



**Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
Instituto de Ciencias Sociales y Administrativas
Departamento de Ciencias Sociales
Doctorado en Ciencias Sociales**

**“Planificación Urbana y Servicios de Salud: un análisis sobre la
accesibilidad a las opciones públicas y privadas en atención primaria de
la salud en Ciudad Juárez”**

Tesis presentada por

Rafael Mauricio Marrufo

para obtener el grado de

Doctor en Ciencias Sociales

Comité de tesis:

Dra. Sonia Bass Zavala

Dra. Beatriz Díaz Torres

Dr. Vladimir Hernández Hernández

Ciudad Juárez, Chihuahua; Octubre de 2014



Dedicatoria

A mi familia, mis padres, mis hermanos, mis tíos, tías y primos que siempre estuvieron al pendiente de mis necesidades, ajustes, esfuerzos y logros durante mis estudios en el doctorado.

Agradecimientos

A la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez por otorgarme la oportunidad de ser parte de la Generación 2011-2014 de estudiantes del Doctorado en Ciencias Sociales. Es un orgullo pertenecer a esta institución educativa.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, cuyo apoyo becario me permitió dedicarme sin inconvenientes al logro del grado académico en el nivel de doctorado.

A la Doctora Sonia Bass Zavala, cuya dirección para con mi proyecto fue lo más conveniente en todos los sentidos: académico, formativo y humano.

Al cuerpo de docentes del Doctorado en Ciencias Sociales, gracias a cada uno de ustedes por compartirnos su conocimiento a mano llenas. A los coordinadores correspondientes del doctorado: Dr. Víctor Hernández y Dr. Luis A. Payán.

Al Colegio de México, a su Doctorado en Estudios de Población, a sus profesores y compañeros estudiantes, gracias por abrirme sus puertas para mi estancia nacional de agosto a diciembre de 2012.

A mis lectores internos de comité de tesis: Dra. Beatriz Díaz Torres, Dr. Vladimir Hernández, gracias por cada una de sus orientaciones para con mi trabajo. A mis lectores externos Dra. Leticia Peña y Dra. Eva Moya, gracias también.

Al Dr. Isaac Sánchez, que con su atinada coordinación de nuestra terminal de Desarrollo Regional nos motivó siempre a alcanzar nuestro objetivo final.

Al personal administrativo del Doctorado en Ciencias Sociales, en particular a Mayra, Rodolfo y Verónica; al departamento de Movilidad Estudiantil por su apoyo económico durante mi estancia de investigación.



Resumen

Esta investigación tiene en cuenta dos temas generales, estos son, el desarrollo urbano y el acceso a los servicios de salud, con una crítica desde las Ciencias Sociales. La tarea principal ha consistido en conocer los problemas de accesibilidad geográfica que experimentan los usuarios de los servicios de atención primaria de la salud (APS) del IMSS, Seguro Popular e ISSSTE en Ciudad Juárez y compararla con lo que las mismas personas experimentan al acudir a los consultorios de la Fundación Best, (conocidos popularmente como “consultorios Similares”).

Debido a la manera en que se ha implementado la planificación urbana de Ciudad Juárez, y en particular la dotación de equipamientos para la atención primaria de la salud, los ciudadanos enfrentan problemas de accesibilidad a los mismos. Lo anterior, permitió establecer una pregunta de investigación: *“¿Cuál es el motivo principal por el que las personas deciden ser atendidas en un consultorio de conveniencia (Farmacias Similares) y no en el consultorio de atención primaria (IMSS-ISSSTE-Seguro Popular) al que se tiene derecho?”*.

La hipótesis de investigación plantea que los problemas de accesibilidad geográfica influyen para que el ciudadano prefiera ser atendido en los consultorios de conveniencia que en los pertenecientes al sistema público, a pesar de los costos implicados.

Por lo anterior, en esta investigación se averiguó y comparó cuáles son los problemas de accesibilidad geográfica de los equipamientos públicos para la atención primaria de la salud (IMSS, Seguro Popular e ISSSTE principalmente) contra aquella de los consultorios particulares pertenecientes a la Fundación Best.

Es conocido que el Sistema Nacional de Salud experimenta actualmente serios problemas para lograr una suficiente provisión pública de servicios tanto en el aspecto de la asistencia social (Seguro Popular, hospitales generales, centros comunitarios) como en el aspecto de la seguridad social (IMSS, ISSSTE).

Estos problemas van desde lo urbano (insuficiencia de equipamientos, distribución y localizaciones inadecuadas, problemas viales) hasta lo administrativo (insuficiencia de personal calificado, abasto incompleto de medicamentos y material de curación, largos tiempos de espera para recibir atención médica). Estos problemas repercuten en la decisión de las personas para utilizar los servicios públicos de APS.

El marco contextual tomó en cuenta la crítica histórica de la planificación urbana, la dotación de equipamientos y análisis de los procesos salud-enfermedad en Ciudad Juárez hasta 2013.

Las variables tomadas en cuenta para comparar la accesibilidad geográfica son las distancias recorridas por los usuarios, tiempo de recorrido, trayectos, disponibilidad de transporte y costo de fricción. La información se recolectó mediante una encuesta en los 57 consultorios de la Fundación Best, siendo en total 285 personas con quienes se aplicó el instrumento diseñado. El periodo de recolección de datos fue de enero a febrero de 2014.

La teoría crítica desde las Ciencias Sociales para esta investigación abordó los temas del Desarrollo Urbano y de los Servicios de Salud, que conducen al Derecho a la

Ciudad y el Derecho a la Salud. En particular, se tomaron en cuenta las teorías propuestas por John Rawls y Amartya Sen.

Los resultados se presentan en forma de gráficas y cuadros. La información permitió conocer que existe una creciente demanda por los servicios médicos de los consultorios privados de la Fundación Best, debido principalmente a los problemas de accesibilidad geográfica a los equipamientos públicos para la APS pero que hay factores secundarios que contribuyen esta demanda, como los comparativos de accesibilidad administrativa y de calidad del servicio entre el sistema público y el sistema privado de atención primaria de la salud.

Palabras clave: planificación urbana, equipamientos para la salud, atención primaria de la salud, accesibilidad geográfica, Ciudad Juárez, Fundación Best, Unidad de Medicina Familiar, IMSS, ISSSTE, Seguro Popular, distancia, tiempo, trayecto, costos de fricción, segregación socioespacial, Amartya Sen, John Rawls.

Resume

This study considers two general themes, these are, urban development and access to health services, with a critique from the Social Sciences. The main task has been to know the geographical accessibility problems experienced by users of the services of primary health care (PHC) at IMSS, ISSSTE and Seguro Popular in Ciudad Juarez and compare them with what people experience when going to the offices of the Fundación Best (popularly known as “Consultorios Similares”).

Due to the way in which urban planning has been implemented in Ciudad Juarez, and in particular the provision of equipment for primary health care, citizens face problems of access to them. This enabled a research question: "What is the main reason why people choose to be seen at a convenience medical office (Consultorios Similares) and not in the primary care clinic (IMSS-ISSSTE-Seguro Popular) to which they are entitled? “

The research hypothesis proposes that geographical accessibility problems are affecting citizens so they prefer to be treated at Consultorios Similares than these services of the public system, despite the costs involved.

Therefore, it was investigated and compared what are the problems of geographical accessibility of public facilities for primary health care (IMSS, Seguro Popular and ISSSTE mainly) against that of the private offices are owned by the Fundación Best.

It is known that the NHS currently experiencing serious problems in achieving adequate public provision of services both in terms of social assistance (Seguro Popular, general hospitals, community centers) and the aspect of Social Security (IMSS, ISSSTE).

These problems range from urban (equipment failure, inadequate distribution and locations, traffic problems) to administrative (lack of qualified personnel, supply of medicines and incomplete healing material, long waiting times for medical care). These problems affect the decisions of people to use public PHC services.

The contextual framework took into account the historical critique of urban planning, provision of equipment and health-disease processes in Juarez until 2013. The variables taken into account to compare the geographic accessibility are the distances traveled by the user, time travel, journeys, transport availability and cost of friction. The information was collected through a survey of 57 locations of the Best Foundation in the city, totaling 285 people to whom the instrument was applied. The data collection period was from January to February 2014.

Critical theory from the Social Sciences for this research addressed issues of Urban Development and Health Services, leading the Right to the City and the Right to Health. Particularly, theories from John Rawls and Amartya Sen were taken in consideration.

The results are presented as graphs and tables. The information allowed to know

that there is a growing demand for medical services of private clinics in the Fundación Best, mainly due to problems of geographical accessibility to public equipment for the APS but secondary factors that contribute to this demand, these are the comparative administrative accessibility and quality of service between the public system and the private system of primary health care.

Keywords: urban planning, health facilities, primary health care, geographic accessibility, Ciudad Juárez, Fundación Best, Family Medicine Unit, IMSS, ISSSTE, Seguro Popular, distance, time, friction costs, socio-spatial segregation.

Índice

Introducción	1
i) El tema de investigación	1
ii) Justificación	6
iii) Planteamiento del problema	9
iv) Pregunta de investigación hipótesis y objetivos generales	12
v) Estructura general de la tesis	14
Capítulo I: Marco contextual y teórico	16
1.1. La planificación urbana inadecuada, generadora del problema para el acceso a servicios de salud en Ciudad Juárez. Discusión teórica	16
1.1.1 El papel del Estado	17
1.1.2 El crecimiento de una ciudad y su relación con el acceso a servicios de salud	18
1.1.3 Desarrollo económico y desarrollo social	20
1.1.4 El desarrollo y la calidad de vida	21
1.1.5 Planificación urbana y derecho a la salud	24
1.1.6 La fundamentación de teorías como sustento de una investigación en las Ciencias Sociales: la salud y el desarrollo urbano	27
1.1.6.1 Discusión sobre la Planificación Urbana y la Salud con el enfoque de la Justicia Social de John Rawls	31
1.1.6.2 Discusión sobre la Planificación Urbana y el acceso a los servicios para la salud con el enfoque de la Teoría de las Funcionalidades Capacidades de Amartya Sen	35
1.1.6.3 La Teoría de las Funcionalidades Capacidades frente a otras posturas ideológicas	37
1.2. Equipamiento para atención primaria de la salud en Ciudad Juárez	43
1.2.1. Equipamientos para la salud: una crítica sobre el papel de los hospitales en la sociedad	44
1.2.2. El hospital y su papel en la sociedad mexicana	52
1.2.3. El desarrollo urbano y los equipamientos para la salud en Ciudad Juárez	55
1.2.4. Equipamiento hospitalario en Ciudad Juárez	58
1.2.5 Planificación urbana y normatividad en la construcción de equipamientos para la salud	66
1.3. Políticas públicas para el fomento de la salud en Ciudad Juárez	92
1.3.1 Marco general de la política social	93
1.3.2. Políticas sociales y urbanas para la salud desde el contexto de los Derechos Humanos	94
1.3.3. Marco legal de las políticas para garantizar el Derecho a la Salud en México	95
1.3.4. La creación de la Ley General de Salud	96
1.3.5. La Constitución y sus disposiciones relacionadas con el derecho a la salud	97
1.3.5.1. Clasificación de los prestadores de servicios públicos en salud	97
1.3.6. Normatividad de políticas de acción de las instituciones de salud en México	98
1.3.6.1 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	99
1.3.6.2 Instituto para la Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	102
1.3.6.3 Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas de México (ISSFAM)	102

1.3.7	Políticas y programas para la salud en Ciudad Juárez	103
1.3.7.1.	Programa Chihuahua Contigo	104
1.3.7.2	Programa Frontera Saludable 2010	106
1.3.7.3	Programa Todos Somos Juárez	108
1.3.8	Las políticas públicas y su impacto sobre la salud	111
1.4	Cambios en los patrones salud-enfermedad	112
1.4.1	Factores del crecimiento demográfico	113
1.4.1.1	La migración	114
1.4.1.2	Mortalidad	117
1.4.1.3	Natalidad	119
1.4.2	Dinámica de crecimiento poblacional en Ciudad Juárez versus otras ciudades	120
1.4.3	Patrones de mortalidad en Ciudad Juárez	124
1.4.3.1	Afecciones al corazón y sistema circulatorio	125
1.4.3.2	Diabetes mellitus	126
1.4.3.3	El cáncer como causa de mortalidad	127
1.4.4. 4	Enfermedades gastrointestinales	129
1.4.4.5	Afecciones en el periodo neonatal y mortalidad materna	130
1.4.4.6	Insuficiencia renal crónica (IRC)	130
1.4.4.7	La mortalidad en Ciudad Juárez hasta 2010	132
1.4.4.8	Homicidios	133
1.4.5	Patrones de morbilidad en Ciudad Juárez	134
1.4.8.	Otras enfermedades relevantes en Ciudad Juárez	139
1.5	Sistema de consultorios de conveniencia de la Fundación Best	140
1.5.1	Consultorios-Farmacia privada, la nueva estrategia para la atención primaria de la salud	141
1.5.2	Adaptación de los servicios de salud públicos y privados	143
1.5.2.1	Regulaciones de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COPEFRIS)	144
1.5.3	Operación administrativa de Farmacias-Consultorio “Similares”	148
1.5.4	Costos de los fármacos como forma de atracción	148
1.5.5	Controversias sobre los medicamentos “similares”	150
1.5.6	Servicios de atención primaria en consultorios Similares	153
1.5.7	Cita médica en el IMSS y en el consultorio de conveniencia	157
1.5.9	Los diferentes tipos de accesibilidad de los consultorios de conveniencia	160
	Comentarios finales	163
	Capítulo II: Marco metodológico	165
2.1.	Referentes de este tipo de investigaciones	169
2.1.1.	Referentes a nivel local	171
2.2	Objetivos generales	172
2.3.	Generación de la pregunta de investigación	174
2.4	Pregunta de investigación e hipótesis	176
2.5	Preguntas secundarias	177
2.5.1	Condiciones bajo las que se plantea la pregunta de investigación	178

2.5.2. Lo que se necesita conocer como contexto	180
2.6. Definición de conceptos de accesibilidad, calidad de servicios y costo de la atención	181
2.7 Etapas del proceso de investigación	183
2.7.1 Primera etapa	183
2.7.2 Segunda etapa	187
2.7.3 Áreas de oportunidad	189
2.7.4 Fuentes de información	190
2.7.5 La medición de la accesibilidad a los servicios de salud	191
2.7.6 Estrategia para responder a la pregunta de investigación	192
2.8. Conceptos clave y siglas	194
2.8.1 Dimensiones de la Salud Urbana	195
2.9 La Accesibilidad: Una discusión del concepto	196
2.9.1 Componente social de la accesibilidad	200
2.9.2 Accesibilidad: lo dispuesto sobre el territorio y lo que se utiliza en la realidad	201
2.9.2.1 Clase socioeconómica y accesibilidad a los servicios de salud	203
2.9.2.2 Edad de los usuarios y accesibilidad	204
2.9.2.3 El tiempo necesario para realizar actividades como limitante de la accesibilidad	205
2.9.2.4 Calidad del servicio de atención primaria oficial y su accesibilidad	207
2.9.2.5 Tipo de ocupación y accesibilidad	208
2.9.2.6 Costo de los servicios y accesibilidad	208
2.9.2.7 Trámites para el uso de los servicios: accesibilidad administrativa	210
2.9.3 Componentes geográficos de la accesibilidad	211
2.9.3.1 La distancia como factor de elección de los servicios	211
2.9.3.2 Distribución territorial de equipamientos	213
2.9.3.3 Costos de movilización	214
2.9.3.4 Vialidades y trayectos	214
2.9.4. Modelos de decisión para utilización de los servicios para la salud	215
2.9.4.1 Modelo económico de la salud	215
2.9.4.2 Modelo con base en el comportamiento y las decisiones	216
2.9.4.3 Modelo con base en la percepción de la enfermedad	218
2.9.4.4 Modelo de las alternativas de servicios	219
2.9.4.5 Modelo de determinantes sociales, individuales y de sistemas de servicio	223
2.9.4.6 Modelo de accesibilidad potencial y accesibilidad real	225
2.9.4.7. Modelo matemático con base en el conductismo	227
2.9.4.8 Modelo de Julio Frenk: La sucesión de acontecimientos	227
2.9.5 Comentarios finales sobre la accesibilidad e instrumento para encuestas	228
Instrumento para la recolección de datos en trabajo de campo	230
Capítulo III: Resultados	234
3.1 Perfil sociodemográfico de los usuarios de consultorios de la Fundación Best	234
i) Selección y exclusión de individuos	235
ii) Selección de lugares para la encuesta	235

