

# UACM

Universidad Autónoma  
de la Ciudad de México

*Nada humano me es ajeno*

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Promoción de la salud desde las organizaciones de la sociedad civil: análisis de estrategias y su impacto en la reducción de las inequidades y vulnerabilidad en salud de las poblaciones urbano marginadas del municipio de Chimalhuacán Estado de México**

TRABAJO RECEPCIONAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

P R E S E N T A

**ALFONSO GUERRERO MARTÍNEZ**

Directora de trabajo recepcional

**Dra. Frida Eréndira Quintino Pérez**

Ciudad de México, marzo de 2017.

## SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



## UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

### RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

### DERECHOS RESERVADOS<sup>©</sup>

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

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

**DIRECTORA DE TRABAJO RECEPCIONAL**

DRA. QUINTINO PÉREZ FRIDA ERÉNDIDA

**LECTOR**

DR. GODÍNEZ GUTIÉRREZ MIGUEL ÁNGEL

**LECTORA**

MTRA. ARROYO ARISTA BLANCA PATRICIA

**LECTORA**

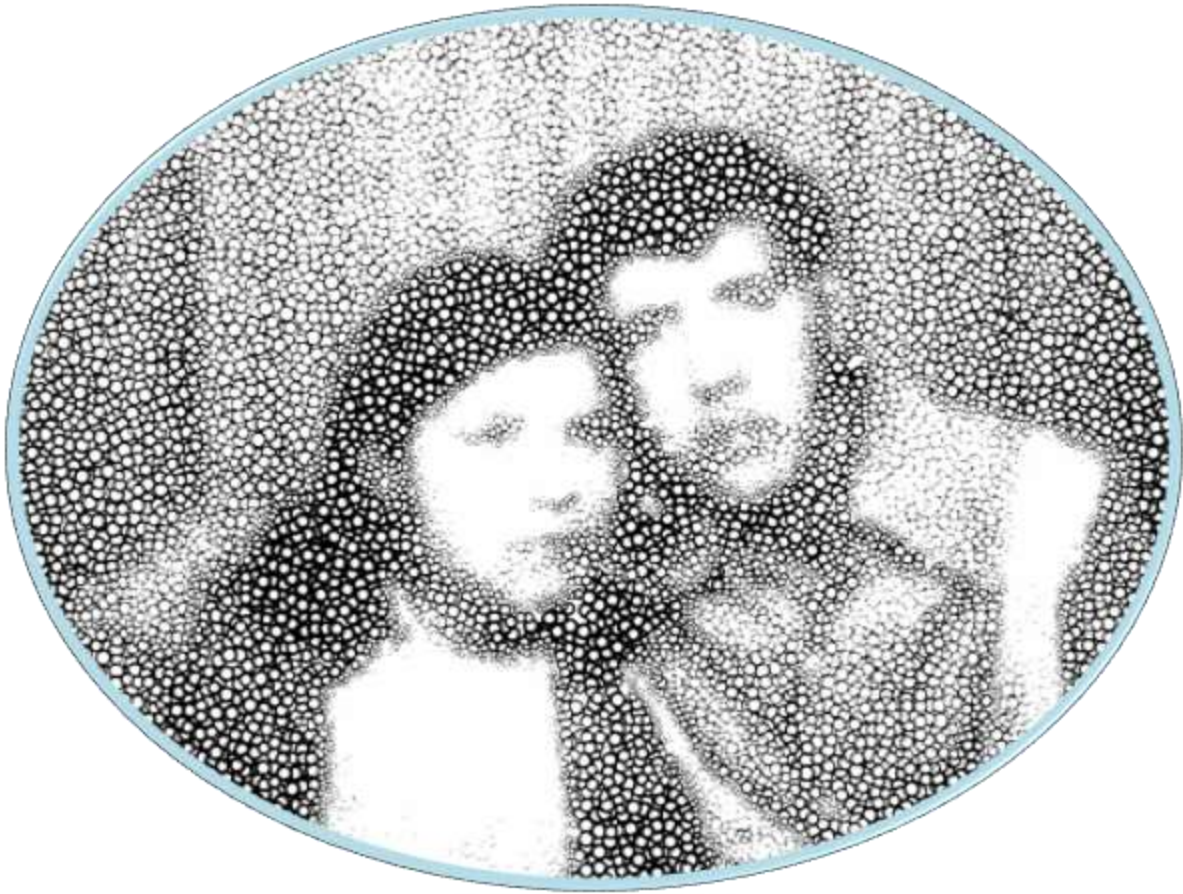
DRA. OCHOA CHI JUANITA DEL PILAR

**LECTORA**

LIC. GUZMÁN PIZARRO LOURDES

## Dedicatoria.

Papás, escápanse un momento del cielo  
Y vengan a abrazarme, los extraño  
Me hacen mucha falta...



En memoria a mis padres.  
Hortensia Estela Martínez Endonio  
José de la Cruz Guerrero Quiroz

## **Agradecimientos.**

Me gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mi sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo de tesis realizado en la UACM, el cual es un esfuerzo donde directa o indirectamente participaron distintas personas opinando, corrigiendo, teniéndome paciencia, dando ánimos, acompañándome en todo momento. Este trabajo me ha permitido aprovechar las experiencias de muchas personas que deseo agradecer.

En primer lugar a mi directora de tesis. Dra. Frida Eréndira Quintino Pérez, cuya experiencia y educación ha sido mi fuente de motivación y de curiosidad durante estos años; mi más amplio agradecimiento por haber confiado en este trabajo, por su valiosa dirección y apoyo para seguir este camino de tesis, hasta llegar a la conclusión del mismo.

Al Dr. Miguel Ángel Godínez Gutiérrez un especial agradecimiento por haber sido un segundo guía, por sus grandes consejos, paciencia y animo que me brindo durante mi estancia en el Servicio Social, (Las OSC dedicada a la Promoción de la salud en el D.F). Me gustaría agradecer el interés mostrado por mi trabajo, las sugerencias recibidas y la confianza en mí depositada por la Mtra. Arroyo Arista Blanca Patricia, Mtra. Juanita Ochoa Chi y Lic. Guzmán Pizarro Lourdes, por su tiempo dedicado a la lectura de la tesis y sus sabios consejos.

Quisiera hacer extensiva mi gratitud a mis compañeros y amigos de aula, pues a pesar de las distancias siempre estuvieron a mi lado para saber cómo iba mi proceso, nos hemos dado ánimo en el camino y eso siempre nos ayudó, las palabras son mínimas para expresar mi agradecimiento y mi aprecio a todos ellos, gracias: Areli, Nayeli, Nancy, Elizabeth, Gabriela, Lizbeth, Alejandra, Paz, Lucina, Alma...

Agradezco a mis hermanos por su apoyo y su motivación constante en mi proceso educativo. Un agradecimiento muy especial merece la comprensión, paciencia y el ánimo recibidos por mi compañera Judith Nequiz Tenorio y mis hijos, quienes son mi principal fuente de inspiración, ya que con ellos he compartido buenos ratos, por todo el tiempo que me han dado, por las conversaciones, por su respaldo y su apoyo.

A la OSC TUI, por brindar el espacio, información y el tiempo para poder realizar este trabajo.

Por último agradezco a la UACM por el apoyo económico para la impresión y empastado de la tesis, ya que es la muestra del apoyo incondicional y prueba de motivación de la institución hacia nosotros los estudiantes de la UACM.

## Índice

<b>Introducción</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo I Planteamiento del problema</b>	<b>4</b>
I.I Objetivo general	7
I.II Objetivos específicos	7
I.II Preguntas de investigación	8
<b>Capítulo II Contexto de estudio</b>	<b>9</b>
II.I Desigualdad social y marginación en Chimalhuacán Estado de México	10
<b>Capítulo III Marco teórico conceptual</b>	<b>19</b>
III.I Determinantes sociales de la salud: desde la postura socio-histórica de la Promoción de la salud	21
III.II Promoción de la salud	27
III.III Desigualdad social en salud	35
III.IV Equidad e inequidad en los recursos, servicios y programas en salud	39
III.V Vulnerabilidad social en salud	44
III.V.I Grupos socialmente vulnerados	46
III.VI Las OSC y su respuesta social ante las necesidades de acceso a los servicios de salud de las comunidades urbano marginadas	48
<b>Capítulo IV Metodología</b>	<b>59</b>
IV.I Características de la metodología cualitativa	63
IV.II Estudio de caso como estrategia de la metodología cualitativa	64
IV.III Entrevista Semiestructurada	65
<b>Capítulo V Resultados: Análisis de las entrevistas y las estrategias planteadas por TUI para afrontar las problemáticas de las CUM de Chimalhuacán</b>	<b>67</b>
V.I La OSC (TUI) trayectoria y líneas de acción	68
V.II Contexto social de estudio en el que se desarrollan las actividades de TUI	71

V.III Perspectiva e intervención en torno a la pobreza	<b>83</b>
V.IV Estrategias de monitoreo y evaluación: como medir y sondear el impacto de las estrategias	<b>89</b>
V.V Proyectos que ha creado TUI para abordar la problemática en las comunidades urbano marginadas	<b>94</b>
<b>V.VI Proyecto Fortaleza, Fortalecimiento de la sociedad civil</b>	<b>97</b>
V.VI.I Desarrollo del proyecto fortaleza	<b>100</b>
<b>V.VII Proyecto Pro-Salud</b>	<b>107</b>
V.VII.I Descripción del proyecto Pro-Salud	<b>108</b>
V.VII.II Desarrollo del proyecto Pro-Salud	<b>110</b>
V.VII.III Diagnóstico de necesidades en salud	<b>111</b>
V.VII.IV Perspectiva de salud comunitaria propuesta de TUI	<b>113</b>
V.VII.V Atención primaria en salud, prevención de riesgos y vinculación hacia los sistemas de salud	<b>115</b>
V.VII.VI Perspectiva en salud: desarrollo de una clínica multifuncional	<b>119</b>
V.VII.VII Impulsar la reconstrucción del tejido social desde la perspectiva de la salud comunitaria	<b>123</b>
<b>Capítulo VI. Conclusiones</b>	<b>126</b>
VI.I Contexto social de estudio, alcances, limitantes y riesgos de las OSC en estos escenarios	<b>128</b>
VI.II Características compatibles de la perspectiva de salud de TUI y la promoción de la salud	<b>133</b>
VI.II Promoción del acceso a los servicios públicos y de salud en las CUM de Chimalhuacán	<b>142</b>
<b>Referencias</b>	<b>148</b>
<b>Anexos</b>	<b>155</b>

## Introducción

El trabajo que aquí se presenta, es parte de la experiencia reconstruida mediante el diálogo entablado con personas formadas en distintas disciplinas, pero tienen en común la vocación por el trabajo social. La presente investigación busca lograr una aproximación a la comprensión de los procesos de respuesta social que se generan en contextos caracterizados por la marginación, la desigualdad social e inequidades en salud, características que afloran en los contextos sociales de las comunidades urbano-marginadas (CUM) del Estado de México.

Frente al descrédito que han sufrido las instituciones gubernamentales durante las últimas décadas, las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) han figurado como espacios legítimos de diálogo, interlocución y construcción de alternativas orientadas a la reducción de las brechas de la desigualdad y de la vulnerabilidad social en salud. En este marco, se reconoce que la participación de las OSC ha coadyuvado de manera fundamental a la construcción de una sociedad más abierta y participativa (SEDESOL, 2012). Este fenómeno también ha tenido su réplica en el Estado de México.

Por lo tanto, se abordan las características del tercer sector<sup>1</sup>, tomando como referencia el trabajo de la OSC Transformación Urbana Internacional (TUI) y su incidencia en la reducción de las desigualdades en salud en las CUM de Chimalhuacán Estado de México. Desde esta perspectiva, se analiza la trayectoria de la organización y su proceso de inserción en las CUM, se brinda información respecto al trabajo, metodología de intervención y programas vinculados con la promoción de la salud, poniendo énfasis en las acciones dirigidas a la prestación de servicios de salud para la atención primaria, saneamiento ambiental, y reconstitución del tejido social, así como apoyo espiritual. Para ello, se aplicó un método cualitativo de investigación que incluyó la realización de observación no participante y entrevistas a integrantes de la OSC TUI.

Es de importancia comenzar a mencionar que TUI se interesa en la producción de un modelo reproducible, el cual se implementa desde una mirada multifacética y talleres como alternativas

---

<sup>1</sup> El tercer sector o sector social está integrado por aquellas organizaciones sin ánimo de lucro que, sin perder su función de denuncia, reivindicación y sensibilización, son prestadoras de servicios sociales, educativos, de vivienda, de salud, etc. En este ámbito estarían por eliminación todas aquellas actividades que no son ni del Mercado ni del Estado; lo formarían, por tanto, entidades sin ánimo de lucro y no gubernamentales.

que alimentan el desarrollo personal, familiar y comunitario, para atender y prevenir aspectos de las problemáticas sociales que viven los sectores más vulnerables de Chimalhuacán; por ejemplo, evitar la exclusión social y revertirla hacia la inclusión; evitar la fragmentación comunitaria y fortalecer el tejido social, así como evitar el aislamiento, el individualismo y la desesperanza a través de fortalecer la autoestima, el desarrollo de capacidades y de oportunidades de acceso a los servicios de saneamiento básicos y los servicios de salud.

Lo anterior permite promover una cultura de empoderamiento, respeto e inclusión social y nos da la oportunidad de conocer la problemática que viven las personas, los grupos más vulnerables y los habitantes de las zonas urbanas de Chimalhuacán, donde se presentan indicadores que la ubican como una de las zonas de extrema pobreza urbana y con alta vulnerabilidad, ya que viven una clara situación de desventaja social, por lo tanto la investigación está encaminada a mostrar las propuestas de intervención de TUI que permitan generar procesos de reflexión, conciencia y transformación personal y colectiva.

El trabajo de TUI está dando fruto en forma de proyectos comunitarios esenciales que impactan de manera positiva a las vidas de todos los miembros de la CUM de Chimalhuacán. De la misma forma se obtienen grandes avances debido a la incidencia de la lucha social al nivel de los sistemas que se están llevando a cabo en los ayuntamientos de los municipios. Ante todo, deseamos destacar que aun cuando nuestro trabajo sea básicamente una pequeña muestra de la problemática que enfrentan diariamente las personas que habitan en las zonas marginadas. Las OSC buscan incidir en la reducción de las brechas de la desigualdad social en las comunidades marginadas.

En primer lugar, el estudio se propone describir las diversas perspectivas teóricas acerca de los términos como: la marginación, la desigualdad social, la vulnerabilidad social en salud y las inequidades en salud; en segundo lugar, se presentan las problemáticas más relevantes que caracterizan el contexto social de estudio en la zona urbano marginada de Chimalhuacán Estado de México; y en tercer lugar, se presenta el ejemplo de la OSC TUI. Se da a conocer y se analizan sus líneas de acción y programas planteados para reducir las brechas de la desigualdad social e inequidad en salud, y finalmente se contrapone con los ejes centrales del campo de la promoción de la salud, tomando como respaldo teórico el modelo histórico social/emancipatorio.

El primer capítulo corresponde al planteamiento del problema, apartado en el que se proporciona una argumentación sobre la relevancia del tema de estudio, y se especifican los objetivos y las preguntas de investigación.

En el segundo capítulo se caracterizan aspectos socio-demográficos y socio-económicos del contexto de estudio que corresponde a las comunidades urbano marginadas de Chimalhuacán en el Estado de México; en este marco se destacan indicadores y datos que contribuyen a visibilizar los niveles de desigualdad y marginación.

En el tercer capítulo se proporciona un marco teórico-conceptual que se consideró adecuado para analizar las estrategias de promoción de la salud que desarrollan las OSC y su impacto en la reducción de las inequidades en salud que prevalecen en contextos urbano-marginados. Como primer punto del marco teórico se proporciona una conceptualización del campo de la promoción de la salud dejando claro que nos inclinaremos por el modelo histórico-social/emancipatorio, aclarando el por qué más adelante. Posteriormente, se acude a la estructura conceptual propuesta por vertientes críticas que han contribuido a la comprensión del concepto de desigualdad social en salud, inequidades en salud y vulnerabilidad social en salud. Asimismo, se recuperan elementos conceptuales para analizar la respuesta social en salud, especialmente, para sistematizar las modalidades y la experiencia de las OSC.

En el cuarto capítulo se describe la estrategia metodológica que se aplica para recuperar la experiencia de las OSC en el contexto de estudio. La investigación se basa en un enfoque cualitativo y en el diseño del estudio de caso; asimismo, aplica técnicas como la entrevista semi-estructurada para recuperar la perspectiva de los actores sociales que han participado en este proceso.

En el quinto capítulo se expone el análisis de los resultados de la investigación. En este marco se destacan las acciones vinculadas con la promoción de salud que han sido desarrolladas por la organización TUI, para posteriormente hacer una comparación con los discursos y metodologías plantadas por la Promoción de la salud, como se deduce del propio título de la investigación.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trabajo de aportar claridad e importancia a lo social, en la producción de las condiciones del proceso salud/enfermedad/atención es esencial, particularmente, en un contexto en que existe un predominio de las visiones hegemónicas y tecnocráticas para abordar y resolver los problemas colectivos de salud/enfermedad en el mundo. Desde el campo de la promoción de la salud se parte del reconocimiento de que la desigualdad social constituye un determinante estructural de los procesos de salud-enfermedad (Gómez O, 2004).

Nos hace referencia Ortiz R. (2005) que “América Latina es la región con mayor polarización socioeconómica, es decir, donde la riqueza está más concentrada en una menor proporción de la población”. De igual manera, considerando los indicadores clásicos de salud poblacional, es posible verificar que en América la desigualdad social en salud existe tanto entre países como en el interior de los mismos.

México es uno de los países más desiguales de América Latina. Aunque en los últimos años se registraron algunas mejoras en la distribución del ingreso, relacionadas sobre todo con las remesas y la diversificación de actividades en el medio rural, la situación sigue siendo crítica. La desigualdad en México es un fenómeno multifuncional, que se relaciona y se retroalimenta con la discriminación étnica, de género y de lugar de residencia (Chertorivski S. & Fajardo G. 2012).

*En general, la desigualdad afecta sobre todo a los grupos más explotados, oprimidos o excluidos de la sociedad, que además suelen vivir en los barrios más pobres y marginados sufriendo un proceso de desigualdad múltiple. Entre los grupos sociales más afectados destacan los trabajadores y trabajadoras más pobres, las clases sociales más explotadas, las mujeres pobres desempleadas que viven solas con sus hijos, los desempleados sin recursos, los inmigrantes ilegales a quienes se les niega el trabajo, las personas adultas y desamparadas sin acceso a ninguna seguridad social o las personas sin techo y en situación de grave vulnerabilidad social en salud (Gómez O, 2004).*

Es así como miles de mexicanos se encuentran en una situación de vulnerabilidad, marginación por factores inherentes a su condición, lo que provoca una grave situación de desigualdad social ya que no reciben atención suficiente del Estado, porque éste o algunos de sus integrantes violan sus derechos por acción u omisión, porque la sociedad ignora o desconoce la gravedad de la situación en que se encuentran, la situación de algunos grupos se agrava por la debilidad de las organizaciones que los representan, siendo a veces estas organizaciones las únicas que los

hacen e intentan cubrir las necesidades de protección social negada por el Estado (Hernández A. 2012).

La desigualdad influye en los procesos de salud-enfermedad y constituye un determinante estructural del acceso de los servicios de salud que le pueden ser brindados a una población determinada. “Es posible decir de manera general que todos los estudios de distribución de la enfermedad según variables sociodemográficas muestran de manera consistente e irrefutable que cuanto más ventajoso en términos sociales es el estrato considerado, mejor es el estado de salud” (Gómez O. 2004). El autor enfatiza que es así para cualquier aspecto del proceso de salud/enfermedad/atención que se estudie, así también para cualquier segmento social estudiado.

Debido a su característica histórica y socioeconómica se puede destacar que México y en especial las zonas perimetrales como el Estado de México, nos proporcionan un espacio privilegiado para observar las contradicciones de los actuales procesos económicos y su relación con los procesos de salud-enfermedad. De aquí la relevancia de estudiar aspectos como la desigualdad, la marginación y la alta vulnerabilidad social en salud en la que se encuentra expuesta su población.

Si bien ya se ha dado un gran espacio para expresar lo grave de la problemática a la que se encuentran expuestas las poblaciones que habitan en la zonas perimetrales del Estado de México, ahora podemos abrir un pequeño margen para resaltar en esta investigación, la desigualdad en cuanto al acceso a los servicios de salud a la que se encuentran expuestas estas poblaciones debido a la situación de marginación y desigualdad social, de las cuales forman parte los grupos vulnerables que habitan en el municipio de Chimalhuacán.

*Por ejemplo, en el 2010 para brindar a tención a personas sin acceso a servicios de salud, el personal médico era de 294 personas (1.6% del total de médicos en el Edo. de México) y la razón de médicos por unidad médica era de 6.3, frente a la razón de 10.1 en todo el Estado de México. El porcentaje de personas sin acceso a servicios de salud fue de 48.4%, equivalente a 201,935 personas. La carencia por acceso a la seguridad social afectó a 69.6% de la población, es decir 290,227 personas se encontraban bajo esta condición (www.sedesol.gob.mx, 2015).*

Es claro que el poder desigual produce un deterioro en cuanto al acceso de los servicios de salud que le pueden ser brindados a una población determinada. Ante la cambiante realidad de la salud, todas las sociedades humanas han desarrollado alguna forma de respuesta la cual

encuentra su vehículo principal en los sistemas de salud (Frenk J. 2007), a fin de cuentas, un mejor sistema de salud será aquél que tenga mayor capacidad de anticipar el curso de la transición epidemiológica, movilizar los recursos y producir los servicios que reduzcan las desigualdades y logren los mayores incrementos en los niveles de salud al menor costo.

En México el gobierno, así como los sectores privado y social, han llevado a cabo diversas acciones para lograr la consolidación del Sistema de Salud, para hacer efectivo el derecho a la salud de las personas; en conjunto constituyen una oportunidad para las poblaciones no derechohabientes y mantienen la esperanza de la universalidad (Aguilar R. 2006).

La sociedad civil organizada ha vivido un intenso proceso de crecimiento en todo el mundo y este fenómeno ha estado también presente en México. “Los ciudadanos, a través de sus organizaciones, asumen papeles y ocupan espacios antes reservados sólo a los gobiernos, así el sistema de salud pasa a ser el conjunto de esfuerzos de la sociedad organizada que permiten impulsar la participación de las comunidades en la protección de su salud, con base en sus prioridades sociales” (Aguilar R. 2006).

Tomando en cuenta que la Respuesta Social Organizada (RSO) de la sociedad empieza desde el momento en que las condiciones de salud son definidas como necesidades; ante un proceso de salud/enfermedad las sociedades han desarrollado una RSO la cual está compuesta por las diversas modalidades de organización y sus contenidos, saberes, recursos, y tecnologías que en su conjunto se expresan en prácticas específicas para garantizar el bienestar previniendo la salud, así como prevenir y atender la enfermedad.<sup>2</sup>

Bajo esa premisa, la tarea central de la siguiente investigación es: **Identificar la función que desempeñan las OSC en especial Transformación Urbana Internacional (TUI) en la reducción de las inequidades y vulnerabilidad en salud de las poblaciones urbano-marginadas del municipio de Chimalhuacán.** Así mismo, su interés por generar recomendaciones que contribuyan a la reducción de las desigualdades en salud y su insistencia en políticas que garanticen servicios esenciales con independencia de la capacidad de pago de las personas, lo que claramente constituye un contrapeso a las propuestas que promueven la privatización de bienes, recursos y servicios para las clases populares.

---

<sup>2</sup> Definición tomada del Programa de estudio del curso de Sistemas de prevención, asistencia y rehabilitación de la salud. 2010.

## **Objetivos**

### **I.I Objetivo general**

- Analizar la función que desempeñan las OSC, particularmente Transformación Urbana Internacional, en la reducción de las inequidades y vulnerabilidad social en salud de las poblaciones urbano-marginadas del municipio de Chimalhuacán.

### **I.II Objetivos específicos**

- Referir las actuaciones desarrolladas por Transformación Urbana Internacional, con las que busca incidir en los determinantes sociales de la salud de las comunidades urbano-marginadas en Chimalhuacán.
- Describir las labores y los logros obtenidos hasta la fecha de los promotores de salud comunitaria en el programa de Pro-salud y Fortaleza, llevado a cabo por Transformación Urbana Internacional en las comunidades urbano-marginadas de Chimalhuacán.
- Contrastar los programas prioritarios de Transformación Urbana Internacional generados en los últimos años, con el enfoque de Promoción de la salud (histórico-social/emancipatorio); los cuales están orientados a la salud pública, desarrollo de liderazgo, desarrollo económico, incidencia y cambio urbano de las comunidades urbano-marginadas de Chimalhuacán.
- Reconocer el trabajo realizado por Transformación Urbana Internacional para facilitar el acceso a los servicios de salud en las comunidades urbano marginadas de Chimalhuacán Estado de México.

## I.II Preguntas de investigación

Esta investigación plantea preguntas que buscan contribuir al debate actual de vertientes críticas (Breilh, Granda, Laurell, Almeida Filho) que reflexionan en torno a la desigualdad y condiciones sociales de salud, se toma el caso particular de las comunidades urbano-marginadas de Chimalhuacán Edo. de México. El abordaje de este estudio de caso se torna relevante para generar sinergias en un ambiente crítico que reflexiona sobre el actuar de las OSC y del gobierno en la construcción del bienestar social de estas comunidades.

De lo anterior se puede desprender que las personas o grupos que viven en estas comunidades, sufren de inseguridad y riesgos en cualquier aspecto de su desarrollo como personas y como ciudadanos, por lo que se encuentran en una situación de desventaja frente al reconocimiento, goce y ejercicio de sus derechos y libertades fundamentales. Con esto podríamos afirmar que los grupos urbano-marginados representan a los sectores más desfavorecidos y débiles de la sociedad, por lo que resulta necesario plantear las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Qué tan buenos son los resultados de las estrategias (Educación popular, Emancipadora, Empoderante) de promoción de la salud utilizadas por las OSC?
- En un contexto de marginación, vulnerabilidad e inequidad ¿hasta dónde pueden ser útiles las OSC y por qué?
- ¿Cómo debemos entender hoy la figura del promotor de la salud y cómo participa éste en la salud de las comunidades urbano-marginadas?
- ¿Cómo es que la OSC TUI ¿Define los programas integrales para las poblaciones urbano-marginadas del municipio de Chimalhuacán Edo de México?
- Ante la situación de inequidad, vulnerabilidad y marginación de las comunidades urbano-marginadas de Chimalhuacán ¿Cuál es el futuro y cuáles son los retos fundamentales de TUI?

Guiados por estos ejes temáticos y tomando de ejemplo el trabajo de TUI (organización que busca hacer de nuestra sociedad un lugar más digno y justo para todos), esta investigación tiene el propósito de responder al cuestionamiento y discusión de estos temas, que se constituyen en áreas no sólo fundamentales de la discusión teórica sino sobre todo de la práctica de las OSC.

## II. EL CONTEXTO DE ESTUDIO

El estado de México es junto con el Distrito Federal, la entidad que registra el mayor Producto Interno Bruto de la República Mexicana y la más poblada del país. Es considerado como la segunda economía en el contexto nacional. “Sus dimensiones económicas y demográficas han sido el resultado del proceso de industrialización fincado, primero en la sustitución de importaciones y después en una reorientación de su aparato productivo hacia la exportación de manufacturas” (Millán H. & Pérez R. 2008). Estas pautas han seguido de cerca, los cambios en los modelos de desarrollo que desde décadas anteriores ha registrado la economía nacional.

A pesar del impetuoso crecimiento económico y poblacional, el desarrollo de la entidad no ha sido homogéneo: presenta notables contrastes en cuanto a su desarrollo económico y a la calidad de vida de sus habitantes, siendo evidente el impacto que sobre este han generado sus tendencias históricas de poblamiento, ha tendido a acusar una alta concentración en dos zonas claramente identificables: la zona del valle de Toluca y la metropolitana aledaña al Distrito Federal (Moreno et al. 2013). Donde el propio desarrollo de la entidad ha hecho emerger nuevos problemas en las zonas mencionadas, así como preocupaciones cambiantes en aquellas donde la industrialización no es un fenómeno generalizable.



Ilustración 1. Mapa del municipio de Chimalhuacán y municipios colindantes. [www.Chimalhuacan.mx](http://www.Chimalhuacan.mx)

Chimalhuacán es el municipio de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM) en donde se observa una mayor concentración de desventajas; y es también uno de los más pobres

del Estado de México. Se localiza en la parte central de la ZMCM. Colinda al norte con Texcoco, al sur con La Paz y Nezahualcóyotl, al oriente con Chicoloapan y Texcoco, y al poniente con el municipio de Nezahualcóyotl (Moreno et al. 2013). Perteneciendo a la zona metropolitana aledaña al DF. El municipio de Chimalhuacán cuenta con:

*Una extensión territorial de 73.63 km<sup>2</sup>, que representa el 0.2% de la superficie del Estado de México; cuenta con una cabecera municipal, tres villas, 30 barrios nuevos, 37 colonias, ocho fraccionamientos, ocho parajes, dos zonas comunales y dos ejidos integrados por una zona urbana ejidal y el ejido de Santa María Chimalhuacán (www.chimalhuacan.mx. 2015).*

## **II.I Desigualdad social y marginación en Chimalhuacán Estado De México**

Se parte de la idea que en los ayuntamientos mexiquenses con un nivel alto de marginación sus habitantes no registran un bajo capital social y un alto desarrollo democrático. Según CONAPO (2010) en el Estado De México, existen comunidades con alto grado de marginación<sup>3</sup> que cuentan con bajo nivel de educación, ingresos económicos insuficientes y carencias de servicios públicos básicos; el Estado de México ocupa el lugar número 21 de las entidades por su grado de marginación, esto lo coloca como un estado de bajo nivel de exclusión social de sus pobladores.

Si bien se sabe que en la extensa y compleja sociedad mexiquense existe un gran contraste entre sus municipios y sus regiones, así como hay zonas con un amplio desarrollo industrial y de urbanización, también hay lugares cuyas necesidades sociales son muchas y la situación de vida es deprimente, tales regiones con difíciles condiciones de vida se encuentran afectadas por la desigualdad, la marginación y la pobreza (Moreno et al. 2013).

Desde el 2005 en el Estado de México ya no existen municipios considerados con muy alta marginación; en 1980 había varios en esta categoría, pero para los noventas y principios de la década del 2000 las condiciones de vida han mejorado de forma sustancial. Según el Sistema Nacional de Información Municipal (SNIM) en la entidad mexiquense, para el 2005 de los 125

---

3 Para aclarar el concepto de marginación citado en el texto de acuerdo con Cortes da cuenta del fenómeno estructural: "surge de la dificultad de propagar el progreso técnico en el conjunto de los sectores productivos y socialmente se expresa como persistente desigualdad en la participación de los ciudadanos y grupos sociales en el proceso de desarrollo y en el disfrute de sus beneficios". Para medir la marginación dice Cortes se toman en cuenta indicadores tales como la educación, la vivienda y los ingresos monetarios en el nivel municipal y para el nivel estatal se agrega la dispersión de población. (consultar Fernando Cortés. "consideraciones sobre la marginalidad, marginación, pobreza y desigualdad en la distribución de ingreso". Papeles de Población, vol. I.)

ayuntamientos que la integran 34.4% contaban con una marginación muy baja, 29.6% con baja, 15.2% con media y 20.8% con alta (www.chimalhuacan.mx. 2015).

En este sentido un municipio con muy alta marginación es aquel cuyo acceso a la educación es difícil por varias circunstancias; donde los indicadores señalan que su población es analfabeta o tienen nivel mínimo de estudios, de igual forma que las condiciones de su vivienda son malas, ya sea por falta de espacio, o por carecer de los servicios básicos como drenaje, luz, agua (Cortes F. 2002). Referente a sus ingresos económicos éstos son insuficientes para solventar una vida digna y por lo general son comunidades pequeñas y alejadas de los servicios de las zonas céntricas.

Se observa que entre 1990-2010 los estados más marginados no han logrado reducir la brecha que los separa de aquellos con muy baja marginación, por lo consecuente siguen padeciendo carencias como resultado de la falta de acceso a la educación básica, residencia en viviendas inadecuadas, percepciones salariales mínimas, falta de servicios de salud y equipamientos e infraestructura adecuadas, lo cual obstruye a mejorar su calidad de vida (Cortes F. 2002).

En los estados altamente marginados sigue persistiendo la desigualdad social, esto limita e impide el acceso a un estilo de vida saludable, la oportunidad de un trabajo digno y bien remunerado, al igual que frena las aspiraciones de acceso a la educación. “En este contexto social se presenta la desigualdad en ingreso, salud y educación como características inherentes a ella, las cuales persisten de generación en generación, por lo que se siguen produciendo el círculo de pobreza” (Hernández A. 2012).

En contraste se determina que: “una sociedad donde se ofrece la oportunidad de competir por mejorar su status, será una sociedad más sana y productiva, será el espacio idóneo para que las personas por medio de sus méritos puedan mejorar su calidad de vida, subir en la escala social u obtener mayores oportunidades para ascender” (Hernández A. 2012). En cambio, una sociedad con una desigualdad social genera pocas esperanzas de progreso, en donde las personas tienden a retener el estatus social de sus padres sin importar su esfuerzo propio.

Los expertos cuando plantean que se trata, entonces de una problemática social evitable, que es principalmente el fruto y consecuencia de la desigualdad social. Los estudios comparativos llevados a cabo entre diferentes regiones del planeta, o entre países de un mismo entorno geopolítico, o entre grupos sociales dentro de un mismo país, han puesto de manifiesto la

importancia del concepto de desigualdad en salud (Hernández A. 2012). Al respecto una importante línea de investigación se ha abierto principalmente en los últimos años y ha realizado contribuciones significativas en este terreno.

Combatir la marginación y las desigualdades que aún imperan en el Estado de México, es uno de los retos más importantes de la sociedad en general. Se debe estar convencido de que el desarrollo social debe ser una política de Estado destinada a garantizar la equidad y la inclusión social, la creación de oportunidades para el mejoramiento de las condiciones de vida, a través de la salud, la educación, el saneamiento básico, la asistencia social, la atención a grupos vulnerables y el combate directo a las causas que originan la desigualdad social y la marginación.

*Al respecto opina Moreno (2013) que el Estado de México presenta diferencias locales y regionales en el crecimiento urbano, demográfico y económico en los últimos tres decenios. En la región oriente existe una particularidad que está asociada a la vulnerabilidad de las personas y sus familias, producto de buscar oportunidades de vivienda, empleo y desarrollo social. Así, se observa que el desarrollo urbano en Chimalhuacán y en la región carece de políticas públicas tendientes a generar un desarrollo equilibrado (Moreno et al., 2013).*

Si bien en un área metropolitana con alta incidencia de la pobreza como el Estado de México, los grupos más desfavorecidos en términos de empleo, ingresos y en acceso a los servicios públicos, tienden a concentrarse en las zonas con mayores desventajas en cuanto a infraestructura y oportunidades laborales, por lo que esas áreas han experimentado el mayor crecimiento poblacional en las últimas dos décadas. “Es decir, las áreas de concentración de la pobreza no sólo perviven, sino que crecen y se hacen más densas” (Bayón C. 2008).

La marginación y la pobreza se centra en diversos municipios de la entidad mexiquense, pero ya no sólo en el área rural o indígena, el cual sigue afectado, sino ahora también en el área urbana, lo anterior debido al crecimiento poblacional indiscriminado que sigue ocurriendo. “Cada día Chimalhuacán tiende a ser el centro receptor de población de escasos recursos económicos, de habitantes que migran con empleos mal remunerados en la búsqueda de vivienda de bajo costo; es una alternativa a las grandes masas de personas que demandan un lugar donde asentarse, el municipio es visto como una oportunidad de construir y reactivar una economía mayor” (Moreno et al., 2013).

Así, el municipio de Chimalhuacán empezó a formar parte de la periferia de la Ciudad de México, con características socioeconómicas y un proceso de urbanización marcado por grandes

desigualdades que se presentan en las ciudades del llamado tercer mundo. El proceso de poblamiento acelerado está asociado con el tipo de desarrollo para la región y las políticas gubernamentales que ha traído la desigualdad social, donde el nivel de consumo y el deterioro de la calidad de vida, ahora se asocia con la marginación y pobreza que experimenta una gran parte de la población en este territorio (Moreno et al., 2013).

En dos decenios (1970-1990) la población del Chimalhuacán creció más del 400% con tasa de crecimiento promedio de más del 7% anual, situación inédita en esta región y en el municipio, pues veinte años atrás era un pueblo con características que se identificaron con vida rural en una periferia urbana (INEGI, 2008). En tres decenios Chimalhuacán pasó de ser un municipio poco conocido en su actividad económica, comercial, cultural o turística a ser un territorio de gran densidad poblacional con altas tasas de población urbana, y adquirió nueva configuración territorial, ambiental, social y política.

Sé estima que Chimalhuacán no tiene espacio físico-territorial para crecer y prácticamente el poblado se observa cada día limitado en función de la demografía, lo cual representa dificultades sociales, de ordenamiento urbano ambiental, seguridad, servicios y transporte.



Ilustración 2. Chimalhuacán en los 90's

Chimalhuacán en la actualidad.

La falta de servicios públicos y de salud fue y ha sido de las variantes más indicadoras en Chimalhuacán, fundamentalmente de 1980 a 2000, donde se llegó a estimar que de cada 10 residentes 7 no eran oriundos del municipio (INEGI 2008). Con lo anterior tenemos claro que existió una ola de crecimiento poblacional en Chimalhuacán y este fenómeno se replicó en la mayoría de los municipios cercanos a la Ciudad de México, ampliando la llamada periferia urbana.

El crecimiento y desarrollo poco planificado acarreo con sigo la marginación, la pobreza, la insuficiente infraestructura estatal, diversos problemas ambientales, que son una realidad insuperable hasta hoy en día y caracterizan por completo a la periferia de la Ciudad de México; (Moreno et al., 2013).

Tal suceso ha provocado que se extiendan las desigualdades sociales en salud, junto con la creciente acumulación y concentración espacial de desventajas en áreas homogéneamente pobres. “Se obstaculiza fuertemente las posibilidades que tienen las personas que habitan en las comunidades urbanas marginadas para superar situaciones de privación, sumándose a estas la desprotección social, la erosión de las redes sociales y el carácter acumulativo y concentrado de estas desventajas” (Bayón C. 2008).

Según datos del (INEGI 2008) los habitantes de estas comunidades mayoritariamente se dedican al comercio informal pues en Chimalhuacán no hay muchas fuentes de trabajo. Por consiguiente, el municipio va adquiriendo un perfil económico fincado en los servicios y en el comercio, debido a que la agricultura es un sector prácticamente ya extinto, ya no existe esta actividad en la vida económica del municipio. “Las tierras antes agrícolas hoy son grandes asentamientos humanos ubicados en las nuevas colonias populares, con esto la gran zona metropolitana de la Ciudad de México y la región oriente del Estado de México donde se encuentra el municipio de Chimalhuacán manifiestan desigualdades sociales ampliamente marcadas” (Moreno et al. 2013).

Chimalhuacán es uno de los municipios más poblado de la Zona Metropolitana del Valle de México con 602,079 habitantes los cuales, como en la mayoría de los municipios conurbados, realizan sus actividades cotidianas en el Distrito Federal (Proyecto urbano, 2015).



Ilustración 3. Proceso de urbanización, comenzando por viviendas de autoconstrucción en espacios irregulares y proliferando en espacios urbanos desordenados sin planificación.

Ante la ausencia de oportunidades de empleo en el ámbito local gran parte de la población trabaja fuera del municipio convirtiéndolo en uno más de los inmensos dormitorios perimetrales de la zona centro; es considerado como un municipio dormitorio, ya que el 65.3 % de la población se traslada al D.F. y a la zona industrial del Estado de México, (Tlalnepantla y Cuautitlán Izcalli) para conseguir el sustento familiar, lo que les implica un mayor gastos económicos y físicos (www.miambiente.com.mx 2015). Es así que los habitantes de estas áreas no sólo recorren cotidianamente largas distancias para trasladarse a sus trabajos, sino que sus niveles de ingreso revelan la alta precariedad de su inserción laboral.

Lo anterior nos hace referencia a Bayón (2008) cuando menciona el incremento de las “áreas homogéneas en pobreza” al asegurar que:

*Cuanto mayor sea el tamaño de las áreas homogéneas en pobreza, los problemas urbanos y sociales para sus residentes se agravarán. Los tiempos de viaje crecen,*

*puesto que es preciso recorrer largas distancias para encontrar algo que no sea viviendas pobres, trátase de lugares de trabajo o viviendas de otros grupos sociales, con servicios y equipamientos de mayor calidad. En lo social, esta segregación de gran escala estimula sentimientos de exclusión y desarraigo territorial que agudizan el problema de la desintegración social y aumentan su malignidad, con lo que se intensifican las consecuencias perjudiciales de la segregación espacial para los habitantes (Bayón C. 2008).*

Resalta Moreno y colaboradores (2013) que la expresión más significativa de la problemática social en Chimalhuacán se relaciona con el patrón de desarrollo urbano y una nueva forma de polarización espacial de las clases sociales; esto apunta a que el modelo de acumulación capitalista muestra severos límites para incorporar empleos productivos de la gran masa poblacional que existe en el municipio, por tanto “la población económicamente activa se ve obligada a vender su fuerza de trabajo en otros territorios ubicados en la zona centro de la Ciudad de México, donde sus ingresos promedio son de 1 a 3 salarios mínimos” (Moreno et al., 2013). Por lo que queda claro que la pobreza que abunda en el municipio es debido a los bajos ingresos que se perciben y la falta de creación de empleos por parte del Estado.

Bayón C. (2008) hace referencia a la vinculación de estos procesos para consolidar una estructura social no sólo altamente desigual, sino cada vez más rígida, promoviendo de manera simultánea la reproducción de generación en generación de la pobreza y la riqueza, como si se tratara de una herencia social.

En este tipo de contextos de pobreza homogénea se agrega a tales desventajas, el problema de la ausencia de las redes sociales, en los espacios asignados por la concentración de la pobreza, el desempleo y el empleo precario, así contribuyen al entrapamiento en circuitos empobrecedores (Bayón C. 2008). Además de lidiar con los problemas relacionados con la insuficiencia de ingresos, de manera creciente los pobres deben enfrentar los efectos sociales de un ambiente en el cual la mayoría de sus vecinos son también pobres.

Aunado a lo anterior Chimalhuacán se encuentra inserto en una dinámica metropolitana, que es la más grande del país y donde el grado de complejidad es mayor que en otras regiones de la misma entidad. También se debe analizar y considerar que el tipo de empleo para el municipio se relaciona con el grado educativo y de formación técnica profesional, variable importante a considerar para el perfil de un empleo y la respectiva remuneración. El nivel promedio educativo de los habitantes del municipio es básico: segundo grado de secundaria, lo cual es bajo y ubica al

municipio con menor grado de competitividad en el contexto laboral y de capacitación en la zona metropolitana de la Ciudad de México (Millán H. 2008).

Los bajos niveles educativos y las restricciones que imponen las instituciones educativas, independientemente de los niveles de desempleo y de la intensidad del crecimiento económico, bloquean el acceso de los habitantes de estas zonas a los puestos de trabajo que les permitirían superar los umbrales de pobreza. “El empleo no sólo es un bien cada vez más escaso, sino de muy baja calidad, el acceso a mejores oportunidades ocupacionales está fuertemente determinado por la posesión de habilidades y destrezas cognitivas, a las cuales amplios sectores tienen bloqueado el acceso” (Bayón C. 2008).

De acuerdo a lo que nos expone Moreno S. y colaboradores (2013) podemos decir que Chimalhuacán es una localidad generadora de empleo mal pagado, ocupaciones de baja productividad, con una alta incidencia en el empleo informal, con un grado de educación más bajo que el promedio de los municipios vecinos, este escenario y sobretodo el asentamiento gremial e ilegal fue lo que trajo consigo flujos migratorios importantes que se desarrollaron desde los años setenta, donde se generó un semillero abundante en oferta de mano de obra para la zona metropolitana de la Ciudad de México.

Aunque con menor intensidad hoy en día la región sigue vinculada con la migración de personas en busca de una propiedad a bajo costo, lo que los expone a factores como: deterioro de la calidad de vida tanto de las personas que llegan a asentar en la zona, como de las que ya están habitando en el área; lógicamente resalta la carencia económica en el lugar de origen, problema social y familiar para acceder a las necesidades básicas como alimentación, vivienda digna y habitable.

Esta región es parte de un proceso de conurbación cada día más intenso e incontrolable, las consecuencias se vuelven notables al analizar como la transformación urbana y sociodemográfica va unida a la articulación de las estructuras económicas y sociales, pues se desarrolla un fenómeno económico informal creciente, mayor subempleo, mayor crecimiento de pobreza y marginación, rezagos en alimentación, educación, servicios de salud, vivienda, e infraestructura.

La magnitud de las privaciones en Chimalhuacán es alarmante: más de la mitad de sus pobladores son indigentes o “pobres alimentarios”, según datos de la propia SEDESOL.

