza, los papás presentaron un límite inferior de 25 años y las mamás de 31 años. En el límite superior de las mamás es mayor que el de los papás (véase Cuadro 1). La prueba de hipótesis mostró que no existen diferencias estadísticas significativas en la edad de ambos padres ($t= 1.25$ ns; $\alpha=0.05$). Datos que van caracterizando la conformación familiar de los niños y niñas del centro en el cual se realiza el estudio de caso y que dan un marco más amplio de la complejidad del contexto.

En cuanto al ingreso aportado por las mamás, el coeficiente de variación mostró que fue más homogéneo que el de los papás, ya que un papá argumentó percibir en un mes \$36,800. El rango de ingresos de las mamás fue de \$3,800 y el de los papás fue de \$35,800. Modificando el intervalo de confianza del 95% en el cual las mamás tuvieron como límite inferior de \$1,217 y los papás de \$3,938 y en el límite superior fue de \$1,910 y de \$16,688, respectivamente (véase Gráfica 1). Estos datos de acuerdo con el

marco teórico al cual se adhiere el estudio, es importante porque los patrones de salud-enfermedad de los infantes está vinculado al salario y a las condiciones materiales de vida de los padres.

GRÁFICA 1. DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO FAMILIAR DE LOS PADRES DE FAMILIA ENTREVISTADOS EN EL CENTRO DÍA NO. 1 DEL DIF, CIUDAD DE MÉXICO, MARZO DE 2014. DIAGRAMA DE CAJA.



*ma: mamá; pa: papá.

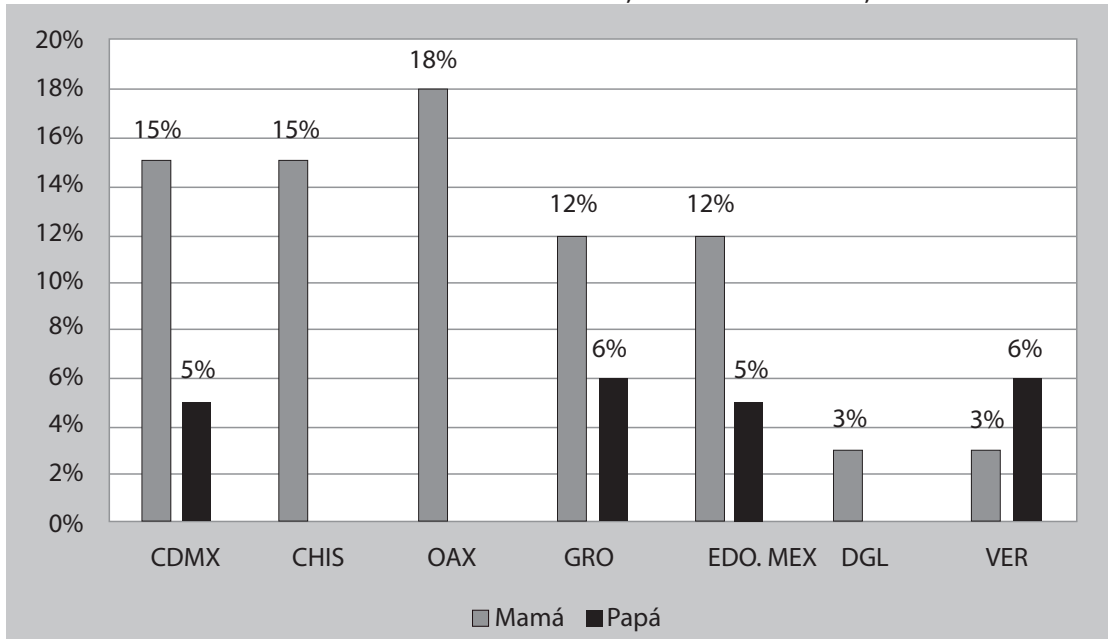
Mean: media

SE desviación estándar

Elaboración Propia

Sobre el lugar de procedencia se observó que la mayoría de las mujeres provienen del Estado de Oaxaca (OAX), en segundo lugar del D.F. (Distrito Federal) y de Chiapas (CHIS), en tercero el Estado de México (EDO. MEX) y Guerrero (GRO), con menor proporción estuvieron las que procedían de Guadalajara (GDL), Veracruz (VER). Los papás procedían principalmente de los estados de Veracruz, Estado de México, Guerrero y CDMX (véase Gráfica 2).

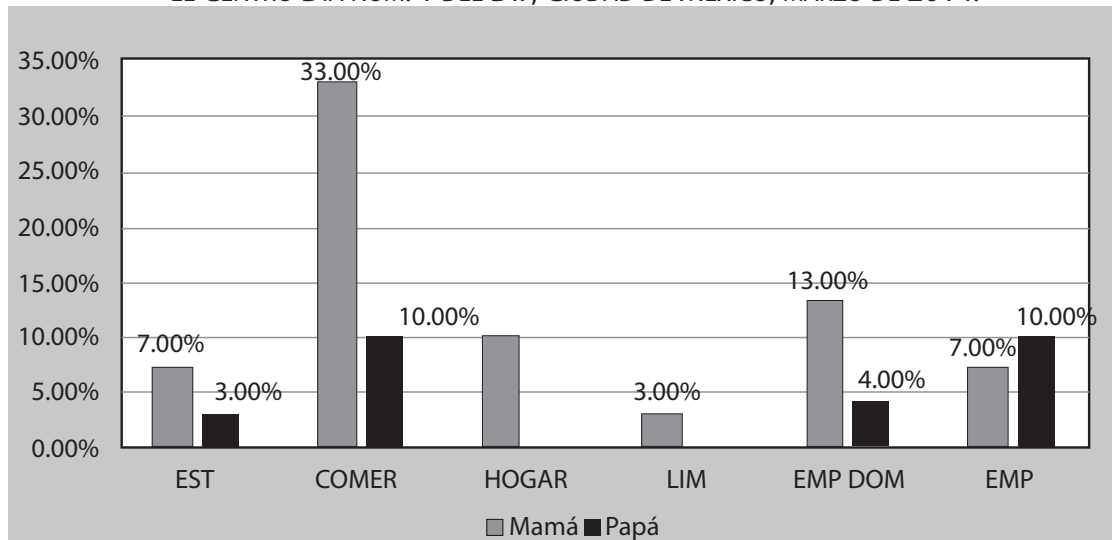
GRÁFICA 2. PORCENTAJE POR SEXO DEL LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS PADRES DE FAMILIA ENTREVISTADOS EN EL CENTRO DÍA NÚM. 1 DEL DIF, CIUDAD DE MÉXICO, MARZO DE 2014.



Elaboración propia

En cuanto a la ocupación laboral, se observó que la mayoría de las mamás se emplean en el comercio (COMER), le sigue la ocupación de empleadas domésticas (EMP DOM), seguido ésta de actividades del hogar, luego de empleadas (EMP), estudiantes (EST) y, por último, en menor proporción limpieza (LIM). Mientras que los hombres se dedican principalmente al comercio y ser empleados, en menor proporción al empleo doméstico y ser estudiantes (véase Gráfica 3).

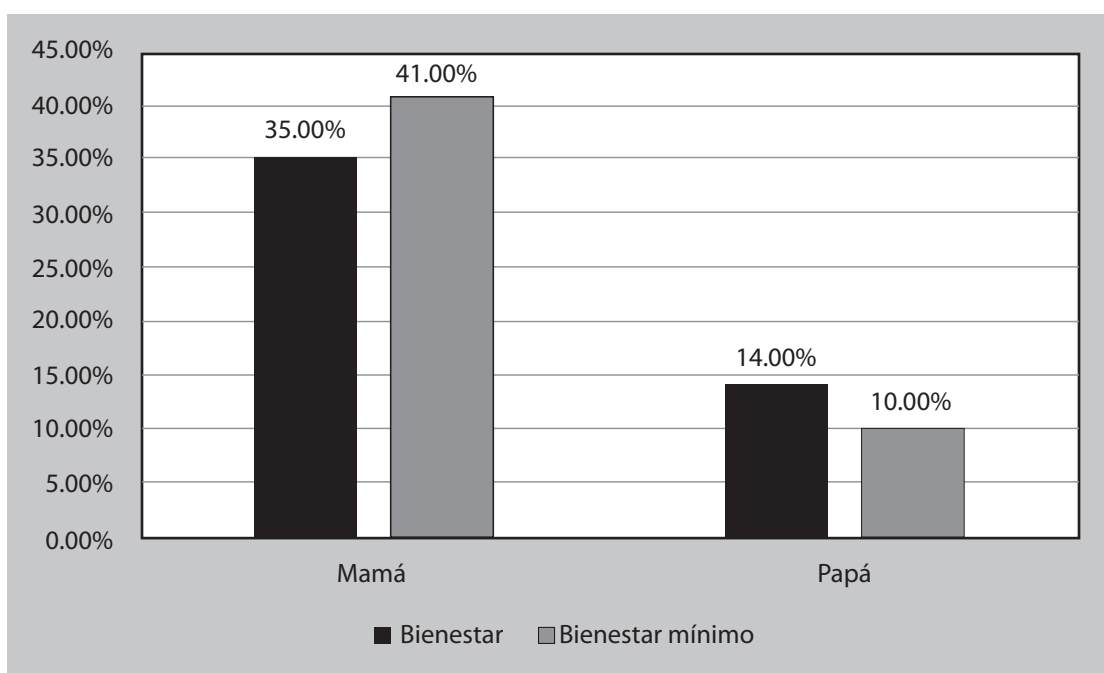
GRÁFICA 3. PORCENTAJE POR SEXO DE LA OCUPACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA ENTREVISTADOS EN EL CENTRO DÍA NÚM. 1 DEL DIF, CIUDAD DE MÉXICO, MARZO DE 2014.



Elaboración propia

Se vislumbró que el ingreso familiar de los padres de familia de los escolares del Centro, posicionó a las mamás con una mayor proporción en una línea de bienestar mínimo y en una baja proporción se encontraron en una línea de bienestar; los papás manifestaron en mayor proporción una línea de bienestar y con una menor proporción se encontraron en un bienestar mínimo. El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2015), considera que el bienestar mínimo representativo para comprar una canasta básica es de un ingreso mensual de \$1,283.98, y para conseguir bienestar y comprar una canasta básica se requiere de un ingreso familiar mensual de \$2,628.03 (véase Gráfica 4).

GRÁFICA 4. PORCENTAJE DE LA LÍNEA DE BIENESTAR MÍNIMO (bm) Y BIENESTAR (B) DE LOS PADRES DE FAMILIA ENTREVISTADOS EN EL CENTRO DEL DÍA NÚM. 1 DIF, CIUDAD DE MÉXICO, MARZO DE 2014.



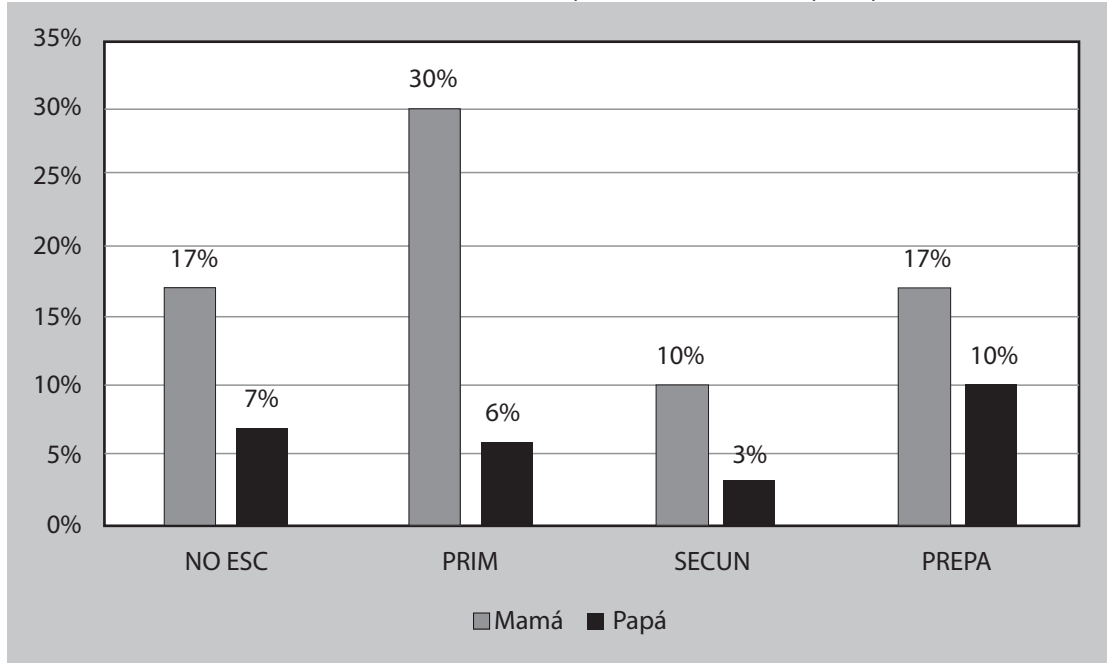
Elaboración propia

Al mismo tiempo se encontró que la línea de bienestar de los padres de los niños es dependiente del sexo, según terminos estadísticos ($X^2= 4^*$; $p=0.05$).

También, se preguntó su escolaridad (asocida con el sexo), la línea de bienestar y su ocupación. Como resultado en la relación de la primera asociación, sexo–escolaridad, se observó que la mayor proporción de las madres presentaron escolaridad a nivel primaria (PRIM), seguido de quienes no asistieron a la escuela, con la misma proporción quienes fueron al nivel medio superior (PREPA), en menor proporción las que asistieron a la secundaria (SECUN). Sobre la escolaridad de los papás de los infantes la mayor proporción la obtuvo quienes tenían la preparatoria, seguida de quienes no asistieron a la escuela y a la primaria y quienes solo fueron a la primaria, y la menor proporción los que tenían la secundaria terminada (véase Gráfica 5). El acceso a la educación superior, implica, más allá de ser un derecho socioeconómico, que los padres han desarrollado habilidades y capacidades que les permiten realizar la participación social, ciudadana

y la exigibilidad lo que es importante en el sentido de tener acceso a otros bienes y servicios a través de las políticas sociales.

GRÁFICA 5. PORCENTAJE DE LA OCUPACIÓN DE ACUERDO AL SEXO DEL PADRE DE FAMILIA ENCUESTADO EN EL CENTRO DÍA NÚM. 1 DEL DIF, CIUDAD DE MÉXICO, D.F., EN MARZO DE 2014.

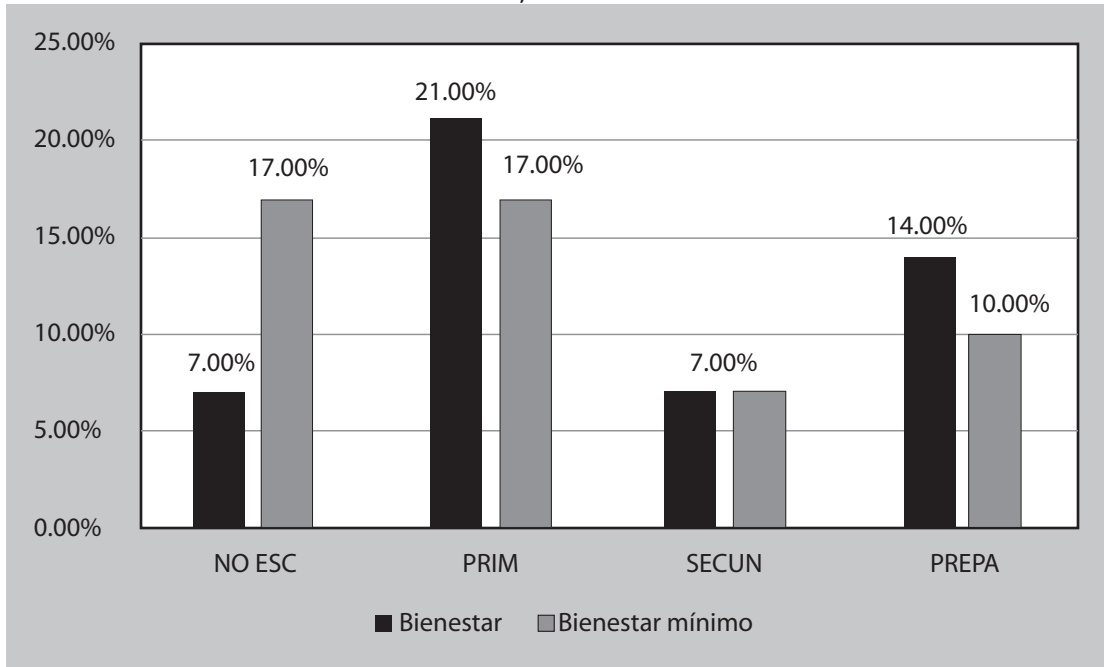


Elaboración propia

Asimismo se observó que los padres de familia con bienestar mínimo se ubicaron en una mayor proporción en lo que se refiere al rubro no escolaridad (NO ESC), caso similar ocurre con quienes presentaron primaria (PRIM), en menor proporción secundaria (SECUN) y preparatoria (PREPA). Para los padres de familia que contaban con bienestar su escolaridad fue en mayor proporción la primaria, seguido de quienes presentaron formación de preparatoria y en menor proporción no escuela y secundaria (véase Gráfica 6).