3.2 Tipo de derechohabiencia	235
3.2.1 La situación de no derechohabiencia	236
3.2.2 Fundación Best y el mercado de servicios para los derechohabientes	237
3.2.3 Edad de los usuarios de consultorios de conveniencia	239
3.2.4 Distribución de género y edad de los usuarios de consultorios de conveniencia	244
3.2.6 Tipos de ocupación laboral	248
3.2.8 Lugar de residencia y división por distritos	253
3.2.9 Nivel socioeconómico	254
3.2.9.1. Nivel socioeconómico y frecuencia de uso de consultorios de conveniencia	256
Comentarios finales	258
3.3 Perfil de salud de los usuarios de consultorios de conveniencia	259
3.3.1 Percepción sobre el estado de salud	259
3.3.1.1 Estado de salud por distrito	260
3.2.3 Género y salud	264
3.2.4 Salud y nivel socioeconómico	265
3.2.5 Razones de salud por las que se acude al consultorio oficial de atención primaria	266
3.2.6 Comparación de cobertura de servicios otorgados por el consultorio	268
Comentarios finales sobre estado de salud de los usuarios de CC	269
3.3: Comparación, Consultorios de conveniencia Vs Consultorio familiar	270
3.3.1 Calidad de la atención médica	272
3.3.2. Sobre la accesibilidad administrativa	275
3.3.3 Sobre la accesibilidad geográfica	277
3.3.4. Sobre el costo implicado de la atención médica	281
Comentarios finales sobre la comparación CC Vs CF	282
3.4. Indicadores de disponibilidad de consultorios de atención primaria de la salud	283
3.4.1 Consultorios de las Unidades de Medicina Familiar del IMSS: distribución territorial	285
3.4.2 Tasa de consultorios por distrito	286
3.4.3 Tasa de consultorios y efectividad de adscripción al consultorio más cercano	288
3.4.4 Disponibilidad y cercanía de consultorios del IMSS y del Seguro Popular	292
3.4.5 Tasa de consultorios de la Fundación Best	294
3.5 Accesibilidad a los equipamientos de atención primaria de la salud en Ciudad Juárez	296
3.5.1 Cobertura de servicios de consultorio Vs Accesibilidad	297
3.5.2 Accesibilidad a los servicios de atención primaria de la salud y normatividad	299
3.5.2. Distancias, rango de influencia territorial y normatividad	300
3.5.3 Población dentro del rango de influencia territorial según distrito	304
3.5.4 Tiempos de recorrido hacia el consultorio oficial y al consultorio de conveniencia	308
3.5.5 Disponibilidad de medios de transporte	314
3.5.6 Costo de fricción	335
3.5.7 Comentarios finales y pregunta de investigación	344

Capítulo IV: Conclusiones y sugerencias	347
1. El desarrollo urbano y el mercado privado de la salud	347
2. Las decisiones de las autoridades y los grupos capitalistas	349
3. Políticas para el fomento de la salud	352
3. Inequidad en la accesibilidad a los equipamientos para la atención primaria de la salud	355
4. La sociedad del consumo y el mercado de servicios para la salud en Ciudad Juárez	357
5. Hacia un modelo de utilización de equipamientos para la atención primaria de la salud	361
6. Propuestas	364
a) La planificación urbana de Ciudad Juárez	365
b) Equipamiento urbano para la atención primaria de la salud	367
c) Participación de la iniciativa privada en la atención primaria de la salud	368
Anexos	370
Anexo 1: Encuesta de opinión derechohabientes del IMSS en Ciudad Juárez	370
A1. 1 Calidad de la atención médica	371
A1 .2 Sobre la accesibilidad administrativa	373
A1 .3 Sobre la accesibilidad geográfica	374
A3.4 Sobre el costo implicado de la atención médica	377
Comentarios finales	378
Anexo 2. Posturas teórico-sociales sobre el proceso salud-enfermedad	379
Referencias	383

Índice de cuadros

Cuadro 1: Equipamientos según sectores del sistema de salud en Ciudad Juárez, 2000 ---	60
Cuadro 2: Clínicas del IMSS en Ciudad Juárez, 2010-----	61
Cuadro 3: Hospitales y clínicas particulares más concurridos. Ciudad Juárez, 2010 -----	64
Cuadro 4: Población total del municipio según condición de derechohabencia a servicios de salud en general y porcentaje sobre la población total. Ciudad Juárez, 2010-----	65
Cuadro 5: Síntesis de agrupaciones de población proyectadas y superficie requerida al año 2010 -----	69
Cuadro 6: Distribución de usos de suelo hasta principios del milenio -----	71
Cuadro 7: Equipamiento general de salud existente, Ciudad Juárez 2002-----	72
Cuadro 8: Equipamiento requerido para la atención de la salud, Ciudad Juárez 2003-----	73
Cuadro 9: Unidades médicas en servicio de las instituciones del sector público de salud. Ciudad Juárez, 2011 -----	76
Cuadro 10: Radio de influencia recomendado por SEDESOL y distancia real promedio Hogar-Equipamiento.-----	78
Cuadro 11: Abastecimiento en recursos humanos y de equipo para la salud. Ciudad Juárez -----	80
Cuadro 12: Servicios inicialmente planeados a ser ofrecidos en el Hospital Ciudad Juárez	84
Cuadro 13: Equipamiento hospitalario urbano actual por sectores. Ciudad Juárez, 2010 --	85
Cuadro 14: Acciones específicas del programa Frontera Saludable 2010 -----	106
Cuadro 15: Compromisos en materia de salud en el programa Todos Somos Juárez -----	109
Cuadro 16: Comparación de crecimiento demográfico en ciudades fronterizas y ciudades del interior del país -----	121
Cuadro 17: Principales causas de morbilidad y cantidad bruta de enfermos. México, 2000 -----	132
Cuadro 18: Tasas de mortalidad específica por cada 100,000 habitantes en Ciudad Juárez, 2009 -----	133
Cuadro 19: Número de homicidios y tasa por 100,000 habitantes de 2008 a 2011, Ciudad Juárez-----	134

Cuadro 20: Normatividad sanitaria relacionada con buenas prácticas médicas de consultorios dependientes de farmacias. -----	145
Cuadro 21: Mobiliario, equipo e instrumental para el consultorio de medicina general o familiar -----	154
Cuadro 22: Consultorio-Farmacia, Fundación Best en Ciudad Juárez. -----	159
Cuadro 23: Objetivos generales, variables seleccionadas, indicadores correspondientes, así como herramienta de análisis y estrategia de acción -----	173
Cuadro 24: Características de las personas seleccionadas de la muestra -----	193
Cuadro 25 Tipo de decisión y categorías de acuerdo con el modelo abreviado Ottawa ---	222
Cuadro 26: Tipo de transporte utilizado para llegar a la unidad pública de salud (IMSS, ISSSTE, SP, etc.) de acuerdo a la edad -----	243
Cuadro 27 :Cantidad de personas que utilizan autobuses urbanos para acudir al consultorio del sistema público según grupo de edad -----	244
Cuadro 28: Distribución por edad y género de los usuarios de consultorios de conveniencia -----	245
Cuadro 29: Comparativo de niveles de instrucción a nivel nacional, estatal y de usuarios de consultorios de conveniencia (CC) -----	253
Cuadro 30: Percepción sobre su estado de salud por género y distrito -----	261
Cuadro 31: Principales motivos de atención para la salud por los que se acude a los consultorios de conveniencia -----	262
Cuadro 32: Tasa de consultorios por cada 1000 derechohabientes en las UMF de Ciudad Juárez, 2013 -----	286
Cuadro 33: Distribución de UMF y tasa de consultorios por distrito en Ciudad Juárez ---	288
Cuadro 34: Usuarios de consultorios de conveniencia con derechohabiencia: porcentaje de adscripción a la unidad oficial más cercana de atención primaria -----	290
Cuadro 35: Sistema Normativo de Equipamientos, radios de influencia y cobertura de consultorios -----	301
Cuadro 36: Cantidad y porcentaje de usuarios que se encuentran dentro o fuera del rango de influencia territorial según tipo de derechohabiencia -----	302
Cuadro 37: Cantidad y porcentaje de usuarios que se encuentran dentro o fuera del rango de tiempo de recorrido según tipo de derechohabiencia -----	309

Cuadro 38: Comparación de promedios de distancia desde el lugar de residencia hacia el consultorio -----	313
Cuadro 39 : Comparación de promedios de tiempos de recorrido desde el lugar de residencia hacia el consultorio. Viaje sencillo -----	313
Cuadro 40: Tipo de transporte usado para llegar a la unidad de salud oficial-consultorio	315
Cuadro 41 : Porcentajes de posesión de vehículo propio según derechohabencia de los usuarios de consultorios de conveniencia -----	316
Cuadro 42: UMF-IMSS cubiertas por las líneas de transporte público -----	320
Cuadro 43: Unidades de atención primaria del Seguro Popular cubiertas por el transporte público -----	322
Cuadro 44: Formas de movilización de las personas desde su hogar al consultorio de conveniencia-----	323
Cuadro 45: Tiempo, trayecto y distancias de recorrido de líneas de transporte público seleccionadas. Ruta 5-A-----	324
Cuadro 46: Tiempo, trayecto y distancias de recorrido de líneas de transporte público seleccionadas. Ruta 8-A-----	326
Cuadro 47: Tiempo, trayecto y distancias de recorrido de líneas de transporte público seleccionadas. Ruta Universitaria -----	328
Cuadro 48: Tiempo, trayecto y distancias de recorrido de líneas de transporte público seleccionadas. Ruta Oriente Poniente -----	330
Cuadro 49: Tiempo, trayecto y distancias de recorrido de líneas de transporte público seleccionadas. Vive Bus-----	332
Cuadro 50: Gastos implicados y costo por kilómetro recorrido, viaje de ida y vuelta hogar-consultorio -----	338
Cuadro 51: Matriz comparativa de distribución de gastos cuando se acude a la unidad de atención primaria o consultorio de conveniencia-----	340
Cuadro 52: Opinión sobre los trámites para obtener una cita en la unidad de atención primaria (IMSS, Seguro Popular, ISSSTE) -----	343
Cuadro 53: Relación de costo por kilómetro recorrido (\$) viaje redondo, Consultorio de Conveniencia (CC) Vs Consultorio oficial-----	344

Cuadro 54: Razón por la que prefiere acudir al consultorio de conveniencia por sobre el consultorio familiar al que tiene derecho-----	346
--	-----

Índice de Gráficas

Gráfica 1: Organización del Sistema de Salud en México	59
Gráfica 2: Distribución de clínicas del IMSS en Ciudad Juárez, 2010	62
Gráfica 3: Distribución de lugares donde se brindan servicios médicos privados en Ciudad Juárez, 2010	65
Gráfica 4: Equipamientos sugeridos por IMIP, Ciudad Juárez, 2003.....	75
Gráfica 5: Cobertura de hospitales con un radio de influencia de 1650 metros. Ciudad Juárez, 2003	79
Gráfica 6: Niveles de bienestar social de acuerdo a la sectorización de la Dirección General de Tránsito Municipal (DGTm). Ciudad Juárez, 2010	82
Gráfica 7: Conformación del Sistema Nacional de Salud en México.....	98
Gráfica 8: Crecimiento territorial de Ciudad Juárez de 1940 a 2003.....	115
Gráfica 9: Tasas de mortalidad de los Estados Unidos Mexicanos y del estado de Chihuahua, desde al año 2000 al 2013	118
Gráfica 10: Tasa bruta de natalidad nacional, del Distrito Federal y del Estado de Chihuahua	119
Gráfica 11: Comparación de crecimiento demográfico en ciudades fronterizas y ciudades del interior del país, por decenios	122
Gráfica 12: Población de Ciudad Juárez por decenios y tasas de crecimiento. Escala logarítmica	123
Gráfica 13: Tipo y porcentaje de mortalidad reportado en los hospitales de Ciudad Juárez, 2000	125
Gráfica 14: Cantidad de casos de las diez principales causas de morbilidad en Chihuahua, 2001	136
Gráfica 15: Diez principales causas de morbilidad en los municipios fronterizos del estado de Chihuahua, 2000.....	137
Gráfica 16: Cantidad de casos de las principales causas de morbilidad por género en Ciudad Juárez, 2004	138
Gráfica 17: Porcentaje de participación en el crecimiento de mercado según tipo de fármacos.....	149
Gráfica 18: Porcentajes de ventas en pesos de fármacos según tipo.....	150
Gráfica 19: Lugar de compra habitual de los medicamentos.....	151
Gráfica 20: Porcentajes de causas de atención en el consultorio familiar del IMSS, 2010	154
Gráfica 21: Mobiliario, equipo e instrumental para el consultorio de medicina general o familiar.....	154
Gráfica 22: Número de consultas por año en consultorios Similares	156
Gráfica 23: Distribución geográfica de los consultorios de conveniencia en Ciudad Juárez	161

Gráfica 24: Zona de la ciudad con supuesta cantidad de usuarios de los equipamientos para la salud (S); zona de la ciudad con supuesta dotación de equipamientos para la salud (H).	178
Gráfica 25: Afiliación ideal de derechohabientes (S) a un hospital (H) enclavado en su misma zona de residencia.	179
Gráfica 26: Modelo Donavedian del proceso de atención médica.....	202
Gráfica 27: Determinantes del comportamiento	217
Gráfica 28: Proceso de decisión.....	217
Gráfica 29: Modelo de decisiones de Young con base en la seriedad del padecimiento ...	221
Gráfica 30: Modelo Andersen-Newman para la accesibilidad a los servicios de salud.....	224
Gráfica 31: Estructura para el estudio del acceso potencial y real.....	226
Gráfica 32: Modelo Frenk: sucesión de acontecimientos relacionados con los servicios médicos.	228
Gráfica 33: Tipo de derechohabiencia de los usuarios de consultorios de conveniencia...	237
Gráfica 34: Situación de titular o beneficiario de un sistema de salud por los usuarios de los consultorios de conveniencia	238
Gráfica 35: Grupos de edad de usuarios de consultorios de conveniencia.....	241
Gráfica 36: Grupos de edad predominantes según tipo de movilización hacia el consultorio	242
Gráfica 37: Cantidad de personas que utilizan autobuses urbanos para acudir al consultorio del sistema público según grupo de edad	244
Gráfica 38: Estado civil de los usuarios de consultorios de conveniencia	246
Gráfica 39: Estado civil y género de los usuarios de consultorios de conveniencia	247
Gráfica 40: Tipo de ocupación de los usuarios de consultorios de conveniencia.....	250
Gráfica 41: Tipos de ocupación de los usuarios de consultorios de conveniencia según distrito.....	251
Gráfica 42: Nivel de instrucción de los usuarios de consultorios de conveniencia	252
Gráfica 43: Usuarios de los consultorios de conveniencia según distrito	254
Gráfica 44: Nivel socioeconómico de los usuarios de consultorios de conveniencia	256
Gráfica 45: Comparativo de frecuencia de visita para atención médica CC Vs CF según nivel socioeconómico	257
Gráfica 46: Percepción sobre su estado de salud	260
Gráfica 47: Condiciones particulares que afectan la salud de los usuarios de consultorios de conveniencia.....	263
Gráfica 48: Condición particular que afecta a la salud según género	264
Gráfica 49: Condición particular que afecta a la salud, según nivel socioeconómico	265
Gráfica 50: Principal motivo de salud para acudir al consultorio oficial de atención primaria según género	267
Gráfica 51: Comparativo de motivos principales de salud para acudir al consultorio CC Vs CF	268