*La relación de niños por mujer casi duplica las cifras de la zona metropolitana; la población menor de 14 años alcanza 36.4%; 7 de cada 10 habitantes no tienen acceso a los servicios de salud que provee el sistema de seguridad social; casi 9 de cada 10 mayores de 18 años carecen de educación media superior (menos de 12 años de educación); sólo 2.1% de las viviendas dispone de computadora; y 32% no cuenta con drenaje conectado a la red pública. Entre la población ocupada más de la mitad gana menos de dos salarios mínimos, sólo 4.3% recibe más de cinco salarios mínimos, y 5 de cada 10 trabajan más de 48 horas semanales.*

Como ya se mencionó el factor de atracción poblacional, no es ciertamente el mercado de trabajo local, sino la posibilidad de acceder a una vivienda propia, dada la disponibilidad de lotes a menores precios, generalmente ubicados en asentamientos informales mediante la autoconstrucción de viviendas. “El acceso a estos lotes, así como la provisión de servicios públicos como agua, luz, pavimentación, etc., suelen estar ligados a ciertas prácticas clientelares y a los cacicazgos políticos que tienen el “control” de la zona” (Moreno et al., 2013).

Debido a la falta de información y a los procesos de urbanización irregular que se han dado en el municipio, los factores de un desarrollo local son elementos aún no valorados en la estadística oficial y en el análisis municipal. “Chimalhuacán es parte de los municipios que atraviesan por los procesos de conurbación cada vez más intenso, la transformación urbana y demográfica lleva consigo una serie de factores que se reflejan en el deterioro de la calidad de vida de las personas que habitan en la región” (Moreno et al., 2013).

Detrás de esta problemática en el municipio de Chimalhuacán, el grado de marginación es el factor determinante que inclina la balanza hacia un lado o hacia otro, en la medida en que una mayor marginación tiende a favorecer la convergencia entre desigualdad, vulnerabilidad y pobreza (Millán H. & Pérez R 2008), este proceso tiende a llevar serios problemas en la población quien regularmente:

*acarrear un proceso de aislamiento relativo de los pobres que los mantiene en una incertidumbre ocupacional, bloquea la oportunidad de acceso a capacidades que preparan a los individuos para funcionar provechosamente en la sociedad, y las condiciones que permiten que ese funcionamiento se ponga en práctica; es decir, que posibilitan poner en marcha esas capacidades (Bayón C. 2008).*

En términos de política social, especialmente la vinculada al combate a estos determinantes, sería de mayor importancia, si se enfocan hacia la promoción del empleo y el desmantelamiento de las condiciones que provocan y avivan la marginación. Ello implica una política de integración a la dinámica económica, social, cultural y política del país, que puede resumirse en más ocupados, más participantes, más instruidos y más ciudadanos (Millán H. & Pérez R. 2008).

Es preciso un compromiso real, personal y colectivo con el derecho a la prevención de la enfermedad y a la protección y promoción de la salud que deben tener todos los habitantes del planeta. Ello requerirá hacer frente a intereses muy poderosos, cambiar de forma drástica las prioridades sociales y económicas e incluso cambiar los sistemas políticos y económicos actuales. “El Estado tiene la responsabilidad de fungir como garante de la Seguridad Social y asumir su papel como rector de las políticas públicas que procuren brindar los beneficios de la Protección Social a toda la población, en un marco de solidaridad, equidad y viabilidad financiera” (Laurell A. 2001).

Por lo anterior, se considera que en Chimalhuacán la única forma de generar un bienestar social, es impulsando un desarrollo integral, equitativo, incluyente, participativo y sustentable, que tome en cuenta las vocaciones productivas de su comunidad (cantera, sus fiestas patronales, turismo, producción de aceituna), para la generación de empleos dignos, que invierta en capital humano, bienestar en salud y social, alimentación, educación, vivienda, infraestructura básica y comunicaciones, que promuevan la participación y la cohesión social para impulsar un desarrollo armónico de acuerdo con el patrimonio natural y cultural, que propicie el mejoramiento de la infraestructura de servicios que garanticen la seguridad social (Millán H. & Pérez R. 2008).

### **III. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL**

Las CUM o el marginal urbano –el que vive en las ciudades perdidas- no es otro que el disfraz moderno del campesino o su heredero que migró hace unas décadas a la ciudad en busca de una vida digna, su entorno social y físico es muy desfavorable para su desarrollo integral, desde el momento en que sigue estando muy limitado en todos los ámbitos sociales, como es el de la justicia, la educación, salud, el empleo, etc. (Arizpe L. 1998).

Con base en este señalamiento y de acuerdo al tema de nuestra investigación, nuestro interés va en el sentido de mostrar la marginación, la desigualdad social, la inequidad y la vulnerabilidad

social en salud, que padecen las personas pobres en las zonas urbanas marginadas de las grandes ciudades mexicanas, en particular las que se localizan en el municipio de Chimalhuacán Edo. De México. Así mismo hacer énfasis en escaso acceso a los servicios públicos y de salud, el cual está fuertemente asociado con las estructuras sociales injustas, como dice Arredondo:

*Son las instituciones injustas las que ponen generalmente a aquellos grupos con menos ventajas en un mayor riesgo de tener mala salud, teniendo en cuenta que una perspectiva de equidad en salud parte de la ausencia de desigualdades en salud, entre los grupos sociales y que la presencia de una desigualdad en salud constituye en sí misma una inequidad, lo que nos da como resultado que algunas personas se encuentren en una situación de mayor vulnerabilidad social en salud que otras (Arredondo, et al. 2006).*

Las problemáticas de salud siempre han estado presentes en el contexto social del ser humano, así la salud siempre ha estado sujeta a las condiciones sociales y económicas de los distintos grupos poblacionales. Por lo tanto, nos basaremos en una propuesta de mayor trascendencia de la promoción de salud, que nos oriente a una forma distinta de entender y comprender las problemáticas en salud mostradas en el caso de las CUM.

Entender la salud a nivel poblacional, así como los factores que la afectan, es un elemento esencial para orientar el diseño de los trabajos, las investigaciones, los programas sociales y las políticas públicas que busquen mejorarla, es por ello que el presente trabajo se enmarca en el enfoque de los determinantes sociales de la salud, desde una mirada histórica social, esto porque las principales causas de las inequidades en salud surgen de las condiciones de vida y trabajo de los individuos (Torres M. 2007). El enfoque centrado en los determinantes tiene como fin primordial conocer las causas de los problemas de salud, identificar de dónde surgen las dificultades y, con base en tal conocimiento, mostrar las intervenciones que plantea TUI para minimizar las causas que repercutan en la salud de la población, principalmente de las CUM. De Chimalhuacán.

Es bueno comenzar diciendo que para efectos de este estudio se pretende hacer énfasis en el concepto de salud que plantea Chapela y Jarillo (2001): “no se puede considerar a la salud como un simple estado o un concepto contrario a la enfermedad, sino como la capacidad que adquiere una persona o un determinado grupo para ejercer y desarrollar sus habilidades y estrategias, para mejorar su entorno propio y social”.

Se reconoce que la salud no es el producto simplemente de condiciones médicas u otras directamente relacionadas con la salud, sino que se trata de un tema integral, determinado por un conjunto de factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales, culturales, políticos y espirituales. Con determinadas características específicas de cada contexto social e histórico, que delimita cómo se van a encarar los problemas de acuerdo a las necesidades de cada individuo y su sociedad; cómo se crea la capacidad para abordar los determinantes de la salud y como se hace uso de sus habilidades para mejorar sus entornos.

A continuación se da la entrada a este apartado donde se proporcionara un marco conceptual adecuado para el estudio de las problemáticas sociales y de salud de las CUM, argumentando porque se termina tomar la vertiente del modelo social-histórico de la promoción de la salud, por lo que abordaremos temas como: los determinantes sociales de la salud, la promoción de la salud, la desigualdad social en salud, equidad e inequidad en los recursos, servicios y programas en salud, vulnerabilidad social en salud y las OSC y su respuesta social ante las necesidades de salud de poblaciones en condiciones de alta vulnerabilidad.

Así mismo, se muestra cómo se relacionan algunos de los determinantes sociales con la salud, esto se traduce en menores oportunidades laborales, carencia de servicios de salud y servicios públicos, lo que provoca que los habitantes se encuentren en situaciones de vulnerabilidad.

### **III.I Determinantes sociales de la salud: desde la postura socio-histórica de la Promoción de la salud**

El contenido de este apartado presenta dos grandes dimensiones complementarias: la Salud con sus determinantes sociales y la manera de situarse e intervenir sobre el proceso salud/enfermedad, lo que conlleva necesariamente a la caracterización de una “filosofía socio-histórica que no contempla en su praxis la Salud como acontecimientos aislados, sino en relación con una organización social determinada, susceptible de ser modificada en favor de la Salud” (González D. 2015). Se pretende ilustrar el desarrollo del modelo Histórico-Social de la promoción de la salud, el cual se plantea desde una interpretación de la salud colectiva, un movimiento crítico principalmente latinoamericano con sus comienzos a finales de la década de los sesentas, que propone que la salud tiene una serie de determinantes sociales. Antes de profundizar en el tema es bueno que demos una breve reseña de la trayectoria y bases de esta interpretación de la Salud.

La salud, constituye un valor social, cultural y político para todos los seres humanos, tanto individual como colectivamente, se desea gozar de una salud que permita disfrutar el desarrollo de una vida plena por lo que ha representado una de las metas más importantes a través de los distintos contextos históricos de las personas. Un panorama amplio de la salud, parte de la comprensión del hombre como un ente biopsicosocial, es su centro de atención, esta perspectiva no es reciente, se trata de una mirada que viene desde tiempo atrás:

*Tiene como concepción filosófica al socialismo, he ahí la esencia del movimiento Iluminista del siglo XVIII donde se producen grandes cambios en el sistema social, comenzándose a evidenciar asociaciones entre la situación de salud de la población y determinadas condiciones de vida. El marxismo es la corriente de pensamiento que mejor heredó las tradiciones del humanismo de la antigüedad y la modernidad, pero Marx era un humanista "de sentido distinto", tanto él como Engels trataban de mantener con el socialismo una utopía concreta cuyo ingrediente fundamental era un humanismo de nuevo tipo, que además constituye una exigencia de la práctica comunal socio-histórica (González D. 2015).*

En el siglo XIX, la Revolución Industrial trajo graves consecuencias para la salud de la población: cólera, tifus, tuberculosis, desnutrición infantil, alcoholismo. Todo ello como resultado de los graves problemas de hacinamiento, empobrecimiento y las malas condiciones de trabajo que fue obligada a soportar la población, ya que una vez desposeída de su riqueza artesanal, su mano de obra se convertía en el único medio de subsistencia (Ramis A. & Rina M. 2007). Alrededor de 1848, Federico Engels y Karl Marx buscaron evidenciar los efectos de la Revolución Industrial en la salud de los obreros; identificaron determinantes de la salud que operan en la esfera de la producción y reproducción social; y formularon diversas hipótesis para explicar los complejos vínculos entre las condiciones de trabajo y el proceso salud-enfermedad de la clase obrera (Ramis A. & Rina M. 2007).

Denominada por algunos autores como Reformismo Médico Alemán o Medicina Social tiene origen en la primera mitad del siglo XIX, cuando médicos alemanes afines a las propuestas marxistas orientadas con la búsqueda del bienestar de los pobres, principalmente Virchow, planteó desde su posición como político y médico-patólogo, la importancia de las condiciones socioeconómicas en la determinación y distribución de las enfermedades. Particularmente, la medicina social señalaba que las desigualdades que se expresan en las condiciones de vida y trabajo constituyen los principales determinantes sociales del proceso salud-enfermedad. Si este proceso es social, entonces el Estado tendría que desarrollar mecanismos (institucionales,

políticos y económicos) para garantizar la salud de sus miembros. Si bien los aportes de la medicina social contribuyeron al desarrollo de los sistemas de salud más importantes de occidente, para finales del siglo XIX, estas vertientes críticas sufrieron un estancamiento en su desarrollo.

Los desafíos que enfrentó la vertiente crítica de la Medicina Social estuvieron relacionados con el fortalecimiento de la bacteriología de finales del siglo XIX. En estos modelos se identifica la naturaleza microbiana de las enfermedades y se crean las primeras vacunas; se trata de una vertiente y campo disciplinario que afirma que detrás de una enfermedad siempre se encuentra un microorganismo, esto da lugar a una concepción de salud centrada en el enfoque biologicista apoyado en el modelo unicausal (y posteriormente multicausal); y de un planteamiento que minimiza el abordaje de las condiciones sociales y económicas, más bien propone que se hagan todos los esfuerzos en la prevención individual con la aplicación de las vacunas, de la higiene personal y del desarrollo de los medicamentos (Ramis A. & Rina M. 2007). Con base en estas premisas, el biologicismo se tornó en el paradigma hegemónico, por lo que orientó las acciones en salud pública durante la primera mitad del siglo XX. Con esto las dimensiones sociales de la salud que se comenzaban abordar se deslucieron, fue una época en la que la salud estuvo dominada por modelos basados en el biologicismo.

Es en la segunda mitad del siglo XX, en el contexto de la crisis de la salud pública que se expresaba en la persistencia de las desigualdades e inequidades en salud, cuando se registra una reemergencia de las vertientes críticas de la salud, tales como, la medicina social, la epidemiología crítica latinoamericana, sociología médica, la socio-antropología. “Se abre la crítica para replantear que las enfermedades que azolaban a la sociedad estaban determinadas por algo más que la biología humana o el ambiente, algo que dependía más de la forma en que los hombres se relacionan, crean y recrean sus formas de vida” (González E. 2007). Esas formas singulares, pero a la vez colectivas de construir sus vidas y sus relaciones, hacen la diferencia entre las causas de los problemas de salud en las poblaciones y los individuos.

Así se empieza a tener en cuenta que los estilos de vida favorecen la aparición de determinadas enfermedades y por tanto pueden considerarse de tipo causal. En términos llanos, esta corriente tiene por objeto un estudio amplio de la salud y es a través de sus máximos exponentes, los

cuales desde la filosofía marxista ponen al descubierto los mecanismos sub-humanizados de la práctica biologicista (González E. 2007).

En el pensamiento crítico latinoamericano sobre la salud existen extensas manifestaciones de autenticidad que han interpretado las problemáticas de salud de distintas comunidades, en distintos contextos sociales e históricos que determina que la salud está indisolublemente ligada a la libertad, la equidad, la igualdad y toda una serie de necesidades y derechos humanos fundamentales (Ramis A. & Rina M. 2009). Estas críticas destacan la necesidad de implementar en la investigación en salud, un enfoque poblacional y la acción política decidida a mejorar las condiciones de vida de la población, pues dicta que estas condiciones son las que mantienen las problemáticas de salud en las personas.

*En esta corriente se pretende incorporar el complejo de la promoción de la salud, como nueva perspectiva paradigmática que hace más viable las propuestas para mejorar la salud, mediante la implementación de políticas públicas saludables y el fomento de la participación efectiva de la sociedad, dado lugar a que el concepto de salud evolucione hacia un enfoque positivo, dinámico, multicausal y social, lo que ha constituido la base para que desde ese nuevo paradigma emergente, se plantee una nueva cultura de la salud, el estudio de los denominados “determinantes del proceso salud-enfermedad” (Urbina M & González M. 2012).*

El concepto de salud tiene su base en una construcción social que procede de la experiencia de las personas y de los acontecimientos sociales y políticos. En consecuencia, “las prácticas individuales y sociales que se derivan del mismo, sólo pueden comprenderse integrados en un contexto social, económico, político, histórico” (Ramis A. & Rina M. 2009). La promoción de la salud se apoya necesariamente en este conocimiento y análisis global para ayudar a las personas desde el ámbito individual y comunitario a conservar su salud, a promocionarla, a prevenir los problemas y a recuperar los procesos mórbidos.

Desde esta perspectiva, la salud se muestra como un acontecimiento global, amplio y complejo, vinculado a nuestras vidas de forma inextricable, la proyección de la promoción de la salud tiene el propósito de “elevar gradualmente la salud de la población, de modo que contribuya a la elevación de su calidad de vida; al incremento de la calidad de los servicios, la satisfacción de la población y de los ámbitos de trabajo, al perfeccionamiento de la gestión y la elevación de la eficiencia de los sistemas de salud” (Urbina M & González M. 2012).

Las vertientes críticas latinoamericanas se centran en resaltar los determinantes históricos y macrosociales del proceso la salud-enfermedad, las categorías más empleadas en sus estudios son: los modos de producción, la clase social, las condiciones de vida, la carga de trabajo, el perfil de salud-enfermedad, el enfoque de género, entre otros (Ramis A. Rina M. 2009).

Los resultados obtenidos, por esta corriente, presentan una alternativa para disminuir las inequidades en salud, plantear la reforma de los sistemas de salud, enfrentar los problemas de la desigualdad social y el análisis de los determinantes micro, macro sociales y políticos que inciden sobre la salud de las poblaciones. Esta corriente se enfoca en un concepto diferente al del factor de riesgo, relacionado con el análisis de las inequidades en los grupos poblacionales, por lo cual determinó los elementos estructurales sociales que condicionan la posición que alcanzan y ocupan los grupos en la sociedad, lo cual repercute directamente en los problemas de salud y en los factores protectores de ésta (Ramis A. & Rina M. 2009).

En consecuencia, “el proceso de salud-enfermedad es un fenómeno complejo por su carácter multifactorial y por la interdependencia entre los diferentes determinantes, lo que hace que hoy se hable de los determinantes como una auténtica cadena causal entre ellos. Uno de los determinantes que subyacen a muchos otros es la clase social, cuanto más alta es ésta, mejores niveles de salud se observan” (Urbina M & González M. 2012).

Un aspecto central en el estudio de los determinantes y de las inequidades en salud, es entender la confirmación de que los grupos más pobres tienen unas condiciones de salud diferentes a las de los otros grupos de la sociedad, de igual forma, que la prevalencia de las enfermedades siguen una distribución similar a la de la estructura social, en el sentido de que, a medida que se baja de nivel en la escala social, se aumenta considerablemente la prevalencia de las enfermedades y los problemas de salud. Son numerosos estudios en distintas épocas los que han puesto de manifiesto que la gente que ocupa posiciones sociales más altas vive más tiempo y, además, en general, gozan de una mejor salud (Ramis A. & Rina M. 2009).

Desde esta perspectiva se considera a la promoción de la salud como una multi-disciplina, que no permite que persista la división entre las ciencias biológicas y las sociales, sino que alcanza la comprensión de su objeto de estudio, mediante la integración de las disciplinas y de los distintos niveles de estudio. Así, “puede conocer los fenómenos, sus raíces, sus causas, para lo cual configura un marco conceptual amplio y articulado, asimismo incluye la educación y la práctica

para lograr el cambio en las problemáticas de salud de la población” (Urbina M & González M. 2012).

*Sus contribuciones, a la promoción de la salud, son la contextualización social e histórica de los problemas de salud, el énfasis en la determinación del modelo de desarrollo y de la producción económica en éstos, asimismo la importancia de la vinculación de la investigación y la formación en el ejercicio político para abordar los problemas de salud contemporáneos. Como aportes fundamentales de esta corriente a la promoción de la salud es que destaca la existencia de un proceso de salud/enfermedad desde la producción social teniendo en cuenta las inequidades en salud, dadas por la posición socioeconómica (Ramis A. & Rina M. 2009).*

Por tal razón analiza el impacto en la salud de las privaciones y dificultades económicas sobre todo en los grupos más desfavorecidos de la sociedad; hace un llamado a la necesidad de pensar de forma crítica y sistemática las relaciones entre la existencia social y biológica y la producción de enfermedades, dando apertura para la acción efectiva en salud. Asimismo, destaca la importancia de estudiar a conciencia desde un análisis profundo los procesos históricamente estructurados, para determinar quiénes son los responsables y principales beneficiados con las inequidades sociales en salud (Urbina M. & González M. 2012).

Los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad se han venido abordando a través del modelo de promoción de la salud, estos estudios abrieron el camino para que la perspectiva de la salud comenzara a transitar desde la visión más amplia de los determinantes como generadores de salud desde una construcción social (Torres J. 2015).

*A partir de los años 90 el estudio de los determinantes sociales de la salud recibió un nuevo impulso a nivel mundial en el que jugó un importante papel la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y Asociación Latino Americana de Medicina Social, ésta última con una visión radical en su enfoque gestado desde lo más avanzado del pensamiento social latinoamericano.*

*Mundialmente se ha venido orientando las políticas de salud y, en consecuencia, la intervención sobre los determinantes de salud constituye una de las estrategias más importantes para mejorar la salud de la población que, necesariamente va a estar enmarcada en una acción intersectorial encaminada a producir los cambios sociales necesarios para corregir las desigualdades en salud que se vienen observando (González E. 2007).*

Actualmente, existe la oportunidad de mejorar la salud en algunas de las comunidades más pobres y vulnerables del mundo atacando la raíz de las causas de las enfermedades y las inequidades en materia de salud. “La causa más poderosa reside en las condiciones sociales en

las que viven y trabajan las personas, conocida como determinantes sociales de la salud. Una de las posibles respuestas a por qué una gente vive saludablemente y otra no, está en gran medida en la manera en que se presentan todos estos factores y esencialmente en el control que seamos o no capaces de ejercer sobre los mismos” (Ramis A. & Rina M. 2009).

Es importante entender las directrices que se dan en el manejo de los problemas en salud y cambiar las intervenciones técnico-normativas, que establezcan una relación distinta con las políticas en salud, las instituciones sanitarias y en general con las estructuras existentes en el campo de la salud (Torres J. 2015)

La conformación de la promoción de la salud, requiere del trabajo y compromiso de todos los interesados en mejorar las condiciones de salud de las poblaciones, pues propiciar nuevas acciones que abran horizontes diferentes de salud y de vida; esto en un momento de crisis económica, política e ideológica que dificulta aún más el trabajo. Es necesario, utilizar metodologías y marcos conceptuales que ayuden a captar los determinantes sociales, las desigualdades sociales en salud, las inequidades en salud, y así se tengan en cuenta las percepciones y la participación de los sujetos, de ahí se abre la posibilidad de una alternativa para elaborar intervenciones más acordes con las necesidades de los sujetos (Ramis A. & Rina M. 2009).

Tomando en cuenta el contexto social de las CUM de Chimalhuacán Estado de México, pretendemos aproximarnos a la propuesta crítica de los determinantes sociales de salud, desde la mirada social-histórica de la promoción de la salud. Se muestra un ejemplo claro de las desigualdades sociales en salud y se propone una vez más la búsqueda de la equidad, actuando sobre los determinantes sociales de la salud, e incluso si queremos ir más allá acogiendo la propuesta crítica y transformadora; es necesario identificar los responsables de las desigualdades sociales en salud que ausentan a las personas de este derecho fundamental; para lo cual se requiere de una profunda transformación política y económica que trascienda el enfoque neoliberal de la salud como un negocio, hacia un nuevo modelo que garantice la salud como un derecho, fortaleciendo lo público sobre lo privado y la democracia sobre el interés económico de pocos.

### **III.II Promoción de la salud**

Las principales organizaciones internacionales vinculadas a la salud han mantenido un foro permanente de discusión y análisis acerca de la promoción de la salud, sus valores y los

desafíos que afronta en la esfera regional, nacional y global. En torno a esto es bueno decir que existen diferentes terminologías en salud, que como resultado da una serie de concepciones múltiples de promoción de la salud, lo que obedece a distintas afirmaciones.

Por tal motivo la promoción de la salud se suele interpretar de maneras diferenciadas ya sea como nueva ideología de la salud pública, como la nueva salud pública, como estrategia de intervención en salud pública, como movimiento salubrista mundial con implicaciones políticas y estructurales, como propuesta alternativa para asegurar el abordaje de los asuntos de salud desde la óptica de los determinantes sociales, etc. (Arroyo V. 2010).

Desde la perspectiva institucional la cual Chapela M. (2007) le ha llamado como la promoción de la salud oficial, cobra importancia a partir del 1986 como movimiento y estrategia global en el marco de la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud efectuada en Ottawa, Canadá. Siguiéndole a ésta una serie amplia de conferencias tales como Alma Alta, Adelaide 1988, Sundsvall 1991, Jakarta 1997, Puerto Rico 1998, México 2000, París 2001, Melbourne 2004 y Bangkok 2005. Desde esta perspectiva la promoción de la salud hoy en día es presentada como un discurso y práctica de las agencias oficiales.

*Es en 1986 que la Promoción de la Salud queda definida como: “el dar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente” (OMS Ottawa 1986).*

El concepto de promoción de la salud propuesto en la Carta de Ottawa ha sido objeto de múltiples interpretaciones sustentadas en una variedad de valores, significados y prácticas de salud, Sin embargo, en la mayoría de los discursos está presente el reconocimiento de una determinación mutua entre salud y desarrollo.

Nos dice Vargas U. y colaboradores (2006) que es en la conferencia de Jakarta (1997) donde se proponen las prioridades de promoción de la salud:

- Fortalecer la base de evidencia de resultados de promoción de la salud.
- Promover una mayor inversión para desarrollarla.
- Incrementar las capacidades colectivas.
- Facilitar el empoderamiento de individuos y comunidades.

- Reorientar los sistemas y servicios de atención a la salud con criterios de promoción de la salud.

También sobresale en esta conferencia el énfasis sobre los determinantes socioeconómicos de la salud y la importancia de debelar el carácter político de la promoción de la salud y la necesidad de asegurar recursos para actuar en su favor.

A partir de esta conferencia se comienzan a desarrollar en la práctica conceptos derivados de la interpretación del término inglés “advocacy” y del término “alianzas” como líneas estratégicas prioritarias y fundamentales para la promoción de la salud, quedando claro que por su carácter político tiene gran potencial para la modificación de la salud de la población (Vargas et al. 2006).

A través de los años han surgido diferentes definiciones y estrategias de promoción de la salud, una de las definiciones actuales es la que presenta la Organización Mundial de la Salud en el documento declaratorio denominado “La Carta de Bangkok para la promoción de la salud en el mundo globalizado” (Chapela M. 2007).

La OMS establece que la promoción de la salud es un proceso integral con una dimensión social y política. Es decir, “trasciende las acciones de educación, capacitación y el desarrollo de destrezas en los individuos, promueve las acciones dirigidas a cambiar el estado de las condiciones sociales, políticas y económicas que afectan la salud individual y colectiva” (Vargas et al. 2006). El concepto de participación social y ciudadana es clave en los esfuerzos de mantenimiento de las acciones de promoción de la salud.

*La promoción de la salud se visualiza como concepto positivo e inclusivo de la salud y como factor determinante de la calidad de vida, que abarca el bienestar mental y espiritual. Es considerada una función medular de la salud pública y contribuye a intervenir con las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y otras amenazas para la salud. La promoción de la salud es el proceso de ayudar a los individuos a que ganen control sobre los determinantes de la salud y como consecuencia mejoren su estado de salud (Arroyo V. 2010).*

Con lo anterior podemos entonces decir que (para fines propios de este estudio y para desarrollar los términos que se manejan más adelante) la promoción de la salud es: toda práctica que apoye al fomento de una salud y ofrezcan a las personas y sus comunidades una clara protección frente a amenazas para su salud, teniendo siempre en cuenta las necesidades de las

comunidades y del individuo propio, su comunidad y las demandas de las necesidades de servicios de salud y públicos, su trabajo, su hogar, los sitios de convivencia y desarrollo cognitivo.

Tenemos claro que las políticas públicas tienen tanto el poder de proporcionar a los ciudadanos la oportunidad de mejorar su salud, así como la de negarles dicha oportunidad. “Las políticas saludables facilitan la elección de opciones saludables; una política pública tiene que representar la voluntad de los miembros de una sociedad. La Promoción de la salud solo se logra con equidad social y participación activa de los individuos en los diferentes ámbitos de acción. No hay equidad en salud si no hay equidad social” (Chapela M. 2007). Las diferentes respuestas a los problemas y necesidades de la salud colectiva, han dejado muy en claro, la relación existente entre la salud y los determinantes sociales.

La promoción de la salud no se reduce a un cambio de la calidad de vida, sino a la revisión de los determinantes sociales de la calidad de vida, y el conocimiento de los factores que tienen que ver con las mejoras en la educación, en las condiciones de trabajo, en materia de recreación y descanso, en cuanto a la organización de los servicios de salud, las desigualdades sociales desde una perspectiva socio histórica; no solamente con intervenciones individuales, sino que incorpore acciones sociopolíticas que involucren no solo el sector salud (Vargas et al. 2006).

Las diferentes respuestas a los problemas y necesidades de la salud colectiva, han dejado muy en claro, la relación existente entre la salud y los determinantes sociales. A partir de ese momento, la calidad de vida estaba sobre el parámetro de la salud pública, la planificación y la economía de la salud se habían empezado a salir del campo de los servicios de salud y habían comenzado a penetrar en el campo social y de las comunidades (Arroyo H. 2010).

Es así que se distingue claramente la interpretación que se le da a la salud y la promoción de la salud desde una mirada colectiva, (movimiento latinoamericano), desde esta perspectiva la promoción de la salud es una práctica de salud pública que llama al cambio en la estructura, organización y políticas sociales. Lo que lleva una clara intención de buscar un cambio en la calidad de vida y la esperanza de vida de las poblaciones, en particular los grupos más críticos de la sociedad, principalmente los grupos marginados (Chapela M. 2007).

Por lo tanto, es necesario resaltar que esta mirada nos es de interés para nuestro estudio, por lo que a lo largo del trabajo de investigación los conceptos utilizados estarán básicamente definidos y orientados a la postura Socio-Histórica de la promoción de la salud.

Algunos autores amplían la definición de promoción de la salud para destacar la necesidad de que sea entendida como política del Estado. De esta forma se garantiza que las acciones de promoción de la salud sean planteadas como propuestas estratégicas que aborden los determinantes sociales de la salud y faciliten los procesos de evaluación sistemática de la efectividad e impacto de las acciones (Arroyo V. 2010).

En la conferencia mundial de Bangkok 2005 en Tailandia, se propone que para lograr esos compromisos las acciones de todos los sectores gubernamentales y de la sociedad civil tendrán que:

*Defender la salud con base en los derechos humanos y la solidaridad social; invertir en políticas, acciones e infraestructura sustentables encaminadas a atender los determinantes de la salud; generar políticas, liderazgo, práctica de promoción de la salud, transferencia de conocimiento, investigación y en salud; regular y legislar para asegurar un alto nivel de protección contra el daño y proveer con igualdad de oportunidades para la salud y el bienestar a toda la población; y construir alianzas con organizaciones públicas, privadas, no gubernamentales, internacionales y la sociedad civil para crear las acciones sustentables (Vargas et al. 2006).*

Algunos autores establecen que: “la promoción de la salud incluye los esfuerzos para aumentar la salud positiva, es decir la calidad de vida y bienestar general, y reducir los riesgos de la “mala salud”, como enfermedad o dolencia, mediante la interrelación de la educación para la salud, la prevención y la protección de la salud” (Vargas et al. 2006). Esta visión de la promoción de la salud señala la relación de interdependencia entre los distintos campos de la salud y define operacionalmente los dominios para cada uno destacando que el principio central de la promoción de la salud es el empoderamiento.

Con el espíritu de Ottawa, en las conferencias de Sundsvall y Jakarta se releva el empoderamiento como elemento clave para promover la salud. “El empoderamiento se entiende como la devolución del poder a las personas y a los grupos sociales; como el desarrollo de valores, conocimiento e instrumentos útiles para el logro de sus expectativas; y como desarrollo de sistemas gubernamentales y de políticas incluyentes” (Chapela M, 2007).

Para Sánchez A (2004) el “Empoderamiento es un proceso de acción social que promueve la participación de la gente, de las organizaciones y de las comunidades para ganar control respecto a sus vidas, en su comunidad y en el conjunto de la sociedad. En este sentido, no es ganar poder para dominar a otros, sino para actuar con otros intentando lograr un cambio”.

Abrimos un pequeño paréntesis para hacer mención que el término de empoderamiento es utilizado en el discurso de TUI. Como: “el proceso por el cual a una comunidad se le devuelve el poder, para que por medio del desarrollo de sus habilidades y medios pueda crear un cambio en ellos mismos y en su comunidad” es entonces un proceso participativo que se gesta desde las propias necesidades de las personas y que tiene la finalidad de lograr la eficacia en las políticas públicas a nivel municipal, para el mejoramiento de la calidad de vida y la salud de las CUM.

Respecto a la promoción de la salud empoderante nos hace mención Chapela M. (2007) que su práctica este inspirada en la corriente de la educación popular, por lo que toma aspectos de la pedagogía de Paulo Freire autor de esta corriente, es en 1998 que se comienza a difundir como una estrategia de promoción de la salud a partir de la carta de Jakarta y son las OSC las instituciones que más la difunden como práctica, mantiene una estrecha relación con las tendencias hegemónicas dentro de un discurso crítico, al igual que la promoción de la salud popular, considera a las personas como personas con las que trabajan, y nos marca que la promoción de la salud empoderante suele ser eficiente en el corto plazo y mediano plazo, sin embargo no se logra sostener en un plazo mayor (Chapela M. 2007).

*A si “La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana, en la Carta de Ottawa la salud se concibe como un recurso, una capacidad que no aparece en la definición estática de la OMS”. Esta capacidad se ve como responsabilidad individual y colectiva de controlar la vida presente en donde la responsabilidad del gobierno y otras instituciones residen en asegurar las condiciones básicas que hacen posible el desarrollo de la capacidad saludable de la población (Chapela M. 2007).*

Según Chapela (2007) desde la mirada de la promoción de la salud emancipatoria “En la idea de que el control de la vida presente tiene sentido sólo en la perspectiva de futuros que diseñan los individuos y los colectivos”, con lo anterior hace referencia al cuerpo como un “ente biológico en el que se quedan marcados los símbolos que le permiten tomar decisiones propias lo que le hace ser consciente del mundo que lo rodea y de sí mismo, con esto nos quiere decir qué tanto pueden las personas ser libres de ejercer sus capacidades para controlar los medios de tal forma que se puedan concluir sus aspiraciones” (Chapela M. 2007).

Por lo tanto, en las personas se revela la naturaleza dinámica de la salud, en esta proposición la salud no se ve como una condición o estado sino como una capacidad humana aparte de la enfermedad, transforma entonces a la enfermedad en uno de los múltiples factores que pueden

limitar el desarrollo de la capacidad humana saludable. “Desarrollar la promoción de la salud con el espíritu apoderante, amenaza la posición hegemónica de las agencias del poder; es entonces poco probable que en la práctica sean las agencias quienes impulsen este tipo de promoción de la salud” (Chapela M, 2007). En esta definición el apoderamiento se refiere a proveer información necesaria y pertinente a las personas, ayudar a la población a desarrollar destrezas personales y mejorar su conocimiento.

La permanencia en un proyecto y un grado de participación cada vez mayor, es lo que lleva a una comunidad a tomar control de sus acciones. Esto ocurre cuando se habla de empoderamiento, propósito fundamental en las acciones de promoción de la salud. Desde ésta perspectiva el aporte que más resalta en el entendimiento de la promoción de la salud, que da la apertura al reconocimiento del poder de los individuos expresado en su capacidad para identificar y lograr sus aspiraciones individuales y colectivas (Vargas et al. 2006).

*Se considera que las personas que están sometidas por la hegemonía de mercado y a los efectos de la nueva geografía como "clientes", sujetos desarticulados en sus dimensiones material y subjetiva a través de la enajenación de su salud, y que esto se muestra en sus cuerpos-territorio invadidos, el objetivo de la promoción de la salud pudiera ser la reintegración de los sujetos a través de prácticas emancipatorias; se define entonces promoción de la salud como las prácticas conducentes al logro de la integridad de los sujetos tanto individual como colectivos (Chapela M. 2007).*

El sujeto que busca la promoción de la salud emancipatoria, es un sujeto íntegro al que se denomina aquí "sujeto saludable". En contraparte del cliente, un sujeto saludable es un sujeto “auto-sujetado que crea activamente los mundos práctico y simbólico”, con posibilidades de construir un campo de opinión. A diferencia de “los clientes, los sujetos saludables” están inmersos en un mundo práctico regulado por el mercado, sin embargo, son capaces de construir su propio mundo individual y colectivo con potencial para ejercer y forzar cambios en la supremacía (Chapela M. 2007).

*Los sujetos saludables entienden la realidad en procesos individuales y colectivos continuos en donde comparan y contrastan los conocimientos, significados, valores y prácticas a su disposición en la vida cotidiana y desde allí reconstruyen y construyen conocimiento válido y valioso acerca de sus mundos simbólico y práctico. Al hacer esto, los sujetos saludables están deconstruyendo, reconstruyendo y construyendo conocimiento a partir del saber popular y experto utilizando su sentido común (Chapela M. 2007).*

Las acciones de promoción de la salud emancipatoria requieren del desarrollo de valores, conocimiento y habilidades individuales y colectivas para lograr comunicación efectiva, apoderamiento y capacidad de gestión para acceder al campo político (Chapela M. 2007). Requieren también de habilidades y conocimiento para buscar información y desarrollar entendimiento sobre problemas individuales y colectivos para tomar decisiones viables en sus propios campos, y hacer intervenciones efectivas guiadas por la perspectiva de objetivos posibles dentro de los distintos campos subordinados al poder.

De acuerdo con este autor la promoción de la salud, es una estrategia global, en el ámbito de la salud pública y las políticas sociales. Por lo que el objetivo central de la promoción es realizar cambios perdurables a través del desarrollo de políticas públicas saludables, lo que obviamente implica plantear estrategias e identificar ámbitos de acción (Chapela M. 2007).

Otras definiciones señalan que la promoción de la salud es “la planificación de una combinación de mecanismos educativos, políticos, ambientales, regulatorios y organizacionales que tienen como finalidad apoyar las acciones y las condiciones de vida favorables a la salud de los individuos, los grupos y las comunidades”. (Vargas et al. 2006) La creación de una cultura de promoción de la salud como política de Estado permitirá avanzar en el desarrollo social y de salud con garantías de permanencia, trascendiendo la plataforma política de una determinada administración gubernamental.

La acción intersectorial como estrategia, plantea algo muy importante: dar una identidad a las estrategias que está proponiendo la promoción de la salud y reafirmar que el sistema de salud por sí solo no puede alcanzar las metas, es decir analizar los problemas desde diferentes ángulos, en coordinación intersectorial que permita un verdadero intercambio de recursos (Vargas et al. 2006). Esto crea la plataforma para plantear proyectos intersectoriales, que permitan no solo disminuir el riesgo de enfermar, sino que fomentar la salud del grupo con el que se está trabajando.

Se considera fundamental la participación social y la acción política, de manera que propone un enfoque, que trascienda el enfoque de la salud tradicional, en el que la población tiene un papel pasivo y solamente es receptora de un saber. (Arroyo V. 2010). Se insiste en la participación de los diferentes colectivos sociales en la construcción social de la salud por lo que se asegura que:

*La Promoción de la Salud no es un simple modelo alternativo, apunta a identificar los determinantes de la salud y a convocar a los diferentes sectores y fuerzas sociales en la producción social de la salud. Se considera fundamental la participación social y la acción política, de manera que propone un enfoque, que trascienda el de la educación tradicional, en que la población tiene un papel pasivo y solamente es receptora de un saber; se insiste en la participación de los diferentes colectivos sociales en la construcción social de la salud (Arroyo V. 2010).*

En tanto como nueva disciplina y por el peso potencial que tiene en las relaciones sociales como prácticas heterodoxática, la promoción de la salud está inmersa en luchas de poder para definir su carácter, especificidad y discurso. “En la bandeja de promoción de la salud oficial encontramos concepciones y discusiones limitantes en donde la promoción de la salud se reduce a instrumento técnico dejando de lado las discusiones conceptuales profundas sobre salud y promoción de la salud necesarias para su desarrollo” (Vargas et al. 2006). Entonces la mirada profunda a la promoción de la salud descubre que para lograr las condiciones básicas para su acción se requieren cambios en políticas, sistemas y servicios de salud favorables al ejercicio del poder de la población.

Para desarrollar con eficiencia el conocimiento y habilidades individuales y colectivas es necesario que: “los servicios de salud miren multifocalmente al enfrentar problemas de salud nuevos y cada vez más complejos; lograr cambios estructurales desde las prácticas individuales de los trabajadores de salud hasta los servicios de salud mismos- para satisfacer nuevas necesidades; desarrollar las políticas que permitan que las acciones de promoción de la salud sean posibles” (Garza G. 2007).

La promoción de la salud toma en cuenta todos los aspectos pertinentes del lugar y el tiempo, incluyendo la historia, la información demográfica, la experiencia previa, la geografía, la cultura, la política, la economía, la estructura social y otros factores importantes (Vargas et al. 2006). La meta más importante de la promoción de la salud es el mejoramiento continuo de las condiciones relacionadas a la salud y el estatus de toda la población, haciendo hincapié en las necesidades de los miembros de la comunidad más marginados o excluidos.

### **III.III Desigualdad social en salud**

“Sin duda, desde que el hombre empezó a vivir en sociedades jerarquizadas, existieron niveles de poder que permitían a un grupo selecto la satisfacción de sus necesidades en mejor proporción que otros, situación que generó clasificaciones y estatus” (González J. 2001).

La problemática a la que se enfrentan amplios sectores en el mundo, en cuanto a las condiciones de salud, no es un tema ni nuevo, ni ajeno. Hoy en día es un tema de gran interés en la medicina social; de hecho, esta corriente de pensamiento en salud, parte de los planteamientos de la medicina social europea del siglo XIX, que postulan que “la salud del pueblo es motivo de preocupación social, que las condiciones sociales y económicas tiene relación en la salud y la enfermedad y que ésta relación debería ser motivo de investigación científica” (Rosen G. 1985).

“Los procesos de determinación social no actúan como agentes biológicos-físicos-químicos en la generación de la enfermedad, no tienen especificidad patológica, ni obedecen a una mecánica de dosis-respuesta” (Laurell C. 1994). Es así como a partir de un perfil socio-histórico, que nos permite ver las particularidades de América Latina, se posibilitó una corriente de pensamiento con bases sociales en salud durante los años setentas, lo que dio paso al desarrollo de un pensamiento innovador y crítico, con base social en la salud. Esta corriente reivindica un quehacer científico comprometido con la transformación de las condiciones de vida y trabajo de las poblaciones y con la solución de los problemas de salud de las clases populares (Waitzkin, et al. 2001).

En relación a lo anterior resulta interesante observar y analizar la problemática generalizada que afecta a América Latina, dentro del mosaico complejo que integran sus habitantes, así como las acciones que los gobernantes intentan aplicar en la búsqueda por disminuir la situación de desigualdad, marginación y vulnerabilidad en salud que ha caracterizado a amplios sectores de la población.

Desafortunadamente el trabajo se realiza con ensayo y error, la mayoría de los programas desarrollados no logran sus objetivos, convirtiéndose en una carga mayor de los resultados que ofrecen, “dejando al descubierto la falta de madurez en la sociedad para comprender y enfocar la temática de la marginación perimetral, lo cual no significa de ningún modo incrementar el gasto social y contar con cientos de supuestas opciones programadas, si no en verificar el grado de responsabilidad con el que los actores políticos interactúan en la comprensión del fenómeno” (Laurell C. 1994). Por lo tanto, el papel que juegan las OSC al entrar en el enfrentamiento del problema es cada vez de mayor importancia.

Cuando hacemos referencia a la desigualdad, de inmediato se viene a la mente una diferencia económica que se ve marcada en una desventaja en el ingreso de las personas. Pero este tipo de

desigualdad es resultado de una serie de desigualdades provocadas por diversas causas, a la vez que explica el origen de muchas otras (Laurell C. 1994).

*Cabe mencionar que la desigualdad es un proceso reproductivo de generación en generación, se relaciona con la acumulación diferenciada de propiedades y recursos para la producción o para la obtención de bienes, tales como tierras, recursos naturales, materiales, recursos financieros, etc. El término desigualdad hace referencia a una situación socioeconómica en la que un grupo o la minoría reciben un trato diferente por parte de otro individuo o colectivo con mayor poder social. La desigualdad se manifiesta en muchas ocasiones a través de aislamiento, marginación y discriminación; Las desigualdades abarcan todas las áreas de la vida social: diferencias educativas, laborales, e incluso pueden llegar a convertirse en diferencias judiciales (Waitzkin et al. 2001).*

Respaldándonos con lo que dice Luis Reygadas (2004) al señalar que, en general los estudios sobre la desigualdad han escogido alguna de estas tres opciones: los recursos y las capacidades de los individuos, las relaciones que se establecen entre ellos o las estructuras sociales. “Las teorías individualistas han puesto el acento de la discusión, en la distribución de capacidades y recursos entre las personas, las teorías interaccionistas enfatizan las pautas de relaciones y los intercambios desiguales, y las teorías holísticas se han concentrado en las características asimétricas de las estructuras sociales” (Reygadas L. 2004).

La desigualdad en México tiene profundas raíces históricas y es cada vez más compleja; asume diversas expresiones y es multifactorial. Se manifiesta en toda una serie de condiciones, niveles y esperanzas de vida fuertemente diferenciados entre personas y grupos de población, y determina trayectorias laborales y educativas que profundizan estas distancias.

Las conductas relacionadas con la salud (asentamiento irregular, alimentación, educación, contaminación) o los mal llamados “modos de vida” no provienen de elecciones estrictamente personales y libres. “Tres cuartas partes de la humanidad no disponen de la opción de elegir libremente factores fundamentales para la salud como seguir una alimentación adecuada, vivir en un ambiente saludable o tener un trabajo gratificante que no sea nocivo para la salud. Así pues, la salud no la elige quien quiere sino quien puede” (Laurell C. 1994).

Esto nos recuerda que la salud tiene necesariamente un componente social, económico, político, cultural, ambiental, espiritual, etc. Que son una serie de factores muy importante, distintos estudios muestran con claridad como la pobreza, la desigualdad, la explotación, la violencia y la injusticia, están presentes en la globalización neoliberal. Así pues, si realmente se quiere

conseguir que toda la población mejore sustancialmente su nivel de salud, inevitablemente habrá que cambiar de forma drástica muchas de las prioridades políticas, económicas y habrá que cuestionar intereses muy poderosos.