La línea de bienestar del padre, madre o tutor es estadísticamente dependiente de la escolaridad de los mismos ($X^2= 4^*$; $p=0.05$).

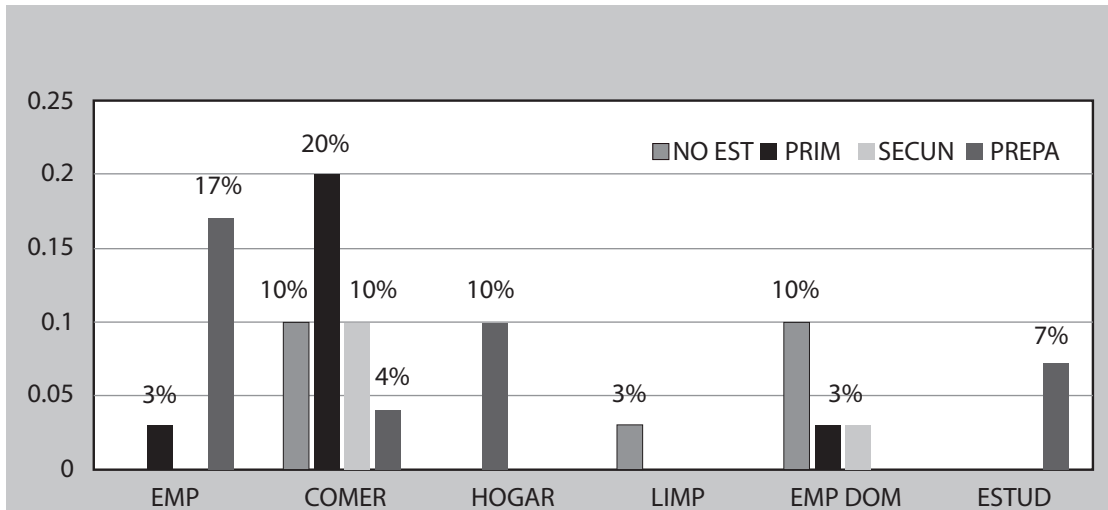
GRÁFICA 6. PROPORCIÓN DE LOS PADRES DE ACUERDO A SU NIVEL DE ESCOLARIDAD ASOCIADO CON LA LÍNEA DE BIENESTAR MÍNIMO (BM) Y BIENESTAR (B), DEL CENTRO DÍA NÚM. 1 DEL DIF, CIUDAD DE MÉXICO, MARZO DE 2014.



*No est: no estudiaron; PRIM: nivel primaria; SECUN: nivel medio; PREPA: nivel medio superior.
Elaboración propia

La siguiente relación fue la escolaridad del padre de familia de acuerdo con su ocupación. Se observó que los empleados contaban en mayor proporción con preparatoria; los que se dedicaban al comercio principalmente tenían la primaria, aunque algunos de ellos en menor proporción contaban con secundaria, preparatoria o no declaran ninguna preparación; los que se dedicaban al hogar solo tenían la primaria; los que trabajaban en limpieza y en el empleo doméstico no estudiaron o al menos tenían la primaria o secundaria (véase Gráfica 7).

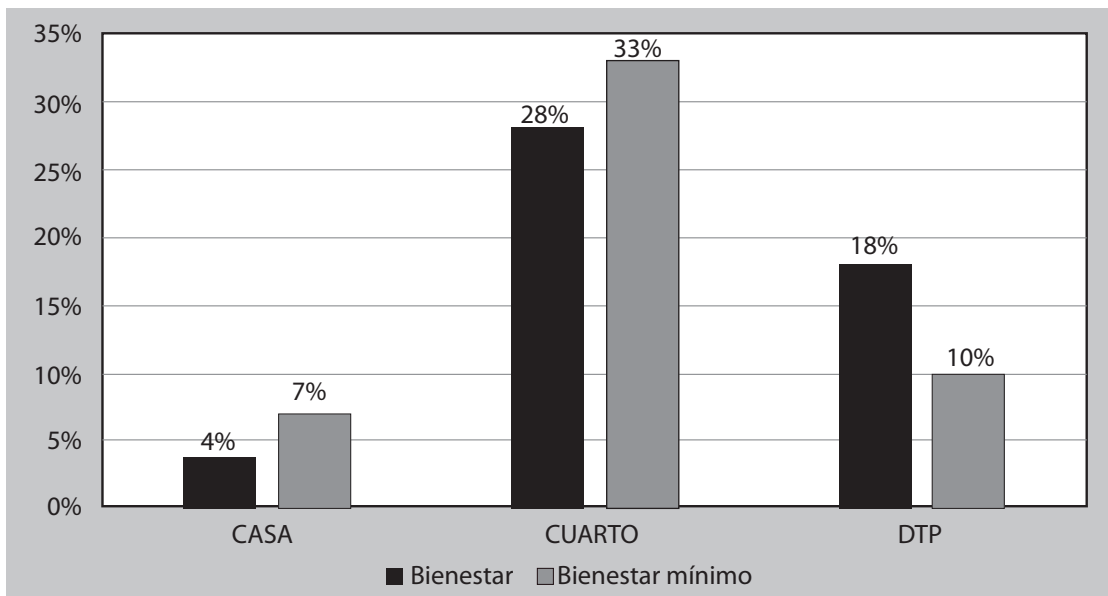
GRÁFICA 7. PROPORCIÓN DE LOS PADRES DE ACUERDO A SU NIVEL DE ESCOLARIDAD ASOCIADO CON EMPELO DEL CENTRO DÍA NÚM. 1 DEL DIF, CIUDAD DE MÉXICO, MARZO DE 2014.



Elaboración propia

Para los padres de familia que presentaron un bienestar mínimo, el mayor porcentaje recayó en aquellos que su vivienda era una habitación, seguido de los que tenían un departamento (DTP), y en menor proporción los que poseían casa propia. Mientras que los padres que tenían la línea de bienestar, un menor porcentaje en comparación con los del bienestar mínimo su vivienda era un cuarto, mayor porcentaje en comparación con los de mínimo bienestar los que vivían en un departamento y los que cuentan con casa propia son casi el doble de los de bienestar mínimo (véase Gráfica 8).

GRÁFICA 8. PORCENTAJE DE LÍNEA DE BIENESTAR DE ACUERDO A LA VIVIENDA DE LOS PADRES DE FAMILIA ENCUESTADOS EN EL CENTRO DÍA NÚM. 1 DEL DIF, EN LA CIUDAD DE MÉXICO, MARZO DE 2014.

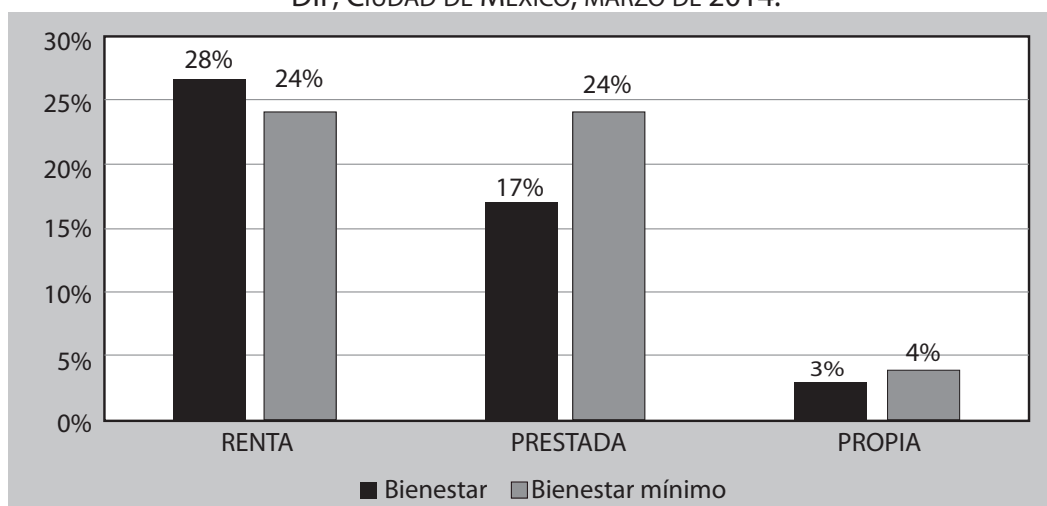


Elaboración propia

El tipo de vivienda de los padres de familia fue estadísticamente dependiente la línea de bienestar ($X^2= 4^*$; $p=0.05$).

Además se determinó que los padres de familia con bienestar mínimo su casa era principalmente rentada o prestada, en cambio, para los de bienestar la casa era rentada, seguido de los que la tenían prestada. Muy pocos contaban con casa propia (Gráfica 9). Se halló asimismo que la casa en donde habitaban dependía de la línea de bienestar de los padres de familia ($X^2= 7^*$; $p=0.05$).

GRÁFICA 9. PORCENTAJE DEL TIPO DE VIVIENDA CON RESPECTO A LA LÍNEA DE BIENESTAR DE LOS PADRES DE FAMILIA ENCUESTADOS EN EL CENTRO DÍA NÚM. 1 DEL DIF, CIUDAD DE MÉXICO, MARZO DE 2014.



Elaboración propia

Los estadísticos descriptivos de los hijos de los padres de familia entrevistados mostraron que la edad promedio de los niños fue mayor que de las niñas, sin embargo, no existieron diferencias estadísticas significativas entre ellos (véase Cuadro 2).

CUADRO 2. ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LOS NIÑOS INSCRITOS EN EL CENTRO DÍA NÚM. 1 DEL DIF, CIUDAD DE MÉXICO, MARZO DE 2014.

Variable	N		Media		s*		CV (%)*		IC	
	Niño	Niña	Niño	Niña	Niño	Niña	Niño	Niña	Niño	Niña
Edad (años)	17	13	8.8	9.5	2.2	3	25	32	7.7-9.96	7.7-11.4
Peso (Kg)	17	13	27	30	8.9	13.4	33	45	22-31	22-38
Talla (m)	17	13	1.28	1.29	0.12	0.15	9	11	1.23-1.35	1.2-1.38
*IMC	17	13	15.9	17.3	2	4.2	13	24	14.9-16.9	14.8-19.9

*s, desviación estándar; CV (%), coeficiente de variación; I de C, intervalo de confianza, IMC, índice de masa corporal ($\text{kg}^2 \cdot \text{m}^{-1}$).

Elaboración propia.

El peso promedio de los niños fue de 30 kg, el de las niñas de 27 kg. El coeficiente de variación manifestó heterogeneidad en los niños que las niñas. El intervalo de confianza

en el límite inferior coincidió en 22 kg y en límite superior los niños presentaron mayor peso, pero no existieron diferencias estadísticas significativas entre ellos.

La estatura, tanto de las niñas como de los niños alcanzó valores similares, aunque presentaron mayor heterogeneidad los niños, de acuerdo al coeficiente de variación. En el intervalo de confianza del límite inferior, los niños manifestaron una menor talla con respecto a las niñas y en el límite superior los niños obtuvieron mayor estatura con respecto a ellas, conviene apuntar que, no existieron diferencias estadísticas significativas entre ambas partes.

Las niñas presentaron en menor proporción obesidad, seguido de sobrepeso en edad adolescente. Mientras que en edad de crecimiento y desarrollo se mostró peso normal y bajo peso. Para los niños de igual forma presentaron: en menor proporción obesidad y sobrepeso, y en edades de crecimiento y desarrollo presentaron peso normal y bajo peso.

Podemos observar que en edades primordiales para el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas manifestaron bajo peso, este hecho puede condicionar sus niveles de salud en su presente y futuro (véase Cuadro 3).

CUADRO 3. PORCENTAJE DE NIVEL DE IMC (ÍNDICE DE MASA CORPORAL) DE LOS ESCOLARES INSCRITOS EN EL CENTRO DÍA NÚM. 1 DEL DIF, CIUDAD DE MÉXICO, MARZO DE 2014.

Edad (años)	Bajo peso (%)		Peso Normal (%)		Sobrepeso (%)		Obesidad (%)	
	Niño	Niña	Niño	Niña	Niño	Niña	Niño	Niña
6	3	---	---	3	---	---	---	---
7	7	3	10	3	---	---	---	---
8	3	3	---	---	3	---	---	---
9	3	---	10	3	---	---	---	---
10	---	3	10	---	---	---	---	---
11	---	---	---	8	---	---	---	---
12	---	4	3	3	---	---	---	---
14	---	---	---	---	---	3	---	---
15	---	---	---	---	3	3	---	3

Elaboración propia.

También precisamos conocer los servicios públicos y el equipamiento del hogar con los que cuentan los padres de familia. La mayoría de ellos disponen de servicios públicos de drenaje, alcantarillado y electricidad; el equipamiento de su residencia cuentan con teléfono celular, estufa con gas, refrigerador, radio y televisión. Prescinden de teléfono fijo, lavadora, computadora e Internet (véase Cuadro 4).

CUADRO 4. PORCENTAJE DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS Y DEL EQUIPAMIENTO DEL HOGAR CON LOS QUE CUENTAN LOS PADRES DE FAMILIA DEL CENTRO DÍA NÚM. 1 DEL DIF, CIUDAD DE MÉXICO, MARZO DE 2014.

VARIABLE	Si (%)	No (%)
DREN	74	23
ALCA	74	22
ELEC	90	6
TEL F.	23	74

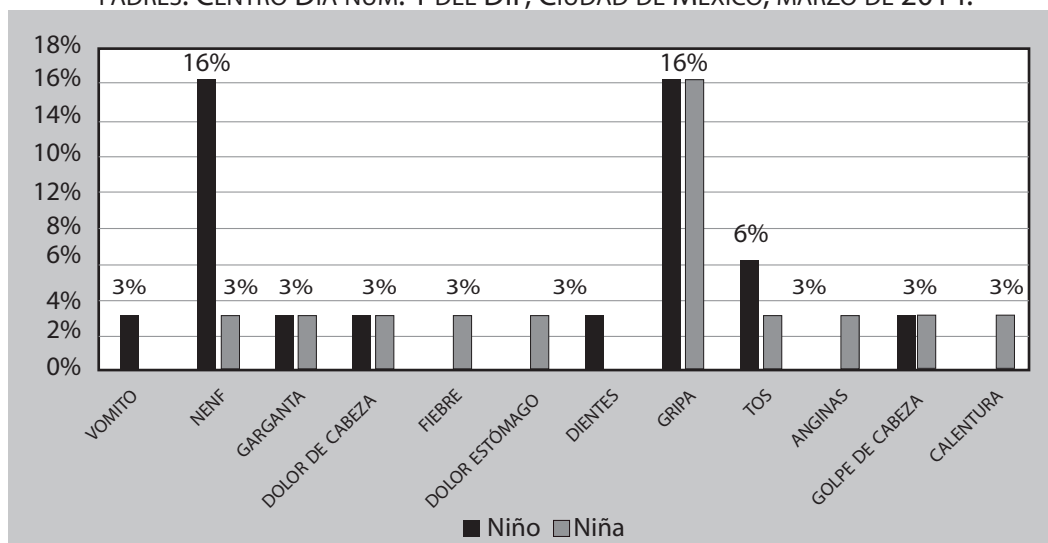
TEL CEL	61	35
EST G	74	23
REFRI	58	39
LAV	35	61
RAD	61	35
TV	81	16
COMPU	29	68
WEB	16	81
ES	35	61

*DREN, Drenaje; ALCA, Alcantarillado; ELEC, Electricidad; TEL F, Teléfono Fijo; TEL CEL, Teléfono Celular; EST G, Estufa con Gas; REFRI, Refrigerador; LAV, Lavadora; RAD, Radio; TV, Televisión; COMPU, Computadora; WEB, Internet y ES, Estufa.

Elaboración propia.

Los padres de familia reportaron que la enfermedad más recurrente es la gripa tanto en niños, como en niñas. Asimismo se aludió que los niños no enferman (N ENF), en menor proporción presentan vómito o padecimientos dentales. En el caso de las niñas se enferman en menor proporción de fiebre, estómago y anginas. Ambos casos se enferman en igual proporción de garganta, dolor de cabeza, golpe de cabeza y tos. Es revelador señalar que el hecho de enfermarse depende del sexo de los infantes ($X^2= 5^*$; $\alpha=0.05$) (Gráfica 10)

GRÁFICA 10. PORCENTAJE DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES DE LOS INFANTES REFERIDAS POR LOS PADRES. CENTRO DÍA NÚM. 1 DEL DIF, CIUDAD DE MÉXICO, MARZO DE 2014.



Elaboración propia.