Gráfica 52: Comparación de la calidad de la atención médica CC Vs CF	273
Gráfica 53: Comparación de eficiencia en el surtido de la receta médica CC Vs CF.....	273
Gráfica 54: Comparación de la mejoría en el estado de salud gracias a la atención médica CC Vs CF.....	274
Gráfica 55: Comparación de la disponibilidad de horario CC Vs CF	275
Gráfica 56: Comparación de la rapidez para pasar al consultorio médico CC Vs CF	276
Gráfica 57: Comparación sobre la cercanía del hogar al consultorio CC Vs CF	278
Gráfica 58: Comparación de facilidades para transportarse al consultorio CC Vs CF	278
Gráfica 59: Comparación sobre el tiempo invertido para llegar al consultorio CC Vs CF	280
Gráfica 60: Comparación de opinión sobre el gasto implicado de servicios en el consultorio CC Vs CF	281
Gráfica 61: Distribución de equipamientos oficiales para la atención APS en Ciudad Juárez (SP, ISSSTE y UMF-IMSS)	284
Gráfica 62: Distritos administrativos de Ciudad Juárez	287
Gráfica 63: Distancia euclidiana colonia-consultorio familiar por distritos de residencia	293
Gráfica 64: Distribución por cuartiles de las distancias colonia de residencia-consultorio UMF-IMSS	303
Gráfica 65: Cantidad de derechohabientes del IMSS que se encuentran dentro o fuera del rango de influencia territorial según distrito	305
Gráfica 66: Cantidad de derechohabientes del Seguro Popular que se encuentran dentro o fuera del rango de influencia territorial según distrito	306
Gráfica 67: Medias de distancia euclidiana desde la colonia de residencia al consultorio de derechohabiencia por distrito y tipo de derechohabiencia.....	307
Gráfica 68: Distribución por cuartiles de los tiempos de recorrido a las UMF-IMSS.....	310
Gráfica 69: Cantidad de derechohabientes del Seguro Popular dentro o fuera del rango de tiempo de recorrido por distrito (30 minutos o menos).....	311
Gráfica 70: Cantidad de derechohabientes dentro o fuera del rango de tiempo de recorrido según derechohabiencia	312
Gráfica 71: Tiempos de recorrido hogar_consultorio de conveniencia	314
Gráfica 72: Porcentajes de utilización de las líneas de transporte público para acudir al consultorio de derechohabiencia	317
Gráfica 73: Cantidad de derechohabientes del IMSS por línea de transporte público.....	318
Gráfica 74: Cantidad de derechohabientes del Seguro Popular por línea de transporte público	319
Gráfica 75: Trayecto de la ruta de transporte público 5-A	325
Gráfica 76: Trayecto de la ruta de transporte público 8-A	327
Gráfica 77: Trayecto de la ruta de transporte público Universitaria	329
Gráfica 78: Trayecto de la ruta de transporte público Oriente-Poniente.....	331
Gráfica 79: Trayecto del sistema de transporte público Vive Bus.....	333

Gráfica 80: Promedio de kilómetros recorridos al consultorio oficial (IMSS, ISSSTE, SP) según medio de transporte, viaje sencillo	337
Gráfica 81: Costo por kilómetro recorrido a la unidad correspondiente según modo de transporte	341
Gráfica 82: Distribución de tiempos de ida a la unidad oficial de atención primaria	343
Gráfica 83: Razón por la que prefiere acudir al consultorio de conveniencia por sobre el consultorio familiar al que tiene derecho	346
Gráfica 84: Modelo propuesto sobre la accesibilidad a la atención primaria de la salud en Ciudad Juárez.....	363
Gráfica 85: Calificación de la calidad de la atención médica en el consultorio UMF-IMSS	371
Gráfica 86: Calificación de la disponibilidad de medicamentos en la farmacia de la UMF-IMSS.....	372
Gráfica 87: Calificación de la mejoría en su estado de salud gracias al consultorio familiar UMF-IMSS	372
Gráfica 88: Calificación de la disponibilidad de horario en el consultorio familiar UMF-IMSS.....	373
Gráfica 89: Calificación de la rapidez para pasar a consulta desde la sala de espera	374
Gráfica 90: Calificación sobre la distancia hogar-consultorio familiar UMF-IMSS	374
Gráfica 91: Calificación sobre la facilidad para transportarse hacia la UMF-IMSS	375
Gráfica 92: Calificación sobre la cantidad de tiempo invertido para llegar al consultorio familiar UMF-IMSS	376
Gráfica 93: Calificación sobre la cantidad total de dinero gastado para su visita al consultorio familiar UMF-IMSS.....	377

Introducción

i) El tema de investigación

Esta investigación tiene en cuenta dos temas generales, estos son, el desarrollo urbano y el acceso a los servicios de salud, con una crítica desde las Ciencias Sociales. La tarea principal ha consistido en conocer los problemas de accesibilidad geográfica que experimentan los usuarios de los servicios de atención primaria de la salud (APS) del IMSS, Seguro Popular e ISSSTE en Ciudad Juárez y compararla con lo que las mismas personas experimentan al acudir a los consultorios de la Fundación Best, (conocidos popularmente como “consultorios Similares”).

Para realizar la comparación se recabaron datos sobre la accesibilidad geográfica, estos son, distancias que recorren las personas, los tiempos de traslado, las trayectorias y los modos de transporte, ello cuando existe la necesidad de acudir al consultorio de atención primaria del sistema público o al consultorio Similares (llamado en esta investigación “consultorio de conveniencia”, CC).

Esta tarea se ha realizado para evidenciar el hecho de que la planificación urbana implementada por las autoridades correspondientes ha generado a las personas problemas de accesibilidad a los equipamientos para la APS del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Seguro Popular (SP), del Instituto de Seguridad Social y de Servicios para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), traducándose esto en mayores distancias y tiempos de recorrido, problemas de traslado por las deficiencias en la disponibilidad de transporte público y por las características de las redes viales.

La situación estaría siendo aprovechada comercialmente por el sistema de consultorios de la Fundación Best (Consultorios y Farmacias Similares) al poner a disposición de cualquier ciudadano, locales para la APS en casi todas las áreas de la ciudad funcionando así como un sistema de “consultorios de conveniencia” logrando satisfacer las necesidades de atención básica para la salud de un sector de la población.

Los usuarios de estos consultorios experimentarían menos tiempo de traslado y menos problemas tanto con las vialidades como con la forma de transportación, pero

considerando además que este tipo de atención médica es ofertada a costos relativamente bajos (comparando con el costo de consulta por un médico de una clínica u hospital privado) y sin necesidad de trámites administrativos.

Esta información y las observaciones subjetivas permiten generar una pregunta de investigación para conocer objetivamente un hecho: *¿Cuál es el motivo principal por el que las personas desisten de su derecho a acudir a los equipamientos para la atención primaria de la salud del IMSS, SP e ISSSTE, prefiriendo los servicios de los consultorios de conveniencia?*

A partir de evidenciar las condiciones urbanas que la ciudad presenta en materia de cantidad y distribución de equipamientos para la APS, las características de las redes viales, las características del transporte público, además de indicar cuál es la ubicación de los conjuntos habitacionales, en esta investigación se considera como respuesta tentativa a la hipótesis de que *los usuarios del sistema de consultorios de conveniencia de la Fundación Best eligen este servicio principalmente por una mejor accesibilidad geográfica que la ofrecida por el Sistema Público (IMSS, SP, ISSSTE).*

Otros factores en la elección de las personas por el sistema de consultorios de conveniencia (CC) como son el costo relativo de la consulta, la calidad de la atención médica y la accesibilidad administrativa para ser atendidos son también tomados en cuenta en la investigación y se determina si para los usuarios éstos son tan relevantes como la accesibilidad geográfica.

El marco teórico contextual de esta investigación aborda tres ejes principales para explicar cómo las políticas para la planificación urbana y de provisión de equipamientos, las políticas para el fomento a la salud y las condiciones de salud-enfermedad de la población se conjugan para que las autoridades políticas, las autoridades sanitarias y los empresarios en el ramo de la salud decidan dónde ofrecer los servicios de salud identificando tanto las necesidades de atención (enfermedades, lesiones, cuidados) como las facilidades que les ofrece el entorno urbano para acudir desde su hogar (transporte, vialidades).

Es desde estos tres ejes que se llega a la explicación actual de condiciones bajo las que la población debe movilizarse para solicitar atención médica de nivel primario en el sistema público, pero con la alternativa de utilizar los servicios de los CC y que son el punto de partida para indagar cuáles las características sociodemográficas de los usuarios de los CC, el comparar las magnitudes de tiempo y distancia que deben cumplir en su recorrido hacia consultorios, modos de transporte, costos implicados y su postura personal sobre la calidad de los servicios tanto públicos como privados.

La crítica desde las Ciencias Sociales es realizada con una revisión de las teorías que se interesan por la segregación social que conduce a diferencias en las oportunidades que los ciudadanos tienen para utilizar un servicio al que se tiene derecho. En el marco del desarrollo urbano, es la segregación socioespacial la que conduce a tales diferencias, las cuales parten desde las decisiones de los grupos de poder político y económico al decidir dónde y cómo urbanizar (planificar e implementar).

Las políticas para la urbanización y para la provisión de servicios conducen al análisis sobre la justicia social. Interpretando la *Teoría de la Justicia* de John Rawls, en una ciudad deben ofrecerse a todos los ciudadanos los elementos suficientes para la satisfacción de necesidades en materia de educación, cultura, trabajo y salud. Situaciones como la segregación socioespacial, distribución inequitativa de equipamientos y los costos de los servicios estarían impidiendo la justicia en la oferta de los servicios.

Aún más, interesándose por lo que el Estado ofrece para que los ciudadanos puedan concretar derechos, entre ellos el derecho a la salud, es que se contempla a la *Teoría de las Funcionalidades-Capacidades* de Amartya Sen como un referente más actual para explicar el cómo y por qué en una ciudad se otorgan o se limitan las oportunidades para satisfacer las necesidades de servicios de salud de sus habitantes.

El contexto anterior sirvió como punto de partida para para la obtención de información original sobre las características sociodemográficas de los usuarios de los CC, de los problemas de accesibilidad geográfica que enfrentan para utilizar los servicios del sistema público y para conocer su punto de vista sobre la calidad de los servicios de

atención primaria de los consultorios por lo que se hizo trabajo de campo implementando una encuesta con la participación de 285 personas, todas usuarias de los CC.

Con la encuesta se conoció dónde viven los usuarios, dónde se localiza su consultorio en caso de ser derechohabiente (IMSS, ISSSTE, SP), bajo qué condiciones de entorno urbano acuden al mismo y a cuál consultorio de conveniencia acuden también. Los datos recabados permitieron también calcular distancias recorridas en forma lineal, calcular costos de traslado e identificar trayectos y servicios de transporte con el fin de estimar las ventajas o desventajas del sistema de CC frente a lo ofrecido por el sistema público, ello en el tema de la accesibilidad geográfica.

Se hizo también con estas personas un ejercicio donde se conoce su punto de vista comparado sobre los servicios del consultorio de conveniencia y el consultorio de IMSS, ISSSTE o Seguro Popular al que han acudido también. Al final, los datos permitieron conocer por qué estas personas prefieren el servicio de los CC por sobre el de los consultorios del IMSS, ISSSTE o Seguro Popular y las condiciones de la decisión.

Una tarea complementaria fue la encuesta a 130 derechohabientes del IMSS, levantada en trece clínicas en la ciudad y donde se ofrece la APS. Esta encuesta sirvió para conocer la opinión de los derechohabientes en materia de calidad de la atención médica, costos del servicio, accesibilidad geográfica y accesibilidad administrativa, identificándose así varias problemáticas que enfrenta esta institución para satisfacer las demandas de servicios para sus derechohabientes.

La metodología empleada para realizar esta investigación tiene como referentes a diversos expertos en áreas como el urbanismo, la salud pública y las Ciencias Sociales. Gustavo Garza, Martha Schteingart, Sonia Bass (El Colegio de México) han aportado metodologías que analizan el proceso de urbanización y sus implicaciones teniendo en cuenta las desigualdades socioespaciales indicando la necesidad de partir desde la crítica histórica de este proceso, el cual define cómo es una ciudad y qué es lo que ofrece a sus habitantes.

La metodología para identificar dónde se localizan los servicios para la salud en una ciudad y donde se localizan sus usuarios para así obtener datos sobre accesibilidad, tiene como referentes a diversas instituciones e investigadores que se han dedicado a analizar las condiciones prevalentes en diversas ciudades del país y del mundo empleando metodologías que emplean indicadores cuantitativos.

Algunos investigadores de los que se tomó referencia al respecto para definir el proceso propio de investigación para el caso Ciudad Juárez son Salado (Madrid, España), Carlos Garrocho (El Colegio de Mexiquense), César Fuentes (El Colegio de la Frontera, Ciudad Juárez), Andersen y Newman (EEUU) y Julio Frenk (Instituto Nacional de Salud Pública).

Estos y otros investigadores han definido qué se entiende por accesibilidad geográfica hacia a los lugares donde se ofrece la APS, cuáles son sus indicadores y cómo pueden presentarse los datos de éstos mediante tablas, mapas, gráficas, además de la interpretación y análisis correspondiente.

Es con el empleo de las herramientas anteriores que se presenta la información sobre cobertura de servicios médicos (por distrito, cantidad de clínicas y consultorios) con relación a la cantidad de habitantes y cantidad de derechohabientes por distrito, encontrándose en cuáles de ellos los ciudadanos tienen más ventajas de accesibilidad.

Para el caso específico de Ciudad Juárez, existen referentes sobre el contexto histórico de urbanización, sobre la localización de los equipamientos para la APS y sobre las políticas para el fomento de la salud, sin embargo no se encontraron investigaciones que aborden cómo se está comportando la población ante la aparición de los CC, sus características de accesibilidad geográfica y otros detalles de sus servicios como lo son la rapidez de la atención, sus costos y la oferta de medicamentos genéricos.

Es conocido que el Sistema Nacional de Salud experimenta actualmente serios problemas para lograr una suficiente provisión pública de servicios tanto en el aspecto de la asistencia social (Seguro Popular, hospitales generales, centros comunitarios) como en el aspecto de la seguridad social (IMSS, ISSSTE).

Estos problemas van desde lo urbano (insuficiencia de equipamientos, distribución y localizaciones inadecuadas, problemas viales) hasta lo administrativo (insuficiencia de personal calificado, abasto incompleto de medicamentos y material de curación, largos tiempos de espera para recibir atención médica). Estos problemas repercuten en la opinión que tienen las personas para con los servicios públicos de APS.

Si las características de los servicios públicos para la APS no logran satisfacer las necesidades de las personas, éstas deben aprovechar en la medida de lo posible las alternativas del mercado privado de la salud, alternativas que podrían ofrecer una mejor accesibilidad en el sentido arriba descrito pero también bajos costos de consulta y cierta calidad en el servicio médico, no perdiendo de vista la oferta de medicamentos relativamente baratos.

Por otra parte, el crecimiento del mercado de consultorios privados para la APS logra satisfacer en varios aspectos las necesidades básicas de atención médica de un sector de la población, lo que representa actualmente un fenómeno que puede abordarse desde distintos enfoques: económico, cultural, urbano, sanitario o legal. En esta investigación, son los enfoques urbano y sanitario los que más se tienen en cuenta. El enfoque urbano permite explicar las diferencias en las condiciones de accesibilidad geográfica de los consultorios públicos y privados, mientras que el enfoque sanitario permite explicar cuáles son las principales necesidades de atención por las que las personas buscan la APS.