Así pues, la desigualdad “se explica por atributos personales, relacionales y estructurales que determinan las posibilidades de las personas de capturar y retener recursos e ingresos a lo largo de su vida, que en comparación con otros los mantiene en una elite de mayor poder” (Wolf E. 2001). Por lo que podemos decir que la desigualdad es un fenómeno indisoluble de las relaciones de poder.

México es uno de los países más desiguales de América Latina. Aunque en los últimos años se registraron algunas mejoras en la distribución del ingreso, relacionadas sobre todo con las remesas y la diversificación de actividades en el medio rural, la situación sigue siendo crítica. La desigualdad en México es un fenómeno complejo y multifuncional, que se relaciona y se retroalimenta con la discriminación étnica, de género y de lugar de residencia (www.nuso.org, 2015).

Es así que existe una gran desigualdad de acuerdo con el lugar de residencia y trabajo. Por ejemplo, los salarios de la zona sur del país son más bajos que los que se perciben en el norte o en las grandes ciudades. Del mismo modo, los salarios de los trabajadores rurales son inferiores a los de los trabajadores urbanos. Esta disparidad incluso adquirió carácter oficial, ya que durante años los salarios mínimos legales se fijaron según regiones y según si el trabajo era urbano o rural (www.nuso.org, 2015).

Los recursos públicos, sin embargo, no se distribuyen de acuerdo con las necesidades de salud de nuestra población de hecho:

*La mayor parte de los mexicanos que no cuentan con acceso a servicios básicos de salud habitan en las comunidades rurales dispersas de los estados del centro y sur del país. Los grupos sociales más privilegiados se benefician antes y en mayor proporción de las acciones e intervenciones sociales y sanitarias dirigidas a mejorar la salud. Ya sea en el uso de los servicios de planificación familiar, en las pruebas de detección del cáncer de mama o en el uso de los servicios de salud (Frenk J. 1998).*

Como podemos ver uno de los rasgos que no hemos podido desterrar de nuestro perfil de salud es la desigualdad. “A pesar de los avances en las cifras promedio de nuestra población, los daños a la salud en México siguen siendo considerablemente mayores en el medio rural que en las

áreas urbanas, en las entidades del sur que en los estados del norte y en los hogares de menores ingresos que en las familias con mayores recursos. En 1996 por ejemplo, La tasa de mortalidad materna en Oaxaca era de 8.4 por 10,000 nacidos vivos, mientras que en Baja California Sur y Nuevo León era de 1.0 y 1.5, respectivamente” (Secretaría de Salud. 1996).

La desigualdad en salud incluye por supuesto a la población que no satisface sus necesidades básicas y/o que percibe ingresos muy bajos. No obstante, existe población que puede estar por arriba de este margen pero que padece un riesgo latente en salud debido a la falta de acceso a los servicios. Cuando hay enfermedad se produce discapacidad, muerte y gastos catastróficos que frecuentemente precipitan la manifestación de la desigualdad (Laurell C. 1994).<sup>4</sup> Por otra parte, las comunidades urbano marginadas son una población dinámica y heterogénea que por su propia naturaleza desafía la capacidad para ser claramente identificadas.

La desigualdad en salud es una problemática que está creciendo en México, tanto en términos reales como en la prioridad que se le asigna dentro del cambiante contexto democrático. Todos están de acuerdo en que es preciso reducirla, no obstante, existe desacuerdo sobre las estrategias idóneas para ello.

Históricamente las desigualdades sociales en los distintos grupos tienen un fundamento natural, basado en las distintas habilidades, recursos y capacidades de los seres humanos, sin embargo, la lucha contra la desigualdad debería orientarse a conseguir una sociedad en la que todos los individuos de un país pudieran disfrutar de los mismos derechos como ciudadanos (Montaner J. 2000). Es preciso comenzar a comprender más claramente el problema de la desigualdad en salud y pugnar por mejores soluciones.

La salud es un terreno donde pueden analizarse con claridad los méritos de los programas que se han puesto en juego para abordar el problema de la desigualdad (Laurell C. 1994). Si ésta persiste y se incrementa a pesar de múltiples esfuerzos, entonces los fundamentos y estrategias

---

<sup>4</sup>Las reformas económicas de mercado, implementadas en la mayoría de los países de América Latina durante las décadas de 1980-1990, lejos de atemperar las desigualdades las profundizaron, pues el crecimiento logrado fue heterogéneo y regresivo para las mayorías, configurando sociedades crecientemente polarizadas, donde persiste la pobreza, empeora la distribución del ingreso, se incrementa la diferencia entre ricos y pobres y se debilita la gobernabilidad. En México, desde 1982, se implementan distintas estrategias para reducir el tamaño del sector público y limitar el papel del Estado en la rectoría del desarrollo, reduciendo su intervención en la economía interna y en la regulación de los mercados. Este proceso, llamado reforma del Estado, configura una agenda caracterizada por la centralización de la política macroeconómica, la descentralización y privatización de las burocracias encargadas de la provisión de servicios sociales, la introducción de competencias entre los proveedores de servicios (públicos y privados) con la intención de incrementar la eficiencia y calidad, así como la negación de las funciones de regulación en agencias independientes para vigilar la provisión de servicios, el manejo de las externalidades y la operación del sistema con un número limitado de funcionarios públicos.

de los programas oficiales deben ser examinados para establecer cuáles son sus deficiencias y cómo pueden superarse.

### **III.IV Equidad e inequidad en los recursos, servicios y programas en salud**

La salud y la enfermedad de los colectivos humanos están intrínsecamente ligadas al desarrollo de las sociedades, a las formas como éstas organizan la vida y el trabajo, a las maneras como resuelven las necesidades de sus integrantes y a la distribución de la riqueza socialmente producida. En nuestro país, a los sistemas de salud se les presenta el gran reto de prevenir y atender enfermedades y dar acceso a los avances biomédicos a todos los integrantes de una sociedad cada vez más desigual (Chápela C. 2011).

La exclusión social y las inequidades persistentes en la distribución de la riqueza y en el acceso y la utilización de los servicios se reflejan en los resultados de salud, estos factores siguen siendo los principales obstáculos para el desarrollo humano, alentar las estrategias de lucha contra la pobreza y el mejoramiento de las condiciones de salud de la población (OPS 2012).

Sin embargo, antes de analizar de manera breve los diferentes niveles de aproximación conceptual de equidad e inequidad, es necesario resaltar algunas consideraciones del origen del concepto de equidad. Es bueno empezar por decir que “el concepto de equidad procede del latín *aequitas*, derivado a su vez de *equus*, que significa igual; consiste en dar a cada uno lo que le corresponde por sus méritos y condiciones” (Arredondo E. 2011). Por lo que la equidad en un enfoque holístico supone no favorecer a un individuo, perjudicando a otro en el trato.

La OMS define a la equidad en salud de la siguiente manera: “La equidad en la salud supone que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de un modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida que ello puede evitarse” (Spinell et al. 2002).

Oliva López (2001) nos dice que “La equidad en salud remite a planos éticos, que involucran valores, justicia social y derechos, en tanto desde su definición la inequidad es una desigualdad injusta y potencialmente evitable”. Así, la equidad en salud debe ser entendida como una expresión de justicia social en múltiples dimensiones, ya que involucra: los determinantes sociales de la salud, los resultados finales de salud, el acceso y la calidad de la asistencia sanitaria.

Evaluar inequidades requiere medir lo que es injusto en una sociedad, lo que implica un juicio de valor que depende de la teoría de la justicia adoptada y de conceptos político-normativos. También es posible evaluar la equidad horizontal, entendida como tratamiento igual a necesidades de salud iguales, y equidad vertical que busca el tratamiento «apropiadamente desigual» de necesidades de salud distintas, incorporando la cuestión de las prioridades en programas de atención (López A. 2012).

*En sus dimensiones operativas, se puede considerar la forma en que son asignados los recursos para el cuidado de la salud, la forma en que los servicios son recibidos por la población, y la forma en que los servicios de salud son pagados. Mientras que la accesibilidad hace referencia a que los establecimientos, bienes o servicios públicos estén al alcance de la población, la equidad en el acceso se refiere no solo a la hipotética disponibilidad de recursos o a la cobertura, y también la utilización efectiva de los servicios de acuerdo con parámetros de necesidad (López A. 2012).*

Arredondo (2011) nos indica que la equidad en salud debe ser considerada desde el análisis del criterio universal de la salud: “como un derecho de todos los ciudadanos, sin limitaciones sociales o económicas y que, en el simple principio de ciudadanía y pertenencia a un grupo prioritario, el derecho de garantizar la salud tiene una responsabilidad y un responsable colectivo a cargo”. Es el Estado que actúa a través de un organismo rector y distintos proveedores de servicios en salud proporcionando equidad con cobertura efectiva, acceso universal y el total financiamiento.

Por otra parte, “desde una perspectiva epidemiológica toda diferencia o desigualdad reducible, vinculada a condiciones heterogéneas de vida, constituye una inequidad y las inequidades, representan desigualdades consideradas y calificadas de injustas y evitables” (Arredondo A. 2011).

En efecto, en los últimos años, el tema de equidad e inequidades en la asignación de recursos para producir servicios de salud ha ido adquiriendo creciente importancia en foros políticos, civiles y académicos nacionales e internacionales. En este sentido existen marcos teóricos bastante útiles para desarrollar estudios de equidad y sus determinantes; estos marcos toman como referente un determinado grupo social y consideran un conjunto de indicadores agrupados desde diferentes enfoques, categorías o variables de análisis (OPS. 2012).

La inclusión de la equidad como un indicador determinante de desigualdad en salud y como uno de los problemas sustantivos de los sistemas actuales de salud ha permitido que en todos los

proyectos de reforma del sector se aborden estrategias que directa o indirectamente tratan de estudiar y solucionar los problemas de equidad con que se han desarrollado la mayoría de los sistemas de salud en el mundo (Arredondo A. 2011). Todos ellos se plantean como eje conductor de la equidad abatir las desigualdades en salud, así como disminuir la brecha que existe entre la oferta y la demanda en salud bajo principios de grupo prioritario, de poder de compra, y de ciudadanía.

Sin embargo, desde una perspectiva crítica, la implementación de las estrategias señaladas tiene efectos limitados en la búsqueda de la equidad. Para sustentar esta afirmación y con el propósito de ilustrar los cambios en el contexto de la reforma del sector salud en México, se retoman algunos resultados.

*Particularmente se ha señalado que en el Estado neoliberal, la política social queda subordinada a la política macroeconómica, se orienta a mitigar la pobreza y focaliza su atención en las poblaciones con mayores carencias materiales, a través de intervenciones selectivas. La política de salud pretende hacer frente a los problemas de organización y desempeño del sistema de salud y se adoptan esquemas que buscan diversificar las fuentes de financiamiento de los servicios, ampliar su cobertura y favorecer políticas de gasto orientadas a paquetes básicos que solo funcionan como pequeños brebajes (Laurrell A. 2000).*

En estas propuestas de reorganización sanitaria “concurren organismos de cooperación técnica internacional en materia de salud y agencias financieras multilaterales cuyo papel tiene una enorme trascendencia en la arquitectura y orientación de los procesos de reforma en la mayoría de los países de América Latina, imponiendo sus políticas de privatización de lo público rentable y de apoyo a la conformación de mercados en salud” (Laurrell A. 2000). Es en estos momentos cuando el discurso sobre la equidad cobra fuerza, justificando las propuestas de focalización, con argumentos sobre los bienes limitados, recursos insuficientes y necesidades crecientes de las poblaciones pobres.

*Al respecto nos dice López O y Nivaldo L (2012), que la focalización de las intervenciones a través de paquetes básicos de servicios de salud, a pesar del interés de beneficiar a los más pobres, no reconoce al menos con la fuerza que se debiera, que los paquetes básicos son restrictivos, ya que incorporan intervenciones limitadas a la salud materno-infantil y a la promoción de la salud en la familia, dejando esquemas de co-pagos (pequeñas cantidades que se abonan por cada servicio médico utilizado) para el resto de las intervenciones, dando como resultado que los pobres tienen menor acceso a los servicios de salud del que tenían antes de la reforma (López O y Nivaldo L. 2012).*

Tales características guardan una relación estrecha, determinante y bidireccional con los propios conceptos de equidad e inequidad. Por tanto, esta noción de equidad en salud parte de la ausencia de desigualdades en salud entre los grupos sociales y la presencia de una desigualdad en salud constituye en sí misma una inequidad. Ciertamente y bajo este planteamiento, “una inequidad en salud está fuertemente asociada con estructuras sociales injustas que ponen generalmente a aquellos grupos con menos ventajas en un mayor riesgo de tener mala salud” (Arredondo A. 2009). Por ello, la equidad implica la reducción o eliminación de inequidades en salud como un requisito para ejercer los principios de justicia y protección social ya que tener limitaciones a en salud implica también tener menores oportunidades.

La OPS 2012 nos dice que se utilizan tres medidas principales para describir las inequidades: “las desventajas en materia de salud debidas a las diferencias entre los sectores de la población o las sociedades; las brechas de salud, que se forman por las diferencias entre las personas que están en peor situación y el resto de la población; y los gradientes de salud, relacionados con las diferencias encontradas a lo largo de todo el espectro de la población”.

Se puede apreciar que equidad significa, en relación a las condiciones de salud, disminuir las diferencias evitables e injustas al mínimo posible; en relación a los servicios de salud, recibir la atención en función de la necesidad (equidad de acceso y de uso) y de contribuir en función de la capacidad de pago (equidad financiera). Por otra parte, Spinelli y colaboradores (2002) señala que “la inequidad se expresa en el dominio de la vida individual y biológica y que la desigualdad es la expresión observable de una inequidad social por lo tanto la inequidad no se refiere a la injusticia en el reparto y acceso, sino en el proceso intrínseco que la genera” por lo que nos asegura que:

*Los criterios para definir equidad en salud son variados, no obstante, existen propuestas que los operacionalizan y en relación a la atención proponen: igual acceso a la atención disponible para igual necesidad; igual utilización para igual necesidad; igual calidad de atención para todos, por lo tanto, la equidad no es un concepto simple sino complejo, relacionado de manera inseparable con otros tales como justicia, igualdad, necesidad, libertad, etc. (Spinelli et al. 2002).*

La salud no es responsabilidad exclusiva del sector salud, puesto que incluye aspectos que se vinculan en mayor o menor medida con distintos sectores de la sociedad. Por tal motivo es necesario articular acciones con políticas intersectoriales que garanticen el éxito de los

programas e impacten positivamente en el bienestar general de toda la comunidad (Juárez C. et al., 2014).

A partir de asumir el compromiso, que tal reconocimiento implica se podrán diseñar, priorizar e implementar estrategias inclusivas dentro de un modelo interdisciplinario, intersectorial e intercultural (Juárez C. et al., 2014). A modo de conclusión puede decirse que tanto las políticas públicas mexicanas como las de otros países donde existen inequidades en el acceso a la salud deben partir por reconocer e identificar las necesidades propias de cada grupo vulnerable.

### **III.V Vulnerabilidad social en salud**

La actual globalización capitalista ha ampliado las desigualdades sociales y de salud hasta extremos jamás conocidos en la historia. “Hoy en día, se estima que entre un 10% y un 20% de la población mundial vive con un nivel material muy elevado, para lo cual deben a la vez explotarse y protegerse de quienes no tienen, o tienen muy poco. Un poder tan desigual beneficia o daña muy desigualmente la salud de las personas, de modo que el bienestar y la salud de unos pocos se alimenta del sufrimiento y la mala salud de la mayoría” (Busso G. 2001).

De acuerdo a lo anterior podemos empezar por decir que es claro que existe un gran número de personas que se encuentran en vulnerabilidad, por lo que comenzaremos por definirla. Cuando nos referimos a la vulnerabilidad tratamos de hacer referencia a la mayor susceptibilidad en la que puede estar un grupo social frente a potenciales daños a la salud (enfermedad, discapacidad, muerte) en relación a la inequidad o dificultades de acceso a los servicios, programas públicos de salud vitales para el bienestar, entre ellos a los recursos de promoción, prevención y atención a la salud (Acevedo J. 2012).

*La vulnerabilidad en salud se entiende como la desprotección de ciertos grupos poblacionales ante daños a su salud, lo que implica mayores obstáculos y desventajas frente a cualquier problema de salud debido a la falta de recursos personales, familiares, sociales, económicos o institucionales. Este concepto es multidimensional y está vinculado tanto a los individuos como al grupo social al que pertenecen, evidenciando la incapacidad de los mismos para enfrentar los desafíos de su entorno, incluido el desamparo institucional (Juárez C. et al, 2014).*

En definitiva, esta definición nos resalta que hay que tener en cuenta el conjunto de factores que inciden en mejorar la salud, en crear bienestar y calidad de vida, el enfoque de los determinantes sociales de la salud, tiene una tendencia a mirar que las principales causas de las

inequidades en salud surgen de las condiciones de vida de las que son expuestas las personas, seguimos con la tendencia de reconocer que la salud no es el producto simplemente de condiciones médicas u otras directamente relacionadas con la salud, sino que se trata de un tema integral, determinado por un conjunto de factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales, culturales, políticos y espirituales, ya que en caso contrario dejaríamos de lado causas de tipo social, que son fundamentales en la generación o la ausencia de la salud.

Al hablar de vulnerabilidad, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) 2001 hace referencia a “un proceso que tiene múltiples dimensiones, las cuales confluyen en el riesgo o probabilidad del individuo o de la comunidad de ser herido, lesionado o dañado, bien sea ante cambios o ante la permanencia de situaciones externas o internas que resultan dañinas”.

Haciendo referencia a la vulnerabilidad social en salud, afirma Acevedo J. (2012) que se refiere a “la relativa desprotección de un grupo de personas cuando enfrentan daños potenciales a su salud, amenazas a la satisfacción de sus necesidades y violación a sus derechos humanos, por no contar con recursos personales, sociales y legales suficientes”.

Para Forester (1994) la noción de vulnerabilidad “no se limita a la falta de satisfacción de necesidades materiales, sino que también incluye las conductas discriminatorias” y uno de los rasgos distintivos de este fenómeno es la incapacidad de actuar o de reaccionar a corto plazo. Asegura que la vulnerabilidad va más allá de la pobreza, aunque sea en esta última condición donde tal situación se presente de manera más cotidiana y más cruda,

*En México el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2012 define la vulnerabilidad como el resultado de la acumulación de desventajas sociales y una mayor posibilidad de presentar un daño en cualquier dimensión, derivado de un conjunto de causas sociales y de algunas características personales y/o culturales. Considera como vulnerables a diversos grupos de la población entre los que se encuentran las niñas, los niños, jóvenes en situación de calle, los migrantes, las personas con discapacidad, los adultos mayores y la población indígena, que más allá de su pobreza, viven en situaciones de riesgo (PND. 2007-2012).*

Esto nos dicen que la vulnerabilidad no es un estado único o permanente que caracterice a ciertos grupos en particular, sino que es resultado de un conjunto de determinantes sociales que interactúan de forma específica, dando lugar a una condición dinámica y contextual. Los bajos ingresos, el desempleo, la discriminación de género y los bajos niveles de escolaridad son todos

ejemplos de estos determinantes que, actuando en forma conjunta, ponen a una persona (o grupo poblacional) en situación de desprotección (Reyes et al. 2009).

Según esto, la vulnerabilidad tiene su origen en la reunión de factores internos y externos que, al combinarse disminuyen o anulan la capacidad que tiene una persona, un grupo o una comunidad para enfrentar una situación determinada que le ocasione un daño y más aún para recuperarse de él, En términos generales:

*La no satisfacción de las necesidades humanas fundamentales pone en una situación de mayor vulnerabilidad a un individuo frente, a un grupo social o a una sociedad. Y éstas necesidades básicas o fundamentales, que es indispensable atender a tiempo para evitar que vuelvan vulnerable a un individuo o a un conglomerado social son finitas, pocas y clasificables, además de que son las mismas en su nivel esencial, en todas las culturas y en todos los períodos históricos (Acevedo J. 2012).*

Lo que cambia a través del tiempo en las sociedades es la forma y los recursos que demanda su satisfacción, por lo tanto, la vulnerabilidad social en salud es un proceso dinámico, el cual depende de las capacidades individuales y grupales de transformación que produzcan las sociedades a través de su respuesta social organizada (Acevedo J. 2012).

Se puede terminar diciendo que la vulnerabilidad no es, cuestión de situación personal sino de circunstancia social, de fenómeno que se ubica en la estructura misma de una sociedad. “No se trata de un asunto que puede ser resuelto por el ser humano aislado, por medio solamente de su empeño personal o individual, sino que se trata de un fenómeno estructural, la combinación de algunas características sociales y biológicas, así como de ciertos contextos estructurales, da origen a grupos poblacionales que son socialmente vulnerables” (OPS, 2012).

Así, la condición de vulnerabilidad social en salud no es estática, puesto que las circunstancias en que se inscriben las personas y los grupos pueden ser modificadas por la reconfiguración de distintos factores y el tiempo de exposición a un contexto específico.

### **III.V.I Grupos socialmente vulnerables**

Cuando hablamos de grupos vulnerables, lo debemos entender como un fenómeno que se encuentra condicionado por el desarrollo de las relaciones sociales históricas. Por esto, para su comprensión y atención resulta necesario considerar la relación de éstos con los impactos y desenlaces de aquellos sucesos que causan su vulnerabilidad, así como las medidas de

prevención. Se entiende por población vulnerable al grupo de personas que se encuentran en estado de desprotección o incapacidad frente a una amenaza que afecte su salud física y mental o bien su condición social o económica (www.cndh.org.mx. 2015).

El concepto de vulnerabilidad se aplica a aquellos sectores o grupos de la población que por su condición de edad, sexo, estado civil y origen étnico se encuentran en condición de riesgo que les impide incorporarse al desarrollo y acceder a mejores condiciones de bienestar. En materia de salud, la condición de vulnerabilidad se da por el nivel de protección sanitaria de la población, su condición de pobreza, educación y acceso a los servicios de salud (www.cndh.org.mx. 2015).

Por lo tanto: "Los grupos vulnerables son aquellos que, por circunstancias de pobreza, origen étnico, estado de salud, edad, género o discapacidad se encuentran en una situación de mayor indefensión para hacer frente a los problemas que plantea la vida y no cuenta con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas" (Torres J. 2015). Es así como al intervenir e intentar proteger a dichos grupos se ha hecho necesario establecer en instrumentos concretos para cada grupo, a veces convencionales y a veces no.

De todo lo anterior se puede desprender que las personas o grupos que, a partir de estos factores, sufren de inseguridad y riesgos en cualquier aspecto de su desarrollo como personas y como ciudadanos, se encuentran en una situación de desventaja frente al reconocimiento, goce y ejercicio de sus derechos y libertades fundamentales. Con esto podríamos afirmar que los grupos vulnerables representan a los sectores más desfavorecidos y débiles de la sociedad en la que se encuentran (Torres J. 2015).

Desde la perspectiva jurídica diríamos que son aquellos grupos a los que se les violan sus derechos y de alguna manera se les pone en una situación en la que la discriminación adquiere su nombre y origen. Y en este sentido "es deber del Estado evitar tanto las causas como sus manifestaciones y sus consecuencias, lo que representa proveer de todo aquello que sea necesario para garantizar a éstos el goce y ejercicio de todos sus derechos en condiciones de igualdad y dignidad, es decir, protegerlos" (Torres J. 2015).

En este orden de ideas hay quien define a los grupos vulnerables a partir de la determinación de los criterios de no discriminación planteados en los diferentes instrumentos internacionales de derechos humanos con carácter convencional: "Se entiende por grupo vulnerable aquel que en

virtud de su género, raza, condición económica, social, laboral, cultural, étnica, lingüística, edad y funcional, sufren la omisión, precariedad, o discriminación en la regulación de su situación por el orden jurídico nacional" (González J. 2001).

Queda claro que éste último caso es sólo uno de los aspectos por los que un grupo vulnerable puede resultar afectado, puesto que de igual forma lo podrá ser por ausencia o ineficiencia en las políticas públicas, por la falta de enfoques adecuados en el sistema educativo. Entre otros aspectos podemos afirmar que vulnerabilidad se utiliza para designar a los grupos que deben recibir ayuda (González J. 2001).

Por otra parte, existe una amplia población en condiciones de vulnerabilidad latente, es preciso establecer indicadores que permitan anticipar el problema antes de que se manifieste, las autoridades locales y estatales pueden estar en mejor posición que nadie para medir de manera integral estos problemas.

“El perfil de la salud es más complejo entre las comunidades vulnerables que en el resto de la población, pero se implementan programas que sobre-simplifican y dejan sin cubrir una parte importante de la problemática en salud” (González J. 2001). Por otra parte, el impacto económico de la salud queda sin resolverse. El gobierno debe poner en práctica mecanismos más vigorosos y estables de redistribución de recursos asistenciales para cumplir cabalmente con sus objetivos.

El problema que debe resolverse es cómo asignar mayores recursos con base en necesidades explícitas sin mermar la autonomía de gestión que deben tener las autoridades estatales y municipales para cumplir eficientemente con su objetivo (Torres J. 2015). Por lo tanto, la intervención de los programas de seguridad social en el combate a la vulnerabilidad en salud debe asimismo replantearse.

### **III.VI Las OSC y su respuesta social ante las necesidades de acceso a los servicios de salud de las comunidades urbano marginadas**

De acuerdo a la línea de investigación seguida, haremos énfasis en la crisis del Estado de Bienestar, el cual ha sido rebasado en su capacidad de respuesta. México se encuentra inmerso en un mundo globalizado con una intensa interdependencia de la economía, sería insensato

pensar que el sistema de salud mexicano que es una parte importante de la economía y de la sociedad, pueda vivir a espaldas del resto de los países desarrollados (Ruiz M. 2011).

El sistema de salud en México está conformado por dos sectores: el público y el privado, en este último se ha incluido de manera equivocada al tercer sector o mejor conocido como sector social. El sector público incluye a las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y las instituciones de seguridad social para los trabajadores de los gobiernos estatales, así como a las instituciones y programas que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, Servicios de Salud (SESA, IMSS-PROSPERA y SPS) (Novelo F. & García C. 2010).

El sector privado incluye a las compañías aseguradoras privadas y a los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, en general bajo un sistema lucrativo. Este sector comprende también a los proveedores de servicios de medicina alternativa, que por lo general trabajan en consultorios o unidades ambulatorias de salud (Novelo F. & García C. 2010).

En este último se ha venido incluyendo el sector sin fines de lucro o tercer sector, de una forma incorrecta, que también ha sido llamado sector privado social, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, economía solidaria, entre otros nombres. Sin embargo, hablamos de un sector en crecimiento durante estos últimos años, con una notable participación de ciudadanos y una pujante contribución al bienestar de la gente, aunque todavía existen algunos aspectos asociados que permanecen casi inexplorados en los análisis de algunos académicos (Godínez M. 2016).

El conjunto de ellas constituye un universo diverso dentro del cual se puede distinguir una tipología variada en lo político, social e ideológico. Esta diversidad es difícil encontrar un contenido normativo común; en realidad la amplia heterogeneidad de los actores que participan y trabajan en este sector, así como la ausencia de normativas nacionales que uniformen, tipifiquen y regularicen esta categoría, impiden la formalización de una definición unívoca (Godínez M. 2016).

La sociedad civil tiene una larga trayectoria de colaboración en el ámbito de la Salud Pública. Sin embargo, las reformas sanitarias del decenio de 1990 restaron importancia al estado del

bienestar y a la participación de la comunidad ciudadana y dieron un mayor protagonismo al mercado. Se prestó menos atención a los valores sociales que a los aspectos técnicos, económicos y administrativos de los sistemas de salud (OMS 2001).

De acuerdo a la OMS (2001), el sistema de salud abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud, un sistema de atención sanitaria en cambio: son las instituciones, las personas y los recursos implicados en la prestación de atención a la salud de los individuos ([www.who.int/civilsociety.com](http://www.who.int/civilsociety.com) 2015).

Los sistemas de salud constituyen la respuesta social organizada para que los países puedan lidiar con los grandes retos que van enfrentando para mejorar, mantener y acrecentar el nivel de salud de los ciudadanos. Son así, poderosos instrumentos que contribuyen al bienestar social y un recurso invaluable que es preciso desarrollar para solucionar los problemas de salud del presente y prever lo que se espera en esta materia en el futuro (Urbina M & González M. 2012).

La respuesta social organizada está constituida por el conjunto de los recursos que la sociedad y el gobierno han generado y la forma en que se organizan para su aplicación en actividades de atención a la salud. En nuestro país, este importante rol ha sido llevado a cabo a través de grandes instituciones como la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE) principalmente (Novelo F. & García C. 2010).

*El diseño del sistema de salud en México ignoró el criterio de repartición universal de satisfactores, ya que fue concebido de tal forma que la población organizada y asalariada fue la receptora de los beneficios de la seguridad social. México mantiene un sistema de salud que nació dividido al separar a la población entre aquellos que tenían derechos sociales perfectamente definidos, a quienes llamó derechohabientes y aquellos que eran sujetos a la acción asistencial del Estado, a quienes eventualmente se les denominó población abierta (Laurrell A. 2000).*

La política de salud se debate en la contradicción que permea a todo el quehacer estatal en el mundo globalizado: por una parte, apoyar activamente los procesos de expansión del capital, privatizando lo público rentable y por otra regular el conflicto social a través de las instituciones ejecutoras de las políticas sociales; ésta contradicción conduce a refuncionalizar la acción pública de modo que se corresponda con el proyecto de reestructuración económica global y al mismo tiempo, se inscriba en la búsqueda de consensos. Se delinea así una propuesta

eficientista de la política social que racionaliza los recursos, intenta abaratar los costos, simplifica al máximo la prestación de los servicios y redefine las poblaciones a las que se orienta (López O. & Blanco J. 2001).

“En el año 2000, 50% de la población en México no tenía ningún tipo de seguro médico. El gasto en salud era bajo, favoreciendo a entidades cuya infraestructura e ingresos eran mayores. Esto por supuesto, generaba notables inequidades en el acceso a servicios de salud para todas aquellas personas que no fueran derechohabientes” (Knaul D. 2013). Según información generada por el propio gobierno:

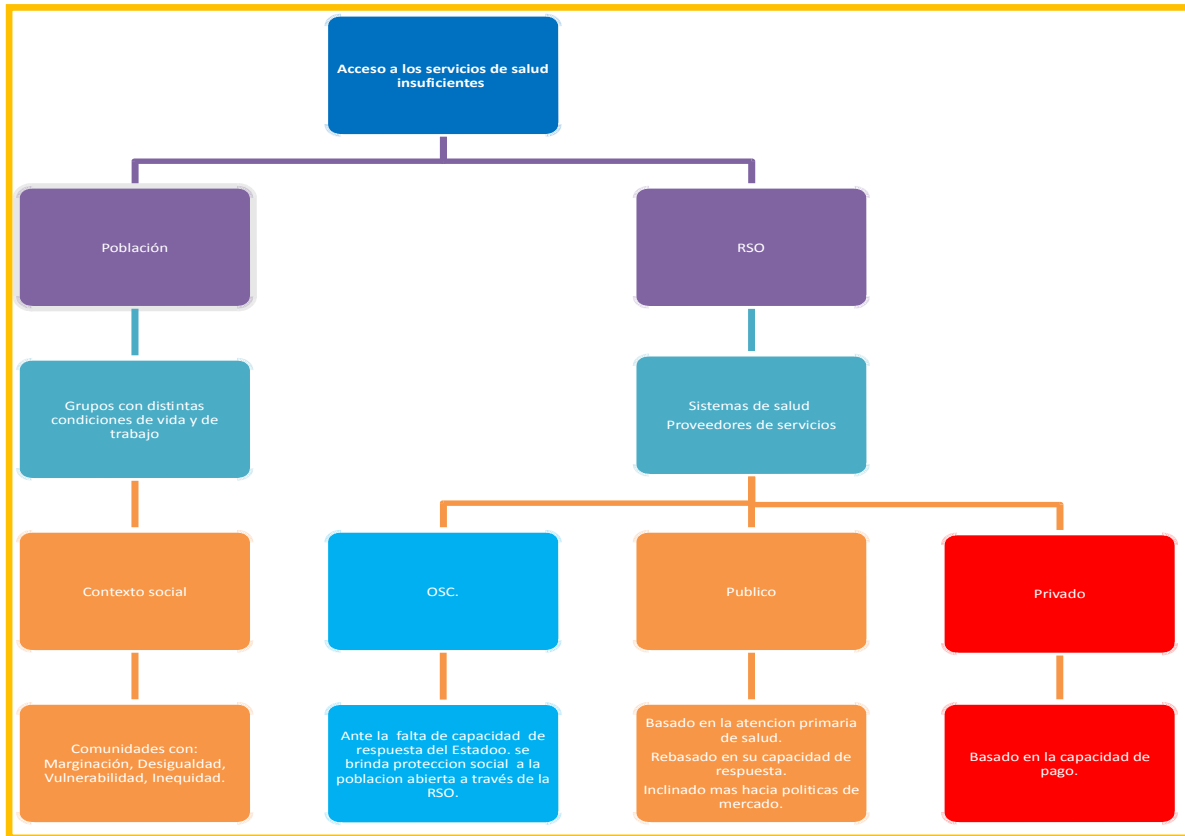
*Para la década (2000-2010) más del 50% del gasto total en salud provenía del gasto privado, y de éste más del 90% estaba relacionado con el gasto personal de bolsillo. Se calculaba que cada año entre dos y tres millones de hogares mexicanos se veían obligados a hacer uso de más de la tercera parte de su ingreso disponible para financiar la atención de su salud, incurriendo así en lo que se llama gastos catastróficos, lo que inclinaba a la población a obtener atención según la capacidad de pago y no la necesidad de la persona (Frenk J. 2007).*

Como ya se mencionó el alto porcentaje de gasto de bolsillo en México, expone a su población a gastos excesivos por motivos de salud, el principal problema que esto acarrea es que “las personas que se encuentran en esta situación al no poder acceder a servicios privados de salud, tengan que sufragar por su cuenta todos los gastos relacionados con la atención médica, incluso en instituciones públicas pero con financiamiento restringido, derivando en importantes y complicados desajustes económicos en las familias mexicanas” (Chertorivski S. & Fajardo G. 2012).

Esto significa que el esquema de financiamiento de la salud estaba basado en función de sus necesidades, pero sin tomar en cuenta sus capacidades monetarias, lo que derivó en notables desigualdades en la población debido a las difíciles perspectivas económicas de las personas ante enfermedades o accidentes (Chertorivski S. & Fajardo G. 2012). Si bien en teoría la Secretaría de Salud debía atender a la población sin seguridad social.

*Las deficiencias estructurales de esa institución principalmente la falta de personal e infraestructura, la desigual distribución de recursos entre entidades y la importante diferencia existente entre el financiamiento de la salud pública con respecto a las instituciones de seguridad social derivaron en una institución endeble, con un importante déficit de recursos de todo tipo, con mínima capacidad resolutive y por lo*

*tanto, incapaz de responder íntegramente a las obligaciones del Estado mexicano en la materia, lo que se ilustra en el siguiente esquema (Ruiz M. 2011).*



**Ilustración 4 Distribución del sistema de salud mexicano.**

Tan apremiante era la situación en esta materia que aproximadamente dos millones y medio de familias fueron influidos anualmente a verdaderas situaciones de pobreza, debido sobre todo a carecer de acceso equitativo a servicios de salud y a los gastos a los que se tuvieron que enfrentar ante el arribo de enfermedades y accidentes. Todo este tipo de desajustes propiciaban, de manera alarmante que la inercia marcara con mayor profundidad las inequidades que existían entre la población derechohabiente y la que carecía de seguridad social (Chertorivski S. & Fajardo G.2012).

Las sociedades del inicio del siglo XXI se enfrentan a problemas y retos antes no contemplados, que requieren de la democracia participativa. Los términos de la relación entre el gobierno y la sociedad civil deben seguir cambiando, ya que la construcción del Estado moderno exige la acción conjunta de ambos actores sociales (Chertorivski S. & Fajardo G.2012).

Por esta razón, era de notable importancia extender los esquemas de aseguramiento médico público en México, por lo que fue necesario la aparición de un mecanismo operativo de protección social, creado por la misma respuesta social organizada de la población en la figura de las OSC para facilitar el acceso a los servicios de salud, y a su vez disminuir las probabilidades de empobrecimiento causadas por los gastos de bolsillo y los gastos catastróficos en salud para la población (Chertorivski S. & Fajardo G.2012).

En todos esos aspectos, cada vez se exige una gestión pública más responsable y una mayor receptividad a las aportaciones de la sociedad civil. “La respuesta del Estado a esos cambios y el grado de reconocimiento e integración de los agentes de la sociedad civil en las políticas y programas sanitarios son algunos de los factores fundamentales que determinan la evolución actual de la salud pública” (Urbina. M & González M. 2012).

En este proceso se generaron nuevas formas de intervención de las organizaciones civiles, desde trabajar con la población abierta organizando campañas cívicas, así como poder colocar en la agenda tanto local como nacional los asuntos de los sectores sociales y civiles.

*Se generó dentro de los sectores sociales y civiles vínculos de coordinación y de complementación para poder influir, principalmente, en la ley de transparencia, género, derechos humanos y en la reforma política, donde se fueron abriendo espacios al interior de los gobiernos y se formalizaron fondos públicos en apoyo a las actividades de la sociedad civil (Urbina M & González M. 2012).*

Las organizaciones de la sociedad civil han contribuido a la salud pública durante siglos. Sin embargo, en los últimos años su magnitud e influencia han aumentado, y su labor está teniendo profundas repercusiones en la salud. “Las personas que constituyen la sociedad civil, son el eje de los sistemas de salud: utilizan los servicios de salud, contribuyen económicamente, proporcionan asistencia y desempeñan un papel en la formulación de las políticas sanitarias y la configuración de los sistemas de salud”. ([www.who.int/civilsociety](http://www.who.int/civilsociety). 2015).

Internacionalmente se reconoce el desempeño de las OSC en la implementación de políticas públicas por sus ventajas respecto a los gobiernos al concebir y ejecutar tareas más innovadoras y flexibles, tener experiencia especializada, además de un vínculo con los sectores populares. Todo esto facilita su trabajo en áreas donde los gobiernos no acceden, y con grupos vulnerables olvidados por el estado.

La OMS considera a estas organizaciones fundamentales en la prestación de servicios de salud, en la asistencia a los gobiernos en programas de prevención, para sensibilizar sobre las necesidades comunitarias, contribuir a la comprensión social de los problemas y presionar para una equitativa cobertura de servicios ([www.who.int/civilsociety](http://www.who.int/civilsociety) 2015).

*Según datos del Sistema de Información sobre Organizaciones de la Sociedad Civil (SIOSC) y de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), el 51% de las OSC registradas en este sistema fueron fundadas entre los años 1991 y 2000. Resalta el hecho de que sólo 6% de OSC fueron creadas antes de 1950. 16% se instituyeron entre 1951 y 1980 y 27% entre 1981 y 1990. Esto demuestra que efectivamente las OSC en nuestro país han ido acompañadas del proceso de transición democrática, siendo su promedio general de vida de tan solo 15 años ([ww.fusda.org](http://ww.fusda.org) 2015).*

La historia de las OSC en nuestro país es relativamente reciente, si se considera que la mayoría de estas organizaciones fueron creadas a partir de la década de los ochentas, ello demuestra que la intervención de la sociedad civil como actor social en el quehacer público nacional, ha sido al mismo tiempo causa y efecto de los cambios democráticos que ha vivido el país. Los grupos y organizaciones se multiplican y con ello también se abren nuevos y más complejos frentes de acción, las entidades que cuentan con mayor número de OSC son: el Distrito Federal, Coahuila, Estado de México, Nuevo León y Jalisco, lo que representa el 51% del total (Aguilar R. 2006).

Las OSC en México han contribuido a la transformación de la vida democrática del país desde distintos frentes, generando, por medio de demandas o propuestas de los sectores sociales, laboratorios ciudadanos de políticas públicas para desatar iniciativas con el fin de cambiar las políticas gubernamentales ([www.mexico.org](http://www.mexico.org) 2015).

El fenómeno de mayor presencia, fortalecimiento y crecimiento de algunas OSC no puede comprenderse sino en la ausencia de las responsabilidades del Estado que debe apoyarse en otros actores para poder gestionar programas sociales en un contexto social, económico y político adverso. Por otra parte, es importante recordar que, en diversas ocasiones “los gobiernos neoliberales ven en ellas una de las mejores maneras de librarse de sus responsabilidades sociales, la desvinculación del Estado respecto a la cuestión social es la privatización de los servicios públicos, impulsada por el BM en favor de las multinacionales del sector, significa siempre que dejan de ser públicos para quien no puede pagarlos” ([www.obela.org](http://www.obela.org). 2015).

La nueva presencia ciudadana es un hecho que definen ahora a la modernidad y una de las mayores esperanzas en la construcción social. Las organizaciones son el instrumento que tienen los ciudadanos para participar junto con el gobierno, en la edificación del Estado. En México, las organizaciones de la sociedad civil son expresión de la nueva democracia. A través de sus organizaciones, los ciudadanos encuentran cauces de participación y se comprometen con la construcción de su sociedad más justa (www.mexico.org/index. 2015).

A las OSC las animan y mueven valores y propósitos muy distintos; sin embargo, a todas ellas les es común la idea de contribuir a la edificación de una sociedad más justa y con mayor calidad de vida. Este propósito se traduce en acciones dirigidas a la solución de problemas sociales; en la construcción de alternativas en los más diversos temas y en la búsqueda de influir en el diseño, gestión, seguimiento y evaluación de las políticas públicas (Godínez M. 2016). Lester Salamon describe este fenómeno de manera clara cuando afirma que:

*Aunque la terminología usada y los propósitos específicos que se persiguen varíen de lugar a lugar, la realidad social subyacente es muy similar: una virtual revolución asociativa está en curso en el mundo, que hace emerger un expresivo “tercer sector” global que está compuesto de: a) organizaciones estructuradas; b) localizadas fuera del aparato formal del Estado; c) que no se destinan a distribuir lucros conseguidos con sus actividades entre sus directores o entre un conjunto de accionistas; d) auto-gobernadas; e) comprometiéndose a individuos en un significativo esfuerzo voluntario.” (Lester S. 2006).*

Con lo anterior queda entendido que el incremento de respuesta de la sociedad organizada se debe a cuatro crisis y dos “revoluciones” que, de acuerdo a su análisis son los siguientes: a) La del Estado de Bienestar el cual ha sido rebasado en su capacidad de respuesta, b) Los choques petroleros de los setentas y la recepción de principios de los ochentas cambiaron las perspectivas para los países en desarrollo, c) la del medio ambiente, el uso irracional de los recursos y el desperdicio de los recursos, d) la del socialismo, el fracaso de la utopía socialista llevó a la búsqueda de nuevas maneras de responder a necesidades sociales, por la vía de la organización ciudadana (Lester S. 2006).

La función del Estado se vio reducida, bien a través de la aplicación deliberada de políticas como los programas de ajuste estructural o a través de la reducción del gasto público, o la disminución de la calidad de los servicios públicos. En los países de ingresos bajos, se redujo la cobertura sanitaria de los grupos sociales más desfavorecidos, como consecuencia de lo cual muchas

personas ya no pudieron acceder a servicios eficaces y pasaron a depender de su propia iniciativa (Lester S. 2006).

Ante esta situación, numerosas organizaciones de la sociedad civil decidieron emprender nuevas actividades, como la renovación de sus estrategias de promoción de los derechos sanitarios básicos y de acceso a recursos de salud. Es solo a partir del reconocimiento de los esfuerzos alcanzados con anterioridad, que fue posible encaminarse hacia nuevos territorios que permitan otorgar coherencia a las necesidades que la ciudadanía requiere. Por esta razón, no es posible omitir los esfuerzos institucionales realizados por las OSC en las últimas décadas del siglo XX dirigido a la ampliación de la cobertura y la mejora del acceso de la población a los servicios de salud (ww.fusda.org. 2015).

Es notoria la dificultad que entraña el análisis del sector asentado en el principio de no lucrar. Sin embargo y a pesar de estos límites, se han realizado muy buenas aproximaciones teóricas y empíricas a este sector institucional, que tiene una notable y creciente presencia en ciertas actividades económicas, sociales y culturales, además de efectos significativos sobre la eficiencia y la equidad. “Por otro lado, en los últimos años las OSC también han coadyuvado a la implementación de políticas públicas, especialmente en educación, salud, cultura y proyectos productivos. Este largo proceso de las organizaciones, desató procesos a nivel territorial, temático y sectorial, sobre causas sociales, civiles y políticas” (Girardo. et al., 2012).

*Las OSC contribuyen a mejorar la asistencia sanitaria proporcionando servicios que respondan a las necesidades de la comunidad y se adapten a la situación local; ejercen presión para que se adopten políticas sanitarias equitativas y favorables a las comunidades más vulnerables, actuando a menudo como intermediarias entre las comunidades y el gobierno; prestan asistencia en zonas alejadas donde los servicios públicos son muy deficientes; y en muchos casos logran proporcionar servicios más eficaces con menos costos. Además, aportan sus conocimientos técnicos sobre diversos temas, desde la planificación hasta la prestación de servicios (OMS. 2001).*

También contribuyen a que la sociedad comprenda mejor los problemas y promueven la información pública. Todo ello puede redundar en una interacción más eficaz entre los servicios y los usuarios, y en un mayor control comunitario de las intervenciones sanitarias.