También se interrogó a los padres de familia, sobre el tiempo transcurrido desde que se enfermó su hijo(a): en mayor proporción mencionaron que no se enfermaron; hace una semana se enfermaron de vómito, dolor de cabeza, dolor de estómago, gripa y tos;

hace un mes fue de vómito, garganta, dolor de cabeza, gripa y calentura; hace dos meses presentaron anginas y golpe de cabeza; hace tres meses tuvieron dolor de dientes, gripa y tos; hace cuatro meses solo fue de tos; hace cinco meses fue de gripa; hace seis meses presentaron fiebre y gripa y hace un año solo fue de gripa.

Cuando los infantes se enfermaron de vómito y gripa los padres de familia acudieron al IMSS para la atención médica; para el dolor de estómago fue autómédicación; fueron a la farmacia para la atención de la garganta, gripa y fiebre; asistieron al Centro de salud para dolor de dientes, tos, gripa y anginas; optaron Seguro Popular en el caso de garganta y gripa; asistieron a un Similar para la atención en garganta y gripa; en el DIF acudieron por gripa; asistieron al médico particular por dolor de cabeza; asistieron al servicio médico de la escuela por golpe de cabeza y la mayoría de ellos no enfermó.

Los padres de familia invirtieron en la atención médica de su hijo(a), \$0 (pesos) porque asistieron al IMSS, al Centro de Salud, al Seguro Popular, al DIF y al Servicio Médico de la Escuela o por qué no enfermó; gastaron \$80 (pesos) al acudir al doctor particular; invirtieron \$90 (pesos) cuando acudieron a un Similar, gastaron \$100 (pesos) en farmacia, Centro de Salud, DIF y Doctor particular; invirtieron \$200 (pesos) al ir al IMSS; gastaron \$300 (pesos) en la automedicación, en el Centro de Salud y en Doctor particular y invirtieron \$600 en médico particular (Cuadro 5).

CUADRO 5. GASTO DEL PADRE DE FAMILIA EN LA ATENCIÓN MÉDICA DE SU HIJO(A) INSCRITO EN EL CENTRO DÍA NÚM. 1 DEL DIF. CIUDAD DE MÉXICO, MARZO DE 2014

PORCENTAJE DE ¿ A DÓNDE ACUDIÓ EL PADRE DE FAMILIA PARA LA ATENCIÓN DE SU HIJO (A) CUANDO ENFERMÓ? (%)										
GASTO \$ (PESOS)	IMSS	AUTOMEDICACIÓN	FARMACIA	NO ENFERMÓ	CENTRO DE SALUD	SEGURO POPULAR	SIMILAR	DIF	DOCTOR PARTICULAR	SERVICIO MÉDICO DE LA ESCUELA
\$0	10	---	---	23	13	3	---	6	---	3
\$80	---	---	---	---	---	---	---	---	3	---
\$90	---	---	---	---	---	---	3	---	---	---
\$100	---	---	3	---	3	---	---	6	3	---
\$200	3	---	---	---	---	---	---	---	---	---
\$300	---	3	---	---	3	---	---	---	3	---
\$600	---	---	---	---	---	---	---	---	6	---

Elaboración propia.

En general, desde la promoción de la salud se asume que la población debe identificar aquellos factores que condicionen su salud, al identificarlos podrá controlarla, es por ello que en esta investigación se da respuesta a las condiciones materiales de vida y salud en las que se encuentran niños inscritos en el Centro de Día núm. 1 del DIF, así como su familia.

Se observó que las condiciones materiales de vida y género influyen en las condiciones salud de los padres de familia y de sus hijos, ya que, de acuerdo con los resultados obtenidos, tienen más problemas de enfermedad por ejemplo, tienen más problemas

de enfermedad tienen un nivel de escolaridad de primaria o no asistieron a una formación educativa, en cuanto a los padres su nivel es preparatoria o no asistieron a la escuela. Muchos estudios analizan esta situación como un problema porque los padres no cuentan con la suficiente información y educación para tomar las mejores decisiones sobre la salud de sus hijos, desde esta perspectiva el nivel escolar se analiza como el acceso diferencial de bienes y servicios a través de políticas sociales. La ocupación de la mayoría de las madres es la de comerciante o empleada doméstica, en el caso de los padres, su ocupación corresponde a la de comerciante o empleado, se apreció la escolaridad es dependiente de la ocupación lo que agrava la situación de calidad de vida de las familias.

El salario es otro elemento de suma relevancia para el análisis de las condiciones de vida, éste se estudió solo dentro de un periodo en concreto: un mes de acuerdo con su ocupación, paralelamente se optó por compararlo con los datos arrojados por el CONEVAL (2015), ya que éste permite comparar el salario necesario para comprar la canasta básica. Para la compra de la canasta básica, se necesitan \$2,628.00, el CONEVAL indica que con \$1,283.98 se tendría un bienestar mínimo. Con estos datos se observó que las madres tuvieron un ingreso familiar en un mes de \$1,563.6 y los padres de \$2,028.00 y, únicamente, un papá reportó que su ingreso familiar en un mes es de \$36,800. En primer lugar, esto demuestra que los padres de familia tienen un ingreso familiar por debajo de lo establecido para comprar una canasta básica en un mes, lo que posiciona a la mayoría de los encuestados en condiciones materiales de vida de bienestar mínimo. De modo que no se cumple lo establecido por PROFECO (2015), quien señala que los padres de familia deben cubrir con su salario mínimo el costo de la canasta básica. En segundo lugar, vemos una diferencia entre el salario obtenido por los hombres y el de las mujeres por lo que queda abierta la posibilidad para estudios futuros abordar la desigualdad de género como una determinante de la precariedad de las condiciones de vida.

Podemos aseverar que los padres de familia que tienen inscritos a sus hijos en el Centro de Día núm.1 del DIF cuentan con un bienestar mínimo, que de acuerdo al análisis realizado es dependiente de la escolaridad con la que cuentan sus progenitores, sin embargo, no hay que perder de vista que estos elementos forman parte de procesos más complejos: económico, político y cultural. Si los padres de familia cuentan con una escolaridad mínima, lo que corresponde a la mayoría, según Laurell (1981) las formas de inserción en los medios de producción, como el trabajo doméstico o ser empleado, son condiciones laborales precarias y por lo tanto las condiciones materiales de vida y de salud también son precarias, lo que se traduce, en este caso, en bienestar mínimo. El trabajo tiene el propósito de generar satisfactores para la subsistencia, pero la subsistencia de los padres de los escolares es mínima de acuerdo con lo observado.

A decir de Breilh (1989), el concepto de salud esta históricamente determinado a lo largo de la vida de las personas, en este caso los padres de familia encuestados, obedeció las condiciones de vida en las que están insertos.

Las condiciones materiales de vida en las que viven los padres se expresan mediante la vivienda que habitan. A partir de nuestras observaciones, al estar en un bienestar mínimo su vivienda era en la mayoría de los casos un cuarto, rentado o prestado.

Por lo anterior y al observar las condiciones en las que se encuentran los padres de familia encuestados, se notó que las condiciones de salud de sus hijos principalmente

en niños en crecimiento y desarrollo presentan bajo peso para la edad de acuerdo con lo establecido en la cartilla nacional de salud (2015). También se aludió a las enfermedades más frecuentes en sus hijos, las cuales con mayor proporción tanto para niño como niña fue gripa, enseguida dolor de cabeza, golpe de cabeza y tos. El acceso a los servicios es en primera instancia al IMSS, o bien se recurre a la automedicación, solo asisten a la farmacia, al Centro de Salud, al seguro popular, farmacia similar, al DIF y al servicio médico de la escuela.

Como lo menciona Blanco y López (s/f), las condiciones en las que se ejecuta la reproducción social de los grupos humanos, en este caso los padres de familia del Centro de Día núm. 1 del DIF, incluyen diversas dimensiones tales como: las condiciones de trabajo, la cantidad y calidad de las formas de consumo de bienes y servicios, así como el acceso a la calidad en salud.

Finalmente, la mayoría de los jefes de familia encuestados han migrado de estados como Oaxaca, Chiapas, Estado de México, Guerrero, Guadalajara y Veracruz sin encontrar las condiciones que les permitan desarrollar una vida con bienestar. Dado el contexto de vulnerabilidad de la migración se infiere que, ser indígenas y pobres potencializa la discriminación y la estigmatización, por lo tanto, tienen mayor dificultad para acceder a bienes y servicios para satisfacer las necesidades básicas y contribuir en la mejora de las condiciones de vida de sus hijos.

Las condiciones materiales y la forma de inserción de los padres de familia en los modos de producción determinan las condiciones de vida y salud de los escolares inscritos en el Centro de Día núm. 1 del DIF.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALIANZA POR LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES (2014). http://www.uam.mx/cdi/pdf/s_doc/biblioteca/informe_ejec_alianzmx_esp.pdf
- BREILH, J. (1989). La salud-enfermedad como hecho social. *Reproducción Social y salud. La lucha por la vida y la salud en la era de las revoluciones conservadoras*, p. 204-212. http://terceridad.net/PyPS/Por_temas/27_Ref_UI/Apoyo_3/Breilh_SPIII.doc
- COPRED (2015). Niñas y niños. http://www.copred.df.gob.mx/wb/copred/ninas_y_ninos
- CONASAMI (2014). Boletín de prensa *La figura del salario mínimo*. http://conasami.gom.mx/fig_salari.html
- CONASAMI (2014). Boletín de prensa. http://www.conasami.gob.mx/boletin_nvov_sal_2015.html
- CONEVAL (2015). Medición de la pobreza. <http://www.coneval.gom.mx/Medicion/paginas/Lineas-debienestar-y-canasta-basica.aspx>
- ENSANUT (2006) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/sipi/unidad2/ensanut2006.pdf>
- ENSANUT (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- LAURELL, AC. (1981). La salud enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamérica de Salud*, 7-25
- LÓPEZ, O. y Blanco, J. (2006). Salud y Nuevas Políticas Sociales en México. http://observatoriopoliticasocial.org/sitioAnterior/imagenes/stories/biblioteca/pdf/derechos_humans-politica-social/salud_nuevas_pol_soc_en_mex_enah_conaculta.pdf
- LÓPEZ, O y Blanco, J.(s/f). Salud y nuevas políticas sociales en México. http://observatoriopoliticasocial.org/sitioAnteior/imagenes/stories/biblioteca/pdf/derechos-humanos-politica-social/salud_nuevas_pol_soc_en_mex_enah-conaculta.pdf
- NAVARRO, I. (28 de agosto de 2014). Hasta 22 horas de trabajo por canasta básica de \$184.00. *Milenio*. http://www.milenio.xom/politica/canasta_basica_DF-salario_minimo_DF_0_362363776.html
- OMS (2008) *Subsanar las desigualdades en una generación*. [whqlibdoc.who.int > publications > 9789243563701_spa](http://whqlibdoc.who.int/publications/9789243563701_spa)
- PROFECO (2015). *Productos de la canasta básica*. [Archivo PDF]. http://www.profeco.gob.mx/transparencia/transfocalizada/Nota_Productos_canastas_basicas.pdf

IV. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD QUE ACUDEN A CONSULTA AL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

WALTER LUGO DEL VALLE
ROSELIA ARMINDA ROSALES FLORES

■ INTRODUCCIÓN

La obesidad y el sobrepeso, en la actualidad, son reconocidos como unos de los retos más importantes de la salud pública, dada su magnitud, la rapidez de su incremento y su efecto negativo sobre la población que la padece (OMS, 2013; Dávila, *et al.*, 2015). Los factores más importantes generadores de la obesidad parecen ser los hábitos dietéticos y la falta o poca actividad física, que a su vez, afecta al gasto energético, al metabolismo de sustratos energéticos y al consumo de alimentos (Martínez, 2014).

Estos elementos son claves para padecer sobrepeso y obesidad de acuerdo a las instancias de salud nacionales e internacionales, en el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria en el año 2010, bajo la evidencia científica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer (WCRF por su siglas en inglés), los estilos de vida sedentarios, la alta ingesta de alimentos densamente energéticos y la mercadotecnia, son factores para padecer obesidad (Secretaría de Salud, 2010). Considerando lo anterior y siguiendo recomendaciones de los organismos de salud, como la OMS, la estrategia para disminuir los problemas de obesidad se basa en aumentar el consumo de frutas y hortalizas, legumbres, cereales, reducir la ingesta de grasas y azúcares, así como la realización de actividad física mínimo 60 minutos diarios (OMS, 2013).

Bajo estas premisas, el problema de la obesidad disminuiría, considerando también las campañas, talleres y la información que se trasmite para que la población adopte dichas medidas, pero esto no ha sucedido, al contrario, México se encuentra en los primeros lugares de morbilidad asociada a la obesidad y otros padecimientos crónicos. La obesidad constituye un problema de salud, económico, social y psicosocial, que genera mortalidad prematura, morbilidad crónica, incremento del uso de los servicios de salud, disminución de calidad de vida, incapacidad y estigmatización social (CENETEC, 2012; Gutiérrez, *et al.*, 2012).

Reconocer que las formas de producción, consumo y su lógica distributiva, en donde el Estado tiene una tarea esencial, son determinantes en la configuración de los perfiles de salud, enfermedad y muerte de los grupos sociales es importante para comprender y explicar las problemáticas desde una mirada crítica (López, *et al.*, 2008). Desde esta perspectiva, se articulan muchos elementos, uno de ellos, implica que para que las personas puedan acceder a mejores condiciones materiales de vida, se requiere que tengan mejor educación, así podrán acceder a mejores trabajos que a su vez ayudarán

a disminuir los problemas de salud. La educación se ha convertido en un proceso privilegiado y el medio para obtener mejores niveles de vida (Batista, 2006). Sin embargo, el acceso a la educación no es homogéneo al igual que otros satisfactores sociales, existe una desigualdad social. Cuando el Estado no atiende las necesidades de la población, disminuye las posibilidades de acceso a los satisfactores. En otras palabras, estas personas con condiciones materiales de vida precarias, tendrán como resultado vivir en ambientes de mayor vulnerabilidad, no consiguiendo con ello satisfacer sus necesidades básicas de vivienda, alimentación, educación y salud (Aguirre, 2012).

Retomando estas ideas, este trabajo hace un análisis basado en las características sociodemográficas, de acuerdo con indicadores relacionados a condiciones materiales de vida de pacientes diagnosticados con diversas morbilidades, mismas que se encuentran asociadas al sobrepeso y la obesidad, los cuales fueron atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría (INP) en el año 2015. Estos datos se encuentran en las historias clínicas o expedientes.

Como una forma de operacionalizar las condiciones materiales de vida de los niños y sus padres, en el presente trabajo se analizan las variables: escolaridad, ocupación, lugar de procedencia y con quien viven los niños, además, se busca analizar si hay relación entre ellas, y si es así, proponer que el contexto donde habitan estos niños son elementos claves para padecer sobrepeso u obesidad.

La promoción de la salud (PS) permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud, abarca intervenciones sociales y ambientales para beneficiar y proteger la salud y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación (OMS, 2016), por eso en este trabajo se les da prioridad a las que influyen en problemas de salud.

Sobre la población de estudio cuyas características son específicas, se tiene que mencionar que, entre las instituciones del sector salud se ha establecido una red denominada «referencia y contrareferencia». Los lineamientos para la referencia y contrareferencia de pacientes pediátricos de población abierta constituyen una herramienta administrativa dirigida a mejorar la coordinación entre las diferentes unidades de atención médica involucradas. En el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de prestación de Servicios de Atención Médica, en su artículo 16 menciona lo siguiente: «La atención médica será otorgada conforme a un escalonamiento de los servicios de acuerdo a la clasificación del modelo que la Secretaría determine» (Secretaría de Salud, 2002: 8). De este modo se permite canalizar adecuadamente a los pacientes al nivel de atención que requiere. Existen tres niveles de atención. El INP es un hospital de tercer nivel, atiende padecimientos que ameritan especialistas médicos, los cuales abarcan padecimientos malignos, defectos congénitos y genéticos, problemas inmunológicos, endócrinos, renales, neuromusculares y dermatológicos, entre otros (INP, 2017).

Los pacientes que son tratados en esta institución van desde los recién nacidos hasta los 17 años con once meses, la valoración del paciente la realiza un médico quien determina si el diagnóstico indicado en la referencia corresponde a un tercer nivel de atención. Después de la valoración, se debe confirmar el diagnóstico para la apertura del expediente. Las consultas e intervenciones tienen un costo monetario que varía según la condición socioeconómica de cada familia (INP, 2017).

En el INP existe la clínica de obesidad la cual tiene la finalidad de ayudar al paciente con sobrepeso y obesidad incluyendo a sus familiares. Esta clínica está constituida prin-

principalmente por médicos y trabajadores sociales, estos trabajadores de la salud informan tanto al paciente como a los familiares sobre lo importante que es el cambio de hábitos alimenticios, también se habla de factores de riesgo como el caso de la vida sedentaria. Además, la institución cuenta con la Unidad de Investigación en Gastroenterología y Nutrición Infantil, la infraestructura física y equipo técnico de última generación ayudan a conocer la composición de la masa corporal de los niños en general, también en esta unidad se estudia los trastornos alimentarios y enfermedades del tracto gastrointestinal (Secretaría de Salud, 2015).