La información recabada da pauta a la crítica sobre las oportunidades que se han generado con la planificación urbana y las políticas de fomento a la salud al ser implementadas en la ciudad para lograr beneficiar a sus habitantes, criticar el por qué se siguen teniendo inequidades en el cumplimiento al derecho a la ciudad y a la salud y el por qué a pesar de que se ha dotado de equipamientos para la APS, las personas desisten de su derecho a utilizarlos prefiriendo lo que se ofrece en el mercado privado en la modalidad de consultorios de conveniencia.

ii) Justificación

En esta justificación se exponen detalles importantes sobre la planificación urbana implementada en Ciudad Juárez cuyo producto es desarrollo urbano actualmente

observado y sus resultados en la dotación de equipamientos para la atención primaria de la salud con la accesibilidad geográfica correspondiente.

Se conoce que las ciudades mexicanas han sufrido notorias transformaciones con el aumento de su población. La migración del campo hacia las ciudades ha sido una de las causas del crecimiento urbano por el proceso de industrialización que vivió nuestro país desde la década de los 40's del Siglo XX (Schteingart, 1997).

Ciudad Juárez, objeto de interés en esta investigación, se ha caracterizado desde la década de los setenta por un desarrollo económico debido principalmente a la presencia de la industria maquiladora.

En los últimos años, las empresas maquiladoras han atraído a miles de personas a esta ciudad; sin embargo, y como se especificará más adelante, factores como el ritmo intenso de trabajo, las posibilidades de acceso a equipamiento hospitalario y las características de las políticas sociales en este rubro han tenido consecuencias con el tiempo sobre la condición de salud a favor de unos ciudadanos y en contra de otros, además de haberse generado diferencias en oportunidades de acceso a los servicios de salud debido a la manera en que se urbanizó la ciudad.

Ante las diferencias e inequidades debidas a las condiciones urbanas, surgen actores emergentes que buscan aportar soluciones a los problemas de accesibilidad a los servicios de salud, buscando al mismo tiempo la capitalización. El impacto de estos actores emergentes sobre los hábitos de las personas para el consumo de servicios para la APS no ha sido plenamente investigado en el caso de Ciudad Juárez.

Para un desarrollo urbano adecuado es necesaria una planificación que contemple un ordenamiento territorial eficiente, y para ello se requiere disponer de información sobre la asociación entre el crecimiento territorial de la ciudad y los problemas que surgen debido a la distribución de la población, de la infraestructura, los equipamientos, el uso de recursos naturales, la modificación del territorio y el uso de suelo asignado además de la integración de las variables socioeconómicas de la población en cuestión.

Los datos proporcionados en investigaciones acerca de la planificación urbana implementada en Ciudad Juárez han mostrado que existe una distribución socioeconómicamente diferenciada de la población sobre la mancha urbana (García, 2005). Esta diferenciación es más notable si se analiza la calidad de la vivienda en cada sector residencial, el lugar ocupado respecto a la infraestructura urbana, el nivel socioeconómico, el nivel de escolaridad pero además fenómenos específicos concernientes a la salud-enfermedad y a la accesibilidad urbana a los centros de actividades.

La relación entre las características de la ciudad, la salud de los habitantes y la accesibilidad a los servicios no ha sido del todo estudiada en Ciudad Juárez, y aún menos bajo la guía de teorías sociales que expliquen cómo y por qué se abastece a unos u otros ciudadanos con elementos para satisfacer sus necesidades básicas, entre ellas la de servicios para la salud.

La planificación urbana, salud pública y la dotación de equipamientos para la atención de la salud han sido analizados por separado en diversas investigaciones, y se han hecho algunas aproximaciones entre sí, sin embargo se requiere que se desarrollen más investigaciones que analicen el problema de la salud urbana, el acceso a los servicios y los sucesos epidemiológicos relacionados con la vida urbana para que a partir de ello se propongan políticas sociales y urbanas en materia de salud.

La Organización Mundial de la Salud ha señalado la necesidad de analizar la interacción entre los sistemas urbanos y las condiciones de salud de la ciudadanía de manera que pueda identificarse a qué está propensa la gente de un lugar o de otro con relación a las oportunidades de acceso a los servicios para la salud que el mismo lugar ofrece.

Lozano y cols. (2005) mencionan que no existe literatura suficiente que analice los aspectos que llevan a una concentración o dispersión de la población en determinadas regiones, ni de sus efectos sobre indicadores de salud. Graizbord, y cols. (2001) contemplan por su parte la relación entre los riesgos a la salud cuando hay una falta de acceso o cobertura ineficiente de los servicios de salud que debe proveer el equipamiento que hay en la ciudad.

Es así como los aportes que se ofrecen gracias a la información presentada en esta tesis, son: información que contribuya a determinar de qué manera la planificación urbana de Ciudad Juárez ha generado oportunidades de acceso a la atención primaria (consultorio), el análisis sobre la provisión de equipamientos para la APS, las características sociodemográficas de los usuarios de CC, y los problemas que enfrentan las personas para dirigirse a los centros de atención debido a las características urbanas de la ciudad.

Respecto a los estudios sociales, se justifica que es importante analizar la conjunción de factores que explican la accesibilidad a los sistemas de salud dentro del marco de las teorías de la equidad y la justicia social. En estas teorías se menciona que para que la población se vea beneficiada del desarrollo económico y el crecimiento urbano, se debe contar con oportunidades equitativas y bien reglamentadas que le permitan adquirir y desarrollar capacidades donde las únicas limitantes sean el esfuerzo y el talento personal.

iii) Planteamiento del problema

El crecimiento de Ciudad Juárez se ha caracterizado en las últimas cuatro décadas por la explosión demográfica como resultado de la afluencia de personas desde distintos puntos del país en busca de empleo principalmente en la industria manufacturera, llamada aquí como “maquiladora”.

El crecimiento poblacional de la ciudad aumentó progresivamente de acuerdo a la oferta de empleo, así, en 1970 la ciudad contaba con 276,995 habitantes y un área urbana de 5608 hectáreas (INEGI 1980). En el año de 1980 los datos del INEGI indicaron un aumento a 567,365 habitantes distribuidos en un espacio de 14,049 hectáreas. En el año 2000 continuó este crecimiento contándose con una población de 1, 217,818 habitantes en un área de 21,572 hectáreas.

La mancha urbana de este municipio tan solo en el lustro de 1990 a 1995 creció un 41.6% en superficie de acuerdo al Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática (INEGI, 2000). Antes de este periodo, existía una falta de políticas urbanas para la construcción de vivienda dirigida a las clases populares por lo que era común la invasión de tierras para cubrir esta necesidad.

La densidad de población medida en habitantes/hectárea (hab/ha) por el contrario sufrió un decremento puesto que en 1970 ésta era de 75 hab/ha, en 1980 con 60 hab/ha, en 1990 de 57 hab/ha y en el año 2000 de 56 hab/ha. Hasta el año 2005, la densidad descendió a 42 hab/ha contándose con una superficie de 21572 hectáreas para una población, de acuerdo con INEGI, de 1, 313,338 habitantes.

La cantidad de viviendas particulares en el municipio llegó en el año 2000 a 262,234 unidades mientras que diez años antes sólo se contaba con 172,671 unidades.

Las actividades básicas de la población juarense hasta antes de la llegada de la industria manufacturera (maquila) eran con relación a las tareas agropecuarias, de comercio y de turismo.

A partir del crecimiento del parque industrial tipo maquila se observó en la ciudad una constante expansión territorial debido al aumento de la cantidad de habitantes que demandaban espacios para un hogar digno, fue así que para se empezó a tomar provecho con mayor intensidad de la reserva territorial que habría de fraccionarse mediante convenios que debían considerar la distribución equilibrada, el acceso y servicios públicos de calidad (Huhn, 1981).

A lo largo y ancho de la ciudad los precios de suelo marcaron el rumbo de su uso destinado para la industria maquiladora, el comercio, la infraestructura urbana y la vivienda (Fuentes, 2009). Las políticas sociales de vivienda que debían estar diseñadas para facilitar la superación de la condición socioeconómica se convirtieron por el contrario en la razón por la cual los nuevos fraccionamientos de vivienda de interés social se transformaron en áreas de pobreza con menores oportunidades de salir de ella.

Al mismo tiempo, otras áreas de la ciudad recibieron los beneficios de una urbanización con distribución suficiente de equipamiento y vías de acceso (Cervera, 2005).

Los beneficios diferenciados en dotación de equipamiento e infraestructura ocasionaron que los precios del suelo se diversificaran de acuerdo a sus propiedades urbanas y de acuerdo a los proyectos de expansión contemplados por las autoridades.

En la actualidad, la ciudad enfrenta un proceso complejo en cuanto a la forma en que la población se asienta sobre la mancha urbana. El aumento en la superficie se fue logrando con la creación de zonas habitacionales cada vez más alejadas del centro histórico de la ciudad, sin embargo en varias de tales zonas no ha habido una consolidación en la permanencia de quienes adquirieron viviendas generándose así el fenómeno de la vivienda abandonada con mayor frecuencia dentro de los fraccionamientos.

La bonanza económica también ha desaparecido al menos al nivel que se tenía en los años 80's y 90's del siglo pasado y ya no es tan sencillo conseguir un empleo en la ciudad a diferencia de lo que ocurría hace tan solo poco más de una década. Los cambios sucedidos evidenciaron también fenómenos de los que no se tenía plena consciencia por autoridades y ciudadanos, fenómenos tales como la delincuencia generalizada, el hacinamiento en los fraccionamientos de interés social, la falta de infraestructura para ciertos sectores de la ciudad e incluso una posible transición epidemiológica.

La implementación de nuevas estrategias para recuperar el crecimiento económico de la ciudad de los gobiernos actuales crea a su vez la oportunidad de revisar qué se hizo bien y qué no se hizo bien en años anteriores y así incluir de mejor manera la provisión de oportunidades que la ciudad debe mostrar a sus habitantes teniendo ya en perspectiva los fenómenos mencionados líneas arriba.

Entre los problemas evidenciados se encuentra la diferencia de acceso a lo que la ciudad provee. En ocasiones, la población tiene la posibilidad de elegir a dónde acudir a realizar las actividades (elegir una escuela, un hospital privado, un centro comercial) pero otras veces no hay opción: acudir a un centro laboral, llevar a la familia al único parque del área o utilizar las únicas vialidades provistas por la urbanización.

Esta situación es más notoria cuando existe la necesidad de utilizar equipamientos tales como clínicas y hospitales que la ciudad provee debido a las condiciones impuestas por la urbanización. Actualmente, la provisión de equipamientos para la APS sufre problemas de asignación de servicios para la APS debido al creciente número de ciudadanos que demandan ya sea seguridad social o asistencia social y debida también a la

diferenciada localización de los asentamientos humanos sobre el territorio con respecto a los equipamientos.

En el mercado privado de la salud, existen agentes que conocen de esta problemática y están dispuestos a ofrecer soluciones ante los problemas que tienen las personas para movilizarse hacia los equipamientos para la APS, ante los problemas administrativos y ante la inversión de tiempo y esfuerzo que el entorno urbano demanda, además de las capacidades económicas de las personas.

La investigación permitirá entonces exponer cuáles son los principales problemas de accesibilidad geográfica que experimentan los derechohabientes de servicios públicos para la APS, y cómo funciona el sistema de consultorios de Fundación Best en Ciudad Juárez, qué soluciones aporta a la sociedad ante los problemas mencionados y cuál es el papel de la calidad de servicio y costo de los mismos en la elección de las personas.

iv) *Pregunta de investigación hipótesis y objetivos generales*

Pregunta de investigación:

“¿Cuál es el motivo principal por el que las personas deciden ser atendidas en un consultorio de conveniencia (Farmacias Similares) y no en el consultorio de atención primaria (IMSS-ISSSTE-Seguro Popular) al que se tiene derecho?”

Hipótesis:

“El motivo principal de las personas por decidir ser atendidas en los consultorios de conveniencia es la mejor accesibilidad geográfica de éstos que la de los servicios de consultorio de atención primaria del IMSS, ISSSTE o Seguro Popular.”

Se tienen cuatro objetivos generales:

i) Señalar cuáles han sido las contribuciones que la implementación de los planes de desarrollo urbano ha hecho -mediante infraestructura y equipamiento urbano- para que la población reciba oportunidades (capacidades) para el acceso a la atención primaria de la salud.

ii) De acuerdo a la utilización de las personas (tiempos de recorrido, distancias, trayectos, tipos de transporte empleado), indicar cuáles son los problemas de accesibilidad geográfica que experimentan los usuarios de la APS sistema público (IMSS, Seguro Popular, ISSSTE) y del sistema Fundación Best (consultorios de conveniencia, llamados “Similares)” en Ciudad Juárez.

iii) Identificar cuáles son los principales de problemas de salud por los que las personas se movilizan al consultorio del sistema público y/o al consultorio de conveniencia.

iv) Proponer acciones en materia de atención primaria de la salud que pueden ser consideradas en la implementación de la planificación urbana de Ciudad Juárez.

En esta investigación, el criterio de *accesibilidad* al consultorio familiar o de conveniencia se refiere a las condiciones geográficas y urbanas ante las cuales las personas deben movilizarse hacia tales lugares:

a) La disponibilidad de equipamientos para la salud (unidades de medicina familiar y centros de salud urbanos) en el área de residencia (llamada “cobertura” en los sistemas de salud). De estos equipamientos se considerará la cantidad de consultorios. Esta disponibilidad es comparada con la de los consultorios de conveniencia.

b) La distancia desde el hogar hasta la unidad médica (en este caso la clínica asignada para el consultorio familiar o al consultorio de conveniencia). La distancia puede ser lineal o de trayecto.

c) El costo de transportación: gasto requerido en pesos para transportarse del hogar a la unidad médica, que incluye las posibilidades de pagar en la red de transporte público, pagar un taxi, pagar una ambulancia, abastecer de combustible el vehículo propio o asignado. Viaje de ida y de vuelta.

d) El tiempo invertido para trasladarse del hogar a la unidad para consulta.

Para los sistemas de salud, la medición de la accesibilidad incluye el indicador de facilidad de trámites administrativos. En esta tesis se decidió que este indicador debe

corresponder a la variable de calidad y satisfacción del servicio, entrando en competencia con la accesibilidad y que son consideradas por las personas para optar por un servicio.

v) Estructura general de la tesis

La presentación de la tesis sigue este orden:

- Introducción.
- Capítulo I. Marco contextual y teórico social
- Capítulo II. Marco metodológico
- Capítulo III: Resultados
- Capítulo IV: Conclusiones
- Referencias
- Anexos

Con la introducción se hace la presentación general del tema, su relevancia como tema de investigación y originalidad y aporte a las Ciencias Sociales.

En el Capítulo I se hace una revisión de los ejes temáticos de esta investigación, estos son, la importancia de la planificación urbana, los agentes que intervienen en ella y lo que se espera en favor de la accesibilidad a lo que en la ciudad se ofrece. Otro eje es la revisión de lo que en la ciudad existe como equipamiento para la APS. Se revisan las políticas para el fomento de la salud y las principales causas de morbilidad y mortalidad en la ciudad. Finalmente, se indagó sobre las características del sistema de consultorios médicos de la Fundación Best.

En el segundo capítulo, Marco Metodológico, se expone qué es lo que se desea investigar y cuál es la estrategia para dar respuesta a la pregunta de investigación, preguntas secundarias y cumplir con los objetivos generales. Se realiza también una discusión sobre el concepto de *accesibilidad*, qué del mismo se investiga en esta tesis y cómo es posible medirlo, por ello se presenta el instrumento de recolección de datos y se explica qué se hará con los mismos.