Actualmente, las OSC que trabajan con grupos vulnerables constituyen uno de los grupos más grandes de actores que están trabajando en favor del desarrollo social. Su trabajo está profundamente relacionado con un sinnúmero de personas, quienes son el objetivo principal de

políticas y programas de asistencia social; haciendo de ellas una fuerza potente que puede influir en reformas de política públicas más seguras (ww.fusda.org. 2015).

Esto ha marcado un importante desarrollo en la seguridad social y la salud de las poblaciones no derechohabientes de las zonas rurales y urbanas marginadas, que han sido ignoradas por el sistema de salud ya que por medio de las OSC se han desarrollado las bases para mejorar y reducir la inequidad que se da en las personas que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad en estas entidades (ww.fusda.org 2015). Por eso, la participación de las OSC y sus contribuciones en la atención a las problemáticas de grupos vulnerables han logrado defender y promover un avance en el reconocimiento de sus derechos fundamentales.

El papel central que las OSC es el de ser organizaciones de soporte organizativo comunitario, es decir actuar como facilitadoras y potenciadoras de colaboración y se suma al esfuerzo diario de la comunidad o grupos a los que sirven. El papel de estas organizaciones en su alianza con el gobierno es aportar información y construir habilidades que permitan a las comunidades y/o grupos vulnerables tomar mejores decisiones (www.sedesol.gob.mx.2015).

Sin duda existen OSC que pueden convertirse en actores relevantes y propositivos en la generación y administración del desarrollo, aunque las alianzas establecidas deberían desarrollar la confianza, poner en la mesa de discusión asuntos delicados, construir consensos, generar un clima de inclusión, resolver conflictos, sostener esfuerzos y contribuir a crear un ambiente institucional propicio para el desarrollo de las comunidades.

Hasta el momento se puede decir que las organizaciones han sido audaces para colocar temas en la agenda pública tanto local, regional o nacional sobre temas estratégicos para nuestro país. A pesar de las adversidades han podido posesionarse como un actor público, el cual no solamente critica o tiene una actitud de vigilar, sino que han podido desatar procesos en la agenda pública desde una óptica ciudadana (www.who.int. 2015).

*En respuesta al descontento de la población por la existencia de desigualdades socialmente inaceptables en la situación sanitaria o en el acceso a la atención de salud y por la reducción de la cobertura de los servicios públicos de salud, las OSC han incrementado sus actividades respecto a la prestación de servicios privados sin ánimo de lucro, para subsanar las carencias en la cobertura sanitaria. Además, estas organizaciones han ido adquiriendo mayor protagonismo e importancia a medida que las políticas de asistencia primaria de salud han hecho más hincapié en la promoción de la salud y la participación comunitaria (OMS, 2011).*

Estas organizaciones aportan recursos humanos, competencia profesional y nuevos conocimientos al ámbito de la salud y contribuyen considerablemente a que se ejerza aún más presión para lograr el reconocimiento de los intereses públicos en el sector sanitario (www.who.int. 2015). Todos estos cambios registrados en los sistemas de salud a nivel local, nacional y mundial indican que la iniciativa implementada por las OSC constituye una importante vía para que la población pueda tener un mejor acceso a las instituciones públicas de salud.

*Pues una peculiaridad que las distingue de los demás sectores son los ideales y la motivación de las personas que integran tales organizaciones, pues constituyen prerequisites indispensables para ingresar al sector; estas OSC actúan como sujetos en nombre del bien público, son expresión de la ciudadanía activa. La innovación que más destaca es que introducen, dan forma política y organizativa a un cambio en las estrategias de la ciudadanía. Va más allá de la tradicional dicotomía entre lo público y lo privado, supera la coincidencia entre lo público y el Estado, a la vez que redefine esas nociones (Girardo. et al., 2012).*

Por esta razón, las OSC desempeñan una función fundamental de participación, legitimación y vigilancia en relación con las políticas, y además de contribuir al desarrollo nacional, a medida que se ha evolucionado hacia una concepción del desarrollo que asigna más importancia a los derechos, las OSC han ido asumiendo un papel más activo para plantear, promover y reivindicar los derechos de los diferentes grupos sociales (OMS, 2011).

En la etapa actual tenemos una ciudadanía con vocación de incidencia. Es decir, ser parte de la decisión del interés público. “Es importante reconocer que actualmente ningún actor tiene la capacidad ni la fuerza para dar solución a los problemas públicos. Es decir, lo público no es exclusivo de nadie” (mexicosocial.org.2001).

Las reivindicaciones dirigidas al Estado para que mitigue las desigualdades económicas y sociales, proporcione servicios públicos al pobre y se adapte a las condiciones de un mercado mundial liberalizado han dado lugar a diversos tipos de relación entre el Estado y la sociedad civil: cooperación, confrontación y en algunos casos represión (OMS. 2011).

“Cuando la población y los factores humanos se reconocen como elementos centrales del desarrollo, la exclusión social se convierte en un aspecto del subdesarrollo y la creación de redes sociales en un logro del desarrollo” (www.who.int. 2015). En consecuencia, la realización del desarrollo humano requerirá el esfuerzo conjunto del Estado y de los ciudadanos y sus organizaciones.

## IV. METODOLOGÍA

“Tanto los investigadores cualitativos como los cuantitativos piensan que saben algo sobre la sociedad que vale la pena decírselo a otros y utilizan una variedad de formas y medios para comunicar sus ideas y hallazgos” (Becker, 1996, citado por Álvarez J. s/n dato).

Para poder tener una mayor contextualización de los temas que se abordan en esta investigación, realizó una breve investigación de archivo, respaldándola en un Marco conceptual donde podemos obtener información sobre los conceptos de: Marginación, Desigualdad social, Equidad e Inequidad y Vulnerabilidad social en salud, lo cual aterrizaremos al final al resaltar la intervención de la OSC en las comunidades donde se reproducen estas características sociales, tomando como ejemplo el municipio de Chimalhuacán Estado de México.

Siguiendo el objetivo de la investigación de colaborar con un análisis cualitativo sobre las aportaciones de las OSC a la promoción de la salud en las comunidades urbano marginadas de Chimalhuacán Edo. De México, con referencia especial a su evolución reciente y a las expectativas de crecimiento de las propias entidades.

Sumándole a lo anterior se llevó a cabo un proceso de convencimiento e insistencia en variadas visitas a la sede de la asociación TUI. Con la finalidad de poder programar fechas y espacios apropiados, que no afectaran en las actividades del personal de TUI.

A lo largo del proceso se presentó la oportunidad de gestionar el espacio para la entrevista y comunicación con el personal de TUI, desafortunadamente, el tiempo y el espacio para la programación de dichas entrevistas con los directivos de tal OSC era limitado e insuficiente por lo que se optó utilizar la tecnología (teléfono y correo electrónico) como medio de comunicación en la búsqueda de éste objetivo.

Es importante destacar que no solo se logró gestionar el espacio para las entrevistas, sino también un espacio para presenciar y formar parte de una práctica de observación participativa, donde se visitaron las áreas de los municipios en donde actualmente se encuentran en marcha los programas de TUI. Se tuvo una charla con los beneficiarios de los proyectos de pro-salud y fortaleza (vecinos de las comunidades donde desarrollan sus intervenciones TUI), de la misma manera se nos dio a conocer el mega proyecto que se tiene en mente para poder incidir en el

acceso a los servicios de salud, para los habitantes de las comunidades donde se encuentran trabajando actualmente.

Se mantiene un espacio abierto de invitación a visitar el área y el trabajo de TUI. A lo largo de éste tiempo que nos permitirá observar el proceso de transformación histórico/social que se ha logrado en las comunidades donde intervienen con sus metodologías, así como el impacto positivo que se ha creado en los modos de vida de las personas de estas comunidades.

Para realizar ésta investigación se utilizó la metodología cualitativa, usando como herramienta la entrevista semi-estructurada, para lo cual se realizó un guion con los temas de interés tales como: historia y estructura de TUI, programas y metodologías empleadas por TUI en las comunidades de Chimalhuacán Edo. De México. Percepción que se tiene sobre la Promoción de la salud en estas comunidades, alianzas estratégicas de TUI, presupuestos y planes de TUI, por solo nombrar algunos; con una serie de preguntas abiertas se entrelazaron los temas (se puede consultar la guía de entrevista en el apartado de Anexos)

Las entrevistas están planteadas en ejes estratégicos para poder recabar la información de una forma precisa y lo más exacta posible, es así que se compone de un apartado de: perfil del informante, desarrollo laboral del informante en TUI. Preguntas sobre el contexto social y poblaciones clave de Chimalhuacán, Características sobre TUI, Estrategias planteadas por TUI para beneficio a la salud de las comunidades urbano marginadas (CUM), Metodología empleada por TUI. Para intervenir en la reducción de las inequidades y acceso a los servicios de salud para las CUM, y las relaciones interinstitucionales para la recaudación de fondos para el sostén y desarrollo de TUI. La guía de entrevistas se puede consultar en el apartado de anexos.

Sumándose a lo anterior, las entrevistas también estuvieron orientadas básicamente a obtener información acerca de sus percepciones sobre la zona, los cambios experimentados en los últimos años y la visión que desde afuera se tiene del lugar. Se utilizó una selección de los entrevistados intencional, procurando incluir diversos perfiles práctico profesionales en términos de sus labores en la OSC. TUI, por lo que se tomaron en cuenta el nivel educativo, ocupación, posición en la estructura laboral de TUI. Interacción objetiva con la comunidad de intervención, entre otros.

Se diseñó una guía de entrevista que consta de preguntas abiertas, la cual fue diseñada para directivos: (director general de la institución Mtro. Jean Luck Krieg (E1), el subdirector Lic. Oscar Rubén García Reyes (E2), la subdirectora de proyectos Lic. Carina Cova Arcia (E3), y personal: la coordinadora del proyecto fortaleza, Maira Patiño Arreola (E4), al coordinador del proyecto fortaleza Mario Moreno González (E5) personal entrevistado de Transformación Urbana Internacional (TUI).

Se diseñó una guía de entrevista por cada grado, es así que se planificaron guías de entrevista para directivos y una más para el coordinador de los programas de Pro-salud y Fortaleza. Esto es debido a la restricción y control de la información que manejan debido a la jerarquía laboral; Para llevar a cabo la aplicación de las entrevistas con las personas mencionadas de TUI se consideró una carta de presentación de motivos para la autorización de las entrevistas la cual fue respalda por la tutora de tesis: Dra. Quintino Pérez Frida Eréndira, Profesora investigadora de tiempo completo en la UACM. Centro histórico. Se aplicó de manera precisa ya que era de gran importancia el poder entrevistar a las siguientes personas: Mtro. Jean Luck Krieg, Lic. Oscar Rubén García Reyes y Lic. Carina Cova Arcia, siendo ellos los adecuados para poder aportar de manera contundente la información que se deseaba obtener para una mejor investigación del tema.

Debido a la agenda saturada de trabajo que tienen los directivos de TUI es complejo poder tener una cita para que se realicen las entrevistas, pero hubo disposición y cooperación por parte de la institución para poder realizarlas vía electrónica y telefónica.

Se creó una grabación de voz para respaldar los datos obtenidos durante la entrevista. Se utilizó un teléfono para poder establecer contacto con el Director y el subdirector de TUI (Entrevistados E1 y E2). Ya que como se mencionó anteriormente debido a la saturación de agenda y labor desempeñada dentro y fuera de TUI les era imposible fuera presencial.

En el caso de la directora del proyecto, debido su agenda saturada en la TUI, se le realizó la entrevista vía correo electrónico. Siendo en todo momento atentos con nosotros la OSC. TUI nos proporcionó los espacios y los medios necesarios para poder desarrollar la investigación de una manera cómoda y satisfactoria.

El periodo de levantamiento de las entrevistas se realizó entre el 26 de junio y el 14 de agosto del 2015. Este corto lapso fue parte de un periodo de contacto y convencimiento a través de llamadas telefónicas, correos y visitas a las instalaciones de TUI. (Chimalhuacán Edo. De México) y comunidades (Chimalhuacán y los Reyes la Paz Edo de México) donde TUI desarrolla sus actividades de intervención.

Las entrevistas se realizaron de manera individual, fueron grabadas con una duración promedio de noventa minutos, y se analizaron por completo. El trabajo de campo se llevó a cabo en el periodo ya mencionado. Durante el mismo, además de las entrevistas, se realizaron numerosos recorridos por diversas colonias del municipio, visitando escuelas, centros de salud, tianguis, barrancas y centros de oración. También se analizó la información sobre el municipio aparecida en la red.

Solo uno de los directivos respondió las entrevistas por correo electrónico, así quedó establecido desde un principio con su asistente, esto debido a la agenda tan cargada de trabajo de los directivos. El registro muestra que la investigación está constituida por cinco entrevistas donde se obtiene toda la información necesaria sobre el desempeño de las metodologías y programas de intervención de TUI en las CUM de Chimalhuacán y de los reyes la paz Edo. De México. De todo lo anterior se lleva un registro de todas las entrevistas y las visitas que se hicieron (esta información fue transcrita y analizada para armar el siguiente capítulo, retomando pequeñas partes de las entrevistas para ser discutidas), que forma parte desde el momento en que se contacta a TUI, hasta el momento de la última visita a TUI.

La finalidad de las entrevistas era el poder recabar información sobre las estrategias únicas, las cuales son empleadas por TUI. en las comunidades donde se encuentra trabajando, asimismo se pretende captar la mayor información de su discurso para poder realizar un análisis de comparación con los discursos de la Promoción de la salud y poder determinar que tanto son parecidas y como ha impactado en la salud de las personas, en el acceso a los sistemas de salud, que tanto es que la intervención de TUI ha beneficiado y ayudado a que las comunidades urbano marginadas de Chimalhuacán y sus colindancias puedan acceder de una manera más justa y equitativa a los beneficios que otorga un buen estado de salud.

#### IV.I Características de la metodología cualitativa

Para dar respuesta a las preguntas planteadas en ésta investigación nos basamos en las técnicas de investigación cualitativa, entendiendo que el paradigma cualitativo es para las ciencias del comportamiento una herramienta de gran valor. La investigación cualitativa posee un enfoque multimetódico en el que se incluye un acercamiento interpretativo y naturalista al sujeto de estudio, lo cual significa que el investigador cualitativo estudia las cosas en sus ambientes naturales, pretendiendo darle sentido o interpretar los fenómenos en base a los significados que las personas les otorgan (Álvarez J. s.f.).

La metodología cualitativa se plantea para descubrir o plantear preguntas que ayuden a reconstruir la realidad tal como la observan, los sujetos de un sistema social definido, no pretende probar hipótesis ni medir efectos, el objetivo principal es comprender lo que ocurre en nuestro alrededor, entender los fenómenos sociales, por eso es común que las hipótesis surjan en el mismo transcurso de la investigación. (Álvarez J. s.f.). El contexto cultural es muy importante, por ello se investiga en los lugares donde las personas realizan sus actividades cotidianas.

*El método cualitativo puede ser visto como un término que cubre una serie de métodos y técnicas con valor interpretativo que pretende describir, analizar, decodificar, traducir y sintetizar el significado, de hechos que se suscitan más o menos de manera natural. Posee un enfoque interpretativo naturalista hacia su objeto de estudio, por lo que estudia la realidad en su contexto natural, interpretando y analizando el sentido de los fenómenos de acuerdo con los significados que tiene para las personas involucradas. Es decir, las metodologías cualitativas no son subjetivas, ni objetivas sino interpretativas, incluye la observación y el análisis de la información en ámbitos naturales para explorar los fenómenos, comprender los problemas y responder las preguntas (Guardián A, 2007).*

Los datos objetivos de la investigación cualitativa proporcionan información no sobrecargada, por lo tanto, el investigador tiene que buscar patrones narrativos explicativos entre las variables de interés, realizar una interpretación y descripción de dichos patrones. Se empieza con observaciones preliminares y se culmina con hipótesis explicativas (Álvarez J. s.f.).

Los objetivos de la investigación cualitativa pueden dividirse en cinco grupos generales; adoptar una actitud abierta al aprendizaje, detectar los procedimientos que exige cada momento, presentar una visión detallada, centrarse en el individuo y comprender las circunstancias del

entorno. La comprensión y aceptación de estos objetivos de la investigación cualitativa permitirán al investigador utilizar de forma efectiva los métodos cualitativos para explorar los fenómenos sociales naturales sin perder de vista el contexto en el cual ocurren (Guardián A, 2007).

Como consecuencia de lo anterior la investigación cualitativa resulta ser de mayor interés para poder dar respuesta a las preguntas planteadas en ésta investigación, echando mano de un abanico amplio de métodos interconectados que nos proporciona la investigación cualitativa, recurriendo a bibliografía que proporcione información de la zona, documentos, registros de archivos, entrevistas directas, observación directa, observación de los participantes e instalaciones y haciendo un análisis histórico social, interpretaremos y daremos a conocer los resultados en el que se persiguen determinados objetivos, para dar respuesta a algunos problemas concretos que se plantea ésta investigación.

#### **IV.II Estudio de caso, como estrategia de la metodología cualitativa**

Considerando que ésta investigación puede ser valiosa ya que se realiza en un solo caso (estudio de caso), el cual es una herramienta de investigación fundamental en cualquier área del conocimiento. El estudio de caso analiza temas actuales, fenómenos contemporáneos, que representan algún tipo de problemática de la vida real, en la cual el investigador no tiene control, el investigador intenta responder el cómo y el por qué, utilizando múltiples fuentes y datos (López E. 2011).

De allí que se conciba un estudio de caso como “una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares”, la cual podría tratarse del estudio de un único caso o de varios casos, combinando distintos métodos para la recogida de evidencia cualitativa y/o cuantitativa con el fin de describir, verificar o generar teoría (Martínez P. 2006).

Sin embargo, hay que tomar en cuenta que existen cinco componentes esenciales para este género escrito: preguntas de investigación, proposiciones teóricas, unidades de análisis, vinculación lógica de los datos a las preguntas formuladas y finalmente la interpretación de dichos datos (Martínez P. 2006).

Respecto a su propósito, las investigaciones realizadas a través del método de estudio de caso pueden ser: descriptivas si lo que se pretende es identificar y describir los distintos factores que

ejercen influencia en el fenómeno estudiado, y exploratorias si a través de las mismas se pretende conseguir un acercamiento entre las teorías inscritas en el marco teórico y la realidad objeto de estudio (Martínez P. 2006).

Siguiendo la definición anterior, podemos decir que esta herramienta es útil para ampliar el conocimiento en un entorno real, desde múltiples posibilidades, variables y fuentes, porque con este método se puede analizar un problema, determinar el método de análisis, así como las diferentes alternativas o cursos de acción para el problema a resolver; es decir estudiarlo desde todos los ángulos posibles, y por último tomar decisiones objetivas y viables (López E. 2011).

#### **IV. III Entrevista semi-estructurada**

Se considera que es necesario apoyarnos en otra técnica que nos permita enriquecer la investigación, por lo que creemos necesario el respaldarnos en la entrevista semiestructurada. La entrevista tal y como se describe en éste trabajo, forma parte de la batería de técnicas de la investigación cualitativa, técnicamente es un método de investigación científica que utiliza la comunicación verbal para recoger informaciones en relación con una determinada finalidad; ésta a su vez forma parte de una manera de enfocar la realidad que es el método inductivo (Martínez P. 2006).

Partiremos del hecho de que una entrevista, es un proceso de comunicación que se realiza normalmente entre dos personas; en este proceso el entrevistador obtiene información del entrevistado de forma directa. Teniendo en cuenta siempre que la entrevista no se considera una conversación normal, sino una conversación formal, con una intencionalidad que lleva implícitos unos objetivos englobados en una Investigación (Olivos M. 2015).

Se trata de una situación cara a cara donde se da una conversación íntima de intercambio recíproco, en la cual el informante se convierte en una extensión de nuestros sentidos y asume la identidad de un miembro de su grupo social. En ésta interrelación, se reconstruye la realidad de un grupo y los entrevistados son fuentes de información general, en donde hablan en nombre de gente distinta proporcionando datos acerca de los procesos sociales y las convenciones culturales (Murillo J. s.f.).

La entrevista permite un acercamiento directo a los individuos de la realidad. Se considera una técnica muy completa. Mientras el investigador pregunta acumulando respuestas objetivas, es

capaz de captar sus opiniones, sensaciones y estados de ánimo, enriqueciendo la información y facilitando la consecución de los objetivos propuestos (Olivos M. 2015).

Con la finalidad de situar la entrevista semi-estructurada de tipo cualitativo se incluyen a continuación unas breves características: la entrevista semi-estructurada se determina de antemano cual es la información relevante que se quiere conseguir. El investigador previo a la entrevista lleva a cabo un trabajo de planificación de la misma elaborando un guion que determine aquella información temática que requiere obtener. Se hacen preguntas abiertas dando oportunidad a recibir más matices de la respuesta, permite ir entrelazando temas, pero requiere de una gran atención por parte del investigador para poder encauzar y estirar los temas (Murillo J. s.f.).

Existe una acotación de la información y el entrevistado debe remitirse a ella. Ahora bien, las preguntas que se realizan son abiertas. Se permite al entrevistado la realización de matices en sus respuestas que den a las mismas un valor en torno a la definición que den durante el transcurso de la misma se relacionaran temas y se ira construyendo un conocimiento generalista y comprensivo de la realidad del entrevistado (Olivos M. 2015).

Para finalizar este apartado es importante mencionar que se ha logrado entablar una buena relación con los coordinadores de los programas, en este proceso de aproximadamente un año y medio, se han dado avances en las labores de ellos en la comunidad, por lo que han existido transformaciones que la investigación ya no logra cubrir por el periodo de los tiempos; de la misma forma se generó una amistad que mantiene las puertas abiertas a mas compañeros que se interesen en retomar la investigación para actualizarla y mejorarla. El uso de esta metodología, permitió, resolver las preguntas planteadas y lograr los objetivos, igualmente se da una pequeña muestra de la labor de las OSC en la construcción y posible solución del problema planteado, desde la mirada de la promoción de la salud.



*Ilustración 5 Foto tomada por TUI en las CUM de Chimalhuacán.*

## **V. Resultados: análisis de las entrevistas y las estrategias plantadas por TUI para afrontar las problemáticas de las CUM de Chimalhuacán**

En este capítulo de resultados se describen y analizan los fundamentos, el programa de trabajo y las principales líneas de acción desarrolladas por la organización Transformación Urbana Internacional (TUI), poniendo especial énfasis en las estrategias que se han implementado para incidir en los determinantes sociales de la salud de las comunidades urbano-marginadas de Chimalhuacán, Estado de México.

En el primer apartado se proporciona un panorama general sobre el proceso de inserción e integración que ha seguido la organización en el contexto de estudio. Posteriormente, se describen los contextos sociales en los que desarrollan sus líneas de acción, y la influencia que ha tenido este conjunto de acciones en la transformación de la calidad de vida y la reducción de las inequidades de las comunidades urbano marginadas. En el último apartado del capítulo se analizan los alcances de las estrategias multifacéticas y se realiza una comparación de las líneas de acción y metodologías utilizadas por TUI, con las estrategias que distinguen a promoción de la salud (una perspectiva basada en la Educación popular, el desarrollo de ambientes saludables y recuperación de espacios públicos, promover la cohesión social, y orientar a las personas para la

demanda de los servicios públicos y de salud ante las autoridades correspondientes). En este marco se resaltan los dos programas (Pro-Salud y Fortaleza) de mayor relación con las líneas metodológicas de PS los cuales son implementados por TUI en las CUM de Chimalhuacán Edo de México.

## **V.I La organización Transformación Urbana Internacional (TUI) trayectoria y líneas de acción**

TUI es una OSC que realiza trabajo social y humanitario con las personas que habitan en zonas urbano-marginados a fin de promover el desarrollo de las capacidades comunitarias y diseña estrategias para enfrentar las consecuencias de la pobreza, la desigualdad social, la falta de servicios públicos y de salud, la violencia y la injusticia, que caracteriza a las CUM del municipio de Chimalhuacán.

De acuerdo a lo recopilado en las entrevistas y a la información documentada de la OSC, el trabajo el trabajo de TUI, nació en el verano del 2006, cuando los miembros fundadores comenzaron a argumentar la necesidad de integrar una organización que contribuyera a transformar los barrios urbanos marginados y contribuir a construir ciudades más sanas en dónde la gente pueda vivir con propósito y con vidas dignas. Al respecto, un integrante de TUI señala:

*E1: TUI nace hace 10 años con la intención de fomentar programas integrales que provoquen un cambio radical en la sociedad, incluyendo también a los entes gubernamentales, para que se pueda provocar un cambio en la sociedad.*

*E2: nace porque Juan Lucas, viene a Chimalhuacán, aquí a esta calle y de hecho es muy interesante lo que nos cuenta, él y su esposa Sharleth, pues Juan Lucas es rubio, imagínate la gente, dice ¡un suizo!, que llega a vivir en una casita de cartón en Chimalhuacán, a partir de ahí él se da a conocer en la comunidad.*

TUI es una OSC de corte religioso, creen en la confesión histórica cristiana, como fue descrita en los credos históricos, y en las creencias de la red de Miqueas y el compromiso de Cape Town. En estos textos fundamentan lo que denominan trabajo humanitario, así como una propuesta metodológica comunitaria dirigida a las personas que habitan en los barrios marginados de Chimalhuacán. A pesar de tener una base religiosa cristiana, tienen bien en claro que su labor social es una intervención completamente diferente y tratan de no mezclar su labor comunitaria con su creencia religiosa; la mayor parte de sus esfuerzos se dirigen al trabajo de asistencia

comunitaria. Incluso opinan que el trabajo comunitario jamás debería ser usado como una excusa para extender sus puntos de vista políticos o religiosos, o reprimir su apoyo en base a raza, género, religión, clase social o nacionalidad.

*E3: TUI nació con el objetivo claro de generar comunidades transformadas integralmente, esto refiere a la salud, a lo social, económico, e incluso en la parte espiritual; creemos que la comunidad no tiene muy bien en aclarada esta parte de la fe en Dios. No pretendemos evangelizarlas ¡eso no!, lo que hacemos más bien es que tengan una visión a Dios como amor y justicia, un Dios que los quiere, pero no quiere que viva como ellos viven, entonces a eso nos referimos a una comunidad transformada integralmente y que ésta transformación pueda ser sostenible. E3: También tenemos el propósito de seguir generando agentes de cambio, líderes nuevos, que tengan una visión hacia su comunidad y que produzcan un cambio en su comunidad, en compañía de ellos mismos: queremos líderes que ayuden.*

*E2: En nosotros predomina mucho la ley del Shalom, si nos quedamos viendo únicamente en la relación con Dios, solo sería una parte de la solución, también está el sistema político, económico, también está la relación de la naturaleza, y también está la relación con lo que pensamos, si solamente nos enfocamos en trabajar una parte del hombre, lo que hacemos es que minimizamos su mundo, y no se obtiene el Shalom en su plenitud.*

Han decidido implementar sus estrategias de cambio de una manera más cercana con la comunidad por lo que consideran importante el vivir entre las personas a las cuales sirven, se involucran voluntariamente como hasta hoy en día. A través de esto buscan fomentar relaciones de cooperación mutua, siendo su principal objetivo el trabajar por la transformación integral de los barrios urbano-marginados.

*E3: Fue difícil entrar a la comunidad, yo comencé a ganar la confianza de todos y pasé de ser facilitador a ser coordinador, aunque mi trabajo en la comunidad y la labor que he desempeñado con toda la comunidad, me ha dado como ser el referente de TUI, de alguna manera el liderazgo que yo tengo es por mi trabajo cercano a ellos, porque los proyectos que he desarrollado y encabezado con la comunidad, me ha dado la oportunidad de ganarme mucho su confianza y su aprecio, su respeto y su respaldo.” E3: Con el objetivo claro de generar comunidades transformadas integralmente, proponemos que ellos puedan tener una OSC, para cuando salga TUI ellos puedan seguir generando esos cambios para el bien de su desarrollo social y enseñen a las otras comunidades a luchar por sus derechos.*

De acuerdo con documentos de TUI, actualmente la organización implementa una “estrategia multifacética para abarcar integralmente la pobreza urbana, desde el fortalecimiento de la sociedad civil, hasta la salud comunitaria y pública (refiriéndose a esta como la atención primaria

en salud), el desarrollo económico y comunitario, mejoramiento medioambiental, el desarrollo de líderes serviciales, iniciativas deportivas y culturales, la capacitación de jóvenes y niños como agentes de cambio, comprometiéndonos con las familias e individuos en procesos de sanidad emocional, promoviendo soluciones por medio del diseño urbano y la construcción de redes y coaliciones para la incidencia pública” (Transformaciónurbana.org/). Dentro de sus posibilidades, buscan promover e integrar modelos de generación de ingresos para coadyuvar a la sostenibilidad de su trabajo, con la participación de la comunidad en general.

Desde su nacimiento TUI busca transformar los barrios urbanos marginados al orientar a los pobres urbanos para convertirse en agentes de cambio en sus propias comunidades. Con la finalidad siempre clara de generar ciudades más sanas y fomentar la relación y la comunicación mutua entre los pobres y los no pobres, para promover intervenciones estratégicas planteadas para las CUM.

*E2: Nosotros creemos en la transformación de las comunidades, en los movimientos verdaderos y virtuosos, trabajamos haciendo comunidades libres y queremos comunidades que mejoren su papel entre vecinos, que reinterpreten su papel en la comunidad, que exista una transformación profunda para siempre. Lo vamos a lograr si hacemos una base de personas independientes, que sean capaces de crear y sostener un modelo de transformación integral en su comunidad, que les permita ser más libres y autónomos en la toma de sus decisiones, buscamos promover una justicia social y una vida más digna para las CUM.*

TUI actualmente es parte de: ConeXión Mosaico que sirve como una fundación que da cobijo a tres OSC legalmente constituidas. Para TUI es de suma importancia la necesidad de fortalecer la sociedad civil, para esto ha fomentado iniciativas de la propia comunidad, con programas que transformen las vidas de las personas y de sus comunidades. Así también se centra en la necesidad y la oportunidad de equipar líderes locales para ser agentes de cambio en sus propias comunidades independientes de estructuras sociales y de partidos políticos.

*E1: Una de nuestras misiones es construir cooperativas de ciudadanos que promuevan un cambio a nivel sistemático, construir puentes entre los que toman decisiones y los pobres urbanos es crucial para ver un cambio sustentable y permanente. Desde una perspectiva que entiende la pobreza como un fenómeno sumamente complejo y socialmente construido, planteamos estrategias encaminadas al análisis de las relaciones entre la dimensión social, espacial y simbólica de la privación y la desigualdad urbanas, es a partir de las propias necesidades de los residentes en la localidad, que se explora cómo concibe la sociedad a los pobres marginados y la pobreza, y cómo es que se relacionan entre ellos, E2: tratamos de*

*orientar sus distracciones y desventajas en esfuerzos, para que se interesen en los temas, ya que son comunidades que únicamente tienen mal enfocando su energía y los invitamos a ver cómo pueden enfocarla a su comunidad.*

Debido al gran trabajo generado y al esfuerzo de sus fundadores y equipo de trabajo actual, en el transcurso de estos últimos años han logrado hacer crecer su impacto y también se han consolidado firmemente como OSC. Cabe resaltar que se han comprometido a albergar otros proyectos que buscan abordar la pobreza urbana desde diferentes ángulos, sin perder la importancia que tiene para ellos un liderazgo local y promoviendo a las propias personas a ser más integrales y efectivos en su propia labor comunitaria.

*E1: TUI tiene la intención de fomentar programas integrales que puedan provocar un cambio radical en las CUM. El objetivo así, pasa a ser el cambio radical a través de la participación de la comunidad en cuanto a la exigencia de sus derechos y la participación ciudadana, que es lo principal, de igual forma es importante fomentar el cambio en los ciudadanos, que formen movimientos sociales que transformen la realidad estructural y propia. Así que, si en un barrio marginal se construye la capacidad de organizarse y construir confianza, esto ayuda a traer el cambio, porque esta capacidad permite que la gente observe sus propias experiencias, comenta de donde vinieron, analiza su situación y encuentra maneras de ayudarse. Sin ella, cualquier cambio logrado se deshace a los pocos meses o años.*

*E2: Para esto TUI ha creado proyectos para impulsar la construcción de confianza y de tejido social entre las personas de los barrios marginados, también busca promover la participación ciudadana y el fortalecimiento de la sociedad civil para crear las bases comunitarias que permitan utilizar los instrumentos que la ley otorga a las personas y las OSC para incidir en los gobiernos municipales.*

Es aceptado, así mismo que el éxito de sus programas planteados está en relación directa a la proporción de las personas de la comunidad que los apoyan, la eficiencia de un programa comunitario es proporcional al grado de participación e involucramiento de los miembros de las comunidades que la forman.

## **V.II Contexto social en el que se desarrollan las actividades de TUI**

La ciudad se transformó en una metrópolis y pasó a ser en un sistema urbano más complejo: la megalópolis, que más que ceder un espacio para una vida digna, deprime la vida de las personas, se encuentran sumergidos en un mundo que no es el suyo y al que no han podido entrar (Rodríguez R. 1996).

Arrancados de sus orígenes, los pobladores del hacinamiento marginal urbano viven inmersos en una amalgama de civilizaciones que da como resultado un híbrido de culturas. Como consecuencia de lo anterior en nuestro país se han generado dos fenómenos que lejos de haber surgido espontáneamente han sido resultado de un complejo proceso histórico ya que se encuentra estrechamente vinculado entre sí: la acelerada urbanización y una tendencia a la concentración urbana (Rodríguez R. 1996).

TUI está actualmente enfocándose en la periferia del Estado de México en el área metropolitana, incluyendo Chimalhuacán y Los Reyes la Paz, comunidades de bajos ingresos en las afueras de la Ciudad de México que conjuntamente tienen cerca de 1.5 millones de residentes. A penas la mitad de ellos son habitantes de barrios marginados quienes viven en casas por debajo de los estándares, más de 80% de ellos son empleados del sector informal y muchas veces sin una tenencia de la tierra segura y en dificultades económicas, familiares y sociales. (*transformacionurbana.org*. 2010). De acuerdo con un informante de TUI, estos contextos se caracterizan por la persistencia de importantes brechas de la desigualdad social que se expresa tanto en divisiones de los grupos sociales como en las fronteras geoterritoriales. Para incidir en la reducción de las brechas de la desigualdad TUI busca promover la participación comunitaria y el fortalecimiento del tejido social incluyendo a las familias, vecinos y otros actores comunitarios.

*E1: Las divisiones de clase no sólo crecen, sino que se hacen más rígidas y las distancias sociales se ven ampliadas y reforzadas por marcados procesos de concentración geográfica. El propósito principal de TUI es el de cerrar la brecha que existe entre la calidad de vida, la falsedad político social y la realidad, con una cultura social que promueva la participación social no solo se beneficiará económicamente, sino también en cuestión relacional, promovemos que exista una reconciliación entre ellos, entre su familia, entre sus vecinos, con la comunidad, con el gobierno, con otras instituciones que les permita de una manera palpable el poder acceder a una verdadera calidad de vida.*

Como podemos ver el municipio de Chimalhuacán Edo. De México. Desde un contexto histórico-social de aproximadamente 30 años ha formado parte de los cambios en el patrón de urbanización metropolitana, así como de un desigual desarrollo económico, social y cultural de esta zona, lo que ha implicado también la aparición de nuevos riesgos para la salud y la redistribución de los ya existentes.

Con una población cercana al millón de habitantes, el gobierno local de extracción Antorchista<sup>5</sup>, reconoce que actualmente el 25 por ciento está en condiciones de marginación. Chimalhuacán es uno de los municipios en los que no ha habido alternancia de partidos en el poder; siempre ha sido gobernado por el PRI, y desde hace cinco administraciones Antorcha Popular ha ganado las alcaldías, el resultado: Miles de habitantes de este municipio viven en condiciones de miseria, decenas de familias sobreviven hacinados, una ola imparable de pobreza, desempleo e inseguridad. (Ibáñez A, 2013).

*E1: No existe una calidad de vida en este sitio, existe por el contrario un escenario lleno de carencias, no hay luz, no hay agua, no hay alcantarillado, no hay pavimentación, no hay escuelas, no hay un médico, el centro de salud está a casi una hora, súmele la falta de empleo y que los pasajes aumentaron porque te retiraste más del área de trabajo, la mala higiene que produce el ambiente, barrancas que son usadas como tiraderos clandestinos donde se encuentra un foco de contaminación latente. Dime ¿dónde encontraste la calidad de vida en este escenario?, el gobierno municipal realmente ejecuta lo que el gobierno federal le dice, lo que buscan es la permanencia de la bandera en el poder, no buscan cambios estructurales, buscan la cabeza, las políticas económicas estructurales no tiene que ver con el desarrollo de la comunidad, sino más bien con el traslado de los bienes y fines partidistas que se están jugando en ese momento para el gobierno, estos escenarios son perfectos para seguir produciendo las demagogias de los partidos políticos en el poder.*

El gobierno local precisó que las comunidades con mayor problema de marginación en Chimalhuacán son: el Ejido Santa María, San Juan Zapotla, Xochiaca parte alta y Xochitenco parte baja, localidades que no rebasan los 30 mil habitantes: En el Ejido de Santa María, ubicado a tan sólo una hora de la Ciudad de México, en estos lugares la pobreza es equiparable a la de entidades del sureste mexicano con alta marginación, como Oaxaca y Chiapas. Aclaro que poco a poco han avanzado en infraestructura urbana; sin embargo, para erradicar la pobreza es necesario crear fuentes de empleo. Los habitantes de estas comunidades mayoritariamente se dedican al comercio informal pues en Chimalhuacán, no hay muchas fuentes de trabajo (Ibáñez A. 2013).

---

<sup>5</sup> Es una organización que se dedica a agrupar campesinos para "Mejorar su condiciones de vida", mediante el pago de una cuota de adhesión, los líderes se encargan de mover sus influencias para que un grupo de personas obtenga determinadas prestaciones (subsidios, terrenos, escrituras, etc)., en realidad no son más que otro grupo de presión equivalente al Frente popular Francisco Villa del PRD pero en este caso los antorchistas son afiliados al PRI, se pueden obtener muchos beneficios si te acercas a ellos, pero en general no son muy bien vistos en la sociedad (*eluniversal.com*. 2015).

Estadísticas de la SEDESOL sobre pobreza patrimonial dejan ver que el grado de pobreza en este municipio es de 53%, porcentaje mayor al de Chalco, La Paz, Chicoloapan y otros municipios del Estado de México considerados con alto grado de marginación y rezago urbano. Esta localidad, en contraste, presenta una tasa de crecimiento poblacional de 7.4 por ciento anual, la segunda más alta entre los municipios de la zona oriente, situación que se refleja en la insatisfacción de servicios, desempleo y otras problemáticas (Gobierno del Edo. De México Chimalhuacán, 2016).

La titular de la Dirección de Desarrollo Social del municipio de Chimalhuacán, consideró que los problemas de pobreza están ligados al fenómeno migratorio; cifras del INEGI indican que el 59 por ciento de la población en Chimalhuacán proviene de otras entidades, y de ese porcentaje, poco más de la mitad emigró del Distrito Federal: “Tal situación propició un crecimiento exponencial de la población y a su vez, de la demanda de servicios básicos”, explicó la funcionaria (Gobierno del Edo. De México Chimalhuacán, 2016).

*Uno de los entrevistados nos deja claro que E1: Si buscamos en los índices de pobreza en México, pues Chimalhuacán es uno de los municipios con un índice de pobreza bastante amplias, está en los primeros lugares de pobreza y de violencia, ahorita Chimalhuacán está en un índice de violencia muy alto, son los escenarios a los que nosotros como comunidad de Dios y como ONG nos enfrentamos y venimos con gusto, porque nos necesitan, necesitan de una unión, una reconciliación con Dios y con ellos mismos, con su comunidad, con su Estado, con sus líderes, con su vecino, necesitan saber que si hay una calidad de vida y que no está lejos, que ellos son los que determinan que tal lejos la ven, no hay calidad de vida pero podemos construirla, transformando el entorno y lo más importante de todo ayudándoles a transformar su manera de ver los problemas.*

*E2: TUI en compañía con otra OSC (MUCD), interesados en el mejoramiento de las condiciones de seguridad de las personas de las CUM de Chimalhuacán, se comprometen a promover y construir una Cultura de la Legalidad mediante la formación y activación de la ciudadanía para la recuperación y apropiación de espacios públicos con presencia de violencia o delincuencia.*

Como tal ésta área es considerada entre los barrios marginados una de las más grandes de la metrópoli mexicana, más de la mitad de las familias están desintegradas debido a los patrones de migración y violencia social. Cerca del 70% de los hogares sufren de violencia psicológica, económica y social, el miedo a sus agresores dificulta que las víctimas hagan denuncias formales, y esto refuerza el ciclo vicioso de la vulnerabilidad social. La participación cívica en ésta área no es de amplia difusión y en dónde los ciudadanos se organizan son manipulados por intereses políticos. La mayoría de las instituciones también, ofrecen muy poco para atender la

desesperanza arraigada, la injusticia estructural y la creciente necesidad presente en muchos barrios urbanos marginados (Bayón C. 2008).

Desafortunadamente ésta falta de participación cívica, organización comunitaria e involucramiento social de las instituciones han hecho que Chimalhuacán y los municipios aledaños a él sean una tierra fértil para la injusticia social, corrupción continua, gobernanza urbana pobre, oportunismo por partidos políticos y el incremento de la violencia social. Todo esto, además del quebrantamiento personal y falta de salud social, han conspirado para mantener a los residentes de Chimalhuacán en un ciclo de desesperanza y apatía (Discurso tomado de las entrevistas a personal de TUI)

*Uno de los titulares de TUI nos hace referencia a lo anterior al comentarnos que: E1 Cuando nosotros entramos a la comunidad nos encontramos siempre que las personas están desanimadas, desencantadas, no quieren saber nada de las mismas promesas, nos enfrentamos a la displicencia generalizada, el desencanto que hay de la comunidad a los programas sociales, que han hecho el gobierno y los partidos políticos han dado como resultado que la gente se aleje, se sienten engañados y decepcionados. Entonces cuando nosotros queremos ingresar una comunidad con un programa, las personas no quieren responder, además que las campañas políticas de todos los partidos políticos ensucian el panorama al ofrecer y regalar cosas a la comunidad dejándola inutilizada, cuando realmente la comunidad necesita mayor atención a la salud, nosotros llegamos con este discurso a la gente no le interesa, se da la vuelta ellos esperaban recibir un regalo, por lo tanto para los grupos políticos nos es difícil entrar a una comunidad.*

La invasión de la migración interna sucedida en esta área geográfica, es solo uno de los tantos problemas en estos espacios físicos donde los seres humanos nacen, se reproducen y mueren. Una vez que los recién llegados se han instalado en los centros urbanos de mayor atracción, empiezan a crearse problemas que con el tiempo se vuelven crónicos, ya que la ciudad no está en la mejor disposición de abastecer a este excedente de población de todo tipo de servicios sociales como vivienda digna, salud, educación, Etc. (Bayón C. 2008).

Si bien en un área metropolitana con alta incidencia en la desigualdad social, como sucede en la ciudad de México, las personas más vulnerables se distribuyen prácticamente en toda el área urbana, los grupos más desfavorecidos no sólo tienden a concentrarse en las zonas con mayores desventajas, sino que esas áreas son las que han experimentado el mayor crecimiento poblacional en las últimas tres décadas. Entonces las áreas de concentración de la pobreza no

sólo persisten, sino que crecen y se hacen más densas potenciando los procesos de exclusión social (Bayón C. 2008).

A finales de la década de los ochentas, la población campesina se ha movido a las grandes urbes: más de las dos terceras partes de la población se concentran en áreas urbanas y suburbanas, con ello han crecido notablemente los riesgos para la salud de las comunidades que habitan en las grandes ciudades, expuestas a un desarrollo social mal planeado y a una sobrepoblación local con servicios básicos insatisfechos. Así mismo esto ocurre sin que necesariamente hayan desaparecido los riesgos a la salud de las personas que habitan en las zonas suburbanas marginadas de las grandes aglomeraciones poblacionales del país (Garza G. 2007).

Con el paso del tiempo estas personas se vuelven desempleados, pero debido al estímulo que los núcleos urbanos reciben de las industrias, también se produce un fenómeno inverso, es decir se da la invasión de la ciudad a las orillas mediante un crecimiento desmesurado de la mancha urbana que es producto a su vez de la densidad de la población (Bayón C. 2008).

*Por su parte el coordinador del programa Fortalez nos indica que E3: Los escenarios de una CUM, donde los sujetos no cuentan con las condiciones materiales y simbólicas que garanticen su plena integración social son las CUM. Chimalhuacán es un sitio donde los pobladores rurales movidos por la expectativa de mejorar sus condiciones de vida se desplazaron a las grandes ciudades y se ubicaron en asentamientos precarizados. En estas CUM empezaron a emerger los barrios de los trabajadores que no contaban con las condiciones materiales mínimas para vivir dignamente.*

*E1: Cuando ellos llegan a la comunidad vienen pensando más en que lograron una meta inalcanzable para muchos, que es el poder tener un bien físico, un terreno propio; la emoción los destella, no les permite ver la realidad a la que acaban de llegar, o del lugar donde acaban de llegar, entonces el panorama cambia drásticamente después de unos días, sin que pase mucho tiempo, las personas comienzan a darse cuenta de la precariedad de la colonia y de la falta de comunicación que hay entre los propios vecinos y el aislamiento los consume como a los otros.*

Queda claro que la situación prevaleciente en gran parte de la población que habita en la zona urbana marginada de Chimalhuacán Edo. de México, son réplicas de las personas que habitaron en estas zonas anteriormente y que siguen replicando el fenómeno en las nuevas generaciones, lo que los predestina a una descomposición económica e inequidad social existente en las CUM, fenómeno que no se ha dado de un día para otro, sino que ha sido un proceso que comenzó hace ya más de 30 años y sigue vigente hoy en día (Aranda E. 2006).