La OMS define al sobrepeso y la obesidad como la acumulación anormal o excesiva de grasa. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre peso y talla. Se calcula dividiendo el peso en kilos por el cuadrado de la talla (kg/m^2). En adultos el IMC igual o superior a 25 se refiere al sobrepeso, mientras tanto un IMC igual o superior a 30 indica obesidad (OMS, 2017).

Niños menores de 5 años:

- El sobrepeso es el peso para la estatura con más de dos desviaciones típicas por encima de la media establecida en patrones de crecimiento infantil de la OMS.
- La obesidad es el peso para la estatura con más de tres desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en patrones de crecimiento infantil OMS.

Niños de 5 a 19 años:

- El sobrepeso es el IMC para la edad con más de una desviación típica por encima de la media establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS, y
- La obesidad es mayor que dos desviaciones típicas por encima de la media establecida en patrones de crecimiento infantil de la OMS (OMS, 2017)

El sobrepeso y la obesidad constituyen un problema relevante para la salud pública a nivel mundial, debido a la dimensión que está adquiriendo entre la sociedad, asimismo es importante tener en cuenta que no es exclusivo de las personas adultas, debido a que también se encuentra presente en edades infantiles y juveniles (OMS, 2017). Desde 1975, la obesidad se ha casi triplicado en todo el mundo (OMS, 2017). En 2014, el 39% de la población mayor de 18 años tenía sobrepeso, y el 13% era obesa (OMS, Obesidad y sobrepeso, 2016). En lo que se refiere a la población infantil, se estima que, en todo el mundo, el número de lactantes y niños pequeños (de 0 a 5 años) que padecen sobrepeso u obesidad aumentó de 32 millones en 1990 a 41 millones para el 2016. En países en desarrollo con economías emergentes (clasificados por el Banco Mundial como países de ingresos bajos y medianos) la prevalencia¹ de sobrepeso y obesidad infantil entre los niños de edad preescolar supera el 30% (2016). Lo anterior resulta relevante porque

¹ La prevalencia mide la proporción de personas que se encuentran enfermas al momento de evaluar el padecimiento en la población, por lo tanto, no hay tiempo de seguimiento. Por su parte, la incidencia determina los casos nuevos que se presentan en una población en un tiempo determinado (Gutiérrez, 2017).

si se mantienen las tendencias actuales, el número de lactantes y niños con sobrepeso aumentaría a 70 millones para el año 2025 (OMS, 2014). Cabe señalar que existe un incremento en esta población de sobrepeso y obesidad en los países con bajos ingresos (Secretaría de Salud, 2010).

La Organización Internacional para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), tiene como misión promover políticas que mejoren el bienestar económico y social. De acuerdo a esta organización la mayoría de las personas que habitan en sus países miembros padecen sobrepeso u obesidad. En ese sentido, nuevos datos y análisis revelan que los niveles de obesidad en México han aumentado rápidamente durante los últimos 5 años (OCDE, 2014).

En México, existe un problema severo relacionado con la obesidad, agudizándose principalmente en la población infantil, por ejemplo: la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad se presenta en uno de cada cuatro niños de entre 5 y 11 años, mientras que uno de cada tres adolescentes la padecen (Secretaría de Salud, 2010).

En este mismo tenor, datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del año 2012, indican que la prevalencia de niños con sobrepeso y obesidad menores de 5 años es de 9.7 %; mientras que niños en edad escolar de 5 a 11 años es de 34.4%, y finalmente los adolescentes entre los 12 y 19 años, de 35.8% (ENSANUT, 2012). Según la OCDE una persona con sobrepeso gasta 25% más en servicios de salud, gana 18% menos que el resto de la población sana y presenta ausentismo laboral (Rodríguez, 2014). Los egresos hospitalarios por enfermedades no transmisibles representan 43.5%, con respecto a este indicador, se puede mencionar enfermedades cardiovasculares, cerebrales, así como la hipertensión arterial las cuales ocupan el primer lugar entre los egresos hospitalarios y son la segunda causa de muerte dentro de las enfermedades no transmisibles, así como a la diabetes mellitus tipo 2 la cual ocupa el sexto lugar dentro de las mismas. Ahora bien, resulta importante mencionar que la mortalidad hospitalaria por enfermedades no transmisibles representa 73% del total de las muertes (Secretaría de Salud, 2013).

En lo que se refiere a la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012) fue de 71.2%, mientras tanto en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2016) fue de 72.5% (Alianza por la salud alimentaria, 2016)

Como podemos observar, estos datos duros nos muestran la realidad de México con respecto al sobrepeso y obesidad, ante estos hechos las estrategias, políticas públicas y programas para erradicar o disminuir este problema no han tenido el éxito deseado, principalmente en estrategias basadas en la prevención, que conllevan a culpabilizar al individuo y a su entorno, considerando las causas basadas en una vida sedentaria y/o porque su dieta no es la adecuada, él es el culpable de padecer obesidad o sobrepeso. En este sentido, la forma en que se busca solución es a través de estrategias generales, como el plato del buen comer, guías para niños, programas como PREVENISSSTE² o PRE-

² PREVENISSSTE es un modelo de atención preventiva, que busca brindar atención integral a la salud y promover el desarrollo social, biológico y psicológico de los derechohabientes, privilegiando actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades

VENIMMS³ y el activarse con ejercicio diario por lo menos 30 minutos. En otras palabras, busca soluciones sin tomar en cuenta la diversidad de la población y sus condiciones, en este sentido cada individuo, cada comunidad tienen sus propias características, ya sean sociales, culturales, laborales, religiosas, etc.

Una de las principales determinantes sociales que se vincula con la obesidad y el sobrepeso son las condiciones materiales de vida, tanto de las personas como de las comunidades, las cuales comparten características en común, por ejemplo, la condición laboral que conlleva a la situación económica y esto se relaciona directamente con la forma de satisfacer las necesidades básicas: salud, educación, vivienda, servicios públicos, espacios recreativos, así como el acceso a una alimentación adecuada, es decir, los determinantes sociales de la salud (OMS, 2013).

Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) establecen el grado en que las personas tienen los recursos físicos, sociales y personales para identificar y lograr sus aspiraciones satisfacer sus necesidades en salud, educación, alimentación, empleo y adaptarse al medio ambiente (OMS, 2013).

Hay que considerar que parte del problema de la obesidad infantil recae en los ambientes obesogénicos donde se desarrollan los infantes y su entorno familiar, parte fundamental es la capacidad de los padres para incrementar o disminuir estos ambientes, los cuales son generados de acuerdo a diversas circunstancias, entre la que se encuentra la capacidad económica que conlleva a insertar a estas familias en determinadas condiciones materiales de vida, de tal modo, en qué trabajan, dónde viven, cómo viven y con qué servicios cuentan son características que moldean el contexto donde conviven estas familias.

Abordar la obesidad desde un contexto relacionado con determinantes sociales, como son la pobreza, la desigualdad social, inequidades en salud y educación, la falta de empleo o mal remunerado, la falta de espacios para actividades deportivas y recreativas, la inseguridad, la publicidad de alimentos chatarra y el fácil acceso a éstos y la falta de alimentos con valor nutricional, permite develar que es necesario diseñar políticas sociales que impacten en estos ámbitos.

■ METODOLOGÍA

Este trabajo plantea una investigación sobre el perfil sociodemográfico de los padres cuyos hijos son pacientes del Instituto Nacional de Pediatría (INP) con comorbilidades asociadas al sobrepeso y obesidad en el año 2015, mediante la revisión de expedientes clínicos. Se revisan los casos de niños y niñas atendidos en el INP que presentan obesidad y sobrepeso y además tienen otro diagnóstico, esto es así porque, el INP al ser un hospital de 3er nivel atiende a pacientes con patologías muy específicas de alta especialidad. El propósito es revisar las características sociodemográficas para tener un panorama general de la población que acude al INP para así plantear propuestas desde la promoción de la salud.

³ PREVENIMMS hace referencia a las acciones de carácter preventivo, para mejorar la salud de sus derechohabientes

Con las historias clínicas se pudo acceder a diversas variables relacionadas tanto del paciente como de su contexto familiar, damos por entendido que el perfil sociodemográfico de los pacientes está inmerso en el contexto de los padres, estas variables son: datos de los padres en donde se evaluaron la edad, sexo, ocupación, vivienda, escolaridad y nivel socioeconómico. Así mismo, se obtuvo el registro de las siguientes variables de los niños que acudieron a consulta: peso, gráficas de prevalencia de obesidad, así como en algunos casos el IMC, además todos los estudios realizados a los niños como pruebas de laboratorio, rayos X, entre otros estudios.

Como se mencionó anteriormente el diagnóstico de la obesidad y el sobrepeso en el INP puede coexistir con otra nosología. De tal forma sólo nos enfocamos en el sobrepeso y la obesidad como un ejercicio de investigación para estudiar los determinantes sociales asociados a estos padecimientos, no obstante, es importante recalcar que los pacientes que son atendidos tienen comorbilidades y tratamientos que los perfilan en una mayor complejidad del proceso de salud/enfermedad/atención y no solamente con la alteración del peso corporal. Entonces, la esencia del estudio es hacer un aporte metodológico que consiste en revisar historias clínicas como un recurso para obtener datos y analizar las características sociodemográficas desde una perspectiva teórica particular. Referido lo anterior, la muestra que fue constituida por las historias clínicas, y de ellas los datos que interesan no son los clínicos, dado que no se van a analizar las comorbilidades ni los tratamientos, sino los que indagan el área de trabajo social de todos los pacientes con diagnóstico de sobrepeso y obesidad que acudieron en el año 2015 al INP.

Los datos de los padres son importantes porque permiten caracterizar las condiciones materiales de vida desde diferentes aristas, por ejemplo, para nivel socioeconómico se retoma el empleo que tienen y el ingreso mensual familiar: el nivel de escolaridad que se asocia con el acceso a políticas sociales; la procedencia que indica el grado de marginalidad del espacio, el tipo de familia (nuclear o monoparental) porque se ha revisado que tiene relación con las condiciones de vida, la vivienda porque permite revisar el consumo privado y la infraestructura doméstica. A través de toda esta información se otorga un nivel sociodemográfico que va del 1 al 6 donde, el 1 es el nivel más bajo, y el 6 el más alto. Son estos los datos los que se sistematizaron y analizaron.

Por lo tanto, es un estudio descriptivo porque los datos obtenidos caracterizan las cualidades de los analizados, así como transversal, ya que interesan las condiciones materiales de vida de los padres de niños que llegan con diagnóstico de obesidad y sobrepeso, y no el seguimiento del padecimiento. De modo que los datos analizados representan un espacio y un tiempo determinado.

Así, el universo está conformado por todos los pacientes menores de 18 años tratados en el Instituto Nacional de Pediatría en el año 2015 ya sean internos o externos, sin haber sido dados de alta en este período de la consulta ambulatoria o de la hospitalización, ya que son estos los que tienen expediente o historial clínico vigente, pues no ha sido archivado.

El análisis se sustenta con la revisión de las historias clínicas, puesto que son sujetos con características específicas y similares en este sentido la muestra es intencional no probabilística.

■ CRITERIOS DE INCLUSIÓN

En esta investigación se incluyeron los expedientes de los menores de 18 años, tratados en el INP en el periodo de enero del 2015 a diciembre del 2015 diagnosticados con sobrepeso u obesidad sin importar las comorbilidades ni tratamientos.

■ CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Quedaron excluidos los expedientes de todos los menores de 18 años, atendidos en el INP que no incluyen en su diagnóstico la obesidad y el sobrepeso en el periodo establecido o porque las historias clínicas no estaban completas. De ahí que se revisaron 140 expedientes.

■ RECOPIACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El plan de análisis consistió en verificar la estandarización de las variables de interés, en otras palabras, variables que estuvieran presentes en todas las historias clínicas, posteriormente se capturaron las variables en una base de datos en el programa Excel, con la base de datos completa por una parte, se construyeron los perfiles sociodemográficos de los padres y se realizaron gráficas las cuales se analizaron y se compararon con otros datos como indicadores, encuestas y resultados de otras investigaciones. Con estas comparaciones se verificó la semejanza o no de los datos de este estudio con otros indicadores y resultados. El análisis consistió en estadística descriptiva y en correlación entre variables (ocupación y escolaridad) en el programa SPSS versión 21, esto con el propósito de ver que tanto la escolaridad influye en el empleo de los padres, que a su vez se refleja en las condiciones materiales de vida.

Por último, se realizó una retroalimentación de todos capítulos de este trabajo de investigación con la finalidad recabar los elementos que nos ayuden a proveer conclusiones y proponer posibles soluciones a través de las herramientas y conceptos realizados durante la licenciatura relacionada con Promoción de la Salud.

■ ANÁLISIS Y RESULTADOS

El Instituto Nacional de Pediatría (INP) pertenece a un grupo de hospitales vinculado de instituciones con programas de carácter social, cuya población objetivo es la que cuenta con empleo informal, autoempleo y, en específico, la carente de seguridad social médica, predominantemente en contextos de precariedad, estado de pobreza, contextos de vulnerabilidad o marginación, con bajo ingreso familiar (INP, 2016).

En el INP en el año 2015 la primera causa de morbilidad hospitalaria fue leucemia linfoblástica aguda con 158 casos, y la obesidad no específica ocupó el lugar 10, con 83 casos (INP, 2015), estos 83 casos son considerados como patologías primarias, el resto de los casos (57) están dentro comorbilidades asociadas al sobrepeso y obesidad.

En el año 2015 el INP atendió a 256,833 casos en la consulta externa, donde las principales causas fueron malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, de la misma manera los enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas se encuentran en cuarto lugar de atención (INP, 2016) se atendieron a 140 pacientes con el diagnóstico secundario de obesidad y sobrepeso. El 54% son hombres mientras tanto el 46% son mujeres (tabla 1). Estos datos cotejados con la encuesta ENSANUT 2012 concuerdan en relación en que los niños tienen mayor porcentaje de obesidad y sobrepeso en comparación con las niñas ambos en edad escolar (5 a 11 años), de tal modo los niños tienen una prevalencia combinada entre obesidad y sobrepeso de 36.9% en comparación que las niñas 32% (ENSANUT, 2012).

TABLA 1. PACIENTES ATENDIDOS EN EL INP EN EL AÑO 2015 POR OBESIDAD Y SOBREPESO.

SEXO.	NÚMERO.	PORCENTAJE.
Femenino	65	46 %
Masculino	75	54 %
Total	140	100 %

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos obtenida a través de las historias clínicas del año 2015 en relación con el sobrepeso y obesidad en el INP.

En relación con la procedencia de pacientes atendidos, la gran mayoría proviene de la zona metropolitana (la Ciudad de México y los municipios conurbados del Estado de México) con casi el 70% de pacientes (Tabla 2).

TABLA 2. PROCEDENCIA DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL INP EN EL AÑO 2015 POR OBESIDAD Y SOBREPESO.

PROCEDENCIA	NÚM. CASOS	PORCENTAJE
Zona metropolitana	97	69.30%
Otros municipios	43	30.70%
Total	140	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos obtenida a través de las historias clínicas del año 2015 en relación con el sobrepeso y obesidad en el INP.

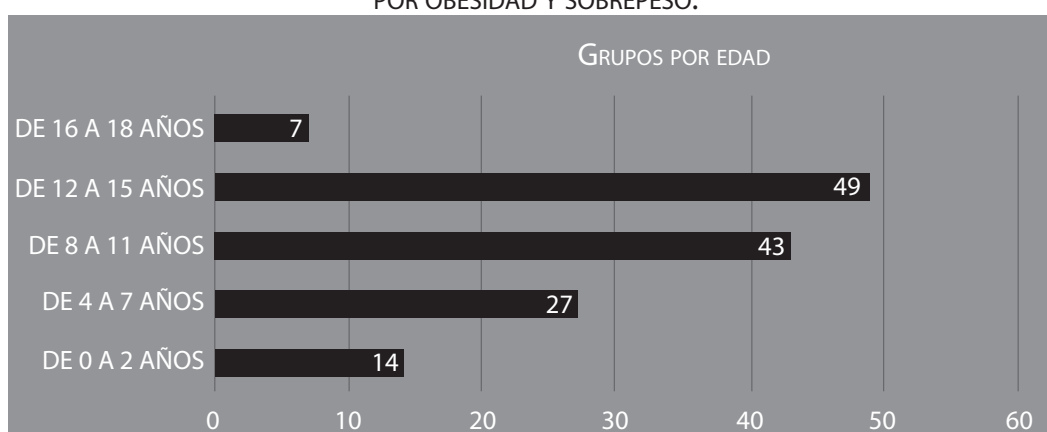
De este 70% perteneciente a la Ciudad de México y la zona conurbada, las alcaldías que tienen mayor prevalencia de atención son: Tlalpan 21%, Iztapalapa 14%, Coyoacán 8%, Xochimilco 7%, concerniente al Estado de México, el municipio de Nezahualcóyotl con 7% es donde refieren la procedencia de vivienda para su atención. Asimismo, Tlalpan es la alcaldía con más pacientes atendidos en el INP con relación a la obesidad y el sobrepeso, es posible que se deba a la cercanía de ésta con el hospital, que se encuentra geográficamente en la zona limítrofe de la alcaldía de Coyoacán con la de Tlalpan.