En Capítulo III se muestran los resultados de la investigación, organizados en subtemas donde se revela cuál es el perfil sociodemográfico de los usuarios de los consultorios de conveniencia, su perfil de salud, los problemas de accesibilidad geográfica que estas personas experimentan al acudir a recibir atención médica. Se revisan también indicadores de cobertura de servicios (tasas de consultorios) por distrito y se comparan los datos reales sobre tiempos y distancias hacia los consultorios, contra lo que SEDESOL solicita como norma.

En el cuarto capítulo se entregan las conclusiones y se emite una serie de propuestas con base en lo que ahora se conoce sobre problemas de accesibilidad a los equipamientos donde se ofrece la APS.

Luego de las referencias, se tienen dos anexos, el primero como complemento sobre la postura de usuarios ante los servicios que se ofrecen en las unidades de medicina familiar del IMSS, y la segunda como complemento sobre teorías sociales, en este caso abordando el fenómeno *salud-enfermedad*.

Capítulo I: Marco contextual y teórico

1.1. La planificación urbana inadecuada, generadora del problema para el acceso a servicios de salud en Ciudad Juárez. Discusión teórica

Una limitada planificación urbana se evidencia en la sectorización y el aislamiento de las clases socioeconómicas poblacionales, esto es, la segregación socioespacial.

El obtener un lote para fincar una casa o el poder contar con un crédito bancario para solicitar una vivienda es una posibilidad sólo para algunas personas y de acuerdo a la capacidad económica de cada una de ellas (Ziccardi, 2008).

Este fenómeno se encuentra presente en Ciudad Juárez, donde los fraccionamientos residenciales con menor precio relativo se han ubicado en áreas con deficiencia en infraestructura y mayor distanciamiento espacial respecto al equipamiento urbano, lo que a su vez dificulta el acceso a los centros de trabajo reduciendo las posibilidades de elección de empleo para los pobladores de estos conjuntos (Fuentes, 2009). Estos fraccionamientos son los ocupados por la clase trabajadora.

La planificación urbana en esta ciudad se ha concretado en promover un desarrollo urbano favorecedor de dos aspectos en los que no se fijó un vínculo común, estos aspectos fueron, por una parte, la promoción del uso de suelo para la industria, el comercio y la vivienda para las clases socioeconómicas altas, y por la otra, un uso de suelo para el desarrollo de fraccionamientos con vivienda de interés social destinados a las clases socioeconómicas bajas con los elementos mínimos indispensables de servicios básicos además de un proceso de segregación espacial.

Las necesidades comunitarias como equipamiento en materia de equipamiento escolar, hospitalaria o de centros culturales no tuvieron respuesta satisfactoria con el crecimiento señalado por las autoridades e inversionistas, cuya prioridad fue el involucrar a

las personas en la dinámica laboral demandada por la industria maquiladora y proveerles vivienda económica pero en zonas cada vez más aisladas.

Los efectos de la segregación socioespacial generada de esta manera representan retos significativos para los gobiernos ya que la solución no se centra solamente en dotar de la infraestructura y equipamiento que permita una mayor equidad para tener derecho a la ciudad sino que también debe reconstruirse el tejido social que ha sido deteriorado (Precedo, 2004).

En el caso juarense, la segregación socioespacial se manifiesta como distancias no sólo territoriales sino también en lo económico que en lo posterior propician el aumento de las inequidades.

1.1.1 El papel del Estado

El Estado es el encargado de generar las políticas urbanas para regular el crecimiento de una ciudad. El crecimiento demográfico trae consigo toda una serie de demandas de la población que busca vivir mejor. La aparición de demandas, litigios o conflictos surge desde el momento en que el desarrollo urbano no responde de inmediato a las necesidades de la población.

A este respecto, Topalov (1973) comenta que “sin el Estado, la urbanización espontánea es anárquica, gobernada por los intereses privados”; así, se indica que el Estado debe cubrir estas demandas con el fin de evitar lo que ha sucedido ya en bastantes urbes: crecimiento desordenado y diferencias en la dotación de servicios.

Se hace necesario definir, de acuerdo con el desarrollo urbano actual, si la acción del Estado ha respondido parcial o totalmente a los proyectos urbanos que solicitan se implemente un desarrollo homogéneo en donde la premisa debe ser el mejoramiento social, una mejor calidad de vida en forma progresiva de los grupos más desfavorecidos y oportunidades de elección para el progreso.

Parte de esta tarea consiste en analizar los intereses económicos y políticos de las clases altas mediante la compra-venta del espacio, la construcción de parques industriales, la introducción de servicios y vialidades y el distanciamiento espacial entre los conjuntos habitacionales de los centros de trabajo, negocios o equipamientos para la atención de la salud.

Mientras que para las clases sociales altas generalmente ha habido comodidades gracias a desarrollo urbano, los conjuntos habitacionales para el resto de la población, por carecer de beneficios, se han convertido en potenciales espacios reproductores de la pobreza y a la vez en espacios fértiles para el hacinamiento, la delincuencia, la desintegración familiar, la enfermedad y el desinterés por el progreso, como indican Rodríguez y Sugranyes (citados por Fernández, 2007) acerca de las ciudades latinoamericanas.

En Ciudad Juárez, estos hechos suceden también, hechos que requieren tomarse en cuenta por el Estado cuando se diseñen programas sociales que contrarresten los problemas derivados de la forma en que se ha implementado la planificación urbana.

1.1.2 El crecimiento de una ciudad y su relación con el acceso a servicios de salud

Una crítica constante al desarrollo urbano que se logra en las ciudades es que éste tiene la mayoría de las veces una orientación capitalista cuyo objetivo es meramente crear riqueza y productividad a costa del esfuerzo y explotación de trabajadores (Peña, S/F; citado por Castro, Aguillón, y Piña en 2010).

El enfoque opuesto a la orientación capitalista es el *desarrollo marxista* que establece que debe haber control y racionalización de la evolución de la economía dentro de un contexto apropiado (Castro, Aguillón y Piña, 2010). Este enfoque sin embargo está supeditado a lo que de él las autoridades y grupos de inversión decidan implementar, incluso cuando se trata de infraestructura y equipamiento público.

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha expresado que es necesario promover formas de planificación urbana comprometidas con la promoción de factores favorables para la vida saludable, por ello debe haber suficiente y equitativo acceso

a los servicios de salud pero también a las oportunidades de obtener un salario digno, contar con una vivienda adecuada y posibilidades de adquirir y desarrollar capacidades.

La planificación urbana, se indica por la OMS, debe estar comprometida con generar una distribución adecuada de la población, debe atender la calidad de los elementos medio ambientales y también debe alentar la participación ciudadana en la creación de entornos saludables.

La atención a estas necesidades, sin embargo, es generalmente truncada por la visión de promover un crecimiento de la ciudad en el que de inicio se requiere generar ganancias económicas dando con ello paso a las formas de segregación social y espacial.

Con el enfoque de *Ciudades Saludables*, desde 1985 la OMS busca señalar qué debe tomarse en cuenta en la planificación urbana para que una comunidad sea saludable. De acuerdo a la OMS, el crecimiento de una ciudad debe ser estudiado para conocer si el mismo está generando problemas de salud ya sea por la transformación del medio ambiente o porque en la construcción física se están creando inequidades en la provisión de oportunidades entre las que se encuentra el acceso a los servicios de salud.

En el marco de los estudios sobre ciudades saludables, Ashton (1992) menciona que la Salud Pública debe interesarse en fenómenos como la industrialización y la rápida urbanización capaces de generar vulnerabilidad en la salud de las personas debido al deterioro del medio ambiente y la limitación de oportunidades de progreso personal.

En el marco de los estudios sobre ciudades saludables, Ashton (1992) menciona que la Salud Pública debe interesarse en fenómenos como la industrialización y la rápida urbanización capaces de generar vulnerabilidad en la salud de las personas debido al deterioro del medio ambiente y la limitación de oportunidades de progreso personal.

En esta instancia, debe cuestionarse, como lo hace Hancock (1988), ¿qué es una ciudad saludable y cómo llegar a ello? La respuesta de este investigador es que no existe un plan maestro como para aplicarlo directamente a los propósitos de desarrollo de una ciudad. Es posible de cualquier manera establecer cuáles son las características de una ciudad saludable generadas por una adecuada planificación urbana:

- Una ciudad que reduce las inequidades en las oportunidades de acceso a los servicios de salud.
- Una ciudad donde se crean ambientes físicos que promueven la salud.
- Una ciudad donde se crean ambientes sociales favorables para la salud.
- Una ciudad donde se fortalecen las capacidades, habilidades y oportunidades de la comunidad para mejorar sus condiciones de salud.

El paso siguiente a la identificación de características de una ciudad saludable es la creación de formas de estimar las mismas. Al igual que en la planificación urbana, no existe una estrategia específica para ello, sin embargo Hancock menciona que en lo general debe tenerse en cuenta el llevar a cabo un análisis inicial que aborde la temática social, los aspectos de la urbanización y la ecología, las características económicas de la ciudad y población, la agenda política e incluso la presencia de la tecnología en la comunidad.

1.1.3 Desarrollo económico y desarrollo social

La evaluación del bienestar de la población se circunscribe a tomar en cuenta los elementos de la justicia, los derechos y los deberes (Soloaga, citado por Campos, Huerta y cols., 2012). La estimación del bienestar de la población ha transitado desde el aspecto de desarrollo económico hasta un aspecto donde se considera el desarrollo social. En el aspecto económico, el bienestar se estimaba de acuerdo a la cantidad de bienes primarios que la ciudad ponía a disposición de los menos aventajados.

El Reporte de Desarrollo Mundial del Banco Mundial ha propuesto que es mejor tener en cuenta en la estimación del bienestar, el concepto de las capacidades que la ciudad es capaz de generar entre los individuos a través de la provisión de oportunidades específicas para la educación, la salud, la socialización y la armonía individual y colectiva. Para Roemer (citado por Campos y cols.), la igualdad de oportunidades no debe ser afectada por características poblacionales como la raza, religión, género, lugar de nacimiento o condición socioeconómica.

Según lo anterior, el desarrollo económico de una región no necesariamente va a la par del desarrollo social, es por ello que en el discurso de las políticas públicas se toman en cuenta con mayor frecuencia los temas sobre la desigualdad y la procuración de

condiciones de equidad para la realización individual. De acuerdo con García y Soles (2012,) puede considerarse que muchos resultados económicos positivos son causados por el bienestar, y no a la inversa, además de que existen predictores no económicos de bienestar que incluyen al capital social, al gobierno democrático y a los derechos humanos.

En este mismo plano de discusión, Ochoa León (citada por García y Soles) los indicadores generalmente usados para estimar el desarrollo económico (ingreso per cápita por ejemplo) no especifican aspectos como la calidad de vida.

Según el Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el desarrollo debe dirigirse al aspecto humano, por ello cita que el desarrollo humano es “el proceso de ampliar la gama de opciones de las personas brindándoles oportunidades de educación, atención médica, ingresos y empleo”.

El crecimiento de ciudades como Juárez, se ha mencionado, ha atendido prioritariamente la generación de oportunidades de ingresos y empleo con el propósito de promover el crecimiento económico, por ello es necesario que nuevas investigaciones ayuden a determinar qué tanto esta estrategia de crecimiento ha influido sobre los términos de desarrollo social y en particular sobre las condiciones de salud de la población.

1.1.4 El desarrollo y la calidad de vida

Antes de establecer cuál es la relación entre las características de una ciudad y las condiciones de salud prevalecientes, es de utilidad conocer de qué manera se hacen aproximaciones para la estimación de conceptos. El crecimiento de las zonas urbanas debido a las estrategias de planificación trae consigo la necesidad de conocer qué tan bien se vive en tales espacios. Una ciudad puede aportar elementos para que los individuos desarrollen sus capacidades de manera que logren cumplir sus objetivos que tienen como fin una mejor forma de vida.

Las ciudades crecen hoy de acuerdo a lo solicitado por el sistema capitalista, cuyo objetivo es crear riqueza y productividad, sin embargo, como puntualiza Peña (S/F) esta creación es a costa del esfuerzo y explotación de trabajadores. Lo anterior conduce a examinar si el crecimiento de una ciudad es un indicador de progreso, pero además el saber

qué tanto de ese progreso es alcanzado por cada individuo. Así, el progreso de un modelo debe traer consigo beneficios que sean indicativos del desarrollo.

Actualmente, no existe una definición única de lo que es el desarrollo. Para el marxismo, el desarrollo debe ser el control y la racionalización de la evolución de la economía dentro de un contexto social apropiado. Además de esta concepción, se tienen paradigmas como el de desarrollo “centro periferia”, el del desarrollo con base en el “núcleo capitalista en expansión” y más actualmente la consideración de que el crecimiento económico es un estimulador del desarrollo (Easterlin, 1974). En años recientes se ha incorporado a la discusión el concepto de “desarrollo sostenible” el cual se define como aquel que satisface las necesidades actuales sin comprometer las necesidades de futuras generaciones de población.

Desde el marco de las instituciones se ha considerado la importancia de crear mecanismos de verificación del progreso usándose continuamente los conceptos de desarrollo, bienestar y calidad de vida. Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2010), “el desarrollo humano es el proceso de ampliar la gama de opciones de las personas brindándoles mayores oportunidades de educación, atención médica y empleo”.

Si lo anterior es tomado como una forma de contrastar el crecimiento de las ciudades, deberá entonces verificarse si se ha cumplido con una adecuada provisión de espacios para la educación, atención a la salud, esparcimiento y además los medios para el acceso a tales provisiones, que para la Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL) se traducen en el desarrollo social que es verificado de acuerdo a las carencias o beneficios de la comunidad.

El conjunto de carencias y beneficios conduce finalmente a establecer la “calidad de vida”. Según Blanco Ortiz (S/F), se entiende como calidad de vida a “las condiciones objetivas y subjetivas en que se realiza la reproducción social de los grupos humanos”. En la integración de este concepto, se considera que en la calidad de vida debe existir también la participación social en la determinación y satisfacción de las necesidades humanas. Se ha considerado por lo tanto que una forma pertinente de buscar la relación entre el crecimiento

urbano de una ciudad y el progreso de sus habitantes es estimando la calidad de vida, es decir, qué tan bien se vive de acuerdo con el nivel de carencias y beneficios generados por los programas de planificación urbana.

Son diversas las aportaciones de la comunidad investigadora hacia la conceptualización y estrategias de medición de la calidad de vida (Delgado y Salcedo, S/F). Para llegar a establecer un indicador, hubo con anterioridad la necesidad de contar con conceptos alternos como “bienestar”, “crecimiento económico”, “marginación” y “pobreza”. Existe la necesidad de identificar qué tanto de estos conceptos puede adjudicarse a la calidad de vida.

Una de las formas de medición del crecimiento económico es, por ejemplo, el ingreso per cápita, sin embargo el mismo no se relaciona por sí solo con la calidad de vida sino que habría que integrar otra serie de conceptos que complementen una definición más próxima a la calidad de vida.

La creación de indicadores objetivos es una tarea de suma necesidad cuando es requerido el verificar una característica social o económica. En México ha habido distintas maneras de verificar objetivamente las características de la sociedad que de manera particular se han dirigido a conocer el nivel de ingresos, el nivel educativo y las condiciones de salud. Ejemplo de lo anterior son el Índice de Marginación, el Índice de Rezago Social del Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) y el Índice de Desarrollo Humano.

De acuerdo a Diener y Eunkook (1997) no es solamente el ingreso el que determina el vivir bien, sino que para lograr este objetivo es necesario vincular indicadores sociales y además las percepciones de las personas acerca de su satisfacción con la vida. Según esta observación de Diener y Eunkook, existen indicadores objetivos u subjetivos sobre la calidad de vida. Un ejemplo de este tipo de análisis es el entregado por Mariano Rojas (2005) quien se dedicó a conocer “qué tan feliz es la población mexicana” tomando como comparativos al nivel de ingresos y la percepción de felicidad de las personas.