En primer lugar, se generan fuertes gastos de infraestructura social como el transporte, salud pública, agua, empleo, desintegración familiar, etc. Pues las personas que provienen de zonas urbanas no reciben los servicios necesarios para poder asentarse en estas áreas, por otra parte, como el Estado no tiene la capacidad para proporcionar los servicios suficientes, en las CUM, produce un predestino a la pobreza, pero es sorprendente como estos núcleos conurbanos se hacen cada día más grandes, formando algo así como pequeños núcleos de pobreza (Bayo C. 2008).

La infraestructura urbana básica es altamente precaria, la escasa presencia de servicios públicos de salud (nueve centros de salud de primer nivel, sólo un hospital de segundo nivel y ninguno de tercer nivel) se traduce en la proliferación de clínicas y consultorios privados, escasamente regulados y con dudosos estándares de calidad. Es común que se piense que los servicios médicos privados funcionan como una válvula de escape para la clase baja insatisfecha con la seguridad social. No obstante, estos representan la principal fuente de servicios para los pobres urbanos, sumándole la falta de regulación y una deficiente calidad de vida e ineficiencias sociales que empobrecen más a los que menos tienen (Frenk J. 2008).

*E1: El acceso a los servicios de salud es muy deficiente las pocas clínicas u hospitales que hay son muy escaso y en algunos casos son clínicas semi-abandonadas y las más cercanas se encuentran a hora y media, entonces las personas tienen que verse en la necesidad de pagar transporte, o taxi aproximadamente unos 70 pesos, más consulta y medicamento. El sistema de salud también es ineficiente por la alta demanda que tienen y la escases de medicamentos, médicos, infraestructuras, por lo que es determinadamente ineficiente. La salud pública está total mente abandonada, no existen programas enfocados a la perspectiva de género, la salud sexual, la salud relacional, entonces está abandonada la perspectiva de la salud por parte de los gobiernos.*

*E1: Una de las principales cosas en que nos enfocamos NO es la atención, sino en la prevención, creemos que es ahí donde se encuentran las raíces, si nosotros nos adelantamos y brindamos una protección antes del daño evitamos que se produzca, es por eso que nuestros ejes se dan en la intervención anterior a la enfermedad a través de campañas médicas, ese es un eje, por otro lado, cuando ya existe el daño nosotros canalizamos a las instituciones de salud pública. Entonces esto sucede porque la atención a la salud es muy cara y la economía de la comunidad es muy limitada.*

Esto se refleja en el gasto en salud de las familias que puede ser en sí mismo, un mecanismo generador de pobreza, ya que el sistema de salud no logra mitigar para muchos el impacto

económico de la enfermedad y de la muerte, incrementando así los costos directos e indirectos en ausencia de una redistribución equitativa de los servicios básicos hacia la sociedad en su conjunto. Así muchas familias que habitan en estas comunidades urbano marginadas, se ven obligadas a incurrir en gastos que podrían llegar a ser catastróficos al poner en riesgo la satisfacción de otras necesidades básicas (OPS, 2012).

E2: El dato que yo manejo es de 1 medico por cada 1800 habitantes, es ridículo, hígole esto no da para ofrecer un buen servicio, entonces las CUM son marginadas totalmente.

*E1: Los servicios públicos son una etiopia, pregunta ¿sí el gobierno federal tiene para invertir en mayores recursos para mejorar los servicios público?, el gobierno federal te va decir NO, por eso es una etiopia, una etiopia es un negocio redondo, porque los políticos se aprovechan de las necesidades de las personas para retener su poder, pero también hay quien de las propias necesidades se aprovechan y abusan de la gente, entonces la brecha se agrava cuando no hay voluntad política. Esto nos lleva a otro tipo de marginación: Es la automarginación, a los pobres les han enseñado en sus municipios a que no están sujetos a nada, entonces un pobre en Chimalhuacán cree en que no tienen ninguna esperanza, lo cual es una mentira increíble, pero esta es la realidad en que los han formado.*

En Chimalhuacán la principal actividad económica a nivel local es el comercio informal, pues no hay muchas fuentes de trabajo, por ello es considerado como un municipio dormitorio, ya que el 65.3 % de la población se traslada al Distrito Federal y a la zona industrial del Edo. De México, Tlalnepantla y Cuautitlan Izcalli, para conseguir el sustento familiar, lo cual implica gastos económicos y físicos (Ibáñez A. 2013).

Bayón 2011 señala que la evolución reciente de la división del espacio a gran escala en la ciudad de México evidencia un marcado crecimiento de la población residente en áreas con grandes carencias, lo que implica que la forma dominante de integración a la ciudad de las clases populares, las colonias de autoconstrucción, podría estar perdiendo o al menos reduciendo, su capacidad integradora (Bayón C. 2008).

Por otro lado, esta evolución muestra una tendencia a la concentración de los hogares más pobres en grandes aglomeraciones de pobreza, particularmente al oriente de la ciudad, donde reside alrededor de 40% de la población metropolitana. En esta zona se ubica Chimalhuacán, el municipio con mayor concentración de desventajas de la zona metropolitana de la ciudad de México y uno de los más pobres del estado de México (Garza G. 2007).

*Desde el punto de vista de nuestro entrevistado E2: Chimalhuacán es un territorio dormitorio, las personas de esta zona salen a buscar empleos en otros lados. Primero que tipo de empleos son: albañiles, empleadas domésticas o son vendedores en la ciudad, hay un número importante de mujeres que se prostituyen y son de Chimalhuacán, pocos son los que se van a una oficina, pocos son de la clase media, entonces, es una comunidad dormitorio por que salen a laborar a la ciudad. La falta de empleo en Chimalhuacán está provocando el narcomenudeo a todo lo que da, la guerra entre bandas rivales por el narcomenudeo es terrible, la gente camina con inseguridad, los jóvenes que no tiene un empleo, pues se dedican al narcomenudeo a robar, ¡por un celular te matan en Chimalhuacán!*

Es en este contexto de fuerte concentración de desventajas, el factor de atracción poblacional no es ciertamente el mercado de trabajo local, sino la posibilidad de contar con una vivienda propia mediante la autoconstrucción, dada la disponibilidad de terrenos a menores precios, generalmente ubicados en asentamientos informales, de suelo salitroso, escasa permeabilidad y susceptibles a inundaciones. El acceso a estos lotes, así como la provisión de servicios públicos, como agua, drenaje, luz, pavimentación, etc., suele estar ligado a las prácticas clientelares y a los cacicazgos políticos que tienen el "control" de la zona (Aranda E. 2006).

*E1: Es sumamente fácil, barato y popular, obtener un lote en Chimalhuacán, mira una persona que quiere adquirir un terreno en esta zona tiene que cumplir con una serie de participaciones, alrededor de 250 y las participaciones es ir a marchas, después de que cumples con eso das un enganche de 15 000 pesos y tienes un terreno, eso no lo van a tener en ningún otro lado, aunque después tiene que pagar 1500 pesos por años, años, años y años, pero ya tienen un lugar donde vivir y ya tienen un patrimonio económico, por eso es que se siguen poblando estas comunidades.*

*Como lo explique es sumamente fácil el obtener un terreno, si una persona que se autoemplea por ejemplo un moto-taxista quiere sacar un crédito INFONABIT jamás se lo van a dar, pero antorcha se lo va regalar, o un vendedor o lotificador lo va aceptar, dame 5000 pesos de enganche y págame 1500 al mes durante muchos años eso no lo va dar ningún banco, ni INFONABIT, entonces es la forma muy sencilla de acceder a un terreno.*

La situación económica por la que atraviesa el país orilla a un amplio contingente de sujetos a cobijarse en zonas de asentamientos irregulares no aptas para vivir. Dicho contingente no tiene posibilidad de elección y es ubicado en sectores periféricos, donde el precio del terreno es más barato, se invierte menos en construcción y la seguridad social está destinada ser un juego al azar donde se restringe por completo el acceso, así son segregados donde vivían o más bien "sobrevivían" en forma hacinada y lejos de los servicios públicos dignos (Enríquez P. 2011).

Mudarse a Chimalhuacán puede representar, además de la única oportunidad de tener acceso a una vivienda propia, un deterioro en la calidad de vida urbana, que es evidente sobre todo en la menor accesibilidad y peor calidad de los servicios. El alucinado país de las maravillas no será para ellos más que el hacinamiento y la insalubridad de los barrios pobres y marginados de los grandes núcleos urbanos. Pero es la realidad con la que se encuentran esos miles de seres humanos desesperados por vivir con un poco más de dignidad (Bayón C. 2008).

A más de tres décadas del reinado de la desigualdad social en Chimalhuacán comienza a verse unos destellos de la modernización, pero la esperada integración no se ha dado, de hecho, sigue naciendo CUM en mayor proporción e intensidad. Es más, sectores antiguamente bien atendidos en los servicios urbanos, hoy en día son víctimas de la falta parcial de funcionamiento, hasta llegar a situaciones preocupantes como contaminaciones, falta de luz, drenaje, agua, hospitales, escuelas, y empleos en la zona, etc.

Es precisamente esta experiencia, una de las dimensiones relevantes a la hora de interpretar los signos de insatisfacción y malestar con el lugar, al experimentar la falta y baja calidad de los servicios y de espacios recreativos, la nula presencia de los servicios de salud, la falta de pavimentación, la pésima calidad del transporte público, la inseguridad. Si bien la posibilidad de tener acceso a una casa propia es la principal fuente de satisfacción con el lugar, esto no borra el disgusto por el cúmulo de carencias; junto al malestar hay una implícita aceptación de su situación como un destino frente al cual poco se puede hacer (Bayón C. 2008).

*E2: No es coincidencia que las manifestaciones de descontento social provengan siempre de las zonas rurales más pobres del país, tienen limitaciones en todos los servicios, lo que implica también tener menores oportunidades ya que se ven limitados primordialmente en cuanto al acceso a la educación, al servicio de salud, a un buen trabajo, los servicios públicos primordiales para las personas como lo es el acceso al agua, a la luz, al drenaje, estos son los principales problemas a los que se enfrenta toda esta gente, no tienen servicios, llegaron por que creyeron encontrar la ganga de su vida al acceder a un terreno propio, es la importancia que ellos vieron cuando decidieron venir a esta área, lo servicios nunca estuvieron presentes en su mente, huyeron de una cuota mensual por habitar una vivienda limitada.*

*E1: Hay derechos constitucionales y las personas los desconocen, por ejemplo: el derecho al agua, y así como este derecho existen otros más. No necesitamos de alguien para acceder a ellos, pero no lo hacemos por los intereses que genera el hacerlo, porque es un negocio el servicio del agua. Por lo tanto, los gobernantes de ello van a ser un botín político, en la temporada de votaciones es un gran porcentaje*

*el que representan las CUM, basta ver las estadísticas de como el Edo. De México representa tantos votos, y sino recordemos que municipio le dio un gran porcentaje de votos a EPN en su postulación a gobernador del Edo. De México.*

Es por lo anterior que los menos favorecidos del sistema no les queda otra para poder sobrevivir que el de emplearse en las tareas poco remuneradas, si es que las hay, o bien dedicarse a la economía informal. Un gran estudio de los problemas urbanos. Aranda E. (2006), dice con mucha razón que “la segregación espacial, tan propia de las ciudades capitalistas, es decir, la existencia de opulentas mansiones en contraste con los barrios miserables en una urbe, no es más que el reflejo de la segregación social o la división entre ricos y pobres de una sociedad”.

La desigualdad en cuanto a recursos y oportunidades afecta la posibilidad de alcanzar modos de vida valorados que conduzcan al reconocimiento social y la autoestima. Junto a su indiscutible base material, ligada a la falta de medios de subsistencia y circuitos de privación, donde las desventajas se acumulan, la exclusión social tiene una dimensión subjetiva que se expresa en insatisfacción y malestar frente a situaciones en las que no se puede realizar aquello que se desea y alcanzar aquello a lo que se aspira (Enríquez P. 2011).

La desigualdad naturalizada y una visión individual de la pobreza se dan en el contexto de una persistente y marcada inequidad en la distribución de oportunidades, de una desigualdad social en salud permanente y de un Estado que no se constituye en garante de niveles mínimos de bienestar, este patrón de asentamiento informal genera condiciones durables de precariedad que se vuelven crónicas y terminan por ser consideradas normales; casi no hay referencias al desigual acceso a las oportunidades, a un discurso de derechos, o a la responsabilidad del Estado en relación a una distribución más justa de la riqueza (Bayón C. 2008).

*E2: Es común que en estas comunidades los escenarios difundan sobre las personas una actitud negativa, principalmente es la apatía de la gente, la mentalidad de las personas, todo provocado por los grupos políticos que se encuentran en la zona y la falta de la calidad de vida a la que son expuestas las personas de esta zona.*

*E1: Las represiones políticas de líderes corruptos y estafadores ha tenido como consecuencia que las personas de las CUM no le interese participar en el acceso a los servicios públicos de su comunidad, porque tienen miedo de organizarse, además reflejan un desencanto a la colaboración social, ya que cuando intentan hacerla hay represiones, llegan y los apagan, entonces este contexto de marginación y pobreza urbana es provocada, no es natural con eso no se nace, tiene que haber voluntad política, con voluntad social, al no ser un sujeto activo de derecho, las personas se desapegan.*

En estos contextos predomina una concepción según la cual el Estado no es responsable de revertir las causas y los resultados de la desigualdad social y económica, lo que incrementa el carácter punitivo en relación con los otros, las abismales distancias sociales no sólo son ampliamente toleradas por la mayoría de las clases sociales sino vividas cotidianamente como naturales, y donde las protecciones sociales destinadas a los sectores más desfavorecidos no constituyen derechos sino ayudas escasas y de baja calidad, los riesgos de fractura social se incrementan y las oportunidades de pertenecer a una sociedad de iguales se hacen cada vez más lejanas, se produce entonces la aceptación social mayoritaria de la persistencia de las profundas desigualdades (Bayón C. 2008).

Los residentes en estos espacios experimentan profundas dificultades para desafiar las imágenes de lugar y ubicarse fuera de las representaciones dominantes, el malestar y la insatisfacción coexisten con la resignación ante la falta de alternativas, por lo tanto, la desigualdad se normaliza (Garza. G. 2007).

*E1: Una de las cosas que se ha roto es la convivencia sana, la cohesión en la comunidad tratamos de que sea positiva, que se restablezca esa cohesión positiva porque no existe, viene desde la convivencia de la sociedad. No podemos venir a ellos y orar como lo hacen otras comunidades cristianas, si es cierto es muy importante, pero también hay que actuar, ver en que ayudo, en que participo, como puedo apoyar para darle solución a mi necesidad de seguridad, quiero ser parte del cambio y transformar mi comunidad, vamos a trabajar juntos somos una comunidad, no es orar y esperar o desde el punto de vista del gobernado, esperar a que el estado lo solucione, estamos viviendo aquí y nos corresponde participar, y ver cómo están planeando algo, que opinión doy, cómo sé que está bien lo que proponen, venir ver en que se puede participar, eso buscamos en las personas y estas comunidad lo tiene de hecho todas las comunidades lo tiene, pero algunas simplemente no les interesa el cambiar o prefieren esperar a que las cosas se den solitas, y esas comunidades son las naturalizadas, en muchas ocasiones nos enfrentamos a estos escenarios en su totalidad.*

La CUM está estancada en un escenario de marginación y desigualdad social por la precariedad de los ingresos y la falta de garantías para el ejercicio de los derechos sociales básicos. Para enfrentar esta situación se requiere una estrategia en donde las políticas económica, fiscal, laboral y social asuman la tarea que les corresponde. No es imposible reducir la pobreza y la desigualdad con programas y presupuestos que discriminan y excluyen; que generan desigualdad. No habrá resultados con cientos de programas dispersos y de bajísima cobertura y sin un enfoque integrado para mejorar el ingreso de los más pobres.

Como se pudo advertir a lo largo de este trabajo, la zona urbano-marginal es un espacio socialmente construido que involucra al medio físico, socio-económico y cultural, en este territorio se desarrolla la vida social de un grupo humano que ha sido marginado, que puede convertirse en una polea que siga perpetuando las desigualdades sociales que generan la marginación social o, puede convertirse en un motor que genere acciones que contribuyan a transformar la sociedad mediante la búsqueda del protagonismo de los habitantes de las CUM.

Los sectores sociales empobrecidos construyen formas de vida, de relaciones sociales y de pautas culturales que son manifestaciones de su identidad social, su modo de ser y de vivir. En ese sentido se concluye que en este territorio las desigualdades sociales están hermanadas con los procesos de marginación social

### **V.III Perspectivas e intervenciones en torno a la pobreza**

TUI parte de la premisa de que la pobreza no solamente es un fenómeno económico, sino que es un problema complejo que también involucra aspectos sociales, educativos, políticos, ambientales, entre otros. Desde esta perspectiva, abordan la pobreza como un fenómeno sumamente complejo y socialmente construido y plantean una serie de estrategias encaminadas al análisis de las dimensiones socio-históricas, espaciales, la privación, la desigualdad social, las inequidades, ya que exploran cómo conciben las instituciones a los pobres marginados a partir de las propias necesidades de los residentes en las CUM.

*Por lo tanto, determinan que E1: la principal problemática de las CUM es la: "pobreza humana", se trata de problema multidimensional que necesita ser abordado desde varias perspectivas. Creemos que no es suficiente una sola mirada, no se trata de acudir al doctor y buscar la respuesta al malestar o la cura de la enfermedad, o dejárselo al psicólogo, o a la iglesia. Para poder alcanzar un buen resultado es necesario tener enfoques integrados y multidisciplinarios. De hecho, solo por medio de trabajar hacia la restauración de personas, relaciones y sistemas, se podrá experimentar una vida abundante y se sobrellevará la pobreza en una manera sustentable.*

Ellos se basan en la conceptualización de que, sin una clara teoría de trabajo de cambio transformacional, el cambio como tal siempre los excusará. Por lo tanto, han decidido el mezclar la teoría con la práctica pues lo creen necesario, aseguran que la falta de teorías los lleva a un activismo sin reflexión, esto es como hacer las cosas al azar. Lograr que los barrios marginados puedan ser realmente transformados es mucho más complejo y participativo, entonces

determinan que no solo se trata de relevancia académica, por lo tanto, creen necesario desarrollar una teoría sólida de las causas de pobreza urbana.

Su principal idea es una estrategia multifacética para abarcar integralmente la pobreza urbana, desde el fortalecimiento de la sociedad civil hasta la salud comunitaria y pública, el desarrollo económico y comunitario, mejoramiento medioambiental, el desarrollo de líderes, iniciativas deportivas y culturales, la capacitación de jóvenes y niños y niñas como agentes de cambio, comprometiéndose con las familias e individuos en procesos de sanidad emocional, promueven esta serie de actividades por medio del diseño urbano y la construcción de redes y coaliciones para la incidencia pública.

Para poder desarrollar la estructura para su modelo de cambio estudiaron toda una serie de intervenciones ya aprobadas que cambian vidas en las comunidades urbanas; en el curso de esta investigación identificaron características de las iniciativas más prometedoras y crearon una serie de alianzas con profesionales experimentados. Como resultado obtuvieron una base teórica práctica que les permitió plantear un modelo de cambio que está basado en cinco definiciones clave que formularon acerca de la pobreza urbana. Estas cinco creencias esenciales y correspondientes a la pobreza urbana, son la base de su entendimiento integral de la pobreza urbana y son las que guían todas sus acciones.

Definición 1: “La Pobreza Urbana está basada en la desesperanza y en una red de mentiras que atrapa a los pobres en un ciclo vicioso de indignidad”:

Las personas que se asientan en las CUM tienen una visión falsa incrustada que les da como consecuencia que no desarrollen una esperanza de poder cambiar, siendo que los que ostentan en el poder se encargan de reforzar esta visión, para mantener a las CUM al margen de buscar oportunidades y de superar sus deficiencias.

Determinan que cambiar la visión en la que asimilan su situación es crucial para vencer la pobreza. Las personas tienen que aprender a enfrentarse a la realidad compleja de sus comunidades, buscar ayuda de las autoridades de la ciudad, los negocios y las OSC, es una buena alternativa; de hecho, se considera que ninguno de estos actores puede solo con la problemática.

*E1: Muchos habitantes de barrios marginados tienen una cosmovisión muy fatalista; dolor y trauma, han estropeado las identidades de incontables personas. Como resultado no tienen mucha esperanza de que el cambio real sea posible y aquellos en el poder muchas veces refuerzan esta mentira. Por supuesto todas estas cosas los mantienen al margen de buscar oportunidades y de superarse. Es por esto que la transformación espiritual es clave para que obtengan esperanza; para impulsar su autoestima y a adoptar nuevos valores, de hecho, cambiar la manera en la que ven el mundo y a sí mismos es crucial para vencer la pobreza.*

Desde la perspectiva de TUI, históricamente, las instituciones gubernamentales y otros actores estratégicos del sistema social (partidos políticos, líderes corruptos, sectores de antorchistas) han contribuido a reproducir las visiones conservadoras que avalan y perpetúan la desigualdad social, imponiendo importantes obstáculos para el desarrollo social de las CUM, en tanto reproducen todo un sistema de representaciones basados en una serie de mentiras y promesas que mantienen a las poblaciones marginadas en un estilo de vida caracterizado fundamentalmente por una profunda apatía y desinterés para integrarse a la lucha por la transformación del escenario que caracteriza a la CUM. Según este punto de vista, las poblaciones que habitan las CUM son incapaces de insertarse en un estatus superior al que ya les fue determinado por “herencia social”.

Asimismo, TUI considera que las iglesias locales y las OSC son muchas veces los únicos actores que son capaces de influenciar en las zonas de barrios marginados. Para poder plantear la solución a la primera definición, proponen que las organizaciones civiles deben aprender a enfrentarse a la realidad compleja de las CUM con la ayuda de las autoridades de la ciudad y con la propia comunidad, para fomentar movimientos integrales con una visión por la transformación comunitaria que dé como resultado un cambio a largo plazo, un cambio de visión y participación comunitaria sustentable.

E2: Creemos que superar la pobreza no es un camino de una sola vía. De hecho, la gente con la que trabajamos tiene mucho que contribuir a su propio desarrollo y por consiguiente necesita ser animado y empoderado para tomar responsabilidad por el futuro de sus comunidades. Así que, TUI existe para facilitar el desarrollo, implementación y transmisión de un modelo reproducible para la transformación integral de barrios pobres urbanos, que equipen a las personas para que se conviertan en agentes de cambio y sean copartícipes en la reducción de la pobreza, violencia, corrupción y construcción de ciudades más sanas.

Definición 2: La pobreza urbana es multidimensional.

A partir de esta definición se plantea su metodología de acción. Particularmente, aseguran que es una primicia reconocer que la pobreza urbana tiene muchas facetas, y por eso es importante desarrollar métodos integrales para resolver este tipo de problemas, un cambio duradero en las CUM no llega nunca a través de una intervención unidimensional; sólo se produce cuando la problemática se aborda desde diferentes ángulos: incluyendo lo emocional, económico, social, ambiental, espiritual, y la transformación sistémica.

*E3: Creemos que la pobreza urbana es multidimensional. Entonces, proveemos una amplia variedad de intervenciones, las cuales tienen un enfoque integral de largo plazo, tratan a las causas principales de la pobreza urbana, involucran a los miembros de la comunidad en la toma de decisiones, y enfatizan el desarrollo de liderazgo de los habitantes de los barrios marginados.*

Desde su mirada multifacética han podido desarrollar intervenciones metodológicas en las CUM que se destinan al tema de la pobreza urbana desde diferentes ángulos, incluyendo salud comunitaria, creación de empleos, cohesión social, clubs nutricionales, campañas médicas, cajas de ahorro, etc. También se centran en el desarrollo del liderazgo y de las habilidades creativas de los habitantes de las CUM, y de la misma forma y en el mismo proceso los ayudan a comenzar sus propias organizaciones de base en la conciencia social.

Definición 3: La pobreza urbana en esencia se trata de relaciones rotas.

Plantean que la ruptura de las relaciones es el centro mismo de la pobreza y que la reconciliación del tejido social en todos los niveles es la clave para superar la pobreza e injusticia, permitiendo a las personas trabajar en forma cooperativa a fin de renovar sus vidas y sus comunidades. Para poder abordar esta dimensión relacional de la pobreza, plantean estrategias que les permitan crear una red comunitaria que genere confianza entre los habitantes de las CUM y fortalezca el capital social en ellos, crean puentes entre los habitantes de los barrios marginados para crear espacios de colaboración en el proceso de transformación.

*D2: Las definiciones tradicionales pasan de largo la dimensión relacional de la pobreza. En esencia es el resultado de relaciones que no funcionan, que no son justas, que no están en pro de la vida, que no son armoniosas o disfrutables, el trabajo del fortalecimiento de la sociedad civil a través de la construcción y organización de la comunidad, además de la reconciliación y procesos de paz son cruciales para el proceso de transformación, en escenarios como los que vivimos a diario en las CUM.*

Definición 4: La pobreza urbana existe a causa de los sistemas injustos que no trabajan en pro de los pobres.

Determinan que la pobreza urbana existe por causa de procesos y sistemas socio-económicos, políticos, burocráticos y religiosos que restan poder a las personas. Para lo cual desarrollan coaliciones y redes de base amplia para construir un poder ciudadano necesario para abordar asuntos sistémicos. A partir de estas modalidades de respuesta social basadas en la comunidad, se busca cuestionar las prácticas gubernamentales clientelares que han imperado en el municipio, e idear algunas estrategias para la promoción de mejores prácticas de gobierno y justicia social.

*D1: Transformar los barrios urbanos marginados va más allá de las capacidades de las personas locales, ya que la falta de poder de los pobres muchas veces es el resultado de procesos sistemáticos socioeconómicos, políticos, burocráticos, culturales y religiosos que acaparan al pobre. Sin dirigirnos a las causas intrínsecas de la pobreza, simplemente no es posible mantener un cambio positivo.*

Definición 5: La pobreza urbana persiste porque las intervenciones exitosas no están diseñadas para ser reproducidas en masa (cantidad) y por eso permanecen pequeñas.

Basándose en estudios y experiencias propias aseguran que existe evidencia que muestra que el desarrollo transformacional en barrios urbanos marginados tiene mucho mayor impacto si están diseñados para ser reproducibles, lo que les permite ser más sustentables, porque tienden a optimizar sus recursos, desarrollar respuestas innovadoras para los retos que enfrentan y movilizan a múltiples socios a reproducir versiones adaptadas del proyecto en otros lugares.

Como podemos observar la principal recomendación que resaltan en sus definiciones es la necesidad del reconocimiento de la problemática, lo cual debe de ser ambos lados, de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba, todo al mismo tiempo. Así como también la construcción de redes con fundamentos sólidos y de base amplia en las relaciones sociales y el juego de capitales, así como en las relaciones institucionales como las: OSC, iglesias, inversionistas privados, emprendedores sociales, agencias de donación y gobiernos locales, lo que resulta de suma importancia para poder atender asuntos más grandes, como la promoción de un buen gobierno, justicia social, transparencia pública y desarrollo económico/social a gran escala; acceso a los servicios sociales.

De la misma forma sus definiciones determinan que es vital construir asociaciones estratégicas con profesionales, empresarios, gobernantes y líderes sociales, mostrando las situaciones de vida y la falta de los servicios que sufren día a día las personas de las CUM y animándoles a entrar en una relación humanitaria usando el poder y sus habilidades, privilegios e influencia para promover un cambio sustentable; trabajando este tipo de iniciativas no solo aumenta su impacto sino que también promueven el cambio transformacional, entonces son una mirada alternativa para las CUM.

Con bases empíricas obtenidas del trabajo de campo y de la experiencia de sus integrantes han logrado formular: el cómo abarcar el reto de los barrios urbanos marginados. Como estructura básica de su modelo tienen cuatro áreas de enfoques estratégicos que corresponden a una amplia investigación de trabajo acerca de la pobreza en los barrios urbano marginados.

La meta es promover la creación, implementación y transformación para desarrollar un modelo de cambio reproducible para la transformación urbana integral que ataque las cuatro áreas de la pobreza. La finalidad es que el modelo de cambio pueda ser adaptado, reproducido y multiplicado por otras OSC, actores sociales, iglesias, etc. en donde sea necesario.



Ilustración 6 ESQUEMA DE LAS CUATRO LINEAS DE ACCION PARA COMBATIR LA POBREZA EN LAS CUM.

Como ya se mencionó anteriormente su principal tarea es apoyar en la construcción de CUM con una metodología única integral, transformando en comunidades más sanas, autónomas y equitativas, donde sus habitantes puedan vivir con dignidad y suficiencia dentro de un marco de valores de servicio y justicia.

La finalidad y principal eje de acción de su metodología es facilitar las estrategias teórico/prácticas para equipar a los pobres urbanos y guiarlos para convertirse en agentes de cambio en sus propias comunidades. Todo lo anterior lo realizan conviviendo entre las personas a las que sirven, al compartir la vida, practicar la hospitalidad, con lo que buscan cooperar en la lucha por contribuir a construir ciudades más sanas en dónde la gente pueda vivir con propósito y con vidas dignas.

Están conscientes de que la transformación integral es un proceso con una meta que nunca se completara en su plenitud. Aseguran que “es un trabajo duro”, pero plantean que un cambio en la realidad de las personas para mejorar su calidad de vida es posible, ya que el proceso es un fin importante, no se trata solamente de alcanzar metas, aunque éstas también son importantes en su desarrollo y sus resultados con las CUM.

Una de las primicias que buscan resaltar en sus metas y propósitos con las CUM es incluir intencionalmente a la gente para que participe en su propio proceso de cambio transformacional, de no ser así consideran que estarían replicando los modelos de trabajo que tiene el estado y dañarían el desarrollo de las comunidades y alterarían la profundidad de la transformación integral, no sería lo suficientemente bueno para promover crecimiento social y económico, únicamente estarían añadiendo algunas provisiones para una red de seguridad social, esperando que los beneficiados cumpla las demandas del cambio transformacional.

#### **V.IV Estrategias de monitoreo y evaluación: cómo medir y sondear el impacto de las estrategias**

En palabras de nuestros entrevistados se resaltó que se toma el término “desarrollo integral transformacional” para describir el efecto que se pretende cumplir en las CUM en dónde se desarrollan las estrategias de intervención.

Relacionan entonces la expresión integral con los valores lo cual hace complicado su término sistemático, usan el término integral porque ven a la gente como seres completos. Es así que al

ser humano lo observan desde una perspectiva multifacética, dejando claro que cada persona es inherentemente un ser biológico, económico, político, social y espiritual, los que se encuentran en un solo funcionamiento y un mismo desarrollo.

Toman como evidencia la experiencia de los resultados de proyectos con un solo tema y de corto plazo los cuales son superficiales y se disuelven rápidamente; aseguran que les hace falta asociación y no están respaldados por la población local. En contraste, plantean que los proyectos exitosos con beneficios duraderos son los que sirven a la persona como un todo, son de largo plazo, tienen un enfoque integral e involucran a los miembros de la comunidad en la toma de decisiones desde el inicio.

Se ven como los fermentadores de la inserción de agentes de cambio, mediante el establecimiento de una metodología que sirvan para identificar, capacitar, madurar y producir líderes quienes a su vez capaciten a otros líderes, dejando los conocimientos necesarios en la propia comunidad a fin de resaltar un impacto y revalorar el desarrollo de las personas, para lo cual refuerzan las capacidades de los sujetos como un medio de apoyo para tal fin, motivan y acompañan activamente a aquellos que deciden involucrarse en los procesos de cambio y que procuran transformar su comunidad.

Los resultados del trabajo y esfuerzo diario que ponen en la aplicación de su metodología, lo ven cuando en la comunidad se comienza a reflejar un cambio sustentable a nivel personal, relacional, cultural y sistemático. Para lo siguiente nuestro entrevistado nos asegura que:

*E1: La transformación sustentable solo ocurrirá cuando la gente rechace la red de mentiras basadas en la cosmovisión del desempoderamiento y las creencias culturales, esto solo sucederá cuando la gente recupere su verdadera identidad y vocación, solo sucederá cuando las relaciones entre los pobres y entre los no pobres sean reconciliadas para que los no pobres y los pobres por igual puedan experimentar la vida en plenitud, materialmente, físicamente, socialmente, mentalmente, espiritualmente y emocionalmente.*

Esta transformación solamente sucederá cuando las personas de diferentes esferas de la sociedad se sienten juntos a imaginar y propagar una alternativa cultural que sea inclusiva de los pobres urbanos, solo sucederá cuando los sistemas económicos, políticos y religiosos promuevan el bienestar de todos y no solo de unos cuantos privilegiados.

Como se ha mencionado, TUI propone una metodología multidimensional que contribuya a generar procesos de empoderamiento personal, familiar y comunitario que tengan un impacto en las condiciones materiales de existencia, en la rearticulación del tejido social y en la generación de estrategias que amortigüen las consecuencias de las inequidades sociales y de salud en las CUM.

Desde una perspectiva que entiende la pobreza como un fenómeno sumamente complejo y socialmente construido, se analizan las relaciones entre las dimensiones social, espacial, histórica y simbólica de la privación y la desigualdad en las CUM de Chimalhuacán. A partir de una metodología multifactorial plantean una serie de programas, círculos de estudio y talleres que empoderen a la comunidad, los preparan para llevar a cabo una intervención y una lucha social por sus derechos fundamentales y la forma en cómo poder incidir a través de la exigibilidad social y negociaciones con los gobiernos locales, sus líderes o coordinadores, platican con los colonos, los reúnen, les explican los propósitos de la organización, tratan de centrar sus problemas y tratan de organizarlos e invitan participar en las gestiones, de la lucha por sus derechos encaminadas hacia el beneficio de su comunidad.

Se destaca que las experiencias, las percepciones y las imágenes del lugar están marcadas por estigmas territoriales y por concepciones que tienden a culpar a los integrantes de las CUM de su situación. Se resalta la aceptación de la desigualdad y sus altos niveles de culpabilidad en la CUM, enfatizando sus consecuencias negativas para la convivencia social.

Aunque esta perspectiva holística abre la posibilidad para desarrollar estrategias que incidan en diferentes niveles de la vida social. Se trata de un modelo que puede enfrentar dificultades metodológicas que contribuyan al monitoreo y evaluación del proceso y resultados concretos de las estrategias. Sin embargo, la organización presenta fortalezas en el diseño e implementación de una metodología que permita monitorear y evaluar los alcances que corresponden a las áreas orientadas a la rearticulación del tejido social y la incidencia en las inequidades sociales y de salud.

En la realidad que vive nuestro país con la caída de los propósitos de la cobertura de la asistencia social y la renuncia del control de los corporativos tradicionales del Estado como lo son el sistemas de salud, la educación y el trabajo, ha provocado que las fuerzas de la sociedad civil (OSC) asuman las responsabilidades del Estado, por lo que resultan de gran importancia el papel

que toman estas instituciones al atender las demandas y necesidades específicas de las CUM, lo que las ha llevado a generar los proyectos locales de estas comunidades y construir redes temáticas que abren espacios de interés que vinculan campos sociales distintos en círculos de participación y fabricación de consensos y es en estos círculos donde se ven los resultados de la metodología implementada por TUI, al darle voz y decisión a la comunidad.

En conclusión, TUI reconoce que el proceso de desarrollo integral transformacional en 10 a 15 años logrará solamente un bien limitado a la comunidad, y que no será sustentable a largo plazo, a menos que se tomen decisiones fundamentales y estratégicas desde los gobernantes y los sistemas de seguridad social, hasta la propia población, hablan de una gobernabilidad horizontal, dejan claro que es necesario redireccionar los fondos y la forma de implementación de los programas de asistencia social los cuales se han politizado, focalizado y manipulado para la conveniencia de los que ostentan el poder, aunado a esto se debe de romper con los paradigmas culturales dominantes que los guían y siguen reproduciendo sin una razón social.

Mencionan que la visión de un futuro humano mejor es un gran trabajo, el hecho de hacer que los pobres crean en la posibilidad de un mejor futuro es una barrera transformacional enorme. TUI en el lapso de su experiencia de trabajo en las CUM han desarrollado 10 señales que les permiten observar la transformación de una población, por lo que consideran necesario que se identifiquen en las comunidades estos diez elementos que se muestran en la pirámide (Figura 7).

Siempre teniendo en cuenta que las personas participen en proyectos, para lograr una transformación más grande, de esto se trata el desarrollo integral transformacional al que se hace mención en su metodología única e integral, todo está basado en cambios que visiblemente y positivamente se vean reflejados en las circunstancias de los individuos, comunidades, sistemas e incluso en su cultura.



**Ilustración 7 DIEZ SEÑALES QUE DEBE HABER EN EL CAMBIO INTEGRAL DE UNA CUM SEGUN TUI.**

Para ellos es prioritario el liderazgo y la participación de aquellos a quienes sirven como un factor crítico para crear y sostener la transformación. Están convencidos de que las soluciones rápidas no funcionan. Tienen como propósito promover y establecer un modelo respecto a una visión integral y esperanzadora para el futuro, comprometiéndose a cumplir esta visión convertida en realidad y que impacte de una forma más amplia y profunda a una comunidad.

Promueven habilidades profesionales necesarias dentro de la organización, así como en las comunidades en las cuales trabajan, a fin de lograr resultados crecientes y sostenibles. Procuran hallar nuevas formas de solucionar los viejos problemas, aplicando los recursos humanos y financieros de manera que generen el impacto y aporten beneficios al mayor número de personas.

## **V.V Proyectos que ha creado TUI para abordar la problemática en las comunidades urbano marginadas**

Como se ha mencionado, TUI ha creado proyectos para impulsar la construcción de confianza y del tejido social entre los pobladores de los barrios marginados, también busca promover la participación ciudadana y el fortalecimiento de la sociedad civil para crear las bases comunitarias que permitan utilizar los instrumentos que la ley otorga a las personas y las OSC para incidir en las autoridades municipales. A continuación, se realiza una descripción general de los programas impulsados por TUI, posteriormente, se analiza con mayor profundidad las estrategias que se vinculan más estrechamente con la promoción de la salud en las CUM.

Debido a lo anterior se pondrá mayor énfasis en los dos programas que se considera tienen mayor relevancia para esta investigación (Pro-Salud y Fortaleza) sin dejar de mencionar que los otros programas son importantes, a los que sólo se les dará una breve mención y sus generalidades.

### **Grupos-Vida – Recuperación Emocional para Gente Herida**

Es una iniciativa para ayudar “a gente herida”, es decir, a personas con problemas emocionales (adicciones, violencia, desintegración familiar, pérdida de un familiar) a ponerse en contacto con sus dimensiones emocionales y psico-espirituales, todo en un ambiente sano de pequeños grupos de recuperación y apoyo. En estos grupos les permiten a las personas enfrentar sus problemáticas psíquicas en compañía de un guía, tal como lo aclara nuestro tercer entrevistado:

*E3: en Grupos-vida ayudamos a personas interesadas en mejorar el estado de su salud personal, compartir su historia personal es un paso crítico que hay que tomar para la recuperación emocional, particularmente se les anima no solamente a compartir y reflexionar en su historia personal, sino que guía a un entendimiento de cómo sus vidas personales han sido marcadas por la historia y la cultura de su comunidad incluyendo estrategias culturales disfuncionales, permitiéndoles encontrar sentido y significado en lo que han vivido y a comprometerse de nuevo con la vida.*

### **InKrea – Negocios y Desarrollo Económico.**

Puede decirse que este es el primer proyecto que decidió crear TUI, se creó como un paraguas para albergar iniciativas presentes y futuras. Convencidos de su sentido para promover

el desarrollo personal. Promueve la inclusión socio-laboral y esperan crear trabajos para los habitantes de barrios urbanos marginados, entrar al mercado del micro crédito y proveer entrenamiento para formar un emprendimiento y negocios básicos para emprendedores de negocios pequeños.

### **Proyecto Pro-Niñez**

Este proyecto fue creado en respuesta a esta necesidad, como una manera de proveer a los niños y niñas y sus familias una red de apoyo.

World Vision (2016) define las «habilidades para la vida», como un conjunto integrado de competencias personales, interpersonales y de pensamiento crítico que las personas requieren para su desarrollo pleno y productivo. Estas competencias preparan a las niñas y los niños desde que nacen hasta los dieciocho años para que gestionen sus pensamientos, sentimientos y expresiones en la vida cotidiana, así como en situaciones difíciles tales como pobreza, crisis, conflicto o marginalización.

Por tal razón TUI ve en las habilidades para la vida un componente central del desarrollo que complementa a las habilidades numéricas del ser humano. El proyecto existe para ayudar a los niños y niñas a apropiarse de habilidades para la vida, cimentar los valores en ellos, mejorar sus logros educativos y salud nutricional, se trabaja en conjunto con las familias y escuelas locales para proveerles del apoyo necesario y se puedan convertir en agentes de cambio en su propio derecho y a tener oportunidades para construir proyectos de vida saludables y desarrollarse como individuos sanos.

### **Proyecto ACJU – Desarrollando Jóvenes como Agentes de Cambio**

Para abordar este reto que un sin número de jóvenes están enfrentando, TUI ha puesto en marcha la iniciativa para establecer un movimiento juvenil reproducible de docenas de clubes juveniles en escuelas, en la calle y en el ámbito deportivo mediante una liga de fútbol que empodere y equipe jóvenes para que se conviertan en líderes y agentes de cambio en sus familias y comunidades. El coordinador de ACJU nos asegura que busca lograr sus metas mediante:

*E4: Educación popular (incluso nos hace referencia el autor de esta corriente Paulo Freire) durante encuentros juveniles semanales en valores, habilidades para la vida y*

*prevención de adicciones, ETS y embarazos precoz que privilegia la participación y el protagonismo juvenil, especialmente en la reflexión crítica de sus problemáticas, la de sus familias, la escuela y la comunidad, aumentando así sus capacidades a repensar sus vidas, y moviéndoles a la acción para mejorar sus metas educativas, obtener mejores oportunidades de trabajo e involucrarse en el desarrollo de sus comunidades.*

Si bien todos los proyectos de TUI son muy interesantes y fueron desarrollados para obtener una mejor intervención en las CUM, como se mencionó anteriormente Fortaleza y Pro-salud son de mayor importancia para nuestra investigación, ya que consideramos que existe una gran relación entre su metodología y el enfoque de promoción de la salud, de ello depende el desarrollo de los objetivos específicos que se planteó en esta investigación. Por lo tanto, se hará un análisis más detallado en estos dos programas.

Ambos programas responden a una forma singular de abordar y comprender el proceso salud/enfermedad, desde el ámbito de la promoción de la salud se abordan propuestas teórico/metodológicas que contribuyen a destacar la multidimensionalidad y complejidad del proceso salud/enfermedad por ejemplo, de acuerdo con las vertientes críticas de la salud este proceso se entiende como: “Las relaciones de los individuos con la sociedad y de ellos entre sí que encauzan a mirar los procesos de salud/enfermedad, en el contexto de dichas interrelaciones, observando cómo de una u otra forma, las distintas interpretaciones que se dan sobre la salud, están predeterminadas por concepciones teóricas implícitas de las relaciones sociales y de la sociedad, lo que requiere la acción de factores ajenos a la persona como leyes, programas, médico, hospital y asistencia en general para salir de este estado y volver al estado de bienestar en el proceso salud/enfermedad (Infante N. & Lugardo A. 1986).

TUI de manera semejante a la mirada Social-Histórico de la Promoción de la salud, determina a la salud como: la construcción individual y social mediante la cual las personas se ven afectadas en su salud, así la percepción de los problemas de salud está fuertemente influida por las condiciones materiales de vida y por la valoración de la salud en un contexto sociocultural específico, existe un complejo mundo de creencias y valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados claramente a la salud, que interaccionan permanentemente con la atención médica, la relación que las personas mantienen con su cuerpo, con la alimentación, con los hábitos de vida sanos, con el tiempo libre, y con el conjunto de los servicios sanitarios, entre otros aspectos. TUI a través de una metodología multifactorial ve al sujeto desde una concepción

que lo toma no como fragmento, sino dentro de la totalidad del proceso salud-enfermedad y en un sentido amplio observa la totalidad del sujeto articulado a sus vivencias existenciales.

*E1: Por lo tanto, aunque la salud de las personas tiene una profunda raíz biológica, los procesos salud-enfermedad no ocurren en el vacío, sino que suceden en una matriz social, económica, política, cultural y medioambiental. En este sentido, la salud adquiere una proporción multicausal, multifactorial y multidimensional; es un punto de encuentro donde convergen lo biológico y lo social, lo psicológico, emocional y lo espiritual, el individuo, la comunidad, lo público y lo privado, el conocimiento y la acción. La salud depende de esta red multicausal de factores biológicos y sociales.*

Ambos visones relacionan el proceso salud/enfermedad con conceptos que tienen como fundamento los temas relacionados con las condiciones sociales en las cuales se desenvuelve la conducta humana, por ejemplo, los aspectos económico, político, ideológico, cultural, religioso, sus condiciones de vida, dentro del proceso de producción económica y su entorno social, porque allí se da el devenir de su totalidad, y allí también vive tanto su salud como su enfermedad. Es en este universo contradictorio del proceso salud/enfermedad de las CUM de Chimalhuacán Edo. De México donde TUI con una metodología similar a la que propone la Promoción de la Salud busca desarrollar sus estrategias para generar un escenario favorable en las personas que habitan en las CUM.