Otra variable utilizada en este análisis son los rangos por edad de pacientes atendidos en el INP por obesidad y sobrepeso. Datos de la Encuesta intercensal 2015 indica

que en el país residen 39.2 millones de niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años, lo que en términos porcentuales representa 32.8% de la población total. El INEGI hace un análisis a través de rangos por edad que va de 0 a 5 años, de 6 a 11 años, y por último, de 12 a 17 años, este último rango es el que tiene mayor porcentaje: 34% para mujeres, mientras para los hombres es de 33.7% (INEGI, 2017).

En la Gráfica 1 se observa que hay una mayor proporción de pacientes con mayor edad atendidos en el INP por obesidad y sobrepeso, vale la pena mencionar que a partir de los 16 años esta constante disminuye debido a que es un hospital de especialidad en niños y adolescentes, por lo tanto, cuando el paciente cumple la mayoría de edad tiene que ser referido a otro centro hospitalario.

GRÁFICA 1. NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS POR GRUPOS DE EDAD EN EL INP EN EL AÑO 2015 POR OBESIDAD Y SOBREPESO.



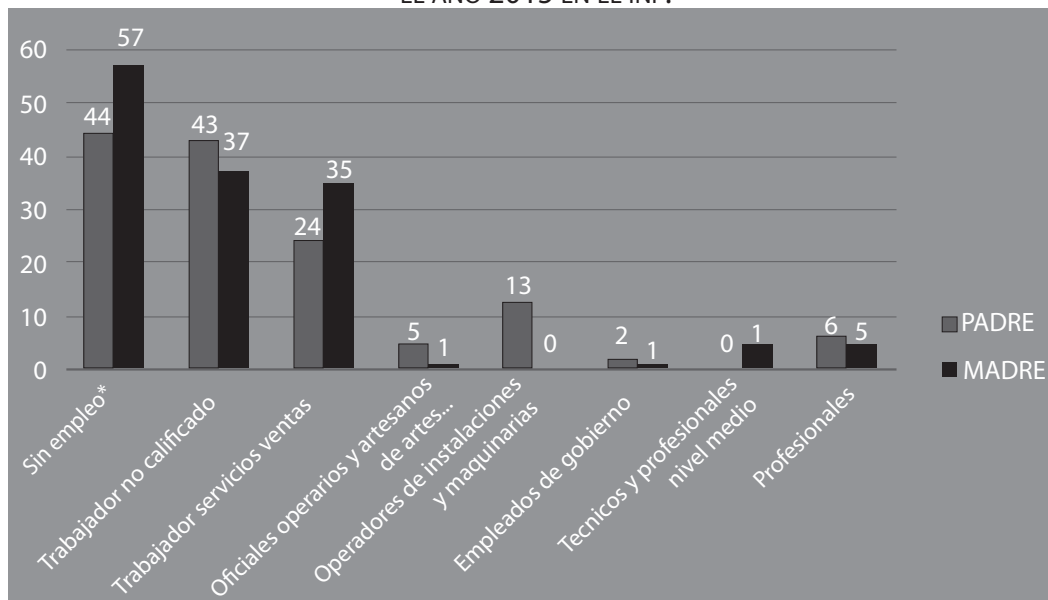
Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos obtenida a través de las historias clínicas del año 2015 en relación con el sobrepeso y obesidad en el INP.

Concerniente a la ocupación de los padres, (Gráfica 2) la gran mayoría no contaban con un trabajo formal, muchos de éstos en el momento de que se les hizo el estudio sociodemográfico se encontraban sin empleo. Por otra parte, se muestra padres con trabajos no calificados (ayudantes) y otros con trabajo informal, aquí se encuentran los comerciantes informales, es decir de personas que tienen puestos ambulantes, pequeños locales o andan ofreciendo sus productos en la calle.

Actualmente, México refleja la escasez de recursos, en este sentido los individuos no están en condiciones de satisfacer adecuadamente sus necesidades básicas: alimentación, educación, salud, ambientes favorables para la vida (vestido, habitación, agua). En términos económicos, se puede considerar como medida de la pobreza la capacidad de compra o no o la imposibilidad de adquirir los bienes que están considerados en la canasta básica. Así la pobreza normalmente se acompaña de hambre, malnutrición, desigualdad e injusticia social (Figueroa, 2009).

Esta información nos demuestra que el empleo es un factor determinante en las condiciones de salud ya sean favorables o lo contrario, si llevamos estos datos al análisis se puede mencionar que la ocupación de los padres con niños tratados por obesidad en el INP es un elemento que concuerda con los resultados encontrados en otro estudio.

GRÁFICA 2. OCUPACIÓN DE LOS PADRES CON PACIENTES ATENDIDOS POR OBESIDAD Y SOBREPESO EN EL AÑO 2015 EN EL INP.



*Sin empleo en el caso de las madres se refiere que se dedican al hogar.

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos obtenida a través de las historias clínicas del año 2015 en relación con el sobrepeso y obesidad en el INP.

Respecto a la escolaridad de los padres, (Gráfica 3) se observa el alto índice de sin escolaridad/no saben leer ni escribir, (principalmente con el padre) con 30 casos. Aunque en el país la educación básica (primaria y secundaria) cada vez llega a más lugares y es obligatoria, muchos jóvenes por diversas razones en su gran mayoría relacionadas con cuestiones económicas y de acceso a políticas sociales, no asisten a la escuela y, por lo tanto, algunos de ellos no saben leer y escribir. En México se indica que, en el año 2015, el 5.5% de la población fue analfabeta (INEGI, 2015).

El acceder a un trabajo bien o mal remunerado está determinado con el grado de escolaridad ya que mientras menor grado de escolaridad se tenga existe mayor probabilidad de acceso a un trabajo mal pagado, por lo que las personas buscan solventar sus gastos a través de trabajos informales (INNE; 2017).

Por otra parte, en el análisis estadístico la variable escolaridad de los padres con secundaria completa es el nivel educativo con más miembros, (Gráfica 3). Existe también, padres con nivel superior completo por lo que queda pendiente la correlación estadística, que se verá más adelante, de estas variables para confirmar el supuesto de que a mayor escolaridad mejor salario y por consiguiente mejores condiciones materiales de vida.

De acuerdo con la OCDE, y con datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 y 2012, en México los hombres con bajos niveles educativos son menos propensos a ser obesos comparados con aquellos más educados.⁴ En cambio, las mujeres

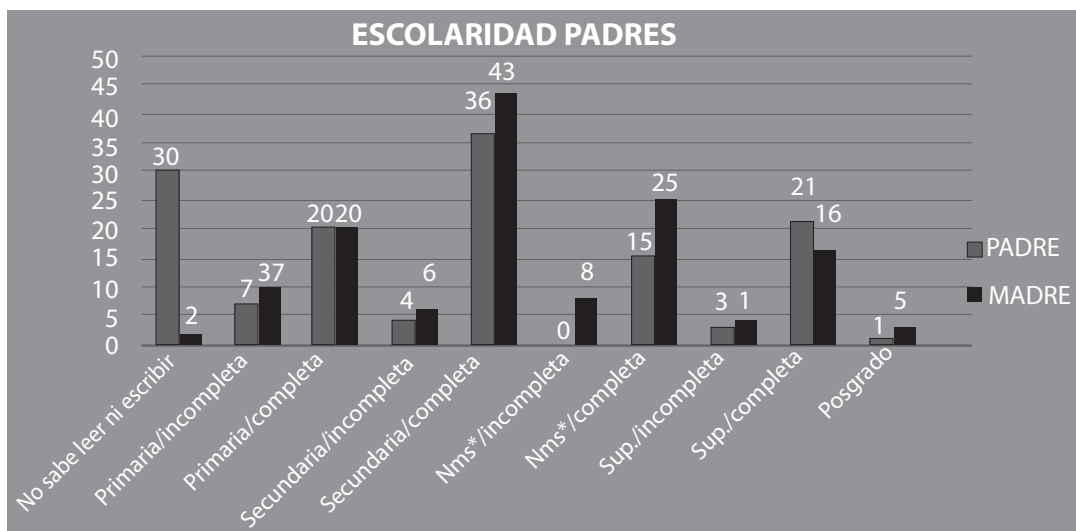
⁴ Sobre este argumento pensamos que se debe a que los hombres con menos escolaridad tienen trabajos más pesados que requieren más gasto energético que de aquellos que trabajan en empleos donde su vida es sedentaria, como el caso de personas que están la mayor parte de su trabajo sentadas.

con menor nivel educativo son más propensas a ser obesas comparadas con aquellas con un mayor nivel educativo (OCDE, La Obesidad y la Economía de la prevención: «Fit Not Fat» Hechos claves -México, Actualización 2014, 2014). Con estos datos de acuerdo con el análisis, por un lado, se encuentra que las madres con nivel educativo alto pueden tener empleo que genera mayor estabilidad económica que puede reflejarse en el acceso a una mejor dieta con calidad nutricional y mientras que las madres de nivel educativo bajo enfrentan muchas vicisitudes, por ejemplo: que aunque las madres se dediquen al hogar no tienen los recursos económicos para realizar alimentos con calidad nutricional.

Para la ONU la educación y la salud están íntimamente unidas, por poner solo un ejemplo, las niñas con mayor nivel educativo tienen menos hijos y retrasan la edad del primer embarazo. Así mismo, las niñas y mujeres alfabetizadas, tienen muchas más probabilidades de tener mejores conocimientos de salud (OMS, 2010), no por el hecho de que estén educadas, sino porque, al haber tenido acceso a la educación, refiere a que han tenido mejores condiciones materiales de vida y acceso a derechos y beneficios.

Como vemos la educación está íntimamente ligada al empleo, y tanto el empleo como la educación, así como otros determinantes sociales, son intrínsecos a la salud. Como resumen en esta variable la mayoría de los padres con hijos atendidos en el INP por obesidad tienen trabajo informal, lo que genera como consecuencia primero que carezcan de seguridad social y todo lo que con lleva; prevención y atención tanto de la salud como de la enfermedad; además el salario de estas personas es precario lo que implica trabajar mucho más tiempo, así como el involucramiento de más miembros de la familia al ámbito laboral, cabe mencionar, que gran parte de las madres se dedican al hogar sin importar que tengan mayor escolaridad que los padres (Gráfica 3).

GRÁFICA 3. ESCOLARIDAD DE LOS PADRES CON PACIENTES TRATADOS EN EL INP EN EL AÑO 2015 POR OBESIDAD Y SOBREPESO.



*Nms: Nivel medio superior.

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos obtenida a través de las historias clínicas del año 2015 en relación con el sobrepeso y obesidad en el INP.

Es importante visualizar que sí existe relación entre el empleo de los padres con la escolaridad, ya que, si bien el nivel educativo no necesariamente permite acceder a empleos formales y no precarizados, una educación de nivel superior y medio superior, indica que los gobiernos privilegian en el gasto social la educación lo cual incide en la población ya que le proporciona mejores herramientas para acceder a un mejor empleo y para la participación social y ciudadana, y mejorar las condiciones materiales de vida donde va implícita la salud. Los problemas de obesidad se centran principalmente en padres con empleos mal remunerados, personas que trabajan en la informalidad o bien son trabajadores no calificados (ayudantes), por otro lado, la educación de los padres de los expedientes estudiado en su mayoría fue de nivel secundaria, vale la pena mencionar que existen padres con nivel medio superior inclusive con licenciatura y posgrados, pero estos padres son pocos en comparación con los demás.

Con los datos obtenidos se realizó un análisis en el programa SPSS versión 21. La correlación es de .802, esto implica que existe una significativa correlación entre el empleo y la escolaridad de los padres con hijos obesos tratados en el INP (Tabla 4).

TABLA 4. CORRELACIÓN ENTRE OCUPACIÓN Y ESCOLARIDAD DE LOS PADRES

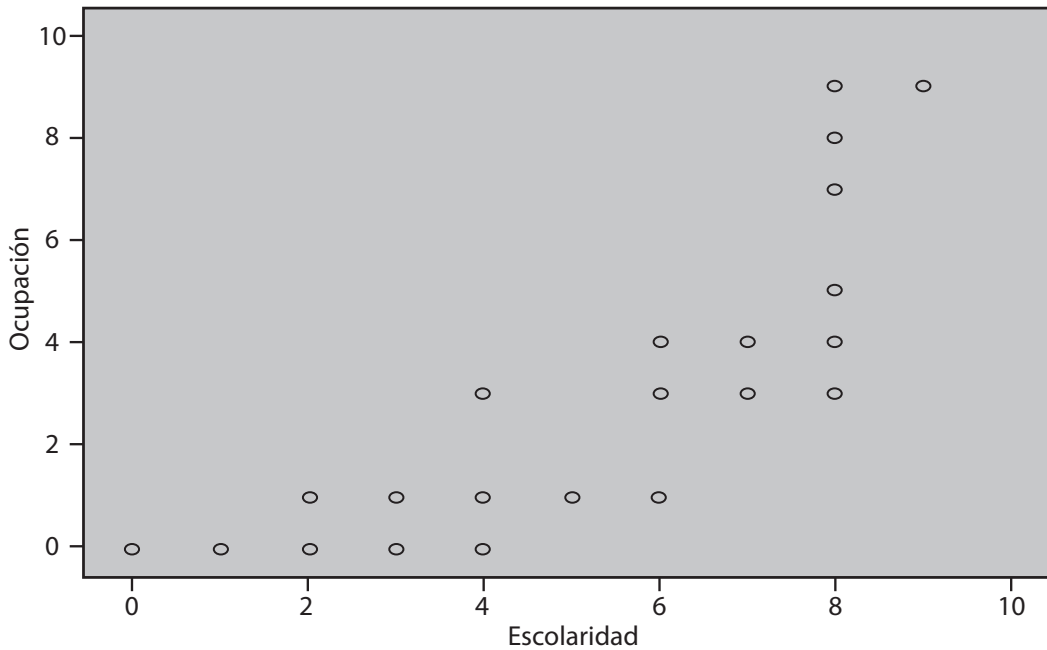
CORRELACIONES			
		Ocupación	Escolaridad
Ocupación	Correlación de Pearson	1	.802**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	275	275
Escolaridad	Correlación de Pearson	.802**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	275	275

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos obtenida a través de las historias clínicas del año 2015 en relación con el sobrepeso y obesidad en el INP. Realizado con el programa SPSS versión 21.

En la Gráfica 4 se puede visualizar mejor el resultado: los puntos no están dispersos, siguen una línea ascendente de izquierda a derecha lo que significa que existe una correlación positiva. Es decir, las variables son dependientes entre sí.

GRAFICA 4. CORRELACIÓN ENTRE OCUPACIÓN Y ESCOLARIDAD DE LOS PADRES.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos obtenida a través de las historias clínicas del año 2015 en relación con el sobrepeso y obesidad en el INP. Realizado con el programa SPSS versión 21.

La última variable a analizar es con quién viven los niños. Uno de los principales elementos en los padecimientos de obesidad y sobrepeso es una inadecuada alimentación que se complementa con la vida sedentaria, el acceso y disponibilidad de alimentos con calidad nutricional son elementos fundamentales en este problema y la capacidad económica de las personas juega un papel relevante.

Tomando en consideración lo anterior, y profundizando en el tema de la alimentación, los niños dependen de los padres en muchos aspectos, entre ellos la alimentación, sin embargo, por características propias de cada familia en algunas ocasiones está actividad no se le da la importancia que requiere. Existen otros factores en la familia que puede generar una alimentación deficiente, además de los delineados, como el que los dos padres trabajen; lo que implica la falta de tiempo para atender las necesidades de los niños. Pero esto se puede recrudecer aún más, cuando los niños viven en una familia monoparental y por ende encargar al niño o niños con otras personas, ya sean familiares o conocidos o en algunas ocasiones dejarlos solos.

En el análisis (gráfica 5) se encontró que un poco más de la mitad de los niños viven en una familia nuclear, el restante en familia monoparental. Como se ha descrito, el vivir en una familia nuclear no garantiza mejores condiciones de vida o la disminución de la obesidad, ya que hay otros factores. El vivir en una familia monoparental, no implica tener peores condiciones de vida y en algunas ocasiones las familias con madres solteras o divorciados viven mejor aumentando la calidad de vida, ya que la importancia está en la formación de los pequeños y no solo desde una visión conservadora donde se propone la familia nuclear, sino también desde lo psicosocial con una propuesta

de ambientes saludables por lo que es importante abordarlo en temas de obesidad y sobrepeso en infantes.