El estado de las oportunidades para salud de la población, como parte de la estimación de la calidad de vida, es una cuestión de análisis y de acción de suma importancia para los gobiernos, siendo cada vez más frecuente el requerimiento de efectuar análisis integrales que tomen en cuenta los factores urbanos y sociodemográficos como explicativos de las condiciones de salud de una comunidad.

1.1.5 Planificación urbana y derecho a la salud

El crecimiento económico que ha caracterizado a Ciudad Juárez le ha permitido ser un polo de atracción en la búsqueda de oportunidades para muchas personas de distintas regiones del país e incluso del extranjero. Las oportunidades han sido más notorias en el aspecto del empleo y la obtención de ingresos, pero no se tiene una distinción precisa de la forma en que otro tipo de oportunidades han sido consideradas para que sean aprovechadas por la población y en favor del potencial de desarrollo regional; por el contrario, existen factores limitantes del desarrollo (FLD) que no permiten el pleno aprovechamiento de los factores de potencialidad (Gutiérrez 2007).

Al crecer la población, crece también la demanda de servicios básicos y cumplimiento de necesidades para mantener una forma de vida estable y duradera.

De acuerdo a Amartya Sen (1987), cuando no se tienen los servicios o los mismos son limitados, no es posible que estos se transformen en instrumentos para lograr una vida larga y sana, así, Amartya Sen señala que las políticas públicas deberían basarse en la provisión de capacidades (servicios educativos, servicios de salud, orientación ciudadana, etc.) para que cada quien realice su proyecto de vida (tener funcionalidad).

Con su teoría, Amartya Sen permite una desvinculación de la valoración meramente “materialista” del bienestar y la calidad de vida en general (Ochoa León, 2008) asignando además derechos y obligaciones entre gobernantes y gobernados. El utilitarismo recibe una fuerte crítica por ser este un mecanismo donde las acciones de bondad del Estado tienen como fin la obtención de beneficios particulares para quienes realizan directa o indirectamente estas acciones.

Por el contrario, en la visión utilitarista de la atención para la salud, la salud de una persona depende de sus elecciones individuales y no de las condiciones que le impone el

lugar en donde vive por lo que quienes se encarguen de desarrollar la ciudad no tienen por qué tener en cuenta la disposición de entornos saludables, infraestructura para la atención de la salud o incluso el tener en cuenta el cuidado del medio ambiente.

Esta postura opuesta a lo mencionado por Amartya Sen se aproxima a la teoría de la *Elección Racional* descrita por Andrain (1998) que con respecto al cuidado de la salud establece que es el individuo y no los grupos, instituciones o sociedades quien elige cómo actuar acerca de su manera de mejorar su salud ya que es el mismo individuo quien puede juzgar mejor lo que debe hacerse. Con esta perspectiva, es el individuo mismo quien decide si fuma o no fuma, si debe hacer ejercicio, si debe seguir cierto plan alimenticio o si debe vivir en un lugar o en otro.

Para los teóricos de la Elección Racional, explica Andrain, la racionalidad se da cuando el individuo selecciona los mejores medios para llegar a una meta. La Elección Racional es utilitarista puesto que las elecciones reflejan un deseo de optimización personal. En una mayor dimensión, la postura utilitarista de la Elección Racional evalúa el costo-beneficio de cada alternativa escogiendo la que genera las mayores ventajas por lo que en el aspecto político la participación ocurre cuando se percibe que con las acciones implementadas se maximizarán las utilidades del grupo en comando. La efectividad organizacional, señala Andrain, no solo dependerá de los recursos de la asociación, la solidaridad y el control de sus propios miembros sino también del poder de oposición de otros grupos.

Las consideraciones para facilitar el acceso a los servicios de salud a la población no son ajenas a la lucha de intereses existiendo así posturas que solicitan que los servicios de salud sean más igualitarios, justos, universales, completos y accesibles mientras que en la postura opuesta se considera que los servicios de salud deben ser sustentables económicamente por lo que la atención a la salud es para quienes pueden pagar por ella.

Las variaciones en ambas posturas han dado lugar a los distintos sistemas de salud en el mundo y en los cuales la planificación de las ciudades ha tenido en cuenta la manera en que debe cumplirse con el derecho universal a la salud.

Para Amartya Sen, en la postura contraria, el desarrollo no termina con el aumento de la producción económica nacional, sino que el mismo tiene que ver más bien con las cosas que las personas pueden realmente hacer o ser (funcionamientos) como indica Cejudo Córdoba (2007).

Es en este punto donde, trasladándose a lo que se observa en Ciudad Juárez, es válido cuestionar si el crecimiento de esta localidad ha tenido como base el utilitarismo y hasta qué punto puede considerarse que se ha cumplido a través de la planificación con la provisión de capacidades para que cada juarense realice un proyecto de vida que sea satisfactorio en el plano personal y útil para la comunidad y en donde además la salud individual y urbana adquiere gran relevancia.

La carencia de opciones o las limitantes para acceder a ellas motivan a los usuarios a buscar opciones de más conveniencia de acuerdo ya no solo a su salud sino a los deberes de la vida urbana.

Relacionando con el crecimiento de una ciudad, se tiene que hay diferentes paradigmas que hablan sobre el desarrollo “centro periferia”, el “núcleo capitalista en expansión” y el “crecimiento con fines económicos” (Peña, citado por Castro, Aguillón y Piña, 2010) que si bien no explican del todo el surgimiento de problemas sociales específicos como los bajos niveles de educación o de salud, sí son necesarios para aproximarse a los diagnósticos de salud urbana donde ya no son solamente los indicadores económicos los que evidencian el progreso de una ciudad sino que los mismos deben analizarse a la par de los avances sociales obtenidos cuando los planes de desarrollo urbano son capaces de incluir oportunidades de vida que son independientes de las categorías de la población.

La construcción de un Sistema de Salud accesible que satisfaga las necesidades de mejoría en tal aspecto para la población se realiza sistemáticamente. El sistema puede ser completamente público por lo que para que funcione debe haber un gran aporte económico de las autoridades. Otra forma de sistema es el de Seguridad Social en el cual el contrato laboral permite al individuo tener el derecho a la atención en salud.

En los siguientes sistemas se tiene a las instituciones privadas sin y con fines de lucro en donde ciertos atributos generalmente de capacidad económica son requeridos para tener derecho a la atención para la salud (Acuña, 2005). La segmentación social y espacial que produce la segregación genera condicionamientos para el cumplimiento con el derecho a la salud y el acceso a la Seguridad Social por las distancias físicas o económicas principalmente.

Para Acuña, la segmentación de los sistemas de salud son el reflejo de la segmentación social en donde el acceso a la salud puede basarse en mecanismos institucionales por lo cual se genera una exclusión donde los afectados son mayoritariamente los pobres.

Según el informe *Exclusión, protección social y acceso a la salud* entregado por Acuña ante la Organización Panamericana de la Salud, la concentración de la infraestructura física y tecnológica de salud en las regiones más ricas y en los centros urbanos determina que la utilización de dicha infraestructura sea restringida para los grupos de población que viven en zonas geográficas pobres, rurales y dispersas. Tales restricciones generan disparidades que tienen como consecuencia diferencias en los resultados de salud entre grupos sociales.

El análisis de las consecuencias de la planificación urbana a favor o en contra de la salud de la población permitirá sugerir cuáles deben ser las características de diseño e implementación de planes urbanos de desarrollo que incluyan la accesibilidad a los servicios de atención básica de la salud como una variable de relevancia y así los habitantes ejerzan el derecho a la salud mediante las oportunidades de acceso a los equipamientos correspondientes provistos en la ciudad.

1.1.6 La fundamentación de teorías como sustento de una investigación en las Ciencias Sociales: la salud y el desarrollo urbano

El presente apartado inicia haciendo referencia a la importancia de las Ciencias Sociales desde sus orígenes y finaliza explicando el vínculo existente con la investigación sobre asuntos de desarrollo urbano, salud pública y oportunidades de atención para la misma.

Hechos como la provisión de servicios para la salud en la ciudad, las decisiones de los usuarios y las condiciones impuestas por el desarrollo urbano son dignos de análisis desde el enfoque de la Ciencias Sociales, pudiéndose aportar evidencias que contribuyan a explicar por qué si las personas tienen derecho a una serie de servicios gratuitos prefieren hacer uso de lo que ofrece el mercado de la salud. Las Ciencias Sociales han sido ocasionalmente criticadas por las “ciencias duras” por supuestamente carecer de teorías maduras fortalecidas con hallazgos constantes y metodologías bien definidas.

Parte de las críticas inciden sobre la construcción de los términos de que investigan las Ciencias Sociales, es decir la necesidad de las mismas de tener un sustento ontológico para definir al objeto en estudio y así convertirlo en algo físico y con propiedades comprensibles y medibles. El empirismo lógico, según Hempel (1969) asigna a la filosofía la tarea básica de analizar los conceptos, teorías y métodos de las diversas de la investigación científica sin embargo, menciona el autor, los empiristas lógicos se han interesado más por áreas como la matemática, física o lógica dejando de lado a las Ciencias Sociales, la biología o la psicología.

La problemática de clasificar los objetos de estudio en entidades con características propias y definidas fue abordada por Rudolf Carnap en su obra *La construcción lógica del mundo* mejor conocida como *Aufbau*. Según Carnap, el “mundo” se constituye de objetos o clases fundamentales: a) de psique propia, b) de psique ajena, c) objetos físicos y d) objetos culturales. La comprensión del mundo de acuerdo a Carnap tiene como base la posibilidad de constituir, reducir y dar estructura al objeto en estudio; de esta manera, un objeto “a” puede transformarse en “b” o “c”. Los objetos son descritos para emplearse en proposiciones científicas que son transformadas en estructuras (Carnap, 1928).

Otra postura de análisis de las Ciencias Sociales es la asumida por Otto Neurath (1938). La observación de Neurath tiene como objetivo principal el articular una concepción del mundo donde no se incluya a la metafísica sino más bien a las cuestiones de la naturaleza derivando a lo que se le llamó como “fisicalismo”. Según Neurath, en la búsqueda de correlaciones entre objetos físicos lo importante es cumplir con el requisito de correlaciones observables entre sujetos perceptivos físicos y eventos físicos. Lo anterior

puede dar pie, de acuerdo a Neurath, al poder considerar a las Ciencias Sociales bajo la forma de un conductismo social que se puede verificar mediante enunciados fiscalistas.

La metodología en las Ciencias Sociales recibió un fuerte apoyo con la Teoría del Racionalismo Crítico de Karl R. Popper. La metodología parte de una generalización de la teoría económica hacia las Ciencias Sociales (Popper, 1974). El método consiste en “la construcción de un modelo de la situación social... en la que un agente participa, a fin de explicar la racionalidad... de su acción”. Así, los modelos se convierten en las hipótesis testables. Popper comentó que “a veces podemos justificar racionalmente la preferencia por una teoría a la luz de su corroboración”, esto es, del estado presente de la discusión crítica de las teorías competidoras, que son discutidas críticamente y comparadas desde el punto de vista de la determinación de su proximidad a la verdad (verosimilitud).

Para Popper, las teorías son siempre hipotéticas y conjeturales señalando también que las teorías de la ciencia son hipótesis tentativamente descriptivas de la realidad independiente y que intentan aproximarse a la verdad (Popper, 1963: Conjeturas y refutaciones). Popper mantuvo el principio de “tolerancia y responsabilidad intelectual” con base en la honestidad intelectual, la búsqueda de la verdad y la posibilidad de la falibilidad que conducen a la actitud autocrítica y tolerante.

El Racionalismo Crítico de Karl Popper puede resumirse en cuatro pasos: 1) Advertir un problema, 2) Proponer una teoría como solución tentativa, 3) Eliminar errores por medio de una discusión crítica de la teoría, y 4) Tomar consciencia de nuevos problemas como resultado de la misma. La falsabilidad en este proceso toma un papel relevante puesto que contribuye a ir eliminando errores en la ciencia.

Finalmente, Popper comenta que para las Ciencias Sociales la única vía abierta es la de “abordar los problemas prácticos de nuestro tiempo con la ayuda de los métodos teóricos que fundamentalmente son los mismos en todas las ciencias”. Tales métodos según Popper son del tipo “ensayo y error” y de “invención de hipótesis que pueden ser puestas a prueba” (Hans, 2008).

Otro de los aportes al análisis de las Ciencias Sociales ha sido la aproximación de las observaciones de Thomas Kuhn acerca del conocimiento científico. Kuhn era

historiador de la física y de las ciencias naturales en general mas no de las Ciencias Sociales (Jones, 1986). Esta aproximación con las Ciencias Sociales es explicada por Bird (2002) quien expone dos razones: 1) que la imagen que de la ciencia explicada por Kuhn permite una concepción de la misma más amplia y liberal posibilitando la inclusión de disciplinas como la sociología, la economía, , la política o el psicoanálisis que son ajustables a la *teoría de cambio científico* y 2) el rechazo de Kuhn del rol principal de la noción de “regla metodológica” prevaleciente en las elecciones científicas de manera que se supondría que hay factores sociales de la ciencia que tienen roles decisivos en la evaluación de creencias científicas.

El modelo de Kuhn, a pesar de la negativa de este personaje para que sus observaciones se adaptaran a las Ciencias Sociales, ha permitido la evaluación de teorías científicas las cuales deben tener estas características: poder explicativo, apoyo evidencial, predicciones y confirmaciones, simplicidad, coherencia interna, resolución de problemas, estructura lógica, abundancia teórica, entre otras.

Cada intento por conocer el mundo real no es sino una aproximación al mismo, sin embargo el abordaje debe realizarse desde una perspectiva que sea asequible a los demás para que se juzgue si lo que se observa desde el plano personal es igual, parecido o distinto a lo que observan los demás. Es difícil obtener una panorama general de la realidad, por eso en la investigación científica se procura aislar por segmentos al total del mundo observable obteniéndose así las “esferas de conocimiento” sobre las que las teorías realizan análisis y proyecciones de acuerdo a lo que se conoce sobre un tema en particular.

Aunque la ciencia intenta descubrir el mundo real, también debe detenerse a considerar si lo que se estudia pertenece al mundo real o se trata solamente de una construcción del pensamiento humano, de una idea sin sentido o de algo que se intenta construir por primera vez.

En la postura ontológica, para que algo sea analizado debe primero definirse, especificar sus componentes y someterlo a la lógica de lo que es o lo que no es, lo que hay y lo que no hay. No se puede por lo mismo partir hacia la investigación de un supuesto

fenómeno cuando el mismo no ha sido expuesto a la lógica de que si lo que se plantea como fenómeno es algo real, que genera efectos y que tiene dimensiones propias, o que por el contrario se trate solamente de algo ambiguo, indefinido o que se trate simplemente de una especulación por parte de quien realiza una propuesta de investigación sobre algo que le ha llamado la atención.

En el caso de las Ciencias Sociales, el camino para definir áreas específicas de investigación no ha sido sencillo puesto que la misión fundamental es la creación de una ciencia que especifique de qué manera actúa la condición humana para construir vínculos sociales, modificar el medio ambiente y perpetuarse como lo hace cada ente sobre el planeta. Las observaciones particulares e independientes sobre las teorías de John Rawls y Amartya Sen son realizadas en las siguientes líneas.

1.1.6.1 Discusión sobre la Planificación Urbana y la Salud con el enfoque de la Justicia Social de John Rawls

En esta investigación se ha contemplado observar los puntos de vista de la Teoría de la Justicia de John Rawls como punto de partida en cuanto a los derechos y obligaciones de ciudadanos y gobiernos para enseguida abordar la Teoría de las Funcionalidades Capacidades de Amartya Sen, mencionando las capacidades que se deben proveer a los ciudadanos y entre las cuales se encuentran aquellas que promueven un mejor estado de salud como requisito para que cada persona pueda adquirir y desarrollar habilidades útiles para sí mismo y para la sociedad, es decir, llegar a un estado de funcionalidad. Así, estas teorías permitirán explicar desde las Ciencias Sociales la influencia del desarrollo urbano para que haya accesibilidad al equipamiento para la salud en Ciudad Juárez, accesibilidad que puede incidir sobre la salud de los habitantes.