Pensando en una estrategia que resalte la importancia del proceso salud-enfermedad, y tenga en claro que los determinantes sociales de la salud se encuentran en las condiciones de vida y trabajo, se desarrolló el programa Fortaleza que pretende mejoras en salud comunitaria lo que incluye: la provisión de servicios sanitarios, el acceso a servicios públicos, construir comités ciudadanos, la creación de redes intersectoriales y la lucha por los derechos y necesidades para mejorar el entorno ambiental y la recuperación de espacios públicos.

## **V.VI Proyecto Fortaleza – Fortalecimiento de la Sociedad Civil**

La ubicación social y espacial donde habitan las CUM pone de relieve el proceso de segregación espacial y posibilitan la visualización de la marginación social que se da en las CUM. La segregación por parte del Estado a las CUM, como se ha resaltado a lo largo de la investigación, actúa como un mecanismo de reproducción de las desigualdades socioeconómicas de las cuales ellas mismas son una manifestación (Enríquez P, 2011). Esta segregación aísla a las

CUM quienes al tener como contexto cotidiano sólo pobreza y personas de las mismas características quedan atrapados en un escenario que limita sus horizontes de posibilidades.

Por años los habitantes de las CUM de Chimalhuacán, han sido abandonados a su suerte por los sistemas y estructuras sociales y políticas, siendo objeto de todo tipo de abusos y manipulación política porque no cuentan con voz y representación en las estructuras de poder. De hecho, en vez de apoyar al empoderamiento real de aquellas comunidades, a menudo se les utiliza como botín electoral, comprando sus votos con promesas paternalistas y ayuda asistencialista.

Como es de esperar, existen deficiencias grandes entre las demandas ciudadanas, problemáticas sociales y la inversión pública y privada, porque los intereses particulares de los grupos de poder, servidores públicos, empresarios y los pactos de poder entre ellos, están sobre los intereses de la comunidad.

La desigualdad social al interior de los municipios tiene consecuencias prácticamente en todo el orden de la vida, por ejemplo, las menores oportunidades de participación en los asentamientos irregulares situados en la periferia donde los problemas se agudizan al no contar con la infraestructura, equipamiento, demanda de trabajo y oferta de servicios suficientes.

*Los integrantes de TUI creen que E1: Sin la organización comunitaria y la incidencia pública impulsada por una sociedad civil activa, los que se encuentran en el poder tenderán a establecer el statu quo, dejando a un lado los intereses de los habitantes de barrios marginados. Esto nos permite explicar las administraciones enfrascadas en la corrupción y la discontinuidad de los programas y proyectos sociales creados desde el Estado.*

*E2: Resulta que la pobreza urbana, en esencia se basa en una ruptura de relaciones y esta ruptura de relaciones contribuye al aislamiento de clase popular. Así que la construcción de confianza y poder relacional tanto a nivel local como municipal y regional, es sumamente importante para lograr un cambio real y sostenible.*

*E2: Si en un barrio marginal se construye la capacidad de organizarse y construir confianza, esto ayuda a traer el cambio, porque esta capacidad permite que la gente observe sus propias experiencias, analiza su situación y encuentra maneras de ayudarse. Sin esa reflexión, cualquier cambio logrado se deshace a los pocos meses o años.*

En este contexto sociopolítico de desigualdades sociales, crisis institucional, clientelismo, corrupción, burocratización de la democracia y poca cohesión social, TUI considera que la participación ciudadana y el fortalecimiento de la OSC son esenciales para construir el desarrollo

comunitario y sociedades más justas. Pues en una comunidad organizada es más fuerte y obtiene poder popular para lograr incidir en las estructuras y sistemas sociales que oprimen manteniendo a la gente en la pobreza, vulnerabilidad y marginalidad.

TUI, por consiguiente, ha creado el Proyecto Fortaleza para impulsar la construcción de confianza y de tejido social entre los pobladores de las CUM; también busca promover la participación ciudadana y el fortalecimiento de la OSC para crear las bases comunitarias que permitan utilizar los instrumentos que la ley otorga para incidir en los gobiernos municipales.

Proyecto Fortaleza se enfoca en la: sensibilización, sectorización y organización comunitaria para construir comités ciudadanos con capacidad y la ética para diseñar y ejecutar pequeños proyectos comunitarios y la formación de más OSC.

Crean redes y alianzas estratégicas de profesionistas y funcionarios interesados en la transformación integral de espacios sociales, que fomenten coaliciones y movimientos ciudadanos sin fines partidistas, que permitan generar un poder ciudadano capaz de incidir en las políticas públicas y recuperar espacios de participación ciudadana, que sea capaz de incidir en las estructuras de poder y promover el ejercicio de la democracia, la equidad social y la exigibilidad de los Derechos humanos.



*Ilustración 8 Líneas de acción del programa Fortaleza.*

## **V.VI.I Desarrollo de proyecto Fortaleza**

En el 2007 nace Fortaleza, mediante procesos de organización comunitaria, han realizado: limpieza de un llano, resultando hoy la construcción de un campo deportivo sobre este; arreglo de una calle principal, mejorando el tránsito para las personas, promoción de servicios públicos primordiales como agua limpia y potable, acceso a la energía eléctrica y el alcantarillado, constitución de una organización comunal con su mesa directiva e inicios de incidencia a nivel institucional; dentro de lo que corresponde Proyecto Fortaleza se encuentra en el desarrollo de procesos de ciudadanía, la consolidación y socialización de los derechos de las personas y las obligaciones de las instituciones.

TIU trata de conocer los factores que influyen en el proceso de salud/enfermedad de las CUM de Chimalhuacán con la intención de modificar los planes de actuación en función de estos determinantes, ya que reconoce que en estos escenarios son una clara reproducción de los nocivos determinantes sociales de la salud y puede ser la causa que provoque la alteración en el proceso salud/enfermedad, la falta del bienestar, o la disminución de la calidad de vida. Lograr que las CUM se organicen para hacer que los recursos se empleen de una manera adecuada contra las causas que determinan realmente la salud de la población y conseguir que la influencia de los factores determinantes sea positiva para influir en el proceso que mantenga a la persona dentro del escenario deseado de salud, es uno de los principales objetivos de TUI.

En TUI la meta es trabajar hacia la transformación integral de las CUM, algunos de los barrios marginados donde trabajan son asentamientos irregulares y como no son reconocidos oficialmente por el municipio, carecen de servicios públicos. En esos asentamientos los habitantes se las arreglan como pueden, colgándose de los postes para tener luz y llenando contenedores de agua de la pipa de vez en cuando, construyendo sus fosas sépticas, etc.

Los problemas surgen cuando el municipio tiene una clara falta de capacidad institucional, que se muestra en la invisibilización o priorización de obras públicas hidráulicas, la falta de recursos humanos y financieros asignados a la construcción de éstas, el no cumplimiento de sus obligaciones para proveer el servicio o la baja eficiencia en la recuperación de lo que cuesta el servicio.

Al igual que Chimalhuacán, las colonias con que colinda en los límites de este municipio son consideradas como asentamiento irregular, vive en condiciones de extrema pobreza. Ya que la comunidad no se reconoce oficialmente como un área residencial, hay escasez de servicios de todo tipo. Agua, drenaje, pavimentación, electricidad, servicios de salud y educación se encuentran entre los numerosos servicios básicos que le hacen falta a mucha gente. En el siguiente testimonio, el coordinador de Fortaleza describe el contexto en donde se desarrollan las intervenciones:

*E3: Dentro de un contexto de corrupción, intimidación e injusticia, por lo que el proyecto Fortaleza empezó a promover el proceso de la organización comunitaria. Como una estrategia de entrada, el personal emprendió una serie de talleres participativos sobre temas que los miembros de la comunidad pidieron, se llevaron a cabo 10 talleres con las personas de la comunidad, con la finalidad promover la participación ciudadana.*

*Desafortunadamente, la pobreza económica es solo una pequeña parte del gran problema en los barrios marginados. Hay poco sentido de comunidad en ellos, es poco común la confianza entre vecinos. La gente tiende a aislarse, como consecuencia hay poca participación ciudadana, los partidos políticos y los líderes locales se aprovechan de estas circunstancias utilizan sus puestos para el beneficio personal. Las autoridades locales priorizan sus propios intereses por encima de las necesidades de la comunidad.*

Los talleres trataban de la formación de ciudadanos capaces de participar democráticamente en los asuntos públicos. Los dos temas principales que abordaron fueron: el reconocimiento de la identidad política individual y colectiva; la comprensión y apropiación de las reglas y procedimientos democráticos fundamentales que permiten organizarse y participar en la identificación de necesidades; se aterrizaron en el plano del diálogo con el fin de dar soluciones que beneficien a la comunidad, además se impartieron las técnicas comunitarias y se mostraron las herramientas para planear, diseñar y ejecutar proyectos de desarrollo comunitario participativo.

La adecuada cobertura de los servicios públicos como el agua, alcantarillado y luz entre otros, en las zonas marginadas e incluso en zonas urbanas, se debe en gran medida a una falta de capacidad institucional local. En este tipo de contextos sociales la gran mina de oro es el acceso a los servicios públicos, es el medio más poderosos que tiene los grupos de caciques para controlar a las personas, es su gran negocio, Para poder tener acceso a los servicios públicos las personas tienen que dar cuotas muy elevadas que en definitiva terminan repercutiendo en su

economía; los grupos corruptos se apropian de los servicios y luego les niegan el acceso a los que no pagan las cuotas.

Sin embargo, los líderes corruptos locales se sintieron amenazados por la idea de que la comunidad se organizara y aprendiera sobre sus derechos, y trataron de impedir que la gente asistiera a través de amenazas y condicionamientos de los servicios públicos. TUI y sus coordinadores se enfrenta a problemáticas como estas al buscar intervenir en una nueva CUM, al respecto ellos dicen:

E1: Estamos trabajando para reunir individuos y comunidades de tal manera que se transformen vidas y sistemas. Mientras se invita a las personas a solidarizarse, para lograr un sueño que incluye la justicia, la armonía, y la dignidad para todos, podemos ver que sobrevive una visión de la apatía y la injusticia que a menudo caracterizan a los barrios marginados.

Como ya se mencionó en apartados anteriores es este escenario marcado por un contexto histórico de conflictos socio-políticos, lo que arroja un clientelismo político, negociaciones de los fondos públicos o cacicazgo corruptos, sobre los cuales se toman las decisiones locales, a veces paralelas a las que dictan las normas legales y que afectarán la prestación, la calidad y la cobertura del servicio público en general.

Esto marca a estos escenarios de una dinámica propia que los limita en la prestación del servicio público, y propicia que se presente en un escenario marcado por conflictos muy puntuales, el vivir bajo circunstancias tan precarias muchas veces deja a los habitantes vulnerables a la explotación. Los líderes corruptos se apropian de los medios, además utilizan su control sobre el acceso a los servicios públicos para captar a los vecinos y les apoyen políticamente.

El Estado ha fallado en la provisión de servicios públicos de forma segura y accesible para todos, provocando una confrontación con las formas de manejo social en las CUM. En este caso de gestión comunitaria del agua se presentó el problema de una regularización adecuada para ejercer un servicio público con el correspondiente encargo de la autoridad municipal. Lo cierto es que estas formas han surgido ante la inactividad o la falta de cumplimiento de las tareas municipales y han sido motivo de conflicto con los líderes corruptos y entre las propias comunidades.

TUI resaltó que no podía prevalecer la idea de que “por tratarse de un servicio público su prestación corresponde exclusivamente a los gobiernos”, desde esta visión se rechaza la idea de la participación en la gestión de la iniciativa social o el reconocimiento de formas de intervención comunitarias. No obstante, se propuso que debía existir una participación social activa, en términos sociales más comunitarios y en franca oposición a los mecanismos de mercado o clientelismo popular.

Por medio de la asesoría jurídica y el acompañamiento en el proceso de gestión de servicios públicos, TUI ayudó a los vecinos de la comunidad a redactar un oficio para el municipio, con el propósito de exigir su derecho al agua, el cual llevarán ellos a presentar ante el ayuntamiento. Como respuesta, TUI organizó una junta comunitaria donde se reunieron 110 habitantes de la colonia y un directivo del organismo municipal del agua (OPDAPAS). En esta reunión se informó definitivamente que el acceso al agua no tiene que pagarse a ningún líder. Ahora, TUI, OPDAPAS y Operación Bendición (una OSC) están negociando para la construcción de un contenedor de agua. Una vez instalado, éste dotará de líquido vital aproximadamente a 5,000 habitantes a un precio justo.

A través del proyecto Fortaleza se constituyó el primer Comité Ciudadano en esta CUM. Se logró instalar una red de agua como su primer proyecto semilla, y ahora ha crecido de manera inesperada, ya que la mayoría de los vecinos participaron de manera activa tanto en el trabajo comunitario como en las reuniones semanales en donde se reúne todo el Comité para la toma de decisiones. Con los resultados que se han dado a través de los programas de TUI nos cuenta nuestro entrevistado que:

*E3: Fortaleza trabajó emotivamente para lograr el acceso al agua potable. Desde años pasados varios comités ciudadanos en esta colonia han estado colaborando para tratar de llevar el agua entubada a su comunidad. Pero, aunque el organismo municipal del agua ha acordado construir el contenedor de agua y se encontró un donante para pagar por los materiales, se ha demorado porque se requería obtener un terreno en donde construir el contenedor.*

Por medio de la promoción que ha implementado TUI sobre la cohesión social y la asociación de las personas a través de la formación de los comités ciudadanos las personas han podido opinar, discutir y proponer alternativas que les permitan resolver la problemática que existe en torno al acceso a los servicios públicos siendo el del agua el primero en ser enfrentado, por lo que se realizó un acuerdo para proponer a la comunidad abiertamente la compra de un terreno para la

construcción de un contenedor de agua. Aunque no han alcanzado su meta todavía, el ánimo está alto y el proceso está cobrando impulso, mientras los comités siguen trabajando para encontrar una solución colaborativa.

De la misma manera se organizan para poder lograr también el acceso a la luz; es a través de los comités ciudadanos que se logró independizarse y acceder a un transformador eléctrico. Esta es la primera vez que un comité ciudadano realiza una obra de esta naturaleza, lo cual da un golpe directo al sometimiento que ejercen los líderes negativos de la comunidad a través de los servicios públicos que son un derecho de todos los ciudadanos.

En esta área urbana marginada la gran mayoría de las casas no tienen un sistema integrado de alcantarilla para los desechos del agua residual. En estos casos, las aguas negras van a una fosa séptica individual con una capacidad limitada.

*E3: El municipio ya había instalado una olla subterránea en la calle. Esta olla se conecta al sistema del alcantarillado público. Sin embargo, surgieron problemas cuando los vecinos quisieron iniciar con el trabajo. Un líder en la comunidad insistía que cada familia tenía que pagarle \$2,500 pesos para entubarse. Argumentaba que, como él había gestionado que el municipio instalara la olla, y por lo tanto le pertenecía.*

*Afortunadamente a través de una gestión con las autoridades municipales proyecto Fortaleza pudo obtener un documento escrito por parte del servicio municipal del agua, donde se aclara que las ollas son un servicio público. Como tal aclaraba, las ollas están al servicio de todos sin necesidad de tener que pagar. Este lógicamente ha hecho que las personas se organicen y busquen unirse a los proyectos de TUI. Con los comités ciudadanos la gente comenzó a ver la seriedad y conocer el discurso que se reproduce sobre la organización*

*Es claro que la comunidad puede aprender a resolver sus problemas sin necesidad de un líder, un partido o un político, deben de aprender a resolver sus problemas solos. En este sentido el papel de los nuevos líderes o representantes ha sido muy bueno, ya que ellos representan la punta de lanza en la comunidad y nuestra presencia y acompañamiento son el plus para esta sinergia que permite que una obra que casi le hubiera costado a la comunidad un gran golpe en su bolsillo, termino costándoles lo mínimo.*

El proceso que TUI ha hecho a través de Proyecto Fortaleza comenzó con la renovación de líderes locales, la organización y unidad de las personas ha permitido despegar del poder a los antiguos líderes que extorsionaban a la comunidad a través de los servicios públicos.

A través de los comités y los representantes se ha logrado cohesionar a la comunidad y se logró que sea la primera vez que se unen sin intereses políticos partidistas o de organizaciones que tienden a manipular su ayuda, siendo esta la primera obra en verdad comunitaria.

*E3: Hasta este momento el proceso de colocación del drenaje en la comunidad de palmas ha sido para TUI y para Proyecto Fortaleza el proceso más importante y representativo, al terminar la obra será entregada a OPDAPAS, donde ellos se harán cargo de darle mantenimiento. La obra se realizó con presupuesto que la misma comunidad puso y nuestro papel como organización ha sido el de guiarlos y acompañarlos durante todo el proceso y en los momentos más difíciles es cuando aparecemos para trabajar acuerdos y resolución de conflictos. Hemos solicitado oficios y permisos a OPDAPAS, hemos llevado la máquina excavadora, nos hemos enfrentado y acordado con los líderes anteriores, etc.*

*Lo que más ha permeado este proceso es la transparencia de la recaudación donde una vez terminado los líderes o representantes por calles entregaron cuentas a la comunidad a través de una asamblea general donde toda la gente de la comunidad estuvo invitada.*

El proyecto Fortaleza ha facilitado procesos para que la comunidad se organice en esta colonia, los avances obtenidos les han animado aún más a organizarse, han ayudado a que los habitantes se den cuenta que tienen el poder de efectuar cambios ellos mismos, se han comprobado que no necesitan depender de los líderes corruptos para lograr hacer cosas. La corrupción y el abuso de poder subsumen a la gente en la pobreza. Sin embargo, una comunidad organizada tiene el poder de cambiar los sistemas injustos, se construyen comunidades más justas, las personas comienzan a ayudarse a sí misma.

*E3: En TUI, no pretendemos que podamos acabar con la pobreza urbana. Sin embargo, creemos que las personas de las CUM tienen el poder de mejorar las condiciones en las que viven por sí mismos.*

*E3: TUI les ayuda a los más vulnerables a encontrar su propio poder para construir comunidades más sanas y justas. Una de las claves del trabajo comunitario es la disposición de las personas para trabajar en comunidad, no importando actividad, momento o fuerza que se tenga que aplicar. Esa ha sido la clave para que Proyecto Fortaleza pueda generar un vínculo con la comunidad y poder activar la participación social y política, ahora ellos conocen a que instancias y que procesos deben de seguir para resolver algún conflicto.*

En un contexto socio-político de desigualdad social, clientelismo y corrupción, TUI busca traer una nueva fortalecer la Esperanza, Justicia, Equidad y Transparencia. Tanto el personal de TUI como la comunidad de los municipios donde trabajan, se involucran cada vez más por los nuevos

acontecimientos que se están logrando en esa zona. El trabajo de TUI está dando fruto en forma de proyectos comunitarios esenciales, que impacta de manera positiva en los determinantes de la salud de las personas que habitan en las CUM de Chimalhuacán.

De la misma forma se obtienen grandes avances por el trabajo de incidencia, al nivel de los sistemas que se está llevando a cabo en los ayuntamientos de los municipios, el personal de TUI realizó juntas exitosas con las autoridades municipales, y con la institución encargada de la distribución de los distintos servicios públicos (agua, luz, drenaje). Esperando que las relaciones que se desarrollan en estas reuniones los lleven a formar alianzas que les permitan incidir por la justicia para los habitantes de las CUM de Chimalhuacán, en una escala mucho más grande que la ya lograda hasta hoy en día.

## **V.VII Proyecto Pro-Salud Construyendo Comunidades Sanas.**

El Estado de México es una de las entidades de mayor relevancia para el país en términos económicos y sociales. Aunado a esto, su proximidad geográfica con la capital del país lo hacen uno de los territorios estratégicos para abonar al desarrollo económico del país. No obstante, la publicación de distintos datos oficiales durante los últimos años (CONEVAL 2012-2014), indica que ha aumentado el porcentaje de población que vive en condición de pobreza, lo que deja claramente expuesto la problemática de la desigualdad social y la inequidad en diversos ámbitos que caracterizan la entidad federativa (CIDAC. 2015).

Las personas pobres que viven en las CUM de Chimalhuacán Edo. De México son particularmente vulnerables a problemas de salud. Los costos médicos subsecuentes bastan para sumergir a las familias de escasos recursos en una pobreza profunda por periodos largos. Aun así, aquellos que pueden pagar servicios médicos de bajo costo, viven en una comunidad con poca higiene o condiciones sanitarias deplorables, con viviendas inadecuadas, contaminación del aire, falta de acceso a servicios públicos.

Como se mencionó en marco contextual (pág. 33) en Chimalhuacán persisten importantes inequidades en salud que se expresan tanto en los indicadores de morbi-mortalidad como en las barreras estructurales de acceso a los servicios públicos de salud. La mayoría de los complejos de salud pública fueron construidos en la zona centro de la Ciudad de México, y los costos de transporte, un camino de aproximadamente dos horas, mantiene a los residentes de Chimalhuacán distante de acceder a ellos. Muchos utilizan servicios médicos privados que son muy costosos, lo que en definitiva se ve reflejado en su gasto de bolsillo.

- En 2013, se registró un gasto público per cápita de \$3,353 en salud, colocándolo en uno de los últimos lugares a nivel nacional por su gasto en este rubro.
- En 2013, había menos de un médico disponible por cada mil habitantes, registrando el último lugar en la clasificación nacional (CIDAC. 2015).

La falta de acceso a la atención médica aumenta la probabilidad de enfermar. Muerte por accidentes, enfermedades gastrointestinales, enfermedades infecto-contagiosas, etc. La salud de la población en general, pasa a constituir en la actualidad una de las mayores preocupaciones y retos para los moradores de las CUM de Chimalhuacán.

*E3: TUI define la salud comunitaria de manera integral y considera que cualquier esfuerzo por mantener un buen estado de salud en la comunidad, sus acciones deben ir más allá de la simple aplicación de tecnologías médicas desde un enfoque estrictamente técnico y curativo.*

Es así que ellos determinan que deben corresponsabilizar a la comunidad para utilizar sus recursos internos y contribuir a transformar cualitativa y cuantitativamente los factores que dinamizan en el proceso de salud/enfermedad; además de implementar procesos de participación, organización, movilización y empoderamiento social para incidir en dichos factores y estructuras que por años han mantenido a la población sumida en la pobreza y la enfermedad.

### **V.VII.I Descripción del Proyecto Pro-Salud.**

En el Edo de México la prestación de servicios de salud en áreas urbano-marginadas se ha convertido gradualmente en un serio problema para las instituciones de salud. Estas áreas se caracterizan por la pobreza de sus habitantes, por una grave carencia de servicios públicos y por su explosivo crecimiento demográfico.

A su vez, las instituciones de salud tienen múltiples problemas para proporcionar servicios asistenciales y preventivos, la escasez de recursos humanos, económicos y de infraestructura impide que los servicios puedan satisfacer todas las necesidades de la población, de tal manera que no se brindan de manera equitativa. Estas desigualdades se manifiestan en diversos indicadores, por ejemplo, se puede resaltar que el Estado de México presenta el menor gasto en salud per cápita de todas las entidades federativas del país (Pinzón C. 2014).

Si consideramos que los habitantes de las entidades federativas son iguales, la equidad horizontal significa que todos ellos reciben los mismos recursos per cápita. Pero distintas investigaciones demuestran lo contrario, por lo tanto, es muy claro que el gasto fiscal como el público por persona varían mucho entre las entidades federativas. El Edo. De México recibe los menores recursos fiscales per cápita para salud: 526 pesos; el Distrito federal se ubica en la escala más alta en este rubro: 1 698 pesos. La diferencia entre ambos extremos es de 1 137 pesos. Otra manera de verlo es que por cada peso que se gasta en el Estado de México se gastan más de tres en el DF. No obstante, el Edo. De México presenta los peores indicadores de salud, un menor gasto en salud y menos servicios sanitarios, lo que ponen de manifiesto la desigualdad social y la inequidad en el acceso a los servicios de salud que aún persiste en el lugar (Pinzón C. 2014).

Para atender las necesidades de salud de las CUM de Chimalhuacán, TUI desarrolló un proyecto basado de atención médica, focalizado en la atención primaria (Consultas médicas, odontológicas, nutricionales, entrega de vacunas, y medicamentos) ya que consideran que estos deben de ser la puerta de entrada de la población al sistema de salud, en donde se implementan principalmente actividades de promoción de la salud (creación de comités vecinales, organización y fomento de la cohesión vecinal, orientación vecinal para llevar a cabo las peticiones al sistema municipal en cuanto a la demanda de los servicios Sanitario y de salud), prevención de riesgos y control de daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, teniendo como eje de intervención las necesidades de salud más frecuentes de la persona, familia y comunidad.

Los servicios de este nivel están dirigidos a toda la población, con especial énfasis en los grupos olvidados y pueden ser prestados en establecimientos públicos de salud, en ambientes seleccionados por la propia comunidad y en las viviendas de las familias que están en el área de influencia. Por ello, la prioridad de TUI a través del programa de Pro-Salud es el promover campañas médicas donde se otorguen consulta a los casos relacionados con cinco problemáticas de salud más frecuentes en esa área: infecciones respiratorias agudas, diarrea aguda, control del embarazo, control del niño sano y planificación familiar.

Mediante este programa de Pro-Salud pretenden mejorar la capacidad para vivir una vida más sana y reestablecer los lazos de comunicación en las personas, intervenir sobre los determinantes de la salud y el bienestar, y participar de manera activa en la construcción de sociedades más justas, solidarias y equitativas.

TUI ha diseñado el Proyecto Pro-Salud para promover un modelo de salud integral comunitaria que busca:

- Reducir a las enfermedades prevenibles y disminuir los costos de atención médica.
- Canalizar y vincular a las familias inscritas con otros servicios de salud gubernamental o privado.
- Capacitar a promotores voluntarios de la salud comunitaria.
- Impulsar la reconstrucción de tejido social.

## **V.VII.II Desarrollo del proyecto Pro-Salud.**

Uno de los aspectos estructurales para países como el nuestro es el de inequidad social, por lo que los gobiernos deberían prestar mayor atención en las necesidades de las zonas más marginadas y vulnerables socialmente, pero la realidad nos muestra que estas zonas son las que más pagan por los servicios públicos y carecen más de ellos, lo que hace cuestionar seriamente el tema de las condiciones de acceso a los servicios de salud.

En definitiva, esta problemática nos aproxima a las relaciones de poder en la construcción y la dirección de los servicios de salud, llamando la atención la desigual distribución de los recursos sanitarios a disposición de los grupos de la población que habitan en las zonas conurbadas. Desde las perspectivas social-históricas de los determinantes de la salud, se plantea como las desigualdades sociales pueden tener una relación muy directa con las desigualdades en materia de salud y como la definición y el tratamiento de la salud/enfermedad están influidos por el sistema económico capitalista (Bleda J. 2005).

Por supuesto que esto se complica con el reconocimiento de que el sector salud tiene una capacidad limitada para contrarrestar los daños que el propio modelo de desarrollo provoca en la salud de la población. Subyace no sólo el problema de inequidad en el acceso a los servicios de salud y saneamiento, sino también la ausencia en las políticas públicas para atender poblaciones vulnerables con especial énfasis en las zonas conurbadas, quedando claro la notable desigualdad social en el acceso a los servicios de socio-sanitarios y de salud, incrementando las repercusiones que ésta carencia tiene en términos de salud y en el agravamiento o reproducción de la pobreza (Bleda J. 2005).

TUI pronto se dio cuenta que para hacer frente a la pobreza y la desigualdad social se requería generar intervenciones o programas que incluyeran y garantizaran el ejercicio de los derechos (a la salud, al agua, a una vida digna, etc.) sociales básicos, empezando por desarrollar acciones que facilitaran el acceso a los servicios de salud, derecho que se reconoce como un pilar de la protección social integral para todos.

Es así que en noviembre del año 2009 se da inicio al proyecto Pro-Salud. Tienen claro que la comunidad es una fuente de resolución de sus propios problemas de salud, organizándose y fortaleciendo su propio desarrollo. Para ellos la salud comunitaria es un modelo de atención

preventivo basado en la atención primaria a la salud, en el que participa la población con el propósito de resolver las necesidades de salud de su comunidad. Desde entonces han promovido campañas médicas y dentales, incorporando clubes familiares donde están capacitando a las CUM en temas relacionados con la salud en el primer nivel de atención. Como lo asegura nuestro informante, mediante la entrega de medicamentos han podido ver un beneficio en los bolsillos de las personas.

*E1: tan solo el año pasado, ahorramos una cantidad considerable por concepto de compra de medicamentos, temado el dato no te quiero dar datos incorrectos, la gente actualmente se está viendo beneficiada por las alianzas que hemos conseguido y los medicamentos que nos han donado, introducimos los medicamentos con un ahorro de hasta el 50% de lo que pagan regularmente y si vamos más a fondo, todo lo que implica el tener acceso a la atención médica, o dental, cuantas enfermedades no se evitan con esta simple acción, entonces son intervenciones que impactan no solo en la economía de la familia sino en la salud también.*

Asimismo, implementan acciones de seguimiento con los promotores de salud comunitaria formados por ellos mismos. Sus promotores/as son personas capacitadas para atender patologías de primer nivel, también llevan un proceso de formación continua y monitoreo del programa de Pro-Salud, promueve proyectos de nutrición, higiene, campañas de sanidad, talleres de zumba, campañas de desparasitación, educación sexual, planificación familiar, preservación ambiental y distintos cursos que se enfocan por completo en estrategias de prevención, reducción de riesgos y de promoción de la salud.

El análisis de la información compilada en el trabajo de campo permite identificar tres líneas de acción que son prioritarias para el Programa Pro-salud: la reducción de las enfermedades prevenibles y la disminución de los costos de la atención médica; canalización y vinculación hacia los servicios de salud; fomento de la cohesión social focalizada en temas de salud. Cabe señalar que el diseño e implementación de estas estrategias ha estado sustentada en la generación de evidencias e información que se deriva de los diagnósticos de necesidades que realiza la organización.

### **V.VII.III Diagnóstico de necesidades en salud**

TUI, al igual que diversos autores (Bleda J. 2005) tienen claro que la desigualdad social está detrás de las desigualdades en salud, incluso se añade que el principio del beneficio económico no es compatible con el interés de los enfermos. Las diferencias entre clases sociales

también pueden encontrarse en los estilos de vida individual (alimentación, deporte) en el entorno ambiental (vivienda, contaminación y trabajo) y en los recursos económicos (distribución de la riqueza).

El proceso salud/enfermedad se ve afectado igualmente por una combinación de determinantes y factores, que varían según los países y la distribución de los grupos de población dentro de ellos mismos, es decir la distribución territorial o ubicación geográfica, el medio ambiente, el urbanismo, los equipamientos del ocio, los tipos de vivienda, las condiciones laborales, el desempleo y los niveles generales de privación (Bleda J. 2005).

Estas diferencias se reflejan en la salud de la población dependiendo del lugar en que habiten, si lo hacen en las zonas urbanas o rurales, si viven en las periferias de las ciudades, si habitan los países desarrollados o en vías de desarrollo. Por ejemplo, en los barrios marginados de las grandes urbes se pueden detectar los peores indicadores de salud: altas tasas de enfermedades infecto contagiosas y gastrointestinales, drogodependencia, violencia familiar y social, etc. (Bleda J. 2005).

Asimismo, TUI coinciden con autores como: Millán H. & Pérez R. (2008) al resaltar que debe considerarse el lugar donde se habita, ya que es un determinante muy importante, pues quienes viven en lugares con grandes privaciones materiales (peores recursos, servicios, comunidades, y medio ambiente) presentan un déficit en su salud, dejando claro que las áreas geográficas más pobres presentan peores indicadores de salud que las zonas con mayor nivel económico.

Como se ha señalado, TUI ha buscado realizar acciones basadas en evidencias particularmente (trabajos de distintas OSC como: Anesvad, Amextla, Medico si fronteras, entre otros), el programa Pro-Salud realiza anualmente una serie de diagnósticos de salud, con énfasis en necesidades básicas en población general de las CUM donde se desarrollan sus principales actividades. A partir de estos diagnósticos documentan los principales padecimientos y/o enfermedades, los factores de riesgo a la salud y los servicios de salud pública con los que cuentan los habitantes.

El bienestar de la población depende de la satisfacción de sus necesidades básicas, tanto en términos económicos y sociales como ambientales. Es decir que se debe atender a las más imperiosas necesidades sociales. A partir de los diagnósticos de necesidades se concluye que los

problemas de salud y saneamiento ambiental están entre los más críticos de las zonas marginadas, principalmente por su incidencia en la salud y la seguridad social de la población.

Los diagnósticos de necesidades han evidenciado el grave déficit de servicios de salud en el municipio de Chimalhuacán, Estado de México, ya que se trata de un área urbana marginal con aproximadamente 289 000 habitantes, con una tasa de crecimiento anual del 17 por ciento y una de mortalidad infantil de 94/1 000 nacidos vivos. El 85% de su población carece de servicios de seguridad social y los recursos de salud del Estado de México son insuficientes para atenderlo. Desde la experiencia de los colaboradores de TUI, las familias que viven en los barrios marginados enfrentan importantes barreras geográficas, económicas y organizacionales (tiempos de espera) que obstaculizan la búsqueda, acceso y utilización de los servicios públicos de salud. Al respecto, un informante señaló:

*Sin ignorar el trabajo del Estado ello hace referencia que E3: Hay centros de salud que ofrecen vacunas gratuitas a la gente de bajos ingresos, sin embargo, las familias que viven en los barrios marginados deben viajar para llegar a los servicios de salud más cercanos. Aunque el costo del transporte público fuera modesto, puede ser una barrera, los centros de salud en México también son muy burocráticos y se convierten en otra barrera, la gente en la mayoría de las ocasiones espera por más de 6 horas, solo para que le digan que vuelva otro día. Este gasto de tiempo y transporte convierte en inaccesibles.*

Así su atención se dirige de manera prioritaria a aquellos grupos de la población que enfrentan mayores dificultades de acceso a los servicios de salud, especialmente a las mujeres, niñas y niños y adultos mayores. La mayoría de sus beneficiarios no tienen seguro social, ni otra clase de servicios y no cuentan con los recursos económicos para pagar una clínica privadas.

#### **V.VII.IV Perspectiva de salud comunitaria propuesta por TUI**

Como se mencionó anteriormente para ellos la salud comunitaria es un modelo de atención preventivo basado en la atención primaria a la salud, en el que participa la población con el propósito de resolver las necesidades de salud de su comunidad. Los coordinadores del programa de Pro-Salud definen a la salud comunitaria de manera holística. Aseguran que cualquier acción que se tome para abordar la salud colectiva, tienen que ir mucho más allá de simplemente proveer acceso a los servicios médicos. Las intervenciones tienen que involucrar a la comunidad de manera dinámica, utilizando los recursos que la misma gente ya tiene para

transformar sus vidas. Pro-Salud busca ser parte esencial de una transformación que ayude a construir comunidades participativas y ciudades más sanas.

Esta visión obviamente incide sobre la concepción de salud-enfermedad que tienen las comunidades marginadas, por tanto, está claro que la salud tiene que ver con la organización social, el desarrollo económico, el nivel de vida, la distribución de recursos, el medio ambiente natural y social de las comunidades.

El programa de Pro-Salud, a través de procesos participativos y de fortalecimiento institucional, se propone sumarse a la lucha para cooperar a modificar en forma favorable los factores determinantes de la salud, en vez de aplicar paliativos recurrentes cuando ya se haya deteriorado el estado de salud, a través de una articulación de la administración de salud con los demás proyectos que conforman las estrategias de TUI, para lo cual se aplica el concepto actual de desarrollo de la estrategia multifactorial de los distintos elementos del bienestar que constituyen la salud.

El modelo desarrollado por TUI se basa en una perspectiva comunitaria y está apoyado en el trabajo de promotores de salud comunitarios. De hecho, otro de los ejes centrales del modelo que se despliega de Pro-salud es la formación y capacitación de promotores de salud comunitarios que cumplen con un perfil denominado de “liderazgo servicial”. Lo que ha generado un especial reconocimiento del personal de salud con participación de la comunidad.

En las CUM de Chimalhuacán se trabaja con promotores/as de salud comunitarios quienes reciben capacitación continua, siendo ellos el puente entre la población más necesitada y las instituciones del sistema público de salud, así como con algunos hospitales privados (siempre y cuando exista una negociación previa con ellos).

Para TUI es importante la capacitación continua de su personal, por lo que los promotores se encuentran en formación e implementan y retroalimentan estos conocimientos a nivel comunitario, dan seguimiento individual y familiar, realizan talleres y ayudan a las personas para hacer trámites y facilitar su acceso a instituciones públicas de salud.

Los promotores realizan diversas actividades, tratan de capacitar a la población y dotarla de los elementos básicos para identificar, controlar, eliminar y manejar los factores de riesgo de la salud, como parte fundamental de la prevención de enfermedades. Principalmente fungen como

facilitadores en talleres en salud familiar, entregan medicamentos gratuitos, dan seguimiento regular a familias, e implementan diversas estrategias con un enfoque centrado en la prevención de enfermedades y en el desarrollo de habilidades y prácticas de auto cuidado de la salud física, emocional y espiritual; también abordan temas prioritarios en el campo de la salud sexual-reproductiva, poniendo énfasis en la reducción de los riesgos en salud. Cabe señalar que, para desarrollar estas actividades, los promotores organizan “mini-redes” articuladas por actores clave de la comunidad que aportan su experiencia, contactos, recursos e incluso sitios para el desarrollo regular de las actividades.

En síntesis, podríamos decir que el PSC actúa como un facilitador de su comunidad desarrollando iniciativas, acompañando e impulsando proyectos y acciones dentro de su comunidad para elevar la calidad de vida de la misma. Actúan como agentes de cambio son la conexión entre la comunidad y las necesidades reales de sus colonias y los diferentes servicios y programas que en él se desarrollan. Son actores solidarios, cooperativos y comprometidos con la realidad de sus vecinos y de su contexto social.

#### **V.VII.V Atención primaria a la salud, prevención de riesgos y vinculación hacia los servicios de salud**

Una de las condiciones que influyen en mayor medida en el estado de salud de la población de las CUM son la carencia de servicios de salud y de saneamiento básico, bajos niveles de educación, escasos ingresos, nula participación en los procesos de toma de decisiones, los bajos niveles de participación social provocan la consiguiente dificultad para asimilar estilos de vida más favorables a la salud.

Los crecientes requerimientos de la comunidad en materia de salud han motivado que desde TUI se ponga en práctica un modelo de prevención y atención de la salud desde una perspectiva comunitaria, particularmente aquéllos enfocados a la atención primaria. Para mejorar se centra en la salud de las personas en los contextos de los otros determinantes; es decir en el medio físico y social en el que las personas viven, estudian, trabajan y se recrean, más que en enfermedades específicas.

Pretenden realizar acciones de promoción de la salud, prevención, recuperación y rehabilitación que se interrelacionan entre sí para resolver los problemas de salud de las personas y del

ambiente, de la misma forma desean poder cubrir la demanda de servicios de una manera congruente con sus propios recursos y con las necesidades de la población; mejorar la capacidad de gestión institucional en el nivel local, con énfasis en la calidad de atención, productos farmacéuticos, y generar un pequeño sistema de redes de información en un contexto integrado de los servicios de salud local.

*E3: nosotros como institución o como OSC tratamos de que nuestro proyecto y los planes que se desarrollan para la comunidad se den de una manera conjunta y justa, así Junto con ello el proyecto Pro-salud fue avanzando con las jornadas médicas, las pláticas de orientación en exigibilidad de servicios públicos y de salud, el taller nutrición alimenticia e higiene de alimentos, el de elaboración de productos desinfectantes. Iniciamos un proceso con ellos y eso afortunadamente se pudo replicar con más calles, se interesaron en organizarse para poder tener sus servicios, con eso generamos cohesión en la comunidad, había problemas si, pese a ello, siempre prevaleció en ellos la esperanza de estar organizados, les sirvió para darse cuenta de cómo se podían enfrentar a la problemática, que se generaban día a día.*

En las palabras de nuestro entrevistado nos dice que en las CUM existe mucha gente con necesidades y condiciones especiales de salud, sin tener para pagar atención privada se ven simplemente orilladas a menudo a no atenderse, por lo que TUI a través de campañas médicas presta servicios de promoción, prevención y curación de enfermedades no complicadas.

En este proceso, la comunidad y sus miembros, participan tanto en los espacios de gestión en las unidades de salud, como en las acciones que fortalecen su propia salud como las jornadas de salud, las iniciativas de entornos saludables (barrios, escuelas, mercados, espacios o municipios y el entorno laboral), ferias de salud o las jornadas programadas con la comunidad para la detección temprana de enfermedades que amenacen la salud de sus miembros, entre otras.

De acuerdo con los informantes, el programa Pro-salud llevó a cabo talleres dirigidos a distintas personas de las CUM, cuyo objetivo primordial ha sido el poder influir en los estilos de vida, proporcionan conocimientos básicos para el auto cuidado, promueven la canalización de personas a servicios médicos, para que puedan acceder a servicios especializados como: colposcopias, especialidades médicas para los infantes, donde lograron obtener la reducción de costos y lo más importante familiarizar a las personas con los servicios de salud.

Se coordinan con servicios de salud más complejos como los hospitales públicos y privados a través convenios de donación creados y promovidos entre ellos mismos, para que mediante los recursos económicos existentes puedan canalizar a las personas que padezcan enfermedades de

mayor dificultad a los proveedores apropiados. Esto se debe basar en una clara comprensión de parte del usuario, del personal que lo refiere a otro servicio o establecimiento, así como también una comprensión clara del personal que lo recibe, acerca de la importancia y la responsabilidad de garantizar la atención continuada del usuario, lo que resulta una parte muy importante del programa de Pro-Salud en las CUM de Chimalhuacán.

*Este caso es un ejemplo de su intervención al canalizar a las personas de las CUM a los SS E3: Cuando empecé a trabajar TUI con Por-Salud en la zona del “Potrero” en San Sebastián, resalto el caso de una habitante que ha padecido de una condición degenerativa de la vista por toda su vida. Por más que se esforzaba no pudo buscar tratamiento por su cuenta debido a la falta de recursos, pues apenas le alcanza para cubrir sus gastos básicos. “Ella decía que una vez que se hubiera pagado el terreno en 3 o 4 años, iba a intentar a ahorrar para ver al doctor”. Afortunadamente se inscribió al proyecto de Pro-Salud, se pudo obtener un pase para tener un examen gratuito con un especialista. Ya que su caso es delicado, recibe seguimiento continuo con el especialista, quien la sigue viendo sin cobrar.*

*Debido a esto el programa de pro-salud ha fomentado la promoción de campañas de actividades para la prevención de enfermedades. E3: Entre otras cosas, Pro-Salud trabaja en prevenir enfermedades comunes (las de primer piso) y reducir los gastos en salud. Una de las maneras como logramos ambas metas es ofrecer vacunas, medicamentos, desparasitaste gratuitos y campañas médicas continuamente. A través de Pro-Salud se llevan a cabo campañas de vacunación y campañas médicas a comunidades de muy bajos recursos; los residentes reciben consultas médicas generales, odontología, entrega medicamentos, talleres educativos y cortes de cabello gratis.*

TUI ha establecido relaciones colaborativas con las autoridades municipales de salud, generando un ahorro considerable en la economía de las familias participantes en el programa de Pro-salud. Ejemplo de ello es el trabajo que realizó Pro-Salud en una escuela primaria local, elaborando un diagnóstico de salud con la finalidad de localizar a niños con cuadros de salud graves y canalizarlos al sistema de salud local. Respecto a esta experiencia un informante señaló:

*D1: Gracias a las campañas de nutrición y desparasitación que llevamos a cabo en las primarias de la zona logramos disminuir los índices de diarreas en los niños y evitamos falta de apetito, pérdida de peso y talla, mala absorción de nutrimentos, anemia, irritabilidad por falta de sueño, manchas en la piel. A demás las autoridades municipales se han vuelto más accesibles a las comunidades donde trabajamos de una manera que no se veía anteriormente, ahora por parte del municipio se ha dado una mayor promoción en el acceso a servicios dentales, rehabilitación y salud mental que antes eran muy difíciles de conseguir*

*D2: Combinar la educación preventiva con las campañas médicas es una manera económica y muy eficaz de tener un gran impacto en la salud pública en las CUM. Las campañas médicas logran más que solo proporcionar servicios de salud accesibles y de bajo costo a las comunidades marginadas donde operamos. También proveen un pretexto para que la comunidad se solidarice y se organice por su propio bien, se abre la oportunidad a la comunidad de participar activamente en la mejoría de su propia salud y al mismo tiempo desarrollar sus habilidades de liderazgo servicial.*

Las condiciones de pobreza de los habitantes de una región se manifiestan claramente en desnutrición severa y falta de seguridad alimentaria; escasos presupuestos estatales y familiares para salud y saneamiento básico, deficiencias de cantidad y calidad en la infraestructura de servicios de salud, y condiciones insuficientes para retener profesionales calificados que contribuyan a su desarrollo.

A corto plazo el proyecto de nutrición de Pro-Salud busca generar las condiciones para el mejoramiento nutricional de los infantes de las CUM de Chimalhuacán, en especial a los menores de cinco años y a las gestantes. A través de los diagnósticos de salud nutricional ya mencionados, se trata de lograr la recuperación nutricional a través de una orientación alimenticia y entrega de alimentos suplementarios.

Para lograr estos propósitos, este proyecto plantea las siguientes actividades: valoración nutricional de los infantes, control periódico de la relación peso/talla, control del embarazo, estimulación de la lactancia materna, elaboración y distribución de material educativo, exposición informativa y educativa, elaboración de manuales técnicos, y distribución y capacitación en el manejo de semillas de alimentos.