La interacción familiar es un factor de influencia en las enfermedades, incluso en aquellas donde la patología es claramente biológica. En un estudio longitudinal en individuos desde la etapa escolar hasta la etapa adulta, que demuestran que la adversidad del ambiente, la pobreza y la conducta agresiva intrafamiliar se asocian con problemas socio y psicopatológicos ulteriores. Uno de los problemas de salud derivados de este ambiente adverso, es la obesidad infantil, en los que se han identificado diversos factores de riesgo como los trastornos de la dinámica familiar, el maltrato, el abuso y la pobreza intrafamiliar (González, 2012).

GRÁFICA 5. NUMERO DE NIÑOS Y TIPO DE FAMILIA.



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos obtenida a través de las historias clínicas del año 2015 en relación con el sobrepeso y obesidad en el INP.

En síntesis, el perfil sociodemográfico de los niños y niñas atendidos en el INP con obesidad y sobrepeso, muestra que los determinantes sociales deben ser considerados como elementos estructurales que restringen los estilos de vida poco saludables. Así pues, estos determinantes como la educación, empleo, lugar de residencia, y la dinámica familiar tienen que considerarse como factores que se entrelazan y que a su vez generan patologías como la obesidad y el sobrepeso.

La desigualdad social es un elemento clave en este análisis ya que como se pudo analizar la mayoría de los padres, o no tienen trabajo o su trabajo es informal, relacionado además con la falta de acceso a la educación, considerando a este elemento como el que les permite acceder a un empleo remunerado, que a su vez se vea reflejado en mejores condiciones materiales de vida, todos estos elementos vinculados a las políticas sociales y de salud.

A partir de los resultados obtenidos, se puede inferir una relación de dependencia entre las variables analizadas; la educación, el empleo, así como la conformación de las familias. Estos determinantes sociales están relacionados con la obesidad y el sobrepeso de los niños, en este caso, tratados en el INP.

Los procesos salud enfermedad se han transformado, polarizándose o intensificándose en ciertos grupos a lo largo de la historia, en la actualidad la desigualdad social es un elemento fundamental para ciertas patologías principalmente enfermedades no

transmisibles, los resultados de esta investigación concuerdan con lo que argumenta Laurell (1981), respecto a que las sociedades se distinguen por su grado de desarrollo y de organización social las cuales deben exhibir perfiles patológicos diferentes en su distribución y frecuencia, de este modo, dentro de una misma sociedad, las clases que la componen, muestran que las condiciones de salud son distintas.

Siguiendo a Breilh (1989) al decir que la forma de morir y de enfermar de las diferentes colectividades está relacionada con los modos de vida y con la calidad de vida. De ahí, que para entender la salud y sus problemas debe considerarse las formas de vivir de los individuos, estas diferentes formas de vida caracterizan a los grupos sociales. En los resultados se encontraron similitudes con esta exposición, ya que la mayoría de los padres tienen modos de vida similares, incluyendo trabajo y nivel educativo, a través de estos modos de vida se localizan características que están generando ambientes obesogénicos, que también se agudiza en personas de escasos recursos.

Continuando con Breilh (1989) los procesos que se gestan en la dimensión social de la vida tienen sus raíces en los modos de organización de la sociedad y fundamentalmente en los correspondientes patrones de trabajo y consumo de los distintos grupos. Bajo este tenor, los problemas de obesidad y sobrepeso que mostraron los individuos del estudio debe considerarse como elemento fundamental el empleo de los padres que repercute en la forma de alimentarse de todos los miembros de la familia, así la calidad de los alimentos está determinado por el poder adquisitivo de los padres, ya que los niños con padres de bajos salarios o sin empleo, así como un nivel educativo bajo, tienen más probabilidades de padecer obesidad y sobrepeso al menos en las historias clínicas revisadas.

La falta de un empleo formal, con los beneficios y derechos que se adquieren a través de los contratos colectivos, repercute directamente con las condiciones materiales de vida, que a su vez se ve reflejado en el acceso a satisfactores, en este caso a alimentos. Para Rivera (2007), la forma como los grupos humanos acceden al alimento, así como las expresiones biológicas de este acceso son, en un principio, resultado de las relaciones complejas entre procesos como el político, económico y cultural, y aunque en nuestro análisis no hay evidencia empírica de la falta de acceso alimentos de calidad nutricional, si podemos inferir que los bajos recursos económicos limitan directamente el acceso a alimentos de calidad nutricional, o la que han llamado investigadores sociales, la seguridad alimentaria. Este término hace referencia a las formas como los individuos, hogares, y grupos satisfacen sus necesidades de alimentación y nutrición en cantidad y calidad (Rivera, 2007; Breilh, 1989). El acceso a los alimentos, en el sentido como la especie humana se relaciona con la naturaleza y del modo de cómo ésta última es transformada a través del trabajo, está relacionado con cómo es que los diferentes individuos se insertan de acuerdo con sus capacidades en diferentes estratos laborales. Existe una población heterogénea donde no todos tienen la misma posibilidad de acceder a alimentos de calidad, si existen bajos salarios, el acceso a alimentos con calidad y además que sea en cantidad es difícil, de tal modo estamos hablando de una desigualdad alimentaria, el acceso a los alimentos no es igual para todos.

La importancia de estudiar desde una mirada crítica, en este caso, la obesidad y el sobrepeso, radica en que, en los servicios de salud, estos problemas son vistos en lo individual y no en lo colectivo. Los Determinantes Sociales de la Salud (ALAMES, 2008),

hacen referencia a la necesidad de hacer frente a los problemas de salud, como de enfermedad considerando las capacidades y potenciales de los colectivos, pero para ello se deben vincular las necesidades básicas del ser humano, tanto de salud como de alimentación, educación, vestido y seguridad con los derechos humanos.

De acuerdo con la declaración de Adelaida sobre la salud, en todas las políticas hace referencia a la necesidad de un nuevo contrato social entre todos los involucrados para avanzar en el desarrollo humano, la sostenibilidad y la equidad, así como para mejorar los resultados sanitarios esto requiere una nueva forma de gobernanza en donde haya un liderazgo conjunto entre todos los sectores y niveles de gobierno (OMS, 2010). Bajo este argumento la salud debe verse desde todas las instituciones gubernamentales y no solo a la Secretaría de Salud que finalmente tiene como propósito eliminar, disminuir o erradicar la enfermedad.

Los centros hospitalarios, en este caso el INP, no cuenta con una visión integral sobre los problemas de salud, principalmente sobre la obesidad y el sobrepeso, lo que sucede es que en la forma de organización del sistema de salud en México, la conceptualización de la salud y la enfermedad está basada en el enfoque biomédico con lo cual se privilegian los factores de riesgo y la noción de estilos de vida, lo relevante es el paciente con todos sus problemas que implica no solo la enfermedad sino también todo contexto social donde se desarrolla. Las políticas sociales de corte neoliberal que generan la disminución en la gerencia sobre la responsabilidad que tiene el Estado hacia la población en el acceso y cobertura de los servicios de salud integrales. Por lo tanto, si vemos a través de este análisis se evidencia que gran parte de los problemas relacionados con la obesidad y el sobrepeso están relacionados con lo social, valdría la pena, por tanto, que instituciones como el INP que tiene la peculiaridad de atender a pacientes recién nacidos hasta la terminación de la adolescencia, realizaran tratamientos integrales e impulsar la investigación social como parte fundamental para la explicación y comprensión de los problemas de salud.

En el caso del sobrepeso y la obesidad no solo se trata de tener una clínica de la obesidad donde se le indique a los pacientes y sus familiares el cambio en los estilos de vida o los factores de riesgo, se trata de pensar que estos individuos en su vida diaria y la elección de sus estilos de vida están circunscritos a las condiciones materiales de vida y que es importante que a través de las políticas sociales con un corte de bienestar mejoren los modos de vida y las prácticas de consumo de los sujetos.

De acuerdo con lo examinado previamente, también hay que redefinir las estrategias y tareas de la promoción de la salud, hay que considerar a la promoción de la salud como un mecanismo, herramienta, política, programa, una manera de hacer abogacía, educar, ser un punto de conexión entre los diversos actores sociales. Como vemos la promoción de la salud no solo sirve o tiene como meta hacer programas preventivos, más bien la tarea es ayudar a disminuir los problemas de salud a través de políticas en promoción de la salud más integrales y direccionales, ya que en nuestra sociedad existen diversos grupos sociales con necesidades específicas y únicas.

Para que la promoción de la salud sea vista como una herramienta efectiva que ayude a disminuir estos problemas se requiere transformar la forma de entender y ver a la salud y a la promoción de la salud, que va más allá de solo una tarea preventiva, estática, e individualista entendiendo a este campo de conocimiento como un instrumento que

está en constante cambio, donde se le tiene que dar prioridad al trabajo directo con las personas en todos los niveles de atención.

Esto implica como primer paso invertir más en salud y como consecuencia aumentar el gasto público con el propósito de llegar al entorno donde hacen su vida cotidiana las personas, en este sentido debería cambiar la forma de hacer políticas públicas y la organización de los servicios de salud.

Por otra parte, existe la necesidad de aumentar el gasto en investigación, en especial en salud pública direccionada a la promoción de la salud más crítica, que como se ha reiterado anteriormente, es un problema que no se ha estudiado de forma suficiente.

Para finalizar, la promoción de la salud debe tomar un valor primordial en la salud pública, así como en las políticas públicas y buscar otros enfoques diferentes al paradigma biomédico, en particular los estilos de vida, la teoría del riesgo y de casualidad. Además, la promoción de la salud debe liderar en esta nueva forma de ver la salud comunitaria, y a los DSS como la economía, la educación, el acceso al trabajo y a los servicios, elementos importantes para comprender la desigualdad social que se ven reflejadas en la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALAMES. (2008). Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud Mexico: ALAMES, 144
- ALIANZA POR LA SALUD ALIMENTARIA.(agosto 2016). <https://alianzasalud.org.mx/2016/08/>
- AGUIRRE, J. (2012). El reto de la obesidad infantil en México. Centro de estudios sociales y opinión pública. [serie en internet] 2012 [consultado 2016 septiembre 3]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx>
- BATISTA, L. (2006). Educación y desarrollo humano. Enfermería en Costa Rica, 28.
- BLANCO J., y López, O. (2007) Condiciones de vida, salud y territorio: un campo temático en (re) construcción. Temas y desafíos en Salud Colectiva. 103-125
- BREILH, J. (1989). Deterioro de la vida en Ecuador. CEAS, 4.
- CENETEC. (2012). Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del sobrepeso y la obesidad exogena. CDMX: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- DÁVILA, J., González, J y Barrera, A . (2015) Panorama de la obesidad en México. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social vol. 53(2), 240-249.
- ENSANUT. (2012). Recuperado el 23 de NOVIEMBRE de 2016, de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- ENSANUT. (2016). Informe final de resultados.
- FIGUEROA, D. (2009). Obesidad y Pobreza: marco conceptual para su análisis en latinoamérica. Revistas USP, 103-117.
- GONZÁLEZ J., Vázquez, E.,Cabrera C., González G. y Troyo R. (2012). La disfuncion familiar como factor de riesgo para obesidad en escolares mexicanos. Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social., 127-134.
- GUTIÉRREZ, JP, Rivera-Dommarco J., Shamah-Levy T., Villalpando-Hernández S., Franco A., Cuevas-Nasu L., Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. (2012) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). Resultados Nacionales Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX).
- INNE (2017) Salario relativo por hora de los trabajadores. Obtenido de <https://historico.mejoredu.gob.mx/evaluaciones/panorama-educativo-de-mexico-isen/re02c-salario-relativo-trabajadores/>
- INEGI. (2015). Analfabetismo. Obtenido de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/analfabeta.aspx?tema=P>
- INP. (2015). Estadísticas Instituto Nacional de Pediatría. Recuperado el 12 de Junio de 2017, de https://www.pediatria.gob.mx/transfocal_estadis.html
- INP. (2016). Agenda estadística 2006-2016. México: INP.
- INP. (2016). Una década de informacion, haciendo historia 2006-2016. México: INP.
- INP. (07 de 08 de 2017). Asistencia Médica. Obtenido de https://www.pediatria.gob.mx/interna/asis_medica.html
- INP. (23 de 11 de 2017). Preguntas frecuentes. Obtenido de https://www.pediatria.gob.mx/interna/pregfrec_pvez.html
- LAURELL, A. C. (1981). La salud enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de Salud, 11.

- LÓPEZ O; Escudero J.C. y Carmona L. (Noviembre 2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. Medicina Social, vol. 3, núm. 4, 323-335.
- MARTÍNEZ M. y Contreras, G. (2014). Factores psicologicos sociales y cultutrales del sobrepeso y la obesidad infantil y juvenil en Mexico. Revista Medica Instituto Mexicano del Seguro social, 94-101.
- OCDE. (27 de Mayo de 2014). La estrategia de México para hacer frente a la obesidad es prometedora, dice la OCDE . Recuperado el 27 de Enero de 2017, de www.oecd.org
- OMS. (Abril de 2010). Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas. Obtenido de http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf
- OMS. (2010). La educacion y la salud están íntimamente unidas. Nueva York: ONU.
- OMS. (09 de julio de 2013). . Obtenido de http://www.who.int/social_determinants/es/
- OMS. (julio de 2014). Datos y cifras sobre obesidad infantil. Recuperado el 27 de Enero de 2017, de www.who.int/end-childhood-obesity/about/es/
- OMS. (Agosto de 2016). ¿Qué es la promoción de la salud? Obtenido de <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>
- OMS. (2016). Datos y cifras sobre obesidad infantil. OMS.
- OMS. (15 de 11 de 2017). Obtenido de ¿Cuáles son las causas?: http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_why/es/
- OMS. (Octubre de 2017). Obesidad y sobrepeso. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- RIVERA, JA (2007) La satisfacción colectiva de las necesidades de alimentación, nutrición y su relación con la salud-enfermedad en Temas y desafíos en Salud Colectiva. Argentina Lugar Editorial,153-169
- RODRÍGUEZ, R. (03 de abril de 2014). Dulce agonía la realidad de la diabetes en México. El Universal.
- SECRETARÍA DE SALUD. (2002). Lineamientos para la referencia y contrareferencia de pacientes pediátricos de población abierta en la Ciudad de México y area conurbada del Estado de México. Ciudad de México: Secretaria de salud.
- SECRETARÍA DE SALUD. (2010). Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. México: Secretaria de Salud.
- SECRETARÍA DE SALUD (2010). Acuerdo Nacional para la Alimentación Alimentaria Estrategias contra el sobrepeso y obesidad. CDMX: Secretaria de Salud.
- SECRETARÍA DE SALUD. (septiembre de 2013). Estrategia Nacional para la Prevencion y el control de sobrepeso, la obesidad y la diabetes. Recuperado el 12 de noviembre de 2016, de www.epidemiologia.salud.gob.mx
- SECRETARÍA DE SALUD (16 de junio de 2015). Intervenciones de Prevención y Promoción de la salud para el Sobrepeso y la obesidad. Obtenido de <https://www.gob.mx/salud/.../intervenciones-de-prevencion-y-promocion-de-la-salud->

V. CONDICIONES MATERIALES DE VIDA Y SALUD. ESTUDIO COMPARATIVO EN DOS ALCALDÍAS.

MARÍA DE LOS ÁNGELES GUTIÉRREZ
ROSELIA ARMINDA ROSALES FLORES

■ INTRODUCCIÓN

En el campo de la Promoción de la Salud (PS) convergen los diferentes sectores y disciplinas que tienen como fin mejorar el entorno social, las condiciones y formas de vida y que todos los grupos mejoren su salud en especial los más vulnerables. El campo de acción de PS comprende cinco áreas estratégicas enumeradas en la carta de Ottawa: la elaboración de políticas saludables, el fortalecimiento de la organización y participación comunitaria, el desarrollo de habilidades personales, la creación de ambientes saludables y los servicios reorientados hacia la equidad, calidad y prevención. A partir del desarrollo de estas acciones se pueden mejorar las condiciones de los habitantes con el desarrollo de programas de promoción, prevención y detección temprana de factores de riesgo.

La salud es el objeto de estudio de la promoción de la salud, por lo que se propone actuar desde los determinantes sociales de la salud, a partir de la creación de opciones saludables para la población, desarrollando en los sujetos individuales y colectivos sus capacidades humanas.

Por ello, la formulación, diseño e implementación de políticas tendría que encaminarse a resolver las problemáticas de la población y a mejorar sus condiciones de vida y salud. Se parte de la premisa que existe desigualdad social, la cual se expresa en el espacio geográfico. Dicha desigualdad es, por un lado, resultado de las políticas de ajuste estructural que se han hecho desde los diferentes sexenios, como los recortes en la política social, disminuyendo el recurso destinado para el gasto social e incrementando la desigualdad entre los diferentes colectivos.