John Rawls (1971) menciona que la justicia es la primera virtud de las instituciones sociales. Cada individuo sin embargo, tiene una concepción distinta sobre lo que es la justicia, es decir, cada quien tiene sus propios principios los cuales dan pauta a la determinación de deberes y derechos. Si se considera lo anterior para la investigación presente, cabe cuestionarse de qué manera el desarrollo urbano de una localidad puede

tomar en cuenta los elementos necesarios para que el diseño de la ciudad sea justo para sus habitantes en la medida de proporcionar a los mismos las estructuras necesarias para efectuar las actividades y costumbres de vida cotidiana.

Las ciudades hoy en día, sin embargo, suelen crecer generando injusticias como la marginación de aquéllos quienes disponen de menos recursos económicos. Esta marginación –segregación- se agrava cuando la planeación del desarrollo de la ciudad no contempla planes adecuados para el transporte público, servicios sanitarios, entornos saludables pero además equipamiento adecuado y suficiente para los servicios de atención para la salud. La convención de las anteriores condiciones puede conducir a injusticias manifestadas a través de los problemas sanitarios que son cada vez más característicos en la vida urbana.

La justicia social, definida por John Rawls como “aquella que proporciona en primera instancia una pauta con la cual evaluar los aspectos distributivos de la estructura básica de la sociedad”, debe enfrentar a la forma alternativa de pensamiento utilitarista. En el utilitarismo, cada persona podría considerar que su actuación es la adecuada cuando se trata de satisfacer los intereses propios. Esta actuación, empero, debe efectuarse sin que haya mayor perjuicio hacia segundas o terceras personas. Cada persona, entonces, busca su propio bienestar. Cuando se busca el bienestar de grupo no es extraño que exista marginalidad en cuanto a que no todas las personas obtienen un beneficio como producto del interés de grupo.

A pesar de lo anterior, es posible que la acción colectiva intente encontrar equilibrios para que en lo general los individuos encuentren satisfactores aun y cuando a otros no se les satisfaga en la misma medida. La percepción utilitarista en este nivel, establece que para cada individuo habrá ganancias y pérdidas pero en el balance general las instituciones deberán actuar para maximizar la satisfacción abordando de esta manera ideas sobre lo que debe ser bueno, justo o ético.

Al tomar en cuenta las ideas sobre la bondad, la justicia y la ética existe también el riesgo de caer en la indefinición en cuanto a que estos conceptos suelen derivar hacia los juicios morales sobre la acción racional del hombre, teniendo en cuenta que no siempre lo

que es moral y éticamente aceptable para unos, tenga la misma aceptación para otros. El utilitarismo, por ello, ha de procurar que en la sociedad haya una distribución de satisfactores pero también de obligaciones.

A pesar de lo anterior, la acción del hombre en el mundo real se ve determinada por las distintas capacidades de influencia sobre la sociedad, así, se tienen grupos minoritarios de individuos que son quienes realizan la mayoría de las elecciones y acciones para la asignación de deberes, obligaciones y elementos satisfactores para el resto de los individuos.

Sobre lo anterior, John Rawls en su Teoría de la Justicia indica que las tendencias humanas hacia la obtención de ventajas generan dificultades de interpretación cuando se abordan por medio de principios filosóficos.

Se comenta entonces que la planificación urbana vista desde la perspectiva del utilitarismo, debe perseguir la adecuada distribución de infraestructura y equipamiento que satisfaga los intereses de los ciudadanos pero también debe asignar a los mismos sujetos formas de contribuir a la construcción del espacio social urbano en donde deben conjugarse las interacciones de los ciudadanos a través del empleo correcto de todo aquello que la infraestructura urbana provee. Si en la ciudad se llega a ofrecer los elementos necesarios para el desarrollo en materia de educación, cultura, trabajo y sanidad, la perspectiva utilitarista estaría dando cumplimiento a su propósito principal que es el de asignar medios que satisfagan las necesidades de las mayorías al tiempo que se asignan responsabilidades.

El análisis de los términos en que se han implementado los planes de urbanización de no pocas ciudades, empero, sugiere que los medios satisfactores de necesidades no son generalmente bien asignados para la población o que ni siquiera hay asignación alguna, llevando esta situación al punto en donde las ciudades carecen de infraestructura suficiente, que la que existe es inadecuada o también que la existente no es accesible para la las mayorías.

Tomando como ejemplo el equipamiento e infraestructura para la salud, una ciudad debe contar con suficientes hospitales, accesos viales y costos de servicio razonables. El utilitarismo expone ante esta situación que la satisfacción de cualquier deseo tiene algún valor en sí, y que el mismo debe tenerse en cuenta al decidir lo que es justo. Habrá de ser entonces necesaria una discriminación, de acuerdo al utilitarismo, para decidir de qué manera lo que ofrece la ciudad ha de satisfacer a unos mientras que insatisface a otros. Si los elementos de infraestructura que ofrece la ciudad tienden a aumentar las diferencias entre los ciudadanos, se estará generando la segregación.

En el caso de la salud, la segregación se relacionará con las dificultades de acceso a los servicios hospitalarios, los problemas para cubrir los costos de los mismos e incluso la falta de equipamientos asignación favorece a aquellos ciudadanos que pueden pagar, que transportarse ágilmente e incluso pueden exigir un mayor nivel de atención en beneficio de su salud. La segregación en materia de equipamiento para la atención de la salud generada por una visión utilitarista desproporcionada tendrá consecuencias observables en las afectaciones a la salud poblacional identificándose así el fenómeno de las “enfermedades urbanas” que diferencian a unos ciudadanos de otros de acuerdo al lugar donde residen, a las posibilidades de acceso a los servicios de salud y a los elementos de infraestructura que la planificación urbana otorga para el desarrollo de una vida armoniosa.

Las transformaciones sobre el territorio son dirigidas por agentes diversos como los dirigentes políticos, los agentes poseedores del capital y los poseedores mismos del territorio. En estos agentes, es de suponerse que debe existir la observación de los principios de justicia además del seguimiento de las directrices institucionales que regulan los intereses para privilegiar la satisfacción de la mayoría de los ciudadanos, esto es, la adecuación, según Rawls quien se apoya en Hume, del derecho y del gobierno a los preceptos de la utilidad.

Las observaciones del desarrollo expuestas en lo general por John Rawls pueden ser identificadas al caso de Ciudad Juárez, pero además pueden también distinguirse las observaciones posteriores hechas por Amartya Sen respecto al desarrollo utilitarista y la implementación de acciones benéficas del Estado que no han cumplido del todo con la

dotación de capacidades para que las mismas sean convertidas en funcionalidades por los ciudadanos. Esta perspectiva se amplía a continuación.

1.1.6.2 Discusión sobre la Planificación Urbana y el acceso a los servicios para la salud con el enfoque de la Teoría de las Funcionalidades Capacidades de Amartya Sen

El propósito de la Teoría de la Capacidades Funcionalidades de Amartya Sen es el determinar que el desarrollo humano es posible cuando a las personas se les proporcionan oportunidades para aprovechar o estimular capacidades que los conduzcan a la elección de una vida mejor. La disponibilidad de oportunidades entra a discusión cuando en la sociedad moderna cuando éstas son adjudicadas bajo convenios o lineamientos cuyos resultados no siempre satisfacen las necesidades de la mayoría de la población, situación que dificulta que el desarrollo se convierta en signo de la libertad de los ciudadanos.

Si este punto de vista se toma en cuenta para analizar si en la sociedad urbana se proporcionan oportunidades suficientes y eficientes, deberá entonces distinguirse con qué cuenta la población para satisfacer sus necesidades de educación, cultura, esparcimiento, trabajo y salud. En un primer plano, la educación y la salud emergen como puntos de atención inmediata puesto que promoviendo funcionalidades de este tipo los ciudadanos serán capaces de adquirir y desarrollar capacidades para la libre elección de una vida más placentera.

Amartya Sen ha señalado que el desarrollo no llega a su fin cuando hay un progreso en la producción económica y que la misma no es suficiente para estimar el desarrollo humano, el cual tiene que ver mejor con todo aquello que las personas pueden aprovechar para ser y hacer. Las capacidades son entonces *aquellos elementos aprovechables diseñados para las diferentes características de la población*, así, hay capacidades que atienden en particular a cada grupo de edad, grupos de interés cultural o al colectivo siendo en estos últimos donde se enmarcan los servicios básicos que provee una ciudad a sus habitantes.

La habilitación de capacidades consiste por lo anterior en destinar recursos para que sean consumidos y que este consumo propicie las capacidades de los ciudadanos. La

habilitación de capacidades es regulada, sin embargo, por los intereses de quienes tienen la encomienda de dirigir el crecimiento de una ciudad o región.

Los dirigentes, ya sean de carácter político, económico o cultural, justifican sus acciones ya sea bajo la norma jurídica o en otros casos bajo lo que está “moralmente establecido”. Al final, sus decisiones son claves para explicar la manera en que se construyen las relaciones entre las personas y la infraestructura que ofrece la ciudad así como el grado de influencia de tales relaciones sobre el estado de la educación, la cultura, el empleo la salud y en general del bienestar de la población.

La promoción de la salud a partir de la planificación urbana tiene que ver, además de la provisión de capacidades en materia de equipamiento hospitalario, con las facilidades de transporte hacia la misma. Como complemento en la atención preventiva de la enfermedad, el diseño de la ciudad debe ser tal que se disponga de áreas de esparcimiento y un hábitat adecuado.

Si la planificación urbana no promueve tales capacidades, los habitantes estarán expuestos a las consecuencias de una inadecuada accesibilidad a servicios para la salud que puede ser adjudicado a la falla de quienes toman las decisiones sobre cómo debe crecer una ciudad y qué tipo de infraestructura y equipamiento debe asignarse en cada espacio de la misma.

La postura de Amartya Sen se opone a la acción utilitarista en la cual la decisión de los sujetos en el poder puede llegar a ser tendenciosa generando un desequilibrio en la provisión de capacidades satisfactoras. En el caso de la educación, el equipamiento escolar debe ser suficiente para que los ciudadanos a través de la adquisición del conocimiento académico ejerzan sus libertades pero también cumplan con las obligaciones que exige la sociedad, es decir, una educación que conduzca hacia la funcionalidad.

Sobre el acceso a los servicios de salud, que es lo que atañe a la presente investigación, los desequilibrios generados por la toma de decisiones inadecuadas se manifiestan con la falta de infraestructura hospitalaria, de la poca provisión de espacio público para la práctica del ejercicio físico así como la inadecuada implantación de

espacios habitacionales que por las características del entorno ecológico o por las dimensiones de la vivienda, limitan la libertad de vivir una vida sana en los planos de la salud biológica, mental y social.

La limitación en la capacidad de estar sano traslada al individuo hacia la enfermedad gracias a la exposición de riesgo. Cada área de la ciudad, de acuerdo al diseño de la misma y las funcionalidades habilitadas, tendrá su propio nivel de exposición de riesgo hacia morbilidades específicas que a final de cuentas caracterizan a cada sector de la población, es decir, el diseño y planificación deficiente de la ciudad como factores influyentes en la aparición de las enfermedades propias de la vida urbana.

1.1.6.3 La Teoría de las Funcionalidades Capacidades frente a otras posturas ideológicas

La presente investigación emplea como fundamento principal de análisis social la *Teoría de las Capacidades – Funcionalidades* de Amartya Sen para explicar el cómo y por qué en una ciudad se otorgan o se limitan las oportunidades para satisfacer las necesidades de servicios de salud de sus habitantes.

Un enfoque previo al de Amartya Sen que explica la manera en que se genera el bienestar de la población es la Teoría de la Justicia de John Rawls (1971) referida a la “sociedad justa” donde a los individuos se les conceden derechos que no deben estar sometidos a la negociación política ni al cálculo de interés social. Rawls considera que la justicia es la primera virtud de las instituciones sociales, como la verdad es de los sistemas de pensamiento, por ello no importa que las leyes e instituciones estén ordenadas y sean eficientes: si son injustas han de ser reformadas o abolidas.

En una sociedad justa, de acuerdo con Rawls, no caben los regateos políticos ni el cálculo de intereses sociales. Las sociedades existentes, sin embargo, son imperfectas y lo que para unos es justo para otros es injusto por lo que se hace necesario disponer de principios que asignen derechos y deberes así como distribución de cargas y beneficios de la cooperación social. La ejecución de planes entre la sociedad debería llevar a la consecución de los fines sociales a pesar de las características humanas de desconfianza, la desobediencia, el egoísmo o la voracidad.

La protección social en la salud es una de las formas de cumplir con la justicia. En México, los gobiernos correspondientes han buscado la manera de crear oportunidades para que los individuos, sobre todo aquellos que cuentan con menores ventajas, tengan garantizado el acceso a la cobertura en materia de salud y así eliminar diferencias de género, edad, condición de empleo, lugar de residencia o capacidad económica mediante el Sistema de Protección Social en Salud de 2003 (SPSS) que en 2006 se convirtió en el Programa de Desarrollo Humano *Oportunidades* cuya parte más visible entre la población ha sido el sistema de Seguro Popular de Salud (SPS).

Falta sin embargo conocer de qué manera la planificación de la ciudad a través de los años ha aportado elementos para cumplir con los preceptos de una “ciudad justa” en materia de salud. Así, habrá de indagarse de qué manera se han asignado espacios para equipamientos en materia de salud y qué se ha hecho para promover los ambientes saludables a la par del crecimiento de la ciudad.

Una segunda teoría concerniente a explicar la manera en que se vive en una ciudad es la *Teoría de la Oportunidades y Resultados* de Ruut Veenhoeven (Citado por García y Soles, 2012) en donde se relacionan las oportunidades que se tienen en la vida de una persona, el aprovechamiento de las mismas y la utilidad que se obtiene.

De acuerdo con esta teoría, para que haya oportunidades, el lugar donde se reside debe mostrar elementos de habitabilidad pero la persona debe también saber aprovechar lo que se le ofrece. Como resultado, se tiene para la comunidad a un individuo que es útil, mientras que en el plano personal debe haber una satisfacción con la vida propia.

Las ciudades sin embargo, no ofrecen oportunidades de habitabilidad por igual por lo que el esfuerzo de unos es mayor o menor que el de otros conduciendo a situaciones donde no se tienen los individuos necesarios para hacer aportes positivos a la sociedad a la vez que se tiene insatisfacción con la vida misma. Para atenuar esta situación, los planes de urbanización de una ciudad deben incluir premisas que amplíen la visión sobre el bienestar, calidad de vida y salud de la población (Aicher, 1998).

Otra postura que comparte algunos aspectos con la teoría de Amartya Sen es la teoría de Max-Neef con el *Desarrollo a Escala Humana*. Max-Neef señala la necesidad de dirigir los procesos de desarrollo a atender lo humano ante la tendencia del desarrollo actual que es “ecológicamente predatorio, socialmente perverso y políticamente injusto”.

Según la teoría de Max-Neef, el tipo de desarrollo presentado en Latinoamérica ha arrojado soluciones de carácter automático y humanamente injusto por lo que deben tenerse en cuenta nuevas alternativas con base en una percepción real y concreta de cada uno de los escenarios particulares de las relaciones humanas (económico, político, social, humano y cultural) que incidan sobre la crisis general satisfaciendo las necesidades humanas, lo que será observable si aumentan los niveles de auto dependencia y se articulen sociedad, naturaleza y Estado (Delgado y Salcedo, 1997).