*E2: Las intervenciones de salud que hemos hecho hasta la fecha se dan a través de la ayuda de la propia comunidad, siempre estamos provocando que se interesen en el trabajo de nosotros pero a la vez de ellos mismos, planteamos jornadas de salud, las ubicamos en pequeñas carpas, casas o en un lugar estratégico de un barrio, es un estas jornadas donamos medicamentos, platicas de prevención y brindamos una atención médica eventualmente por equipos básicos de salud, trabajamos con médicos voluntarios y equipos básicos de salud, debidamente calificados que brindan atención integral de salud a la población, promovemos una educación permanente en salud y planeamos estrategias juntos para mejorar las intervenciones sanitarias. Pretendemos de cierta forma contribuir a lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población, brindando servicios de salud con calidad, equidad, eficiencia y efectividad, con participación social y comunitaria con énfasis en la atención primaria.*

Parte fundamental también son las pláticas de prevención de enfermedades crónico degenerativas las cuales son impartidas en las colonias, su finalidad es que las personas, principalmente los grupos en riesgo, estén informadas y se sensibilicen ante éstas. Así mismo se dedican a la planificación familiar promoviendo y distribuyendo material anticonceptivo y se invita a que acudan a las instituciones de gobierno a los servicios de salud de atención médica en Medicina General, Certificados médicos, Laboratorio de Análisis Clínicos, Oculista, Dental, Farmacia comunitaria, Psicología e INEA.

Las pláticas de prevención comprenden un conjunto de acciones integradas y continuas orientadas a promover cambios de comportamiento, actitudes y esquemas mentales de las personas ante las instituciones del sistema de salud; para promover la exigibilidad de su derecho fundamental a la salud. Además, las pláticas van orientadas a promover cambios en las actitudes de las personas para que respondan a las necesidades de su propia comunidad, en general buscar una mayor capacidad de eficacia en las gestiones de salud, promoviendo una transformación social positiva e irreversible.

A través de esas relaciones TUI pretende que se transmita de generación a generación la profunda espiritualidad y sus valores culturales que son ejes dinamizadores de la vida de la comunidad. Con lo anterior queda claro que las acciones del programa Pro-Salud se dirigirán a trascender los aspectos institucionales de los servicios de salud, incidir en los problemas nutricionales, ampliar la cobertura de la atención primaria y el saneamiento ambiental, estudiar y documentar las formas más eficientes que se puedan darse en la atención de las necesidades de salud de las CUM y mejorar la infraestructura y servicios del primer nivel de atención en salud.

#### **V.VII.VI Perspectivas: desarrollo de una Clínica Multifuncional**

TUI al buscar alternativas para incrementar sus servicios de atención primaria, desde hace unos años comenzó a trabajar con distintas instituciones y personal voluntario de las comunidades, para realizar actividades de prevención y fomento de la salud. Sin embargo, debido a los crecientes requerimientos de la población y a la escasez de recursos por parte de la institución, los coordinadores del programa Pro-Salud y el personal se comienza a ver superado por la demanda de los habitantes; los cuales han adquirido más responsabilidades en la prestación de los servicios y gradualmente ha tenido que diversificar sus funciones.

Uno de los proyectos a corto plazo corresponde a la construcción de una clínica denominada “Multifuncional”; se trata de una unidad de primer nivel de atención a la salud que se desarrollará con la participación activa de personas de la propia comunidad y que tiene el propósito de facilitar el acceso a la prestación de servicios de salud.

Al asociarse con otras OSC con los mismos intereses. TUI pretende que se genere un impacto de mayor fuerza, lo cual sería más difícil si lo intenta de una manera individual, por lo tanto, la parte más sobresaliente de Pro-salud es el nuevo proyecto colaborativo que pretende poder mejorar el acceso a los servicios de salud en las CUM donde trabajan actualmente.

Gracias a la donación de un lote por parte de la comunidad, TUI planeó una infraestructura que pueda funcionar en las tardes como escuela preparatoria y universidad en línea y por las mañanas como clínica de salud, para lo cual serán apoyados por instituciones como la UNAM y el TEC de Monterrey, también tienen planes de montar una guardería en ella. Este proyecto, que es de carácter preventivo y asistencial, consiste en conformar un equipo humano interdisciplinario para adelantar actividades de investigación básica, prevención y asistencia en el primer nivel de salud en las áreas extramurales que aún no han sido atendidas.

Una de las partes más importantes de este proceso se manifiesta en la construcción de las bases estructurales necesarias para instalar elementos indispensables, que en la región no se encuentran a disposición de las comunidades. A través de los años varias instituciones han sido testigos de cómo el trabajo de TUI une una diversa gama de individuos, organizaciones y alianzas estratégicas para que cooperen con las comunidades donde trabajan. Asimismo, se forma un conglomerado de habilidades, talentos, historias y compromisos; cada uno agrega una pieza importante.



Uno de los grupos que han decidido formar parte del nuevo proyecto de TUI se llama Homes of Living Hope (Casas de Esperanza Viva), una OSC establecida en EUA. Ellos se encargan de facilitar el modelo para convertir viejos contenedores de carga en instalaciones funcionales, las cuales son donadas y enviadas a comunidades marginadas.

*E1: Mientras TUI y Homes of Living Hope, discutíamos de cómo podríamos colaborar, buscamos dirección de las mismas comunidades donde trabajamos. Según una encuesta de las autoridades municipales de salud, más que 47% de la población en Chimalhuacán no tiene acceso a los servicios médicos. De hecho, como resultado de la organización comunitaria que hemos hecho hasta la fecha, los comités ciudadanos ya identificaron que crear más acceso a los servicios médicos en su comunidad era una necesidad urgente. Entonces, se determinó que la solución perfecta es convertir nuestro contenedor en una clínica médica y dental.*

Este contenedor de carga se está diseñando y remodelando por los estudiantes de la preparatoria Monarch. Están participando en el proyecto los alumnos de la clase de Arquitectura y Diseño Industrial, el club de robótica, el Consejo Estudiantil y el club de arte, los cuales están muy interesados ya que es un proyecto de la vida real; para ellos utilizar lo que aprenden en la clase y aplicarlo en la realidad es una oportunidad única.

Estudiantes de la clase de Arquitectura y Diseño Industrial utilizan un software de diseño arquitectural para configurar el interior del contenedor. El espacio se divide en áreas distintas para un consultorio médico, un consultorio dental, un área de oficina y farmacia. Paneles solares que se donaron permitirán que la instalación sea auto-sustentable en cuanto la energía.

Con un trabajo en equipo, voluntarios, alumnos y docentes están trabajando para detallar el interior de la clínica, mientras los miembros del club de arte pintaron el exterior. Se planea hacer una colecta durante el verano para entregar el contenedor con equipo dental y materiales médicos donados, los cuales equiparan la nueva clínica para que pueda comenzar a operar.

Para cubrir la plantilla del personal que se requiere para la clínica, TUI ha hecho un convenio con la UNAM. La universidad ha acordado enviar estudiantes médicos y dentales para que concluyan su residencia; se planea que ellos atiendan a las personas dos a tres veces la semana durante su residencia; en cuanto a mantenimiento de la clínica se pretende aprovechar los recursos locales de una manera que ayuda a sostener la operación de la clínica a largo plazo.

Se programa que el contenedor se instale este año, donde un equipo conformado de HoLH<sup>6</sup>, la preparatoria Monarch y el equipo de robótica “Panteras” de la Preparatoria Universidad Panamericana en el D.F lo colocarán en su lugar.

---

<sup>6</sup> OAC. Homes of Living Hope.

Este modelo operativo aún se encuentra en fase experimental y se están evaluando distintos aspectos, como son: la calidad de la atención médica que se otorgara, el impacto de los talleres en la comunidad y el costo-beneficio en la comunidad.

El análisis global del modelo permitirá sustentarlo adecuadamente como una alternativa viable para proporcionar servicios de salud en CUM, en las que es fundamental incrementar paralelamente los servicios asistenciales y las actividades de prevención y fomento para la salud. Esta situación se fue agravando porque los estados no generaron programas y políticas sociales suficientes para cubrir las necesidades de los sujetos, debido a que eran incapaces de promover trabajo y remuneraciones estables a una proporción importante de la población.

Por último, es de resaltar que ésta preocupación por afrontar de una manera directa los determinantes sociales de la salud que afectan en el proceso de salud/enfermedad, ha sido abordado recientemente con este proyecto que planea dar un mayor acceso a los servicios de salud, con el fin de poner en marcha una pequeña acción sobre los determinantes sociales que mejoren la salud y reduzcan la desigualdad sanitaria.

Se proponen posibles soluciones integrales de acceso a los servicios de salud primaria que costará menos de lo que costaría la infraestructura construida usando los diseños oficiales preexistentes, incluyendo un importante componente de participación comunitaria. Se busca unificar estrategias, encauzar y reforzar la decisión política municipales, coordinar actividades mediante participación continuada de las poblaciones en el mejoramiento de su propia salud. Se plantea el diseño y operación de un comité para que a través de las gestiones políticas se formulen planes, programas, proyectos de salud de carácter local.

Esta historia es un pequeño ejemplo de cómo la intervención de las OSC, la propia comunidad y donadores de distintos lugares con sus estrategias tienen un impacto en la reducción de las inequidades y vulnerabilidad en salud de las CUM, son parte de una transformación, formar parte del cambio, invierten su tiempo, talentos y habilidades para fomentar el bienestar en las CUM.

## **V.VII.VII Impulsar la reconstrucción de tejido social desde la perspectiva de la salud comunitaria**

Las personas que se encuentran en situación de marginalidad, se perciben con una falta de participación activa, por lo tanto, las CUM no deciden, por cuanto no tiene posibilidades de influir en las decisiones colectivas y quedan excluidos de los beneficios que la sociedad global distribuye, no oyen ni son oídos por no tener acceso a las fuentes del poder, tampoco tienen acceso a los frutos de la riqueza social. Se cree que este doble juego de omisiones se debe a su vez a la desintegración interna que sufren los grupos marginados, por no existir en ellos ningún tipo de organización.

La ausencia en estos grupos de un conjunto integrado de actitudes, habilidades, motivaciones y valores es un aspecto muy importante que resaltan múltiples autores sobre la realidad de las CUM, TUI asegura que a través de las estrategias de intervención rescatan lo más importante que han encontrado en las CUM y es precisamente su dinamismo. Ese dinamismo se manifiesta en la motivación para abandonar la idea del tradicionalismo y promueve un esquema mental revolucionario, el de un hombre en “movimiento” y no el de un hombre apático o fatalista.

Así TUI se proyecta como la institución comunal que puede facultar a las CUM para lograr una organización interna más efectiva y por consecuencia un ascenso más rápido dentro del sistema social urbano. TUI determina que su estrategia va mucho más allá del nivel individual, se caracterizan muchas veces a los barrios marginados por la falta de confianza y relaciones entre vecinos; por lo que fomentar de manera permanente la cohesión social y unir a las personas es una parte integral de la salud colectiva que prioriza las líneas de acción de TUI. Al respecto, se señaló:

*E1: Todos los proyectos de TUI empoderan y equipan a las personas a ser líderes y agentes de cambio en sus familias y sus comunidades. “Los facilitadores de Pro-Salud animan a las personas a imaginarse condiciones comunitarias mejores, y les ayuda a emprender proyectos que mejoran su comunidad; estos proyectos prácticos no solo tienen un impacto positivo en la comunidad en general, sino que también les muestra a las personas que tienen el poder de mejorar su propio entorno, no solo hacen un cambio real el día de hoy, empoderan a los líderes del mañana.”*

*E3: El cambio verdadero y duradero en los barrios marginados no se realizará por sí solo. Se requerirá gente que cree que el cambio es posible y está dispuesta a hacer algo para que se realice. Así es la idea atrás de nuestros proyectos, únicamente*

*ayudamos a empoderar a las personas que viven en los barrios marginados, que hagan realidad los cambios que visualizan. Únicamente les ayudamos en el proceso a imaginar y cambiar su mundo.*

Entre las teorías que tratan de explicar la situación psicológica y social de los marginados una de las más difundidas es aquella que contempla las condiciones míseras de vida de estos individuos como el resultado de su integración a un esquema cultural carente de aspiraciones y de motivaciones de logro apático y conformista.

Las poblaciones marginadas permanecen como partes altamente estables del complejo urbano porque de acuerdo con esta teoría, en ellas surge una cultura de resignación, más preocupada por el acontecer de la vida, tal como ocurre allí, que por su modificación e integración con la del resto de la sociedad.

Es notable y desafortunada la difusión que esta teoría ha tenido entre sociólogos y economistas del desarrollo, pues refleja junto a la idea de la subcultura de la miseria, la ignorancia más completa sobre la realidad social y la orientación psicológica de los grupos marginados. Es claro entonces para TUI que las posturas de estas teorías ignoran por completo la indiferencia y dureza de la situación de los barrios conurbanos, los cuales han tenido que enfrentarse a menudo durante largos años a ser ignorados por el Estado.

Para hacer frente a esta postura TUI asegura que: Si el modo de orientación en las clases bajas es resignación ante un mundo inmutable, los pobladores de las CUM de Chimalhuacán representan una desviación notable habiendo manipulado con éxito una parte del ambiente que los rodea. Plantea que el origen del fenómeno y la causa de los problemas actuales de los grupos marginados no provienen de diferencias esenciales en su esquema psíquico de valores y aspiraciones sino de las incongruencias y falta de dinamismo de la organización socioeconómica de las sociedades en que viven.

Aseguran que existe en los pobladores de las CUM fuerte deseo de cambio social, sobre todo de cambios que faciliten la promoción de las clases más desposeídas, de las que ellos se consideran miembros, han mostrado iniciativa y orientación hacia el futuro (la capacidad de sacrificar satisfacciones inmediatas en la búsqueda de metas a largo plazo).

Por tal razón en las áreas donde sus intervenciones van avanzando de una forma exitosa, las aspiraciones de las personas se centran en mejoras ocupacionales, de ingreso, o en el logro de una mejor situación de vida para sus familias.

TUI alientan y guían a las personas a luchar para lograr su estabilidad ocupacional, tratan de demostrar que es posible lograrlo sin caer en la delincuencia como medio o el vicio como escape; lo que constituyen ya un esfuerzo notable frente a la difícil realidad con que las CUM debe lidiar. Lo importante es concientizar a las personas de su potencial, promover sus aspiraciones, fomentar la persistencia y eficacia de su acción frente a las demandas que la estructura social les presenta y dejar claro que la acción colectiva es de mayor trascendencia.

A lo largo de esta investigación ha quedado claro que las estrategias de TUI no se limitarían al municipio de Chimalhuacán, de hecho, una de sus líneas de acción es lograr que sus proyectos se repliquen y sean adoptados por otras comunidades y por otras OSC. La finalidad del proyecto Pro-Salud es crear un modelo integral de la salud comunitaria que les ayude a las familias a desarrollar estilos de vida más saludables.

Pro-Salud lleva a cabo muchas de sus actividades a través de la participación de la misma comunidad. Unas de las metas principales es lograr sumarse a los esfuerzos de distintas instituciones, para reducir la brecha de la inequidad en el acceso a los servicios de salud en las CUM, también proveerles a los participantes los conocimientos necesarios para poder exigir sus derechos y aumentar la cohesión social al crear oportunidades de incidencia social. Aseguran que al fomentar la reflexión y principalmente la confianza en sí mismos es la herramienta que puede ayudar a romper con el paradigma tradicional de las CUM.

## VI. CONCLUSIONES

El tema elegido para esta investigación está vinculado tanto a mi formación académica como a mi condición de ciudadano y parte de la historia de las CUM. Hablar de la Salud en cualquiera de sus dimensiones es algo que suscita gran interés en todos los seres humanos, sin excepción alguna. La razón fundamental estriba en que todas las sociedades consideran la Salud como elemento esencial e imprescindible para la vida. En este sentido, conocer, comprender y comprometerse para mantener y mejorar la salud, implica un análisis de todos los factores y acontecimientos que condicionan el proceso de Salud-Enfermedad-Atención. Donde nos desarrollamos y nos volvemos partícipes de este proceso.

La concepción de Salud ha ido variando a lo largo de la historia en función de los cambios sociales, políticos, económicos que las sociedades han ido experimentando, así como del avance de los conocimientos sobre el proceso de salud-enfermedad, a la vez representa un prerrequisito indispensable para satisfacer cualquier tipo de aspiración sobre el bienestar. Nos ha costado siglos darnos cuenta que la salud y la enfermedad, no son meros accidentes en nuestra vida, sino que corresponden a situaciones ecológicas, económicas, culturales y sociales bien precisas que nosotros mismos, a través de nuestra historia hemos provocado (Palomino P et al., 2014).

Se coincide totalmente con Infante N. (1986) y su postura en la concepción de los determinantes de la salud que deja claro en su obra "Proceso salud-enfermedad: un fenómeno social" donde nos indica que este proceso se inserta en un contexto que se transforma constantemente, por lo que asegura que son "dos aspectos en un mismo universo" y que le confiere al ser humano un grado de personalidad donde ambos fenómenos salud/enfermedad forman parte del sujeto articulándose en sus "vivencias existenciales, a sus condiciones de vida", lo que desde una mirada estructuralista se denominaría modo de producción, porque allí se da el devenir de su totalidad y allí también vive tanto su salud como su enfermedad y en este universo bidimensional del proceso salud-enfermedad el ser humano busca el sentido de su existencia y de su futuro. Por lo tanto, la salud y la calidad de vida son un resultado social que se encuentra relacionado con las condiciones generales de la vida de las personas y con la forma de vivir.

De forma acertada Aguilar MA. (2013) critica la falta de atención en las relaciones de poder que representan los determinantes sociales, y aunque muchas investigaciones ponen en la cúspide a

las desigualdades sociales en salud, como una de los determinantes que marcan las problemáticas en salud, no son en sí las desigualdades sociales las causantes, sino los responsables de esas desigualdades que se reproducen generación tras generación. Una perspectiva que tenga presente las situaciones que causan la desigualdad y la estructura social en la que se (re)produce, permite comprender y proponer acciones de diferentes niveles que pueden llevarse a cabo para impactos diferenciales en el problema mismo.

Es importante resaltar, que una alternativa se encuentra en los que legislan nuestros sistemas y políticas en salud, que producen y reproducen las inequidades sociales, que son evitables, pero que no serán resueltas hasta que se asuman los costos económicos y políticos que implican el detrimento de los enormes capitales y las ganancias desproporcionadas de los tenedores de riqueza que, en la mayoría de los países, son los propios encargados de legislar.

Los teóricos del conflicto ofrecen un enfoque alternativo de análisis sobre las relaciones entre la salud, sus determinantes sociales y las estructuras de la sociedad. Desde este punto de vista es la propia desigualdad social la que está detrás de las inequidades de salud, incluso añaden que el principio del beneficio no es compatible con el interés de las poblaciones más desprotegidas. Así los sistemas de salud están planteados para dar atención a las zonas centralizadas y no a las urbes perimetrales que se comienzan a formar ya que el Estado no las tomó en cuenta por falta de información o por formarse en asentamientos irregulares. Este argumento tan limitado resulta suficiente para justificar por parte del Estado su ausencia en cuanto a los servicios de salud y públicos, nunca se nombra que de cierta manera a los gobiernos locales les conviene que estas comunidades permanezcan ocultas, pero paradójicamente, también estos contextos se vuelven importantes para ellos hasta los periodos útiles “los periodos de votaciones” y entonces es una forma de asegurar el botín político que se va formando y acumulando.

Como se ha evidenciado en este trabajo, en el municipio de Chimalhuacán la mayoría de las CUM padecen grandes dificultades, y son ellas con las que deben luchar para lograr acceder a un modo de vida más saludable. Sin embargo, ante esta situación la intervención de las OSC comienza a provocar el cambio de acción en los habitantes de las CUM y sus gobernantes en distintas áreas de participación, dejando a un lado las alternativas focalizadas que se basan en la teoría de que los grupos marginados son productores de miseria, y dejando claro que es la rigidez de la estructura social que no ofrece mayores oportunidades para poder superar los problemas de salud en las CUM.

## **VI. I Contexto social de estudio, alcances, limitantes y riesgos de las OSC en estos escenarios**

Conforme a lo mencionado a lo largo de la investigación se puede decir que una zona urbano-marginal es aquel territorio que alberga una alta concentración poblacional que sufre profundo déficit de integración causada, entre otras razones por las condiciones de carencias materiales y simbólicas. Además, se pudo mostrar que las carencias de esta zona, siempre están acompañadas por la presencia de desigualdades sociales, la pobreza y la inequidad en el acceso a los servicios públicos básicos y de salud, así como por la situación de vulnerabilidad o mayor susceptibilidad en que se encuentra la población que habita en las CUM.

Sin embargo, cada vez más personas viven en ciudades y zonas conurbadas en donde se dan múltiples oportunidades de interacción humana, pero también se enfrentan a los grandes rezagos de la planificación y de la fragmentación social. Solo el trabajo colectivo, la articulación de redes sumada a la creatividad y la generosidad de los mismos habitantes de las ciudades, pueden promover un ambiente en el que prevalezcan los valores humanos, para construir una sociedad más armónica y tratar de reducir las grandes brechas de la desigualdad social.

Tres fenómenos importantes se han venido desarrollando en el municipio de Chimalhuacán Edo. De México a lo largo de los últimos 30 años: una transición demográfica que ha incrementado considerablemente la demanda de los servicios públicos básicos y de salud para toda las CUM; la configuración de un contexto conurbado caracterizado por la marginación y la profundización de desigualdad social; y una mayor presencia de las OSC en estos escenarios, las cuales día con día van ganado espacios de expresión y de acción propios de la comunidad.

Chimalhuacán es un municipio en el que las acciones y decisiones del hombre se vuelven contra sus habitantes, cotidianamente, debido a la aparición de zonas de alta vulnerabilidad. La carencia de infraestructuras básicas, equipamientos de espacios públicos, zonas verdes, han desestabilizado seriamente la sostenibilidad urbana y territorial del municipio, sentenciando su propia capacidad de desarrollo económico y conduciendo a una degradación social en el territorio y a una importante disminución de la calidad de vida de sus ciudadanos.

Los integrantes de las CUM son a menudo, aunque no siempre, migrantes de zonas interiores que han venido a la ciudad en busca de un futuro mejor. Se establecen al principio como

huéspedes en casas de parientes, amigos o en vecindades u otras viviendas. La elevada tasa de crecimiento demográfico sufrido en Chimalhuacán durante las últimas décadas, de 200.000 a casi 600.000 hab., (9,85% anual), superior a cualquier otro núcleo del país, ha conllevado un crecimiento urbano acelerado que se ha asentado de forma irregular e ilegal en espacios no aptos para el desarrollo humano (Gobierno del Edo. De México. 2012). El crecimiento y expansión demográfica se ha conformado en cuatro anillos alrededor del cerro de Chimalhuachi, adoptando cada uno características diferentes en cuanto a tejido urbano, densidad y condiciones socioeconómicas, que las diferencia y las desconecta entre sí.

Es de gran interés para la promoción de la salud conocer hasta dónde ha llegado la acción de la OSC en atención a las demandas sociales y necesidades de salud de la CUM del Estado de México. Lo anterior, en virtud de que en este momento estamos viviendo un acelerado proceso demográfico de poblamiento urbano, en la mayoría de los casos irregular, el cual se combina con los graves efectos de las políticas socio-económicas de corte neoliberal (CONAPO, 2014) que se han implementado por cuatro décadas, de manera que la provisión de servicios y recursos se han visto rebasados por el incremento de las necesidades de estos grupos poblacionales.

Una diversidad de vertientes críticas latinoamericanas que convergen en el campo de la salud poblacional ha puesto de manifiesto una clara relación entre el estado de salud/enfermedad y la clase social a la que se pertenece. En el devenir histórico, estas vertientes epistemológicas han evidenciado que las desigualdades que se expresan en las condiciones de vida y trabajo, las características del entorno en donde habite, la gobernabilidad y la cohesión social constituyen determinantes del proceso salud-enfermedad de los grupos poblacionales (Palomino P. 2014; Almeida F., 1999; Blanco J., y López O., 2003), en este marco se reconoce que los recursos sanitarios y las condiciones de acceso a los servicios públicos de salud representan factores intermedios que influyen de manera importante en la dinámica de la salud poblacional.

En un contexto de precariedad e informalidad persistente y permanente, donde las desventajas se multiplican y acumulan, los servicios a los que tienen acceso las personas más pobres son de bajísima calidad. No sorprende que el Estado esté ausente en el imaginario de los sectores más desfavorecidos como referente y garante de protección social; las carencias del lugar y su superación tienden a ser percibidas como el resultado del esfuerzo individual, los rezagos emergen como el resultado de la actitud de resignación y conformismo (Bayón C. 2011).

Aunque en general las personas que habitan estas áreas, al llegar al asentamiento de una forma irregular, o a través de la adquisición de un lote a bajo costo, por seguimiento fiel a un grupo de presión (Antorcha campesina), hace que se produzca en ellos una satisfacción por obtener una meta deseada y se produce en automático una débil memoria de tiempos mejores en términos de sus condiciones de vida, parece resurgir una esperanza de lugares mejores, menos alejados, con más servicios, como escuelas, hospitales, comercios y medios de transporte, su atribución a una causa individual es en sí misma un importante indicador de las maneras en que los individuos y las sociedades se relacionan con ella, por lo tanto queda en una forma transitoria la situación actual en la que habitan.

Frente al descredito que han sufrido las instituciones y el Estado en las últimas décadas, las OSC han figurado como espacios legítimos de diálogo e interlocución entre el Estado y la población. Si bien las actividades y los ámbitos de acción de las OSC se circunscriben en áreas específicas como la salud, desarrollo social, medio ambiente o derechos humanos, su labor implica un valioso ejercicio de construcción y fortalecimiento de ciudadanía, lo cual se espera que redunde en la instauración de una cultura democrática y un sistema participativo (Acotto L. 2003).

Las OSC forman parte de la imagen y del mito esperanzador, hasta cierto punto alcanzan a conservar un nivel de credibilidad, que en la mayoría de los casos una institución partidista o estatal no podría alcanzar. Existen claramente OSC que intentan desarrollar una estrategia alternativa en la lucha contra el ausentismo de las responsabilidades del sistema, esforzándose en ligar su actuación local y sus proyectos a los movimientos socio-políticos contra los intereses del neoliberalismo. Como es natural ninguna de ellas recibe fondos de agencias gubernamentales ya que sus bases y sus principios éticos e institucionales así lo determinan, de allí entonces, las ventajas de las OSC al decidir portar un carácter no-estatal y formando espacios ajenos a las instituciones estatales.

Las OSC entran en acción para suavizar el impacto en las personas al quedar desconectados de los servicios médicos, del suministro de agua, luz, de la asistencia sanitaria, de la educación escolar, de acceso a empleos, etc. Entonces resalta lo que en la literatura es común encontrar, abordajes que destacan una visión positiva sobre la OSC, asociada a su capacidad para desarrollar el valor de la equidad, impulsar relaciones de solidaridad, cooperación cívica y desarrollo de la ciudadanía. Básicamente, estos abordajes han sido catapultados durante la

etapa del ajuste estructural, cuyo énfasis estuvo puesto en el deterioro de las instituciones del sector público estatal.

Una de las ventajas muy importantes que desde diversas perspectivas se ha señalado reside en una relación costo-beneficio óptima en la provisión de servicios sociales a cargo de las OSC, en la medida que al estar más cerca de los receptores y de su contexto conocen mejor las necesidades del lugar y de la población, lo que hace más eficiente sus estrategias y sus programas. Entonces las OCS están llenando el vacío creado por un Estado ausente al obedecer los dictados de los ajustes estructurales (Acotto L. 2003).

Las OSC siguen estas vertientes críticas marxistas que considera que el primer paso para otorgar poder a los sectores excluidos es reconocer que son titulares de derechos que obligan al Estado a satisfacerlos y procurar su promoción. Por eso orientar a la ciudadanía a exigir sus derechos, procuran cambiar la lógica de los procesos de elaboración de políticas para que el punto de partida no sea la existencia de personas con necesidades que deben ser asistidas, sino sujetos con derecho a demandar determinados servicios y derechos esenciales para todo ser humano. En resumen, las OSC tienen hoy un rol fundamental en la lucha por la democracia, la defensa de los derechos y la participación ciudadana en la construcción de lo público.

TUI acepta y promueve que el Estado sea el proveedor de estos servicios, por su característica de servicio público y por su dimensión de derecho humano el Estado es el que debe garantizar su cumplimiento. TUI reconoce claramente que el Estado está optando más por apostarle a la participación de la iniciativa privada, y que muy poco se dice de abrir las vertientes para la participación social organizada o de reconocer el mejoramiento en el acceso a los servicios de salud que se muestran como formas aisladas y llanas.

Resalta que la exclusión de los miembros de la sociedad de todos los bienes y servicios sociales no se resuelve únicamente a partir de la entrega de una ayuda económica en pesos o bonos, es como hasta la fecha los gobiernos mexiquenses siguen cautivando a la ciudadanía al hacer muestra y resaltar la bondad del sistema neoliberal, al apoyar políticas asistencialistas y focalizadas. Más aún, el monto asignado a cada receptor resulta insuficiente para garantizar el acceso a instituciones sociales (salud, educación, previsión social, entre otras). Resulta necesario un conjunto de acciones articuladas para abordar integralmente una problemática de tamaño complejidad.

Por el contrario, como se trata de mostrar en la investigación, es a partir de las OSC y la participación de las asociaciones de vecinos que gestionan sus servicios y los generan a través de la autoconstrucción, debido a la inactividad de las autoridades municipales, esto nos hace resaltar que los gobiernos no están interesados en las CUM, ignorando por completo que es aquí donde se encuentra en plena gestación la problemática sociales y de salud. Por ello se considera que el papel de las OSC y de la promoción de la salud es fundamental; se torna necesario que se realicen estudios que contrasten y confirmen aún más estos datos, y que permitan se investigue sobre la relación existente entre política y medicina, entre democracia y salud, sobre los hábitos y estilos de vida, el consumo de drogas, la violencia intrafamiliar y de género, la salud en las diferentes áreas geográficas y su contexto socio-histórico, las enfermedades y el entorno medioambiental, los sistemas de salud y su acceso a ellos lo que contribuirá sin duda al mejoramiento de la salud poblacional en general.

Es a partir de estos espacios y este ámbito social que las personas y los grupos crean OSC, donde las personas irán construyendo sus iniciativas a partir de lo territorial y de lo temático, para defender sus intereses colectivos y emprender actividades de importancia social. Las OSC se nutren de las relaciones comunitarias, barriales, laborales, sociales y de otra índole y constituyen un vehículo institucional que al margen de los lazos sociales permite relacionarse de forma colectiva con el Estado o el mercado (OMS 2011).

Aunque con esto último se estaría faltando a una regla fundamental en la formación de las OSC, ya que como se mencionó anteriormente es un principio ético e institucional portar una bandera de carácter no-estatal formando espacios ajenos a las instituciones gubernamentales, con esto, es claro que existen algunas OSC que estratégicamente han sido creadas para fines específicos y propios rompiendo con otro de sus principios fundamentales como el “no lucrar”.

Si bien se acepta que una de sus limitantes se encuentra en la obtención de fondos, no puede estar por encima de sus principios el mantener una relación gubernamental con las instituciones públicas para la obtención de estos. En determinado caso de caer en una situación como esta, se hablaría de una mercantilización y entonces el centro de atención de las OSC dejaría de ser la población y sus necesidades, así sus intereses se verán orientados a la lucha por el mercado, cuestión que comenzaría a generar en sus operadores una necesidad de crecer y ganar espacios en un medio cada vez más competitivo.

Es un riesgo en el que no queda exento TUI ya que sus limitantes económicas son muy altas, y son muchos los riesgos que se corren ante la falta de presupuestos para la sostenibilidad de los proyectos. Recordemos que Chimalhuacán es un escenario donde los periodos de votación se vuelven ostentosos para todos, por lo que el ceder ante las donaciones o ayudas ofrecidas por grupos políticos, por la necesidad urgente de mejorar su imagen ha llevado a las grandes corporaciones y partidos políticos a buscar el consejo inestimable de muchas OSC, a cambio de aportaciones sustanciales, los cuales están encantados de demostrar su respaldo y hacer públicas sus colaboraciones a determinadas OSC, de tal manera que hoy en día son cada vez más las ofertas de los representantes de las instituciones partidarias por sumarse a la causa asistencialista de las OSC que brindan pequeños destellos de ayuda en las problemáticas sociales.

Lo anterior nos llevaría a un escenario donde las OSC con sus estrategias o programas que diseñan y su eficacia no son responsables frente a los receptores (población), sino frente a los filántropos de mayor poder, con lo que ponen en riesgo la democracia arrancando de las manos de los locales, el control y la implementación de los programas sociales nacidos de las necesidades de las propias comunidades y se tendría una copia de los programas existencialistas y focalizados del gobierno. Entonces se llegaría a un escenario completamente parecido al reproducido por los gobiernos actuales, ocasionando serias consecuencias en sus poblaciones donde intervienen y afectan el reconocimiento de la legitimidad que hoy en día poseen.

## **VI. II Características compatibles de la perspectiva de salud de TUI y la promoción de la salud**

En el Edo. De México la participación de las OSC ha coadyuvado de manera fundamental a la construcción de una sociedad más participativa. En este contexto hay una doble actitud, por un lado, las comunidades tienen que coexistir con los usos y costumbres del régimen que desgraciadamente es lo predominante; y por otro lado, se han abierto nuevas oportunidades a través de las OSC para ir creando políticas e iniciativas que involucran directamente a la comunidad.

En el caso de Chimalhuacán sobresale el trabajo de la OSC Transformación Urbana Internacional (TUI) quien en su discurso ha adoptado metodologías propuestas desde el movimiento de

promoción de la salud, por lo que ha sido consistente en el reconocimiento a la contribución de las comunidades y la sociedad civil en los asuntos de salud pública. Es por ello que aboga por los servicios de salud, los derechos, los recursos y las oportunidades que les permitirán ampliar las oportunidades de desarrollo social a las CUM de Chimalhuacán.

El modelo de Pro-Salud y fortaleza planteado por TUI, al igual que la Promoción de la salud, contempla a la persona como un ser bio-psicosocial perteneciente a una familia y a una comunidad, con deberes y derechos para la toma de decisiones de forma consciente y sistemática respecto a su salud, así como para la protección y mejora del ambiente que lo rodea.

Implica la orientación de la atención hacia la solución integral de los problemas de salud, con enfoque de promoción, prevención de enfermedades, curación y rehabilitación de la salud. Asegura que distintos servicios lleguen al mismo tiempo y se realicen en los territorios donde las personas y/o grupos poblacionales lo necesiten. Esto implica responsabilidad social y poblacional por parte de los diferentes actores claves del sector público social y privado.

Las diferencias en el significado de promoción de la salud son visibles cuando comparamos lo que se dice de ella y cómo eso que se dice se lleva a la práctica. Esto es evidente en los proyectos y programas institucionales; también cuando comparamos la promoción de la salud generada por la población a nivel local y la promoción de la salud diseñada por expertos gubernamentales o no gubernamentales. Sin embargo, se ve en la promoción de la salud un enfoque, un conjunto de saberes, prácticas y una herramienta potencial para lograr cambios favorables al ejercicio de la salud para los distintos sujetos en la sociedad.

Se puede apreciar claramente que gran parte de las acciones vinculadas hoy a la Promoción de la Salud han estado presentes en el discurso y metodología de TUI. Es así que podemos afirmar que la contribución central de la Promoción de la Salud a TUI consiste en la comunicación dirigida a los individuos, las familias y las comunidades, para influenciar en la concientización, los conocimientos, la toma de decisiones, las creencias, las actitudes, el empoderamiento, la acción individual y comunitaria, el cambio en comportamiento y la participación comunitaria.

La Promoción como campo de investigación-acción nos ofrece muchas posibilidades, en el nivel local, regional y nacional. Desde esta perspectiva, permite emplear el diagnóstico de evaluación como instrumento que genera evidencias sustentadas para el diseño de la intervención.

Con el modelo de Pro-salud TUI espera poder contribuir a un cambio de actitud en la población respecto a la salud, por lo que espera se aborde como un fenómeno colectivo y multifactorial, siendo responsabilidad de todos mantenerla y mejorarla. Desde esta perspectiva, TUI cree que la salud comunitaria tiene como objetivo las acciones que deben realizar las personas, comunidades y el estado a fin de crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes y prácticas adecuadas para la adopción de estilos de vida saludables y motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

TUI basa sus intervenciones de Pro-Salud en la salud comunitaria, la cual es apreciada como una herramienta para el campo de la promoción de salud, constituye una ruta para lograr la equidad en el sector, un reto que obliga a garantizar el acceso a los servicios de salud y reducir las brechas de atención a los grupos más excluidos socialmente. Es a través de la salud comunitaria que se debe responder a las necesidades y expectativas de la población a fin de que obtengan una atención de salud integral con calidad, calidez y respeto, donde se garantiza el derecho a la salud, lo que es necesariamente un pilar fundamental de las políticas públicas (OMS, 2008).

La participación social y comunitaria se rige por principios y acciones básicas; implica entonces en un nivel operativo, trabajar con los grupos sociales en la identificación y análisis de los determinantes sociales de las necesidades en salud.

La promoción de la salud como estrategia, debe capacitar al individuo sujeto de sus acciones, para trabajar con los grupos sociales en la identificación y análisis de sus determinantes sociales de las necesidades en salud. Esta estrategia enfoca la atención en salud a la comunidad, donde se privilegia a cada familia, principalmente las más vulnerables. Asimismo, aborda a las personas en todos los ciclos de vida como un proceso continuo, con momentos interrelacionados de promoción y prevención de su salud, atención al daño y rehabilitación con un enfoque preventivo amplio.

En un grado de severidad y magnitud de los problemas de salud, la intervención planteada desde el primer nivel de atención en salud, tal como lo sugiere TUI, es vista como una oferta de gran tamaño y de baja complejidad y mínima respuesta ante las necesidades de salud que requiere una población. Es aquí donde se resaltaría otra de las limitantes de TUI, ya que sus planteamientos teóricos se quedan de cierta forma muy lejanos de la realidad práctica, puesto

que sus estrategias se basan en eliminar determinantes sociales demasiado amplios (pobreza, desigualdad social en salud, inequidad,) que ni el propio sistema ha podido superar con todo y la gran infraestructura y el capital que tiene a su cargo. Si bien es claro el esfuerzo en impulsar estrategias para garantizar el acceso y mejorar el financiamiento de la atención en salud de las CUM de Chimalhuacán, sobre todo aquellos que viven en sitios alejados de los establecimientos de salud y en condiciones de extrema pobreza, con una estrategia planteada en la atención primaria en salud, no logran alcanzar los objetivos de cobertura en el acceso a los servicios de salud, que ellos y la comunidad desea.

Entre los principales logros se destacan una mayor participación y autogestión de las personas para mejorar la calidad de vida propia, un número de acciones impulsadas por TUI para apropiarlos de conocimientos y estrategias adecuadas para luchar por sus derechos. Los principales obstáculos identificados son una demanda poblacional que supera la capacidad de respuesta del Estado, lo que vuelve a las personas víctimas de cacicazgos municipales que manipulan los recursos y los servicios públicos básicos de las CUM, por lo que suelen ser vistos como un botín jugoso para los partidos políticos que solo buscan realzar su popularidad y mantener vivas sus demagogias.

Al igual que la promoción de la salud TUI cree que sus estrategias están diseñadas para proporcionar un punto de partida para la reflexión crítica, asegura que no puede dar por sentado y sistematizado en la teoría, ni tomarse como definitivo en la práctica, sino que tienen que llevar una estrategia implementada en la comunidad con un enfoque teórico que lo respalde, dejando claro que los actos sociales son históricamente localizados en contextos estructurales y sociales concretos.

De la misma manera que la promoción de la salud pretende abordar una problemática social desde una mirada amplia y multidimensional, así TUI propone una metodología multidimensional e integradora, con la implementación de modelos reproducibles, constituyendo una estrategia útil para la promoción de una mejor calidad de vida, la cual está inspirada en el pensamiento de Pablo Freire basado en la educación popular. Desde la perspectiva de este autor que ha tenido una influencia muy importante en el campo de la promoción de la salud, se reconoce: que la capacidad de opción de cambio solo puede surgir en el hombre que ha sido capaz de una reflexión profunda y crítica sobre su propia realidad. El valor

de la comunicación entre cada miembro de la comunidad y un facilitador surge espontáneamente cuando se ha descubierto la esencia del ser personal (Freire P. 1989).

Para TUI la Educación popular aborda los problemas de salud de la comunidad desde las percepciones, necesidades y conflictos de las personas y grupos, y entiende a la actividad educativa no sólo como transmisión, sino fundamentalmente como acción y cambio. Aseguran sus coordinadores que: “Se trata de una metodología de diálogo, de participación, de reflexión sobre la práctica. Es una forma de trabajo que facilita el encuentro, la comunicación interpersonal y multiprofesional y va focalizada hacia la acción conjunta del cambio comunal” ([www.transformacionurbana.org](http://www.transformacionurbana.org))

Entonces el conjunto de programas y modelos reproducibles son implementados por TUI desde una estrategia multifacética para abarcar integralmente la problemática social de las CUM, pretenden equipar a las personas para que se conviertan en agentes de cambio y sean copartícipes en la construcción de ciudades sanas, reafirman a la participación como una variable de mayor peso, siendo la población en sus distintos grados quien dinamiza esa participación, esta puede introducirse en los planos de desarrollo para la transformación integral de barrios pobres urbanos, y ello significaría que “la población está presente en el plan como sujeto y dejaría de ser objeto de los problemas” ([www.transformacionurbana.org](http://www.transformacionurbana.org)).

De acuerdo a esta teoría es que TUI plantea una recuperación de las experiencias concretas de la gente, de sus saberes, aptitudes y conductas de sus percepciones e interpretaciones sobre los fenómenos, como punto de partida del proceso educativo y como insumo para la reflexión. Es en este proceso reflexivo donde se desarrollan la creatividad, el sentido de trabajo en equipo y la capacidad para analizar y solucionar problemas, predilección por el aprendizaje centrado en problemas como referente obligado para proporcionar su análisis y búsqueda participativa de solución.

De acuerdo a lo retomado en la investigación podemos decir que la metodología de PS y la utilizada por TUI forma parte de estas corrientes contemporáneas que proponen un debate sobre la desigualdad social, y que se ha enriquecido con el surgimiento de nuevas perspectivas que cuestionan y trascienden las tradicionales visiones económicas que conceptualizan a la desigualdad social y la pobreza de manera estática, y la limitan al ingreso y el consumo (Bayón 2013).

El enfoque que promueve TUI mantiene coincidencias con PS al reconocer el carácter multidimensional y dinámico de la vulnerabilidad, la inequidad social, la privación y sus relaciones con la pobreza y la polarización social. Desde esta perspectiva, la desigualdad social y la pobreza es abordada como un proceso, como una trayectoria en la que se pasa por distintas fases, marcada por rupturas, desfases e interrupciones; por desventajas que se acumulan durante la vida y son heredadas, generando un progresivo debilitamiento de los lazos que mantienen y definen la condición de pertenencia en una sociedad.

A partir de estas perspectivas TUI problematizó la desigualdad social y la pobreza urbana en Chimalhuacán Edo. De México. Respaldándose en teorías como la del propio Bourdieu (1999) quien señala que: “los barrios de las periferias urbanas son, antes que nada, difíciles de describir y pensar; es preciso reemplazar las imágenes simplistas y unilaterales por una representación compleja y múltiple, fundada en la expresión de las mismas realidades en discursos diferentes”.

Como lo evidencian las distintas investigaciones y debates académicos recientes, las menores y peores oportunidades laborales para los trabajadores con bajos niveles educativos, la mayor concentración espacial de la pobreza y la creciente inequidad social en salud, junto a la pulverización de los históricamente limitados mecanismos de protección por parte del Estado en estrategias de focalización y la rigidez de la estructura social (Laurell C. 2005), de acuerdo con el ejemplo analizado en el municipio de Chimalhuacán, hicieron de la desigualdad social en salud en las CUM del Edo. De México una experiencia más compleja, difícil y excluyente.

Según TUI una comprensión integral de las condiciones que producen y perpetúan la desigualdad social requiere de estudios teóricamente informados y empíricamente sustentados sobre cómo otorgan a las personas sentido a su situación y cómo la explican, sus opciones y decisiones, lo cual nos conduce a los determinantes culturales y sociales de la desigualdad social.

Estas dimensiones hacen referencia a los diversos significados que se construyen o adoptan para interpretar experiencias de vida o para crear fronteras simbólicas o morales entre categorías de personas o cosas, mediante las cuales la gente atribuye identidades a los otros y a ellos mismos. Lo que coincide con el discurso de los juegos de capitales en la PS, tomado de Bourdieu (2001 citado en Chapela) al resaltar que las dimensiones culturales están fuertemente ligadas al espacio, que es uno de los lugares donde se afirma y ejerce el poder en la forma más sutil.

Lo que termina relacionándose con lo expuesto por (Bayón C. 2008) al afirmar que la articulación de las dimensiones espaciales y simbólicas de los residentes de un área con alta concentración de desventajas pretende dar cuenta de la complejidad y específicamente de la experiencia contemporánea en sociedades marcadamente desiguales.