Las políticas que se implementan en la Ciudad de México se plantean a partir de los derechos que tienen los habitantes y eso ha permitido contrarrestar un poco las desigualdades, ya que los beneficiarios de los apoyos se les otorgan como parte del reconocimiento de los derechos, no por un privilegio, concesiones o negociaciones del poder político. En este sentido, el espacio geográfico¹ es una categoría analítica y operativa que permite estudiar las desigualdades en sociales y en salud. En el espacio geográfico se revelan estas desigualdades en el acceso a servicios públicos, en el consumo de bienes y servicios para satisfacer las necesidades básicas. En la desigualdad en salud se expresan las desigualdades sociales (Blanco y López, 2007). De ahí que, son

¹ O también «territorio».

estas categorías, las que se retoman para el estudio comparativo en dos alcaldías² de la Ciudad de México.

Este estudio se realiza en dos alcaldías: Benito Juárez e Iztapalapa. Es reconocido que los habitantes de la Benito Juárez tiene niveles de vida comparables con países europeos (Blanco, 2019), con la implementación de políticas sociales hay condiciones de otros territorios que se le van igualando, como los servicios en las viviendas en la alcaldía Iztapalapa.

No obstante, los espacios que hay en cada una de las alcaldías desde escuelas, clínicas, áreas de recreación, varían lo cual está asociado con el poder de compra de los habitantes y de las políticas que permitan mantener un medio ambiente adecuado para el desarrollo.

El equipamiento de la vivienda a partir de sus medios y acceso a bienes y servicios expresa la clase social a la que se pertenece. Los diferentes grupos que comparten un mismo territorio no tienen el mismo acceso a los servicios de salud, como es bien sabido que a pesar de contar con el seguro popular, éste no garantiza a la población la atención de todos los beneficios, comparado con quien se atiende en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

■ MARCO METODOLÓGICO

Bajo este panorama, aparte de estudiar las políticas sociales, también es importante, para analizar las condiciones materiales de vida, abordar la reproducción social y sus categorías producción y consumo. Los ejes analíticos que sirven de hilo conductor son que los sujetos se apropian de manera diferente de los medios, por lo que su manera de producir es diferente, al igual que su nivel de desgaste del organismo. Las situaciones laborales a las que se someten los sujetos los llevan a desarrollar cierto desgaste en el organismo que depende de sus formas de producción. Para reponer la fuerza laboral, el consumo de bienes y servicios debe satisfacer las necesidades básicas. La satisfacción de dichas necesidades depende, a su vez, de las políticas sociales como el acceso a la educación, a los servicios de salud, y otros servicios como el drenaje y agua entubada.

En este sentido, para plantear la relación entre las condiciones materiales de vida y salud, las dimensiones que deben ser retomadas son: la relación entre el acceso a servicios y bienes e indicadores macroeconómicos de las dos alcaldías ligadas a las políticas sociales locales. La segunda dimensión se refiere a las condiciones materiales de vida de las dos alcaldías (antes llamadas delegaciones) y en la última dimensión el perfil salud/enfermedad de ambos territorios a partir de las principales causas de muerte.

Se establece una relación entre el acceso a servicios y bienes e indicadores macroeconómicos de las dos alcaldías ligadas a políticas sociales locales: se obtuvo información de libros de la Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa (UAM-I), así como datos contenidos en las páginas electrónicas que registran la historia, tradiciones y situaciones, así como información sobre los delegados, su pertenencia a cada partido, el desarrollo de cada alcaldías y de sus habitantes, los servicios y sus características.

² Ahora Alcaldías

Para el apartado de las condiciones materiales de vida de ambas alcaldías se consultaron datos del INEGI de las encuestas de los años 2000 y 2010. Se tomó del artículo *“Polarización de la calidad de vida y de la salud en la Ciudad de México”* (Blanco, et al.1996) las categorías propuestas por los autores, el índice General de condiciones de vida (IGRAL), Índice de Calidad de la vivienda (ICV), IR1 resumen que hace referencia a las condiciones de vivienda que remite al consumo privado, IR2 el índice está ligado a políticas gubernamentales de desarrollo de infraestructura, IR3 ligado al nivel educativo de la población y IR4 para el ingreso mayor a dos salarios mínimos.

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

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

Obtenidos los datos de las distintas fuentes se compararon los datos de ambas alcaldías, en primer lugar, para identificar las diferencias entre las políticas desarrolladas en cada una de ellas. En segundo lugar, se compararon las condiciones de vida y, por último, se comparó el índice de la mortalidad.

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

■ ANÁLISIS DE RESULTADOS

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

La propuesta de Asa Cristina Laurell permite identificar los problemas de salud/enfermedad como procesos donde:

[...] La enfermedad es el modo específico como se da en el grupo (clase) el proceso biológico de desgaste y reproducción destacando como momento particular la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas [...] (Laurell, 1982: 58).

Este planteamiento propone que la desigualdad se presenta desde la forma en que los sujetos se someten a distintos modos para laborar. Los distintos modos de trabajo implican un desgaste diferencial en el organismo de los trabajadores lo que provoca diferentes modos de enfermar y morir.

A continuación, se arrojan los resultados encontrados en los indicadores arriba mencionados con la finalidad de describir las condiciones desiguales entre una y otra alcaldía de la Ciudad de México.

En la década del 2000 y 2010, en Benito Juárez, la mortalidad infantil pasó de 0.010 a 0.015, la mortalidad materna permaneció en 0 y la mortalidad general de 0.45 a 0.64, como se ve era una tasa baja. En cambio, en Iztapalapa, en la misma década la mortalidad infantil pasó de 0.17 a 0.15, la materna 0.22 a 0.55 y la mortalidad general de 1.56 a 3.31. Los resultados a pesar de que son bajos, representan una diferencia significativa entre las dos alcaldías, debido a que en Iztapalapa había mayor presencia de mortalidad, lo que representaba condiciones materiales de vida precarias.

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

En el 2010, en la alcaldía Benito Juárez el 67.75% contaba con seguro social, del cual el 12.66% tenía seguro privado. En cambio, en Iztapalapa en el mismo año, el 59.26% de la población que laboraba contaba con seguro social, de este porcentaje 25.55% tenía seguro popular.

De esta forma podemos observar la desigualdad en el acceso a los beneficios del sistema de salud. La gratuidad solo era para los asegurados y sus familias, mientras que el resto de la población debía pagar por los servicios, medicamentos y tratamientos. El seguro popular no cubre todos los servicios que atienden otras instituciones, además que no es un derecho que se otorgue como parte del empleo formal. Esto permite analizar que una parte de los habitantes tienen la posibilidad de atenderse en diferentes instituciones, sin embargo, faltan políticas que incorporen a la población en el empleo formal con los beneficios establecidos por ley como el seguro para la atención de la población, ya que en las tasas presentadas se distingue la desigualdad en los servicios, por su falta de acceso o por la posibilidad de pagar. De 2000 al 2010 hubo mayor probabilidad de morir en Iztapalapa que en Benito Juárez por causas que pueden, al mejorarse las condiciones de vida, la atención y el acceso a los servicios, ser prevenibles.

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

Por ejemplo, las circunstancias en que se encontraban las viviendas, como indicador de las condiciones materiales de vida, revela que en Iztapalapa entre el año 2000 y 2010, pasó del 30.47% al 78.42% las viviendas que tenían piso de madera, mosaico u otro material; en cambio, en Benito Juárez en el mismo tiempo pasó de 39.63% al 82.07% de las viviendas con este tipo de piso. Por los datos podríamos pensar que el que hayan aumentado este tipo de piso en las viviendas mejoró sus condiciones y por lo tanto sus condiciones de salud, ya que la variación de 3.65% de las viviendas de Iztapalapa y Benito Juárez en el último año es significativa para las tasas de mortalidad en cada alcaldía.

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

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

En 2010, en el 48.78% del total de las viviendas en Iztapalapa vivían cinco o más integrantes de familia en contraste con Benito Juárez, en el 51.42% de las viviendas vivían uno o dos integrantes. Del total de viviendas en Iztapalapa el 41.78% tenían cuatro o cinco cuartos, el número de habitantes por cuarto en esa misma alcaldía era de dos o más habitantes, mientras que, en Benito Juárez la razón en ese mismo año, es de un habitante por cuarto, lo que expresa las diferencias en las condiciones materiales. Hay una gran diferenciación porque no existen condiciones similares entre los habitantes de las alcaldías, incluso dentro de una misma alcaldía ya que mientras algunas viviendas son para un solo sujeto, otras son para seis o más.

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

Los sujetos al vender su fuerza productiva poseen recursos con los cuales pueden adquirir bienes y servicios que les permite adaptar su espacio. Breilh propone que las condiciones materiales de vida son:

[...] las formas de vida o de reproducción social que caracterizan a los diferentes grupos sociales, sus patrones de trabajo y consumo, sus modalidades de actividad práctica, sus formas organizativas y su cultura con el comportamiento de sus organismos y las enfermedades que los afectan [...] (Breilh y Granda, 1989: 1129).

En la década del 2000 al 2010, pasó del 64.59% al 61.02% el nivel escolar básico de los jefes de familia en Iztapalapa; en cambio, en Benito Juárez en la misma década del

50.13% pasó al 62.43% los jefes de familia que contaban con nivel superior, estos datos presentan la desigualdad entre dos alcaldías que son parte de la CDMX, lo que muestra que hay una distribución diferencial de recursos y servicios. En la misma década, se nota un gran cambio en el aumento del 29.26% al 71.72% de la población que percibía más de dos salarios mínimos en Benito Juárez, mientras que pasó del 33.69% al 57.56% en Iztapalapa la población que tenía este mismo ingreso. Este cambio registra que en ambas alcaldías hay un aumento de la población que tenía mayor ingreso en esta década, pero también que las necesidades que podían cubrir con menos recurso en el 2000 para el 2010 es insuficiente. Lo que se observa en el deterioro en las condiciones materiales de vida y el incremento de las tasas de mortalidad.

La adquisición y equipamiento de la vivienda expresa las condiciones materiales de vida, lo cual, a su vez, se asocia con el empleo. En la década del 2000 al 2010, en Iztapalapa del 70.01% pasó al 58.85% los jefes de familia que laboraban en el sector terciario, mientras que, en Benito Juárez del 84.66% pasó al 80.69% la población que laboraba en alguna actividad de este mismo sector. Esto es muestra de la pérdida de empleos en ambas alcaldías en esta década, observándose en mayor medida en los habitantes de Iztapalapa lo que es un factor del deterioro en sus condiciones materiales de vida. En esta misma década, del 46.28% pasó al 42.81% la población en Iztapalapa que laboraba de 33 a 48 horas y de 33.69% a un 37.4% la que laboraba más de 48 horas. En Benito Juárez la población que laboraba de 33 a 48 horas pasó de 49.97% a un 45.27% y de 29.26% a un 34.1% la que trabajaba más de 48 horas. En la misma década en Iztapalapa del 33.69% aumentó al 57.56% la población que ganaba más de dos salarios mínimos al día, mientras que en Benito Juárez del 29.26% cambió al 71.72% que ganaba esto mismo. Es decir, una mayoría de la clase trabajadora en Benito Juárez y la mitad de la población trabajadora de Iztapalapa desarrollaban actividades del sector terciario o de servicio, la misma formación profesional permite que realicen actividades que se requieren para la función de la economía. Otra parte importante de los habitantes de Iztapalapa que laboraban y una minoría en Benito Juárez desarrollaban actividades laborales en el sector secundario o sector industrial, es decir, realizaban actividades para la extracción de recursos naturales o en industria de la transformación, estos empleos requerían de su mano de obra para desarrollarlo. Lo que hace que presenten procesos de salud/enfermedad, diferentes por las actividades que realizaban para la prestación de sus servicios.

La tasa de desempleo en Iztapalapa en la década entre el 2000 y 2010 pasó del 65.55 al 66.20 por cada 100 habitantes, lo que muestra que hubo un pequeño aumento. En esos mismos años, en Benito Juárez la tasa de desempleo pasó de 29.83 a 62.99, por cada 100 habitantes. Es de gran importancia la tasa de desempleo que se presenta en ambos territorios, a pesar de que, en Iztapalapa esta tasa venía presentándose desde el año 2000 en la población, sus condiciones se fueron deteriorando, por la falta de un trabajo digno con los beneficios que otorga la ley con un empleo formal. En Benito Juárez la tasa de desempleo tuvo un gran aumento, por lo que se espera que sus condiciones de vida se hayan deteriorado a causa de la falta de recursos para satisfacer las necesidades. La pérdida de empleos formales demuestra que el Estado se ha deslindado cada vez más de los derechos sociales, que le corresponde atender, ha dejado que el sector privado se haga cargo de ellos. En el año 2010 en Benito Juárez un 12.66% de la

población podía pagar servicios de salud, sin embargo, en este mismo año en Iztapalapa donde el ingreso y los recursos acumulados son inferiores, prevalece la afiliación de los habitantes al seguro popular (25.55%). Ese 25.55% es probable que haya estado ligada al empleo informal, que implica trabajos mal remunerados y sin prestaciones.

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

Dentro de las condiciones materiales de vida se incluyen los indicadores macroeconómicos y dentro de éstos se encuentra un indicador compuesto: los grados de marginalidad. Estos se obtienen al medir cinco dimensiones: servicios de salud, educación, ingreso, bienes patrimoniales del hogar y la vivienda. Los registros de la alcaldía Iztapalapa en la década de estudio llaman la atención, por el descenso en los grados de marginalidad pasando de muy alta a baja. Es probable que hubiera en esta alcaldía una mayoría de colonias con bajo grado de marginalidad por lo que los datos se inclinaron hacia estos resultados. De acuerdo con los datos registrados de Iztapalapa en esta década se presentaba una tasa alta de mortalidad; en educación la mayoría de los padres de familia contaban con nivel básico de primaria y secundaria, poco más de la mitad de la población que laboraba tenía más de dos salarios mínimos al día y el 39% de las viviendas poseían un bien de mayor costo. A lo largo de la década que estudiamos en Benito Juárez la marginalidad en el 100% de las colonias conservaban un grado muy bajo.

De acuerdo con los datos de sus indicadores, las enfermedades de los habitantes tenían tasas bajas de mortalidad materna e infantil, los jefes de familia contaban con nivel de estudios superior y medio superior; y cerca de las tres cuartas partes de los que laboraban percibían más de dos salarios mínimos al día.

Blanco (2007) menciona que la acumulación y producción indican la forma en que la sociedad se organiza, ésta lo hace a través de jerarquías que se basan en el ingreso, la riqueza y el acceso al pago de los recursos materiales. El consumo que es la forma en que se satisfacen las necesidades de los sujetos, se asocia con la apropiación de productos y la adaptación de servicios básicos. Como la mejora de las condiciones de vivienda que depende del poder de compra, y el ingreso económico. Se identifica de manera concreta en el poder adquisitivo, el equipamiento de la vivienda, la acumulación y la apropiación de recursos.

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

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

Entre los elementos arrojados durante la investigación se encontró que el gobierno de la CDMX ha impulsado 350 políticas de redistribución de la riqueza. Entre los programas sociales implementados en los diversos territorios están incluidos los servicios básicos en las viviendas. Por ejemplo, la energía eléctrica en las viviendas conectadas a la red permite que estas tengan las condiciones técnicas adecuadas. Las viviendas con drenaje evitan la exposición de excretas y gérmenes patógenos al aire libre con la tubería adecuada para la eliminación de aguas contaminadas. El agua debe estar entubada dentro de las viviendas para el aseo y desechos de residuos. El abastecimiento del agua debe ser potable, suficiente y con la calidad para cubrir los servicios como: beber, bañarse, cocinar y realizar limpieza doméstica.

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

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

Observamos en las dos alcaldías que existía desigualdad entre los grupos que la integraban. En Iztapalapa había viviendas con todos los servicios y equipamiento necesario, también viviendas que no contaban con los servicios necesarios. La organización y el nivel de apropiación de su territorio los hacía que presentaran perfiles de salud/enfermedad diferentes. La escasez que presentaban los grupos de Iztapalapa que vivían en exclusión no les permitía desarrollar habilidades y capacidades para mejorar sus condiciones materiales de vida. Su ingreso era insuficiente para satisfacer sus necesidades además de que tenían empleos sin las condiciones y prestaciones de ley establecidas, por lo tanto, los diferentes grupos tuvieron acceso a los servicios de manera desigual dentro de una misma alcaldía.

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

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

La desigualdad social que existía entre ambas alcaldías se observa en tres principales rubros: salud, empleos bien remunerados y educación. Es responsabilidad del Estado impulsarlas a través de la implementación de políticas sociales y de salud en cada territorio. En estos rubros no había nivel de comparación entre estas dos alcaldías ya que tuvieron resultados muy variados que resaltaban la desigualdad. Le corresponde al gobierno federal atender estos tres principales problemas que identificamos para garantizar las mejores condiciones y para disminuir la desigualdad entre ambas demarcaciones.