En el marco de esta corriente, el trabajo de TUI se concentra en los aspectos que enfatizan la vinculación de las dimensiones histórico espaciales, de la experiencia de la privación; las representaciones de la pobreza y las imágenes del lugar que emergen de los residentes de una localidad periférica, de esta manera el municipio de Chimalhuacán nos permiten conocer claramente cómo se distribuyen las estructuras de poder y las desventajas, cómo se ven a sí mismos los individuos en relación con otros y cómo otorga la gente sentido a sus experiencias, imposiciones y oportunidades.

Las imágenes sociales de la pobreza que culpabilizan a la víctima, ignoran las evidencias de la precaria inserción laboral de los integrantes de las CUM, que frecuentemente buscan más trabajo sin encontrarlo o que trabajan largas jornadas a cambio de bajísimos salarios. La explicación de la desigualdad social choca con una realidad ampliamente extendida entre los sectores más desfavorecidos, la del trabajador pobre, quien a pesar de su esfuerzo no deja de sufrir privaciones.

Hace énfasis en el desarrollo de las capacidades, competencias, criterios y horizontalidad en la relación educación, que implica redefinir el papel de guía (TUI lo maneja como promotores de salud comunitarios (PSC) o Agentes de Cambio Duradero<sup>7</sup>) o del maestro para entenderlo como un facilitador del aprendizaje. Trata incorporarlos formalmente a un mercado de trabajo comunitario. Se ha comenzado a considerar seriamente su entrenamiento, su situación legal, la aceptación que tienen por parte de la población y por el mismo personal de salud y particularmente en un futuro no muy lejano la perspectiva de profesionalización de sus actividades.

Es claro que TUI tiene un gran acierto, al ver en las propias personas de la comunidad la posibilidad de generar agentes de salud (PSC). Así coinciden con el enfoque de promoción de la salud, pues desde esta perspectiva se especifica que no hay aumento de la calidad de vida sin

---

7 PSC: Promotor de la Salud Comunitario.

compromiso social. Entonces el trabajo de TUI puede seguir avanzando y convertirse en una OSC pionera en el Estado de México, en tener la capacidad de generar agentes de salud (PSC) dentro de las escuelas, en su propia familia, en el ambiente de la calle, etc. Esto sin duda es una acción que puede ser clave para promover los cambios sociales necesarios y abrir la posibilidad de conseguir políticas sociales para poder alcanzar un nivel óptimo de salud en las CUM.

Es necesario hacer una pausa en este tema y resaltar que, aunque existen evidencias de que los promotores de la salud comunitaria (PSC) creados por TUI realizan adecuadamente sus funciones y son aceptados por la comunidad, no puede eludir el hecho de que su formación empírica es muy heterogénea y de que en muchos casos su formación técnico profesional es necesaria. Por otra parte, necesitamos tomar en cuenta que habitualmente realizan sus actividades sin una postura teórica que los respalde, ya que se basan fundamentalmente en la tendencia espiritual, lo que origina que sus tareas preventivas, de educación y de fomento para la salud no siempre tengan el impacto esperado.

Se puede entonces hablar de una posibilidad de interacción de saberes, para ello es necesario democratizar el saber, horizontalarlo, generando espacios de diálogo donde se compartan saberes, experiencias y conocimientos, aceptando e incorporando el saber del otro, Promotor de la salud (UACM)/PSC (TUI), respetando la diversidad, el derecho a la información y a la salud que todos los miembros de una comunidad tienen. Los promotores comunitarios resultan una figura central en la promoción de la salud de sus comunidades, ya que ellos se constituyen en referentes cercanos, que acompañan, informan, previenen y promueven conductas saludables, constituyéndose en lazos entre la comunidad y sus propias necesidades. De allí la importancia de brindarles herramientas para su capacitación técnico/profesional.

TUI plantean muy acertadamente que el conocimiento de los PSC ha de cambiar de acuerdo con las circunstancias históricas, los contextos sociales y el diferente entendimiento de los protagonistas en cuanto a lo que sucede durante el encuentro participativo. Con lo que es evidente que el saber de qué dispongamos dependerá en gran medida de las situaciones históricas y sociales del caso.

Está claro que TUI reconoce ampliamente que no es posible otorgar servicios de manera integral sin la participación activa de la comunidad. Para ello asegura que una comunidad saludable: es el lugar donde los ciudadanos, las instituciones, las organizaciones y las autoridades trabajan

unidos a favor de la salud, el bienestar y la calidad de vida de sus habitantes, mediante acciones de prevención y protección de la salud. La incorporación de los PSC no sólo contribuye a resolver el problema de la insuficiencia de recursos humanos para atender a la población, sino también permite que se proporcione un servicio más integral a la comunidad, ya que gran parte de sus actividades son de carácter preventivo y de orientación en salud.

Ya no es el investigador o las instituciones quienes realizan su trabajo de manera individual y aislada del proceso de estudio, sino junto con la comunidad, formando un colectivo de producción. El cambio de comportamientos y prácticas de bienestar (salud) no se logrará por el simple contacto con el conocimiento científico pues la persona no reemplaza mecánicamente unos conocimientos por otros, ni altera necesariamente un comportamiento de un nuevo saber. (Sanabria G. 2002)

Se puede comprender entonces que desde esta perspectiva TUI y la PS entienden la participación social, como la interacción de actores sociales con la capacidad, habilidad y oportunidad para definir realizar y negociar sus necesidades de bienestar social. La participación comprende las acciones individuales y colectivas a través de las cuales la población enfrenta los retos de la realidad en la que vive como propuestas y esfuerzos que intentan un qué hacer deliberativo, democrático y concertado (Sanabria G. 2002). Precisamente por su carácter conflictivo, y porque tiene que ver con la transformación de las relaciones sociales.

Por tanto, los esfuerzos de TUI están orientados a mejorar la calidad de los servicios públicos y especialmente los de salud, donde se reconoce los problemas de salud y se asume el compromiso de soluciones integrales, cooperando en la posible solución de los problemas de exclusión social. Diseña las líneas generales sobre una transformación de carácter sectorial en las CUM con relación a la atención y la forma de prestación de servicios de salud, así como la orientación en la gestión de decisiones y financiamiento necesario para su implantación y desarrollo.

El trabajo realizado por TUI en el municipio de Chimalhuacán Edo. De México, muestra que cuando una población participa en el estudio de sí misma, esa participación incide positivamente en sus áreas cognitivas de manera autosustentable. Es decir, adquiere nuevos conocimientos, reelabora sus percepciones, modifica actitudes e incrementa el sentido de pertenencia y cooperación, producen reacciones de interés y entusiasmo frente a las posibilidades de las

acciones comunitarias, ayudan a que cada individuo reconozca su responsabilidad consigo mismo, despiertan en las personas la confianza para comenzar acciones en bien de sí mismas y de los demás; desarrollando una visión de ser y de formar parte de una sociedad.

De acuerdo a lo investigado y retomado de las entrevistas realizadas al personal de TUI se pudo resaltar el dinamismo y el poder de causación que poseen ante las CUM, la motivación primaria de integrarse a su estructura social, tiene como meta promover un lugar estable y seguro donde vivir, promueve juntas vecinales y comités donde encuentran una alta proporción de personas que participan y se esfuerzan por mejorar el área donde habitan, luchan colectivamente por transformar CUM y ofrecer la posibilidad de mejoramiento en el bienestar de las personas.

El apoyo al desarrollo de capacidades es particularmente importante en las comunidades que se comienzan a formar. TUI destaca que las comunidades bien organizadas y apoderadas determinan muy eficazmente su calidad de vida y su nivel de salud, pueden pedir a los gobiernos y al sector privado que rindan cuentas sobre las repercusiones a la salud de las políticas y las prácticas.

También buscan emprender convenios con las instituciones profesionales vinculadas a la salud ya que reconocen que el foco de intervención deben ser los determinantes sociales de la salud, como los factores y condiciones de vida. Se priorizan las intervenciones que eventualmente presentan evidencias de su efectividad y sugieren la necesidad de una renovación o re conceptualización de la prevención, con el fin de lograr reales avances en la equidad en salud, en el abordaje de los determinantes de la salud, en la cultura de trabajo intersectorial en salud y en las acciones de fomento de la participación social y comunitaria en salud.

### **VI.III Promoción del acceso a los servicios públicos y de salud en las CUM de Chimalhuacán**

Los arreglos institucionales desarrollados en las últimas décadas tienen como marco de referencia la materia institucional del Estado (reducción en el número de sus instituciones y transferencia de muchas funciones al ámbito privado) aunado al limitado crecimiento económico y proceso de incorporación de políticas neoliberales. Este acontecimiento fisura el desarrollo de acuerdos interinstitucionales sólidos que favorezcan la seguridad y la salud colectiva. Por tal motivo se apela a los gobiernos municipales a afrontar los problemas de salud y las

desigualdades partiendo desde la comprensión social-histórica de las comunidades y se replanteen las políticas públicas, que presenten más atención al entorno social y a la calidad de vida de los habitantes, para poder visualizar un mejor desarrollo social, cultural, económico y político.

TUI promueve de una manera insistente la participación activa y consciente de la ciudadanía en el control social del sector salud en sus distintas formas de organización, incorporando a la población en la construcción de una nueva cultura sanitaria y solidaria con un mayor compromiso, articulando sus acciones con las instituciones, organizaciones del territorio en la definición de un modelo de desarrollo humano como objetivo común.

En este periodo como OSC, TUI han podido colaborar para proliferar en muchas comunidades de Chimalhuacán donde han consolidado de manera novedosa modelos de intervención con una variedad de temas, encaminado un conjunto de acciones de promoción y prevención en la salud, tendientes a crear, estudiar, controlar, vigilar, modificar, y mejorar las condiciones de vida deseables por las personas; han logrado generar fondos públicos con fondos privados tanto nacionales como internacionales, para apoyar en un mejoramiento en la calidad de vida de las CUM de Chimalhuacán; proporcionando en el individuo, la familia y la sociedad las actitudes, los valores y las conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

TUI ha promovido en las CUM de Chimalhuacán una organización y la promoción constante de comités de vecinos que ejercen sobre el Gobierno una presión para que asuma sus responsabilidades, los guían a utilizar los medios más efectivos y menos costosos, así estos grupos marginados han procedido, desde niveles mucho más bajos, a abrirse camino en la estructura socio-política que los rigen.

Orientan a la población y les hacen ver que sus demandas no pueden ser simples, tales como la entrega mínima de alimentos, ropa, dinero efectivo, etc., ya que esto los convertirá en un grupo preocupado por un logro de gratificaciones inmediatas y dependiente de los grupos del poder, retardando así el desarrollo social que únicamente provoca una profundización en su desgracia. Por lo tanto, estas demandas que no son más que de tipo caritativo-inmediato, son reemplazadas por otras, por ejemplo, la construcción de escuelas, hospitales, la pavimentación

de calles, la provisión de los servicios de saneamiento, el mejoramiento de los servicios de transporte, mayor seguridad pública, etc.

Puede decirse que la situación se aprecia con una menor dificultad siempre y cuando las OSC se sumen como las motivadoras para fomentar una situación mejor, así se convierten en el caldo de cultivo de la esperanza que tan a menudo se supone se dará. Es posible que algunas OSC se sientan más responsables ante la población a la que prestan dichos servicios, y con los organismos internacionales con cuyo apoyo financian sus servicios, que ante su propio Estado.

Muchas OSC nacionales se esfuerzan por encontrar la forma de acceder a los recursos públicos de su propio país, desarrollar su capacidad de administrar y mantener sus programas, hacer frente a las actitudes negativas y a la falta de participación de los agentes de salud, luchar contra la pobreza y otros problemas sociales, y crear vínculos sólidos y activos con sus propios miembros.

Cuando las OSC logran disponer de recursos a los que no tienen acceso los gobiernos, o pueden responder a una necesidad no satisfecha hasta el momento, estas organizaciones tienen según algunos analistas, una ventaja comparativa sostenible a largo plazo.

Dado que los factores políticos, jurídicos, financieros, comerciales, laborales y sociales tienen una influencia cada vez más patente en el logro de los objetivos en salud, las OSC desempeñan un papel fundamental en la prestación de servicios de salud, otras organizaciones sólo han empezado a potenciar esas actividades en los últimos años. Las OSC han contribuido a impulsar la reivindicación efectiva de servicios de salud y la sensibilización sobre las necesidades de la comunidad; también han ensayado métodos innovadores para la prestación de servicios, que posteriormente han sido aplicados por el sector público. Introducen innovaciones y difunden prácticas óptimas entre otras ONG o en el sector público, contribuyen a que la sociedad comprenda mejor los problemas y también promueven la información pública. Todo ello puede redundar en una interacción más eficaz entre los servicios y los usuarios, y en un mayor control comunitario de las intervenciones de salud.

Además de prestar servicios, las OSC aportan otras contribuciones importantes a la promoción de la salud, como transformar las ideas y actitudes de la población con respecto a la salud, promover decisiones públicas que favorezcan la salud, fomentar una interacción más eficaz entre

los servicios de salud y los usuarios, y promover un mayor control y compromiso comunitario con respecto a las intervenciones en salud.

Estas tendencias observadas a nivel local, nacional y mundial reflejan un cambio en la relación entre el Estado y la sociedad civil. A medida que se ha evolucionado hacia una concepción del desarrollo que asigna más importancia a los derechos, la sociedad civil ha ido asumiendo un papel más activo para plantear, promover y reivindicar los derechos de los diferentes grupos sociales. Por esta razón, las OSC desempeñan una función fundamental de participación, legitimación y vigilancia en relación con las políticas, y además de contribuir al desarrollo nacional.

Es también correcto que hagamos mención del trasfondo que distingue a TUI, (aclarando que es un tema de mayor amplitud y que puede dar para una investigación de mayor trascendencia, por el momento sólo lo tomaremos como una breve referencia), poniendo especial énfasis en el carácter intrínseco que aporta la religión y que de cierta manera incluye: la fe, la oración, la lectura personal de las escrituras, el meditar, etc. Lo que ha tenido una tendencia favorable a los beneficios que aportan a la salud. Ya que TUI asegura ser una iglesia NO tradicional, no solo oran e imploran por mayor salud para su población como lo hacen otras instituciones religiosas, sino que van de la mano con la comunidad y buscan la manera de cómo hacer que los servicios médicos se produzcan en las comunidades. También ven la posibilidad de mejorar las condiciones del ambiente de las poblaciones, por lo que orientan y guían a las personas en la gestión de los servicios públicos que son emergentes en las CUM. Así TUI se conforma como un participante activo que ayuda a superar las problemáticas, puesto que le permiten a las personas buscar significado en el proceso de afrontamiento a través de mecanismos de transformación de sus medios, para afrontar los acontecimientos vitales y tratar de solucionar los problemas mediante diversas formas que son convincentes para ellos mismos.

La interpretación sobre la situación de las CUM de Chimalhuacán Edo. De México es que hasta hoy en día se mantienen en el olvido y persiste en ellas una inequidad y desigualdad social que día con día se agrava más, por lo tanto, no se ha hecho justicia a las verdaderas actitudes y a los esfuerzos de las personas que allí habitan. Se buscan causas del fenómeno en términos muy similares a las superficiales interpretaciones de las teorías clásicas que lamentablemente siguen predominando en los discursos políticos. Es de esperar que, en el futuro, investigaciones más

numerosas y detalladas que las que se han realizado hasta el presente, produzcan interpretaciones más adecuadas sobre la situación de estos sectores claves en la problemática de la marginación urbana actual.

El reciente reconocimiento de que los resultados sanitarios dependen de un conjunto de decisiones y factores económicos, sociales y políticos indica que es necesario fomentar la participación de una amplia variedad de agentes estatales y no estatales. En respuesta al descontento de la población por la existencia de desigualdades socialmente inaceptables en la situación sanitaria o en el acceso a la atención de salud, o por la reducción de la cobertura de los servicios públicos de salud, las OSC han incrementado sus actividades tanto con respecto a la de promoción de la salud como a la prestación de servicios privados sin ánimo de lucro para subsanar las carencias en la cobertura en salud.

Se requiere llevar a cabo una reforma integral del sistema de salud que permita perfilar y especializar el papel que cada institución está en mejores condiciones de ofrecer. Las organizaciones no estatales y las organizaciones de la sociedad civil han contribuido a la salud pública durante siglos. En los últimos años, sin embargo, su magnitud e influencia han aumentado, y su labor está teniendo profundas repercusiones en la salud.

Por último, es claro que en las últimas décadas se han generado varias teorías de posibilidades que puede mejorar la salud pública a través de una colaboración sistemática entre los gobiernos y las OSC.

Sin embargo, pueden tener vínculos con el Estado o con el mercado. El Estado y el sector privado lucrativo pueden desempeñar un papel fundamental en el establecimiento de algunas OSC o ser fuentes importantes de financiación, aunque como se hizo ya mención, se corre el riesgo de caer en la “mercantilización”. Pero es también claro que cuando la población y los factores humanos se reconocen como elementos centrales del desarrollo, la exclusión social se convierte en un aspecto del subdesarrollo y la creación de redes sociales en un logro del desarrollo de los ciudadanos y sus organizaciones.

Esta investigación es un pequeño intento de resumir el papel de las OSC y su papel fundamental en el ámbito de la salud de las poblaciones urbano-marginadas. Sin duda, es preciso recabar de forma sistemática más datos sobre el papel de las OSC en el sector salud para mejorar su

conocimiento y dar a conocer las buenas prácticas y la contribución de estas organizaciones en el ámbito de la salud; como se expone en el presente artículo, las interrelaciones son complejas, dinámicas y sobretodo son propias de cada contexto social.

El sector salud debe ser capaz de entender a las OSC, y éstas deben adaptarse mejor a las necesidades del sector sanitario y lograr un mayor grado de organización. El Estado ha de colaborar con la sociedad civil para organizar la dimensión social de las intervenciones sanitarias, lo que implica a sectores más amplios en la promoción de los derechos y objetivos sociales, y potenciar la gestión pública responsable y la capacidad de respuesta de los sistemas de salud (OMS 2001).

No obstante, la impresión y conclusión general es que las alianzas estratégicas que desarrollan las OSC ofrecen la oportunidad de reforzar la legitimidad de las políticas y los programas en salud, mejorar los servicios públicos de proximidad, promover los objetivos sanitarios y el intercambio de información, y aumentar la aportación de recursos a los programas de salud.

Toda esta transformación que se está gestando en los sistemas de salud a nivel local, nacional y mundial, indican que las OSC constituyen una importante vía por la cual la población puede participar en esos sistemas. Estas organizaciones aportan recursos humanos, competencia profesional y nuevos conocimientos al ámbito de la salud y contribuyen considerablemente a que se ejerza aún presión para lograr el reconocimiento de los intereses públicos en el sector salud.

En lo que respecta a las OSC, es evidente que no hablan con una sola voz y que sus puntos de vista difieren en función de los distintos grupos de interés. Asimismo, existen asimetrías en relación con la capacidad y la importancia con la que se insertan en las comunidades; también varía su grado de responsabilidad ante las comunidades que representan, en síntesis, por tanto, es preciso poder aprovechar al máximo esta colaboración.

## Referencias

- Acevedo, A. J., Trujillo, P. MA., López, & S., ML. (2012). *La problemática de los grupos vulnerables: Visiones de la realidad*.
- Acotto, L. (2003). *Las organizaciones de la sociedad civil. Un cambio para la construcción de la ciudadanía*. Espacio Editorial, Buenos Aires, p.35.
- Aguilar, M., Roa I., C., Kaffure L., Ruiz LF., & Sánchez G. (2013) *Determinantes Sociales de la Salud: Postura Oficial y Perspectivas Críticas*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública.
- Aguilar, V. R. (2006). *Las organizaciones de la sociedad civil en México: su evolución y principales retos*. Universidad Ibero Americana, México, p. 36.
- Álvarez J. L., & Gayou J. (s.f.). *La investigación cualitativa*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México. Recuperado de: [archivo.eluniversal.com.mx/nacion/30054.htm](http://archivo.eluniversal.com.mx/nacion/30054.htm)
- Arredondo L. A., Orozco, E., Luna, G., & Aldaz V. (2006). *Equidad e Inequidades en salud en México: niveles, tendencias y evidencias en el contexto de la reforma*. Salud en Tabasco, vol. 12, núm. 2, mayo-agosto, pp. 415-424, Secretaría de Salud del Estado de Tabasco.
- Arredondo L. A., (2011). *Equidad e Inequidades en salud: hacia un enfoque integral de los determinantes sociales en salud*. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*, México. Pp. 17 (48):87-92.
- Arredondo L. A., (2009). *Equidad y determinantes sociales en salud: en busca de la igualdad de oportunidades en el acceso a la atención médica*. Revista de divulgación científico-tecnológica del Gobierno del Estado de Morelos, No. 44. Recuperado de: [https://www.revistahypatia.org/~revistah/index.php?option=com\\_content](https://www.revistahypatia.org/~revistah/index.php?option=com_content)
- Arizpe, L. (1998). *Migración, etnicismo y cambio económico*. Colegio de México, México D.F. Pp.16.
- Arroyo, H. V. (2010). *Promoción de la Salud: Acercamiento a los Fundamentos y Perspectivas Institucionales Dominantes*. Recuperado de: <https://cursos.campusvirtualsp.org/mod/resource/view.php?id=2256&redirect=1>
- Bayón, MC. (2008). *Desigualdad y procesos de exclusión social. Concentración socioespacial de desventajas en el Gran Buenos Aires y la Ciudad de México*. El Colegio de México, vol. 23, núm. 1, enero-abril, México, Pp. 123-150.
- Benach, J., Montse, V. & Charles, M. *Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI*. s.f. Recuperado de: [www.fuhem.es/.../desigualdad%20en%20salud\\_BENACH%20VERGARA%20Y%20](http://www.fuhem.es/.../desigualdad%20en%20salud_BENACH%20VERGARA%20Y%20)

- Bleda, G. JM., (2005). *Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad*. BARATARIA, Revista castellano-Manchega de ciencias sociales, Nº 7, España, Pp. 149-160.
- Busso, G., (2011). Seminario Internacional. *Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile. 20 y 21 de junio.
- Cedillo, D. R., (2010). *El capital social en los municipios con alta marginación del Edo. de México. Premisas para consolidar la democracia*. UAEM, Edo. de México, p. 37. *cidac.org*. agosto, 2015/CIDAC. Economía Seguridad Pública.
- Céspedes, F., SE., Moreno S. E., La urbanización y el crecimiento demográfico en relación al recurso agua: caso municipio de Chimalhuacán, Estado de México. *Quivera*, vol. 11, núm. 2, junio-diciembre, 2009, pp. 127-141. UAEM. Toluca México. Recuperado de: [www.redalyc.org/pdf/401/40113786008](http://www.redalyc.org/pdf/401/40113786008)
- Cortés, F. (2002). *Consideraciones sobre la marginalidad, marginación, pobreza y desigualdad en la distribución del ingreso* *Papeles de Población*. Vol. 8, núm. 31, enero-marzo, UAEM Toluca, México, pp. 9-24.
- Comisión Nacional de Salarios Mínimos CONASAMI. Transparencia y Difusión de la Información Financiera. Recuperado de: [www.conasami.gob.mx](http://www.conasami.gob.mx)>Salriosminimos
- Crisis económica y financiera. (2012). Recuperado de: [www.obela.org/book/export/html/190](http://www.obela.org/book/export/html/190)
- CNDH. Grupos vulnerables en la construcción social, acciones afirmativas y la sociedad civil Organismos de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recuperado de: [www.cndh.org.mx/principal/document/derechos/fr\\_derech.htm](http://www.cndh.org.mx/principal/document/derechos/fr_derech.htm)
- Chapela, M. MC., M. Contreras, G. ME., (2011). *La Salud en México*, capítulo 2 Determinantes Sociales y Salud –Enfermedad en México, cambio ruptura y perspectiva.
- Chapela, M. MC., (sf.) *Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria*. Recuperado de: [www.famp.es/racs/ObsSalud/documentos/Promocion\\_de\\_la\\_Salud](http://www.famp.es/racs/ObsSalud/documentos/Promocion_de_la_Salud)
- Chertorivski, W. S., & Fajardo G., (2012) *El sistema de salud mexicano: ¿requiere una transformación?*, Secretaría de Salud, México, D.F., Gaceta Médica de México.
- Eisenhardt (1989) citado por Martínez, C. PC., (2006). *El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica* *Pensamiento & Gestión*. Núm. 20, julio, Pp. 165-193, Universidad del Norte Colombia. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64602005>

- Enríquez, A. R., (2006) *La marginalidad urbana en México*. Investigación y ciencia, Revista No. 19, Aguas calientes México. Diciembre. Recuperado de:  
[www.uaa.mx/investigacion/revista/archivo/revDesc.htm](http://www.uaa.mx/investigacion/revista/archivo/revDesc.htm)
- Enríquez, P. & Pedro, G. (2011). *El Espacio Urbano como lugar de marginalidad social y educativa*. Argonautas Nº1.
- Espinosa, T. P., (2010). *Grupos vulnerables y cambio social*. México, Instituto de Investigaciones Legislativas de la Cámara de Diputados, mayo-junio. p. 10.
- Fonseca, L. M., (2015) *Las organizaciones de la sociedad civil y espacio público en México*. Vol. 1, No. 15. Recuperado de:  
[www.fusda.org/.../Revista16-lasorganizacionesdelasociedadcivil.pdf](http://www.fusda.org/.../Revista16-lasorganizacionesdelasociedadcivil.pdf)
- Foster, J., (1994). Invertir la espiral de la vulnerabilidad. *Revista Internacional de la Cruz Roja*, Ginebra, año 19, núm. 124, julio-agosto de 1994, p. 330.
- Frenk, J. (2007). *Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México*. Salud Pública México. vol.49 supl.1 Cuernavaca, versión impresa ISSN. 0036-3634.
- Frenk, J. (1998). *Chiapas: las desigualdades internas*. La Jornada, 26 de enero de 1998.
- Garza, G., (2007). *La urbanización metropolitana en México: normatividad y características socioeconómicas*. El Colegio de México, vol.13 no.52 Toluca abril/jun.
- Girardo, C., & Mochi, P., (2012). *Las organizaciones de la sociedad civil en México: modalidades del trabajo y el empleo en la prestación de servicios de proximidad y/o relacionales, Economía, Sociedad y Territorio*. Vol. XII, núm. 39, mayo-agosto, Pp. 333-357.
- Gobierno del Edo. De México. Recuperado: [www.chimalhuacan.gob.mx](http://www.chimalhuacan.gob.mx)
- Gobierno del Edo. De México, PODEREDOMEX. *La marginación deja el campo*. 2006, Tomado de:  
[www.poderedomex.com/notas.asp?id=1820](http://www.poderedomex.com/notas.asp?id=1820)
- Godínez, G. MA., (tesis de doctorado inédita) *Las organizaciones de la sociedad civil de salud. Eficacia, transparencia y rendición de cuentas*. (Cita a Grijaldo, C. 2012), UNAM, CU. 2016.
- Gómez D. O., (2004). *La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud*. Salud pública México. vol.46, n.5, Recuperado de:  
[www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036)
- González G. JA., (2001) *La pluralidad de los grupos vulnerables: un enfoque interdisciplinario*. Memoria del IV Congreso Nacional de Derecho Constitucional, t. III: Derechos humanos, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, P. 227.

- González M., & Rolando. E., (2007). *La salud pública como campo transdisciplinar*. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 25, núm. 1, Colombia, pp. 71-77. Universidad de Antioquia. Recuperado de: [www.redalyc.org/pdf/120/12025109.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/120/12025109.pdf)
- González de H. MD., (2015). La salud y sus implicaciones sociales, políticas y educativas. España, Universidad de Huelva. Recuperado de:  
<https://books.google.es/books?isbn=8496373576>
- Gobierno del Estado de México, (2003). Instituto de Salud del Estado de México, Jurisdicción Sanitaria de Cd. Nezahualcoyotl. Diagnóstico de Salud.
- Guardián, F. A., (2007). *El paradigma cualitativo en la investigación socio educativa*. Agencia Española de Cooperación Internacional, San José, Costa Rica.
- Hernández, J. A., (2012). *Impacto de los niveles y tipos de ingresos en la generación de la movilidad social en los estados altamente marginados en México en Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Agosto 2012.
- Ibáñez, A., (2013). *Miles de marginados en Chimalhuacán*. Mi ambiente. Recuperado de:  
[www.miambiente.com.mx/marginados-en-chimalhuacan-gob](http://www.miambiente.com.mx/marginados-en-chimalhuacan-gob).
- Infante, B. N., & Lugardo, A., (1986). *Proceso salud-enfermedad: Un fenómeno social*. Rev. Educación en enfermería, Medellín, Vol. IV. España.
- Informe Mundial sobre Desastres 2010 - Enfoque en el riesgo en zonas urbanas. Recuperado de:  
[www.ifrc.org/capitulo-7](http://www.ifrc.org/capitulo-7)
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). *Cuaderno delegacional estadístico*. Estado de México. 2000.
- Juárez, R. C., Márquez S. M, Salgado de S. N., Pelcastre. V. BE, Ruelas. G. MG, & Reyes. M. H. (2014). *La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes*. Revista Panamericana de Salud Pública.
- Jusidman, C., (2009). *Desigualdad y política social en México*. Revista Nueva Sociedad, No220, ISSN: 0251-3552, Recuperado de: [www.nuso.org](http://www.nuso.org)
- La OMS y la sociedad civil: alianzas para una sociedad mejor. Recuperado de:  
[www.who.int/civilsociety/documents/en/LaOMS-y-SociedadCivil2002-DP1-sp.pdf](http://www.who.int/civilsociety/documents/en/LaOMS-y-SociedadCivil2002-DP1-sp.pdf)
- Laurell, C., (2000) *El debate sobre los determinantes sociales de la salud, recientemente propuesto por la OMS*. Informe sobre la situación de salud en el mundo. (Tomado de TEMAS Y DEBATES Los determinantes sociales de la salud. ALAMES\*, Oliva López Arellano,\* José Carlos Escudero\* y Luz Dary Carmona\*.

- Lester, S., citado por Fernández, RC., y retomado por Aguilar, V. R., (2006). *Las organizaciones de la sociedad civil en México: su evolución y principales retos*. Universidad Iberoamericana México, D.F.
- López, E. RE. & Jean, P. D. (2011). *La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social*. Por Margen Nº 61.
- López, A. O., & Blanco G. J., (2001). *La polarización de la política de salud en México*. Artículo 43. Cad. Salud Pública, Rio de Janeiro, p.43.
- Mapa\_medio.gif. Chombo, 1998: Monografía de Chimalhuacán, Toluca, México: Gobierno del Estado de México/Instituto de Cultura Mexiquense.
- Martínez, C. PC. 2006. (Cita a Eisenhardt, 1989). *El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica*. Pensamiento & Gestión, núm. 20.
- Mexicanos primero, Solo la educación de calidad puede cambiar a México. Recuperado de: [www.mexico.org/index.../158lasOSCtransformacioncritica](http://www.mexico.org/index.../158lasOSCtransformacioncritica)
- Millán, H. & Pérez R. (2008). *Desigualdad social y pobreza en el Estado de México: ¿convergencia o divergencia?* Revista en redalyc.org Economía y Sociedad, vol. XIV, núm. 21, Pp. 17-39, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo Morelia, México.
- Mknaul, F. (2013). Harvard Global Equity Initiative. *Cobertura universal de salud en México*. Salud pública de México vol. 55, no. 2, Boston, p.207.
- Montaner, J. J., (2000). Universidad de Balears. *La igualdad de oportunidades en la escuela de la diversidad, profesorado, revista de currículum y formación del profesorado*.
- Moreno, S. E., & Espejel M. J. (2013) *Chimalhuacán en el contexto local, sociourbano y regional*. Quivera, vol. 15, núm. 1, enero-junio, Pp. 77-99 UAEM. Toluca, México. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40128395005>
- Murillo, T. J., *Metodología de la investigación, La entrevista*". s.f. Recuperado de: [https://uam.es/personal\\_pdi/stmaria/jmurillo/Met\\_Inves.../Entrevista\\_\(trabajo\).pdf](https://uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves.../Entrevista_(trabajo).pdf)
- Novelo, U. Federico, García Villanueva Carlos. *Pensar en el futuro de México*, colección conmemorativa de la revoluciones científicas, UAM, México, 2010, p.43.
- Número de habitantes. Estado de México. Recuperado de: [www.inegi.org.mx/](http://www.inegi.org.mx/) (INEGI, 2008)
- OMS. Iniciativa de Colaboración con la Sociedad Civil. Alianzas estratégicas: El papel de la sociedad civil en el ámbito de la salud. Documento de trabajo No. 1, Diciembre de 2001. Recuperado de: [www.who.int/civilsociety/...](http://www.who.int/civilsociety/)

- Organización Panamericana de la Salud. *Determinantes e inequidades en salud*. Salud en las Américas. Edición de 2012: Volumen regional N. 2. 2012.
- Ortiz, R. A., (2005). *Cultura de la investigación universitaria*, Universidad Mesoamericana. Recuperado de: [www.geiuma-oax.net/cursos/entrevistacualitativa.pdf](http://www.geiuma-oax.net/cursos/entrevistacualitativa.pdf)
- Olivos, R. M., (2015). *Investigación como técnica en la entrevista cualitativa*. UAEM. Toluca, Edo. De México.
- Palomino, M. PA., Grande G. ML., & Linares, A. M., (2014). *La salud y sus determinantes sociales: Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI*. Revista Internacional de sociología. Vol. 72. España.
- Pinzón, F. CE, Reveiz, L. & Idrovo AJ. (2014). *Gasto en salud, la desigualdad en el ingreso y el índice de marginación en el sistema de salud de México*. Rev. Panamericana de Salud Pública.
- Por un mundo libre de pobreza. *Desigualdad social: Qué es y qué podemos hacer*. Recuperado de: <https://www.inspiration.org/justicia-economica/desigualdad-social>
- Proyector al momento por Admin, (2014). Recorrido urbano por Chimalhuacán en la casa del lago. Recuperado de: <http://www.almomento.mx/recorrido-urbano-por-chimalhuacan>
- ¿Qué es la social democracia? Principios y valores de la tercera vía. Fundación por la Socialdemocracia de las Américas, A.C., Primera Edición Impresa, 2005 \*ISBN: 970-794-005-0 Recuperado de: [www.fusda.org/socialdemocracia.pdf](http://www.fusda.org/socialdemocracia.pdf).
- Ramis, A, Rina M. (2007). *Complejidad y salud en el siglo XXI*. Revista Cubana de Salud Pública.
- Ramis, A, Rina M. (2009). *Aportes del pensamiento y las ciencias de la Complejidad al estudio de los determinantes de la salud*. Revista Cubana de Salud Pública.
- Resolución una alternativa del conflicto: Fundación FAVIM-Extensionismo. Una herramienta de participación ciudadana. Recuperado de: [www.sistemasjudiciales.org/content/archivos/revpdf/29.pdf](http://www.sistemasjudiciales.org/content/archivos/revpdf/29.pdf)
- Reygadas, L. (2004) *Las redes de la desigualdad: un enfoque multidimensional en Política y Cultura* No 22, Pp. 7-25.
- Reyes, M. H., Gómez D. H., Torres A. LP., Tomé S. P., Galván F. G., & González U. MA. (2009). *Necesidades de salud en áreas urbanas marginadas de México*. Revista Panamericana de Salud Pública.
- Rosen, G. (1985). *De la policía médica a la medicina social*. México: Siglo XXI editores.
- Rodríguez, P. R., *La mancha urbana sigue incontenible*. Época No: 261, México, D.F. 3 de Junio de 1996.

- Ruiz M. Ml. (2011). *Políticas públicas en salud y su impacto en el seguro popular en Culiacán Sinaloa, México*. Universidad Autónoma de Sinaloa. facultad de contaduría y administración división de estudios de posgrado, Culiacán, Rosales, Sinaloa.
- Sanabria, R. G. (2004). *Participación social en el campo de la salud*. Escuela nacional de salud pública, Rev. Cubana Salud Pública.
- Sánchez, M. A. (2004). *Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención*. CENDEISS, Costa Rica.
- SEDESOL. Chimalhuacán, México Informe Anual Sobre La Situación de pobreza y rezago social. Recuperado de: [www.sedesol.gob.mx/work/models/.../2014/.../Mexico/Mexico\\_031.pdf](http://www.sedesol.gob.mx/work/models/.../2014/.../Mexico/Mexico_031.pdf)
- Secretaria de salud, Dirección general de información. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y.../direccion-general-de-informacion-en-salud-d>
- Sistema de Información sobre Organizaciones de la Sociedad Civil, Recuperado de: <http://sios.sedesol.gob.mx/sios/basesios>
- Spinelli, H., Urquía M, Lía B. M., Alazraqui M., (2002). *Equidad en salud, teoría y praxis*, Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Seminario VIII.
- Torres, M. (2007). *El reto por desarrollar una salud pública en contraposición a una salud privada*. Revista Cubana de Salud Pública. Recuperado de: [www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000089&pid=S0120](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000089&pid=S0120)
- Torres D. JA., “El impacto de los determinantes sociales de la salud en una comunidad marginada”, Brasil. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5376562.pdf>.
- Transformación Urbana Internacional A.C: Recuperado de: [www.transformacionurbana.org](http://www.transformacionurbana.org)
- Urbina, F. M., González MÁ. (2012). *La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas*. Instituto Nacional de Salud Pública, México, p. 53.
- Vargas U. LL., Villegas del C. O., Sánchez M. A., Holthuis K. (2006). Curso Especial de Posgrado Atención Integral de Salud. *Promoción, Prevención y Educación para la Salud*. - 1 ed. - San José, Costa Rica.
- Wolf E. (2001) *Figurar el poder: ideologías de dominación y crisis*. Ciesas. México, p. 20. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2162617>
- Waitzkin, H., Iriart, C., Estrada, A. & Lamadrid, S. (2001), Tomado de Temas y debates: *Los determinantes sociales de la salud*. Oliva, L. A., José C. E., & Carmona, L., Recuperado de: [www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/260/538](http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/260/538)

## Anexo 1

### Guía de entrevista semiestructurada para coordinadores de los programas.

**Presentación:** Buenos días soy pasante de la Lic. De promoción de la salud, la cual se imparte en la UACM. Me llamo Alfonso Guerrero Martínez, estoy realizando un trabajo de investigación de tesis titulado “Promoción de la salud desde las organizaciones de la sociedad civil: análisis de estrategias y su impacto en la reducción de las inequidades y vulnerabilidad en salud de las poblaciones urbano-marginadas del municipio de Chimalhuacán Estado de México”, el cual tiene el objetivo: Identificar la función que desempeñan las OSC particularmente (Transformación Urbana Internacional) en la reducción de las inequidades en el acceso a los servicios de salud en las poblaciones marginadas y vulnerables del municipio de Chimalhuacán. Sabemos que su organización tiene una amplia experiencia de trabajo en este tema por ello le invitamos a participar contestando una entrevista en la cual abordaremos tales temas como: la inequidad en salud, la desigualdad social en salud, la vulnerabilidad, la marginación y las OSC. Le informo que su participación es voluntaria y se respetará la confidencialidad estrictamente. También le informo que puede interrumpir la entrevista en el momento que lo desee.

Agradecemos de antemano su participación y le doy las gracias por ayudarnos a completar la investigación.

#### **Tema I. Perfil del informante y preguntas sobre los coordinadores de los programas, (pro-salud, fortaleza y ACJU)**

¿Qué nivel de estudios tienes y cuál es tu formación académica?

¿Me puede resumir su trayectoria laboral, en qué áreas se ha desempeñado?

¿Vives en el municipio donde se desempeñan las labores de TUI, (SI), (NO), qué sientes al trabajar para las personas de tu municipio?

¿Desde cuándo laboras para TUI?

¿Desde cuándo comenzó a desempeñarse como coordinador del programa?

¿Cómo llegaste a convertirte en coordinador del programa?

¿Qué cursos haz recibido para poder desempeñar tu labor como coordinador?

¿Cuáles son las principales labores de un coordinador en las comunidades donde trabajan?

¿Qué características debe tener un coordinador para hacer que sus programas se mantengan activos y con una buena participación de la comunidad?

¿Cómo coordinador, qué opinas sobre el acceso a los servicios de salud y la calidad de vida en la que se encuentra la población para que laboras?

¿De qué forma cambia la intervención y la manera como las personas participantes ven la salud en sus vidas?

¿Qué limitantes son las que encuentras en tu trabajo como coordinador de un programa?

¿Cuáles son las cosas que motivan tu desarrollo en la coordinación de tu programa?

## **Tema II. Características de la TUI.**

¿Cómo y cuándo nace TUI?

¿Cuál es el principal objetivo de TUI?

¿Cuál es la misión de TUI?

¿Cuál es la visión de TUI?

¿Cuáles son los valores en los que basan su metodología de intervención?

¿Cuál es el propósito de TUI ante las desigualdades sociales en Chimalhuacán?

¿Nos puedes explicar brevemente en que consiste el modelo de cambio que ustedes proponen?

¿Por qué utilizar una metodología integral y multifacética para atender las necesidades básicas de las comunidades?

De acuerdo a lo establecido en su página de internet ¿A qué se refieren con una metodología única y al empoderamiento de la comunidad?

¿Cómo determinan, qué estrategias metodológicas serán las más adecuadas para las comunidades donde implementan el desarrollo de sus programas y estrategias de intervención?

¿Qué es un club familiar y que hacen?

Para ti ¿Qué es un modelo integral de salud comunitaria?

¿Cómo están haciendo que las personas construyan estilos de vida más saludables?

¿Cómo influye TUI en el aprendizaje de sus comunidades?

¿Cómo influyen sus talleres en la economía de sus comunidades, si es que los hay?

¿Por qué consideran importante empoderar a la comunidad?

¿Cómo logran hacer que las comunidades vean en sus necesidades las oportunidades?

¿Qué es la cohesión social y como fomentarla en las comunidades?

¿Cuál ha sido el resultado de ese esfuerzo de igualación social que ha venido implementando TUI en Chimalhuacán?

¿Cómo podemos saber si el desempeño de los programas ejecutados por TUI son los adecuados para las poblaciones de mayor vulnerabilidad?

¿Cómo han logrado medir la transformación en las comunidades en las que han desarrollado sus intervenciones?

¿Cuál es la relevancia de TUI en materia de salud y Promoción de la salud?

¿Qué limitaciones afectan el desempeño de las estrategias de intervención de TUI?

¿Cómo se podrá evaluar todo el proceso de intervención de TUI en Chimalhuacán?

### **Tema III. Preguntas sobre la selección de las comunidades y su monitoreo.**

¿Cómo seleccionan a la comunidad donde van a desarrollar sus labores de intervención?

¿Cuáles son las características que debe cumplir las comunidades donde van a realizar una intervención?

¿Por qué selecciona TUI. A Chimalhuacán para realizar sus intervenciones?

¿Cuáles son las fuentes de los datos utilizados para determinar que Chimalhuacán era una población modelo para el trabajo de TUI?

¿Cómo establecen el primer contacto con ellos?

¿Qué tan importante es para ustedes el que la comunidad participe en la transformación de su colonia?

¿Por qué son importantes para ustedes las comunidades que cumplen con las características que ustedes requieren?

¿Qué es un lides de grupo o comunal?

¿Cómo se selecciona y como se crea un líder comunal?

¿Qué labores hace un líder comunal?

¿Por qué nace la iniciativa de crear líderes comunales?

¿Qué es un agente de cambio?

¿Qué perspectiva tienen los agentes de cambio?

¿Qué diferencia hay entre un líder comunal y un agente de cambio?

¿Cómo consideras los avances en cuanto a la creación de perfiles profesionales, por parte de las instituciones para trabajar con las comunidades urbano marginadas?

¿Qué competencias han de poner en práctica para el desarrollo profesional en este ámbito?

¿Qué expectativas pueden orientar en su desarrollo?

### **Tema IV. Preguntas sobre el contexto social y poblaciones clave de Chimalhuacán.**

¿Para qué poblaciones están diseñados los objetivos de TUI y por qué?

¿Qué determina que una población sea considerada vulnerable y marginada?

¿Por qué consideras que Chimalhuacán es una comunidad vulnerable y marginada?

¿En qué medida los residentes de áreas con fuerte concentración de desventajas, habituados a múltiples privaciones, experimentan el malestar de la exclusión social?

¿Qué opinas cuando se refieren a Chimalhuacán como un área heterogéneamente marginada?

¿Cuál es el problema social y urbano de Chimalhuacán antes y desde la llegada de TUI?

¿De qué manera se manifiestan la desigualdad en la distribución de servicios en las comunidades de Chimalhuacán?

¿Cuáles son las implicaciones que profundizan la brecha de las desigualdades en la convivencia social, que imperan en el municipio?

De acuerdo al desarrollo de las comunidades del municipio, ¿Consideras que la desigualdades han disminuido o han aumentado, por qué?

¿Cuáles son las capacidades educativas y culturales de sus habitantes, y qué nivel de vida prevalece en Chimalhuacán?

¿Cuáles son las bases de su identidad cultural?

¿Por qué consideras que la gente se asentó en decenios pasados en Chimalhuacán?

¿Crees que estos espacios y sus residentes son sujetos a estigmatización, por qué?

¿Qué opinas de que Chimalhuacán es considerado un municipio dormitorio?

¿Cómo crees que afecta a la población en general el tener que trasladarse diariamente a sus trabajos, que se encuentran a distancias exageradas de sus hogares, P/j en la CDMX.?

¿Cuáles son las poblaciones que consideras son prioritarias, en cuanto a la satisfacción de servicios para el gobierno de Chimalhuacán?

¿Qué es verdaderamente lo que le interesa al gobierno de Chimalhuacán de éstas poblaciones?

¿Por qué consideras que el gobierno municipal está enfocando sus acciones hacia estas poblaciones?