De acuerdo con lo que corresponde al Estado garantizar en el campo de salud, Marecos propone que la política es:

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

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

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

La concentración de población y falta de acceso a servicios lleva a desarrollar variados perfiles de salud, lo que hace que los habitantes de los diferentes espacios se expongan a diversos factores que determinan su salud en un mismo territorio donde estos impactan de manera disímil incluso a los habitantes de un mismo lugar, lo cual a su vez, se asocia con el grado de desarrollo social, humano, cultural, económico y político, siendo en el territorio donde se expresa la desigualdad, por lo que es posible observar las políticas que se implementan, las acciones colectivas y la capacidad de gobierno.

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

En la comparación de las variables entre ambas, en los años 2000 y 2010, se identificaron cuatro indicadores principales de desigualdad entre ellos: el acceso a la educación, el acceso a los servicios de salud, el empleo y su remuneración.

A partir de estos indicadores, agrupándolos, se puede referir que el determinante económico es el principal condicionante de las desigualdades en salud que se presentan entre ambas alcaldías. La desigualdad económica, como se ha indicado por varios autores (López y Blanco, 2004; Breilh y Granada, 1989), impacta en los grupos. La determinación ideológica y política condiciona el capital cultural, y el indicador que se usó para evaluarlo en cada uno de los espacios fue el nivel educativo desigual. La función de la educación tradicional hace que el rendimiento escolar dependa del capital cultural invertido por la familia, del capital social heredado, del rendimiento económico y social. A partir de estos elementos se da el reconocimiento del capital cultural adquirido como el título escolar. Este permite compararse con los otros e intercambiarse garantizando su inserción en el mercado de trabajo de acuerdo con su rentabilidad. Los cambios en la

estructura hacen que se generen diferentes oportunidades y que éstas se condicionen al recurso con el que se cuenta. Es por eso que, no todos los grupos tienen la oportunidad de integrarse y participar como ciudadanos. Estos grupos prefieren cubrir los servicios básicos para sobrevivir que invertir recursos para que sus integrantes se preparen para integrarse al sistema cultural y simbólico. Por ello, se generan condiciones precarias de vida, condiciones deplorables, empleos esclavizantes, con bajos ingresos, sin prestaciones de ley, con más horas laborales, que en conjunto los lleva a desarrollar procesos de salud enfermedad diferenciados.

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

En forma general se puede decir que el desarrollo de cada alcaldía depende de la capacidad que tienen los habitantes de modificar sus condiciones de vida además de la capacidad redistributiva de las políticas gubernamentales.

En relación con las condiciones de salud, la tasa de mortalidad infantil y la tasa de muerte materna que tiene una presencia menor en Benito Juárez, mientras que en Iztapalapa continúa incrementándose. La tasa de enfermedades en general que incluye las enfermedades crónicas degenerativas e infectocontagiosas en las que al final de la década que revisamos se presenta una tasa casi similar entre estas alcaldías, es decir, sus valores son casi idénticos en la presencia de estas enfermedades.

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

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

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BLANCO, J. y López, O., (2007) Condiciones de vida, salud y territorio: un campo temático en (re) construcción. *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. Lugar Editorial.
- BLANCO, J., Rivera, J., López, O. y Rueda, F. (1996) Polarización de la calidad de vida y de la salud en la Ciudad de México. *Salud y problema*, 1 (1), 23-31.
- BLANCO J. y Sáenz, O., (1994) Espacio urbano y salud/ el tema condiciones de vida y salud. Universidad de Guadalajara, 6.
- BLANCO, U (31 de mayo 2019) ¿Por qué es posible comparar la vida en la alcaldía Benito Juárez con Suiza? *El financiero*. <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/por-que-es-posible-comparar-la-calidad-de-vida-en-suiza-y-la-alcaldia-benito-juarez>
- BREILH, J, y Granda. E. (1989) Epidemiología y contrahegemonía. *Social Science & Medicine*, 28, 1121-1127.
- CENTRO de Análisis Multidisciplinarios (2011), Base del programa económico del país: la informalidad y precariedad del trabajo, Centro de Análisis Multidisciplinarios, 89, 1-23.
- EBRARD M., (2011) Quinto Informe de gobierno 2010-2011. Anexo estadísticas, Gobierno del Distrito Federal, <http://www.df.gob.mx/index.jsp>
- EBRARD M., (2011), Programas Sociales, Gobierno del Distrito Federal <http://www.df.gob.mx/index.jsp>
- INEGI, (2011), Cuadernos Estadísticos municipales <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/cem02/estatal/df/m014/index.htm>
- INEGI, (2011), Estadísticas Benito Juárez, <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/cem02/estatal/df/m014/index.htm>
- INEGI, (2011) Perfil sociodemográfico por Delegación, http://buscador.inegi.org.mx/search?q=habitantes+por+delegacion&site=default_collection&btnG=Buscar&tx=&CboBuscador=default_collection&client=frontend_1&output=xml_no_dtd&proxystylesheet=frontend_1&getfields=*&entsp=a__inegi_politica&Proxyreload=1&numgm=5&oe=UTF-8&ie=UTF-8&ud=1&exclude_apps=1&tlen=900, 2011. 18 de Julio de 2011, 8:00pm.
- INEGI, (2011), Población por Delegación, lugar de nacimiento y distribución por sexo <http://www.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/tabulados/cpv2000/09mi01.pdf>
- INEGI, (2011), Población por delegación, <http://www.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/tabulados/cpv2000/09mi01.pdf>
- INEGI, (2011), Programa sociodemográfico.
- LAURELL, C. (1982), La salud enfermedad como proceso social. *Salud y problema*, 19, 50-66.
- LÓPEZ, O. y Blanco, J., (2004), Desigualdad social e inequidad en salud/ desarrollo de conceptos y comprensión entre relaciones. *Salud y Problema*, 8, 1-15.
- MARECOS, E. (2001) Conceptos clave acerca de la salud. *Revista de posgrado de la cátedra V la medicina*, 108, 17-19.
- SABINO, C (1996) Concepciones y tendencias actuales en la definición de las políticas públicas. *Revista Venezolana de Ciencias Sociales*, 1, 71-84.

A MANERA DE CONCLUSIÓN Y SIGUIENDO LA LÓGICA DE LA SERIE

Al final de este recorrido, donde se han entregado los trabajos de investigación de estudiantes de la licenciatura de Promoción de la Salud que hoy han obtenido el grado, se hace énfasis en los planteamientos más importantes para la conducción de un proyecto o protocolo de investigación que busque explicar, comprender y plantear una problemática desde el campo de conocimiento de la promoción de la salud.

La primera cuestión es plantear y delimitar el problema. Muchas veces, lo que se sugiere es explicitar el lugar, los sujetos de estudio y el tiempo en el que se va estudiar un fenómeno determinado.

También es importante, explicitar desde que paradigma de la salud se abordará el problema. Ello dará pie a conformar el marco teórico, cuyas categorías conceptuales también permitirán delimitar el problema.

Es conveniente hacer una revisión del estado de la cuestión, es decir, otros trabajos actuales que aborden la problemática para conocer los vacíos o bien, qué y cómo se está estudiando el tema. Estos estudios también darán una idea de qué es lo que se ha estado debatiendo o sobre qué ya se tienen propuestas claras para la resolución del problema.

La metodología debe ser congruente con la propuesta y el planteamiento del problema para llegar al trabajo de campo y obtener resultados para responder a las preguntas.

Asimismo, es importante destacar los retos que se enfrentan particularmente en el abordaje metodológico, las formas en las que van ajustando sus diferentes elementos en función de las condiciones que se presentan en la intervención en campo y que modifican lo previamente planeado, en la que el investigador debe considerar que en las posibilidades de cambio no se pierda el rigor científico y se amortigüen en lo posible los sesgos.

Reconociendo al mismo tiempo que las investigaciones son fundamentales para profesionalizar el campo de promoción de la salud, delimitar sus niveles de intervención para la resolución de los problemas que le competen y vitales en la formación terminal de los estudiantes de la licenciatura, que les da certezas sobre sus conocimientos, habilidades y actitudes, ya que los ponen en juego a lo largo del proceso de construcción de su trabajo recepcional.

Si se desea profundizar en el conocimiento de alguna de las investigaciones aquí presentadas, o bien sobre los instrumentos utilizados, se sugiere buscar en las instalaciones de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México los trabajos recepcionales o bien solicitar a los autores los documentos en extenso.

SUMARIO

Presentación	5
I. Marco conceptual y consideraciones metodológicas para el estudio de las condiciones materiales de vida y salud	7
II. Condiciones materiales de vida de los operarios de taxi de milpa alta. Estudio de caso	19
III. Condiciones de vida de los padres de familia de niños y niñas que acuden al centro del día 1	31
IV. Perfil sociodemográfico de los pacientes con sobrepeso y obesidad que acuden a consulta al instituto nacional de pediatría	49
V. Condiciones materiales de vida y salud. Estudio comparativo en dos alcaldías	69
A manera de conclusión y siguiendo la lógica de la serie	81

RESEÑAS CURRICULARES

CLAUDIA ALICIA LÓPEZ ORTIZ

Es pedagoga por la Universidad Femenina de México y maestra en Educación por la Universidad Autónoma de Fresnillo. Ingresó a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México en 2003 al área de Apoyo Académico como asesora académica. En 2006 se incorpora como profesora Investigadora a la Academia de Identidad Conocimiento y Aprendizaje y posteriormente a la Academia de Promoción de la Salud e imparte los cursos de Salud Pública III, Sistemas de Prevención, Atención y Rehabilitación e Introducción a la Promoción de la Salud hasta la fecha. Ha participado en el Comisión de titulación del Colegio de Ciencias y Humanidades, Comité de análisis y evaluación del Perfil de Promoción de la Salud, Comisión para el diseño de lineamientos de propuestas y evaluación de diplomados y Comité de Impugnaciones. Ha sido representante de su sector en el 3er Consejo Universitario, y en el Consejo Académico del Colegio de Ciencias y Humanidades. Sus líneas de investigación son: Desigualdades sociales y salud, Formación de recursos humanos y material táctil para personas ciegas. Ha dirigido tesis y publicado artículos en diversas revistas científicas.

ROSELIA ARMINDA ROSALES FLORES

Es licenciada en Medicina, con grados de Maestría en Medicina Social y Doctorado en Ciencias de la Salud Colectiva por la UAM - Xochimilco. En 2004 ingresa a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como profesora-investigadora en la licenciatura de Promoción de la Salud del Colegio de Ciencias y Humanidades donde formó parte de los equipos que diseñaron los programas de estudio del ciclo superior: Salud Pública III, Políticas y Programas de Salud, Promoción. Ha dirigido numerosas tesis y participado en los comités de año sabático y de titulación, así como en el Consejo Académico de Colegio, y en la dictaminación de profesores de tiempo completo y de asignatura. Su línea principal de investigación es sobre los determinantes sociales de la salud y las prácticas sociales para resolver problemas de salud. Ha publicado en revistas indexadas sobre temas de condiciones laborales y condiciones de salud, promoción de la salud, y determinación social del proceso salud-enfermedad.

HAZAEEL CRISTÓBAL DIEGO

Es licenciado en Promoción de la Salud, egresado de la UACM. Realizó su servicio social en el programa «Estudio de los determinantes Sociales de la Salud y Promoción de la Salud». Ponente de «Condiciones de salud de los choferes de Milpa Alta y el trabajo Estudio descriptivo» en el VI Congreso Nacional de Medicina Social y Salud Colectiva de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social México, Chiapas-México 2017, y en el I Congreso Internacional de Determinación Social, Promoción de la Salud y Educación para la Salud realizado en la UACM. Ha participado en proyectos: Condiciones laborales y de salud de los operarios de taxi de la delegación Milpa Alta CDMX, sitio Galgos; Obesidad

en niños de primaria y la Promoción de la Salud en la Escuela profesor José Romero y Fuentes, alcaldía Iztapalapa; Condiciones Laborales y de Salud de los operarios de taxi de la Alcaldía Tláhuac, Sitio Delfines de Oriente y por último en Promoción de la Salud y obesidad en niños menores de 18 años en el Hospital del ISSSTE, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

MÓNICA VIVANCO SALINAS

Licenciada en Promoción de la Salud por la UACM. Ha impartido talleres con temáticas diferentes y colaborado en diversos proyectos de investigación con poblaciones en donde el tema central son las condiciones de salud relacionadas con las condiciones laborales y materiales de vida. Participó en el comité de voluntarios y fue ponente del I Congreso Internacional de Determinación Social, Promoción de la Salud y Educación para la Salud llevado a cabo en la UACM. También fue ponente en el VI Congreso Nacional de Medicina Social y Salud Colectiva de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social México. Chiapas-México, 2017. En el año 2016 participó en el programa «Médico en tu chamba» realizando la identificación de necesidades y problemas de salud derivados del sismo del 19 de septiembre en mercados de la CDMX a través de la aplicación de encuestas, coordinado por la Secretaría del Trabajo y Fomento al Empleo, Secretaría de Salud y la Secretaría de Desarrollo Económico, llevado a cabo en la Central de Abastos de la Ciudad de México.

MARÍA DE LOS ÁNGELES GUTIÉRREZ CASTILLO

Tiene formación técnica en Terapia Física y Rehabilitación Es licenciada en Promoción de la Salud por la UACM. Realizó su servicio social en el plantel San Lorenzo Tezonco de la misma universidad en el programa «Estilos de enseñanza y aprendizaje en estudiantes y profesores de la UACM». Tiene estudios de maestría en Ciencias sociales. Sus temas de interés son la desigualdad social, el desarrollo de los sujetos en la educación, las subjetividades en sociedades occidentales. Actualmente trabaja en la Secretaría de Cultura, en el FARO de Oriente, en la Jefatura de Talleres de Jóvenes y adultos.

ALELÍ VARGAS GUERRERO

Es licenciada en Promoción de la Salud por la UACM. Se ha capacitado en talleres y diplomados sobre sexualidad, salud reproductiva, género y aprendizaje. Actualmente es Especialista Gestor Administrativo en el área Gastroenterología, en el Hospital de Especialidades Centro Médico de Occidente (CMNO). Sus temas de interés son las condiciones sociales y la salud de los colectivos y la vinculación con los Derechos Humanos.

REYNA NANCY ROJAS GONZÁLEZ

Es licenciada en Promoción de la Salud por la UACM. Realizó su servicio social en los Servicios de Salud Pública de la Secretaría de Salud en el Centro de Salud TIII Chinampac de Juárez, Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa. Es egresada de la especialidad: Educación

Integral de la Sexualidad por la Universidad Pedagógica Nacional Unidad Ajusco (UPN). Ha participado como asistente en diversos seminarios sobre salud sexual y género. Actualmente es coordinadora de proyecto en la Asociación Civil Derechos de la Niñez en Transformación Urbana Internacional A.C. Sus temas de interés son: Determinantes Sociales de la Salud, Derechos Humanos, Derechos Sexuales y Reproductivos, Derechos de las y los niños y adolescentes.

WALTER LUGO

Es licenciado en Promoción de la Salud por la UACM. Realizó su servicio social en el Instituto Nacional de Pediatría. Actualmente se desempeña como técnico laboratorista en el mismo instituto. Sus temas de interés son los temas relacionados con el sobrepeso y obesidad, y su relación con las condiciones materiales de vida.

Condiciones materiales de vida y de salud
se terminó de imprimir en diciembre de 2022, en los talleres de la
Universidad Autónoma de la Ciudad de México,
San Lorenzo, 290, col. Del Valle, alcaldía
Benito Juárez, c.p. 03100, Ciudad de México.
El tiraje fue de 500 ejemplares.
Cuidado de la edición: Ángeles Godínez Guevara
Diseño editorial: Sergio Cortés Becerril

Este es un libro trata sobre la determinación social del proceso-salud-enfermedad-atención-muerte (PSEAM). Se entregan estudios de casos en los que se abordan diferentes grupos y colectivos, y en los cuales se indaga sobre las condiciones materiales de vida y su relación con diferentes patologías. Inicia con un capítulo sobre el marco teórico-metodológico en el que se abordan las categorías conceptuales referidas a la determinación económica en su dimensiones de consumo, y cómo se expresa específicamente en la calidad de vida, lo cual da pie al debate que existe entre los estilos de vida y las condiciones materiales de vida. Asimismo, se describen los diferentes abordajes metodológicos para indagar en esta vertiente. Los otros capítulos refieren a los trabajos recepcionales de los egresados: condiciones materiales de vida de taxistas en la Ciudad de México; se aborda la forma en cómo los padres de los niños y niñas que asisten al Centro del Día se insertan en los medios de producción y su relación con las condiciones de salud de los infantes; un estudio sobre las condiciones sociodemográficas de los pacientes que acuden a consulta al Instituto Nacional de Pediatría y, por último, un estudio comparativo entre las condiciones de salud y las condiciones materiales de vida de la población en dos alcaldías.

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

Biblioteca
BE
del
Estudiante

978-607-8840-36-6