Retomando la teoría de Amartya Sen sobre las Capacidades-Funcionalidades, se agrega que ésta critica, además, la manera en que los bienes y servicios son empleados por las autoridades con un carácter instrumental, siendo que los mismos deben ser un medio para que los individuos puedan alcanzar un plan de vida o una realización individual plena, es decir, la funcionalidad en la sociedad. Así, el bienestar está asociado a la libertad de ser o de hacer que tienen las personas; la calidad de vida de que disfruta una persona no es solamente cuestión de lo que logra sino de cuáles eran las opciones entre las que esa persona tuvo la oportunidad de elegir (Ochoa León, citado por García Vega y Soles Heredia, 2012).

Amartya Sen hace el planteamiento de valorar la calidad de vida en términos de las capacidades provistas a los sujetos por lo que debe buscarse que cada uno disponga al menos de las capacidades básicas que le permitirán lograr funcionamientos útiles o valiosos para su existencia de forma que el carecer de capacidades o ser privado de ellas habrá una conducción hacia la pobreza.

En cuanto al crecimiento económico que ha caracterizado a Ciudad Juárez, éste le ha permitido ser un polo de atracción en búsqueda de oportunidades de superación de muchas personas del país e incluso del extranjero. Las oportunidades han sido más notorias en el aspecto de la oferta de empleo y después en las oportunidades de disponibilidad de

vivienda, servicios educativos y acceso a los servicios para la salud. Es en este punto donde se cuestiona si el diseño de la ciudad con el cual se ha propiciado el crecimiento económico ha permitido también que se haya dotado de capacidades para una mejor salud de los habitantes, para lo cual el diseño de la ciudad debió haber provisto de servicios, entornos saludables y mecanismos de acceso equitativo a los mismos.

De acuerdo a Amartya Sen, cuando no se tienen los servicios o los mismos son limitados, no es posible que estos se transformen en instrumentos para lograr una vida larga y sana, así, Amartya Sen señala que las políticas públicas deberían basarse en la provisión de capacidades para que cada quien realice su proyecto de vida.

Con su teoría, Amartya Sen permite una desvinculación de la valoración meramente “materialista” del bienestar y la calidad de vida en general (Ochoa León) asignando además derechos y obligaciones entre gobernantes y gobernados. El utilitarismo recibe una fuerte crítica por ser este un mecanismo donde las acciones de bondad del Estado tienen como fin la obtención de beneficios particulares para quienes realizan directa o indirectamente estas acciones.

En la visión utilitarista de la atención para la salud, la salud de una persona depende de sus elecciones individuales y no de las condiciones que le impone el lugar en donde vive por lo que quienes se encarguen de desarrollar la ciudad no tienen por qué tener en cuenta la disposición de entornos saludables, infraestructura para la atención de la salud o incluso el tener en cuenta el cuidado del medio ambiente.

El utilitarismo, opuesto a lo mencionado por Amartya Sen, se aproxima a la teoría de la *Elección Racional* descrita por Andrain (1998) que con respecto al cuidado de la salud establece que es el individuo y no los grupos, instituciones o sociedades quien elige cómo actuar acerca de su manera de mejorar su salud ya que es el mismo individuo quien puede juzgar mejor lo que debe hacerse. Con esta perspectiva, es el individuo mismo quien decide si fuma o no fuma, si debe hacer ejercicio, si debe seguir cierto plan alimenticio o si debe vivir en un lugar o en otro.

Para los teóricos de la Elección Racional, explica Andrain, la racionalidad se da cuando el individuo selecciona los mejores medios para llegar a una meta. La Elección Racional es utilitarista puesto que las elecciones reflejan un deseo de optimización personal.

En una mayor dimensión de análisis, la postura utilitarista de la Elección Racional evalúa el costo-beneficio de cada alternativa escogiendo la que genera las mayores ventajas por lo que en el aspecto político la participación ocurre cuando se percibe que con las acciones implementadas se maximizarán las utilidades del grupo en comando. La efectividad organizacional, señala Andrain, no solo dependerá de los recursos de la asociación, la solidaridad y el control de sus propios miembros sino también del poder de oposición de otros grupos.

Las consideraciones para facilitar el acceso a los servicios de salud para la población no son ajenas a la lucha de intereses existiendo así posturas que solicitan que los servicios de salud sean más igualitarios, justos, universales, completos y accesibles mientras que en la postura opuesta se considera que los servicios de salud deben ser sustentables económicamente por lo que la atención a la salud es para quienes pueden pagar por ella. Las variaciones en ambas posturas han dado lugar a los distintos sistemas de salud en el mundo y en los cuales la planificación de las ciudades ha tenido en cuenta la manera en que debe cumplirse con el derecho universal a la salud.

Para Amartya Sen, en la postura contraria, el desarrollo no termina con el aumento de la producción económica nacional, sino que el mismo tiene que ver más bien con las cosas que las personas pueden realmente hacer o ser (funcionamientos) como indica Cejudo Córdoba (2007).

Empleando estas posturas para analizar lo que sucede en Ciudad Juárez, es válido cuestionar si el crecimiento de esta localidad ha tenido como base el utilitarismo y hasta qué punto puede considerarse que se ha cumplido a través de la planificación urbana con la provisión de capacidades para que cada juarense realice un proyecto de vida que sea satisfactorio en el plano personal y útil para la comunidad y en donde además la salud individual y urbana adquiere gran relevancia.

Los problemas en una ciudad no se explican de manera sencilla. En cuanto a la Salud Pública y el acceso a los servicios correspondientes que se deben solicitar en los planes de desarrollo urbano, la participación de ideas ha sido relegada por quienes tienen poder de decisión y no es sino hasta que suceden eventos de interés epidemiológico que se revisan las relaciones entre lo urbano y la salud.

Si se pregunta “¿de qué se es probable de enfermar en Ciudad Juárez y por qué?”, la respuesta debe fundamentarse no sólo en la información retrospectiva obtenida por el Sistema de Salud, sino que debe observarse además cuáles han sido las condiciones sobre las cuales se dio paso a la conformación de la tríada ecológica de la enfermedad: agente específico, sujeto afectado y condiciones del medio donde se vive. Tales condiciones son estimuladas por las resultantes del desarrollo urbano y la existencia de oportunidades para el cuidado de la salud.

Relacionando las oportunidades de acceso a los servicios con el crecimiento de una ciudad, se tiene que hay diferentes paradigmas en los que se habla sobre el desarrollo “centro periferia”, el “núcleo capitalista en expansión” y el “crecimiento con fines económicos” (Peña, citado por Castro, Aguillón y Piña en 2010).

Aunque los modelos no explican del todo el surgimiento de problemas sociales específicos como los bajos niveles de educación o de salud, sí son necesarios para aproximarse a los diagnósticos de salud urbana donde ya no son solamente los indicadores económicos los que evidencian el progreso de una ciudad sino que los mismos deben analizarse a la par de los avances sociales obtenidos cuando los planes de desarrollo urbano son capaces de incluir oportunidades de vida que son independientes de las categorías de la población.

La construcción de un Sistema de Salud que satisfaga las necesidades de mejoría en tal aspecto desde los modelos de desarrollo urbano, debe realizarse atendiendo prioridades. El sistema puede ser completamente público por lo que para que funcione debe haber un gran aporte económico de las autoridades. Otra forma de sistema es el de Seguridad Social en el cual el contrato laboral permite al individuo tener el derecho a la atención en salud. En los siguientes sistemas se tiene a las instituciones privadas sin y con fines de lucro en

donde ciertos atributos generalmente de capacidad económica son requeridos para tener derecho a la atención para la salud (Acuña, 2005).

La segmentación social y espacial que produce la segregación genera condicionamientos para el cumplimiento con el derecho a la salud respecto al acceso a la seguridad social y la asistencia pública por las distancias físicas o económicas principalmente. De acuerdo a Acuña, la segmentación de los sistemas de salud es el reflejo de la segmentación social en donde el acceso a la salud puede tener como base mecanismos institucionales y por lo cual se genera una exclusión donde los afectados son mayoritariamente los pobres.

Según el informe *Exclusión, protección social y acceso a la salud* entregado por Acuña ante la Organización Panamericana de la Salud, la concentración de la infraestructura física y tecnológica de salud en las regiones más ricas y en los centros urbanos determina que la utilización de dicha infraestructura sea restringida para los grupos de población que viven en zonas geográficas pobres, rurales y dispersas. Tales restricciones generan disparidades que tienen como consecuencia diferencias en los resultados de salud entre grupos sociales.

El análisis de las consecuencias de la planificación urbana a favor o en contra de la salud de la población permitirá sugerir cuáles deben ser las características de diseño e implementación de planes urbanos de desarrollo que incluyan a la Salud Pública como una variable de relevancia y así los habitantes validen el derecho a la salud mediante las oportunidades que debe brindar la ciudad.

1.2. Equipamiento para atención primaria de la salud en Ciudad Juárez

Los problemas debidos a la falta de equipamiento urbano de una ciudad con los consecuentes efectos sobre la población deben ser analizados desde diferentes posiciones: económica, social, política (García, 2005) además de la crítica histórica y social de los procesos de urbanización que dan como resultado una ciudad con características propias (Garza, 2003).

Teniendo en cuenta lo anterior, uno de los objetivos generales en esta investigación es analizar si gracias al desarrollo urbano logrado hasta ahora en Ciudad Juárez se cumple con un abasto de equipamiento suficiente en calidad, cantidad y distribución para promover la salud de los ciudadanos. Para explicar lo anterior, es importante conocer las características del equipamiento para la salud en esta localidad, su capacidad de atención de la demanda, calidad de los servicios y accesibilidad a los mismos desde las normas dictadas por el urbanismo en función del derecho a la salud.

En las ciudades modernas han adquirido cada vez más importancia las provisiones tanto de equipamiento urbano (centros educativos, centros culturales, centros para la salud, centros de recreación y deporte), así como como de infraestructura (servicio de gas, electricidad, agua, drenaje). El equipamiento hospitalario, como eje de los centros para la atención de la salud, genera un impacto relativo sobre la salud de la población de acuerdo al apego a los planes de desarrollo y la normatividad correspondiente para la construcción y distribución de los mismos, esto es, de acuerdo a como se dé respuesta a las demandas específicas de salud de los grupos sociales distribuidos sobre la ciudad.

Las consideraciones anteriores permitirán responder al cuestionamiento sobre si el equipamiento existente en servicios de APS de Ciudad Juárez se encuentra ubicada en cantidad suficiente pero además si hay una accesibilidad adecuada para la población.

El modelo de planificación urbana de Ciudad Juárez permite reconocer cómo se han ido distribuyendo los asentamientos urbanos, qué equipamientos para la salud han sido construidos y cuál es la capacidad instalada, misma que debe adecuarse a las características actuales y proyectadas de la ciudad en cuanto a la estructura socioeconómica, patrones culturales, infraestructura urbana, equipamientos de diversas índoles e influencias medio ambientales que inciden sobre el estado de salud de la población.

1.2.1. Equipamientos para la salud: una crítica sobre el papel de los hospitales en la sociedad

El desarrollo urbano implica el crecimiento de una ciudad que a partir del grado de cumplimiento con las estrategias de planificación alcanzará en mayor o menor medida

metas específicas tales como la distribución adecuada de equipamientos e infraestructura urbana en favor de la población.

La planificación urbana, cuyas disposiciones indican cómo debe ser el desarrollo de las ciudades, es de interés para las Ciencias Sociales debido a que sus propuestas e implementaciones inciden directamente sobre la calidad de vida de las personas (Pérez, 2005). La materia prima principal de la planificación es el suelo y cuya disposición está sujeta a intereses públicos y privados (Barenboim, 2012).

Para Harvey (1992) las ciudades de hoy no son planificadas como un conjunto debido a la especulación en el precio del suelo y el uso destinado al mismo, de ahí el desarrollo de zonas beneficiadas y zonas rezagadas con carencias en equipamiento e infraestructura urbana. Esto permite a los individuos más privilegiados la libertad de elegir y acceder lo que les conviene de la ciudad, mientras que los individuos menos privilegiados en tales rubros ven restringida su capacidad de elección para una mejor vida.

En la urbanización capitalista, es la renta del suelo el factor principal para la distribución de clases socioeconómicas y con ello la decisión político-económica de proveer los mejores elementos urbanos a quienes puedan pagar por ellos.

Es así como se considera que las condiciones de salud de la población dependen en gran medida de que la planificación urbana implementada haya dispuesto equipamientos hospitalarios accesibles, una adecuada infraestructura de servicios así como elementos para la educación en la salud sin importar la condición socioeconómica o el espacio de residencia; la realidad, sin embargo, es que cumplir con tales propósitos es sumamente complicado dados los intereses políticos y económicos inmersos en la urbanización capitalista dedicada a la especulación inmobiliaria (Harvey, 1992) y de la cual Ciudad Juárez ha sido un ejemplo.

En este lugar del país, la sociedad ha cambiado su enfoque de producción económica desde un modelo con base en la agricultura y el comercio local hasta finales de los años 60's del siglo pasado, hasta uno de tipo industrial y comercio binacional que le caracteriza en la actualidad (Arzate, S/F). Los cambios en las actividades productivas de

una ciudad tienen repercusiones sobre las características sociales de los habitantes y sobre la estructura física de la ciudad. Estos cambios deben ser tomados en cuenta cuando se planifica el desarrollo urbano (Bass, 2010). En Ciudad Juárez la planificación urbana ha debido tener en cuenta las siguientes situaciones:

- El crecimiento demográfico que ha pasado de 407, 370 habitantes en 1970 a 1, 313,338 habitantes en el año 2005 (INEGI, 2006).
- Una creciente demanda de suelo urbano para ser destinado principalmente a la construcción de vivienda y plantas maquiladoras (PDU, 1989-1990) expandiéndose por tales razones la mancha urbana.
- La aparición de grupos sociales de trabajadores asociados al modelo económico de producción y en donde la clase obrera (operadores de maquila) son los menos privilegiados pero que a su vez constituyen la base humana de los intercambios comerciales en la ciudad (Alfie y Méndez, 1993).
- La construcción y venta de espacios habitacionales que generan segregación socioespacial al establecerse condiciones como el encarecimiento de la vivienda, la poca calidad de esta, el alejamiento del equipamiento ciudadano, menores oportunidades de selección de satisfactores (Fuentes y Hernández, 2013).
- La fragmentación de la ciudad en zonas con altos diferenciales en valor del suelo urbano (Llera y cols., 2010)
- Entre las oportunidades otorgadas, una insuficiente distribución en cantidad y calidad de equipamientos para la salud (PDU 2003).

Existe un vínculo entre el espacio urbano y las condiciones de salud de los ciudadanos como consecuencia de la distribución social diferenciada sobre el espacio urbano cuya consecuencia principal es la segregación socioespacial (Ruvalcava y Schteingart, 2000).

Bajo estas condiciones de distribución poblacional, el *Hospital* se erige como el equipamiento creado para que el ciudadano acuda en búsqueda de la preservación o recuperación de la salud (Topalov, 1973), equipamiento que se crea en gobiernos apegados a la democracia y el institucionalismo con enfoques de atención tipo beneficencia o

asistencia; pero al mismo tiempo, los gobiernos han abierto la posibilidad de que los capitales privados ofrezcan también servicios hospitalarios con un afán recaudatorio bajo el supuesto de una mejor atención para la salud para quienes puedan pagar por ella en este esquema.

De acuerdo con McKee y Healy (2000) los hospitales han estado siempre ligados a las variantes condiciones económicas, políticas, sociales y culturales que gobiernan la vida del hombre. Ambos autores consideran que los hospitales son parte de la sociedad y sus cambios, los cuales no son tan sencillos dada la “élite” de personal que lo dirige y por lo cual constantemente se requiere de reformas para el cambio y la adaptación con la sociedad.

El marco de la Ciencias Sociales como referente permite reconocer y explicar cuáles han sido algunos de los cambios y adaptaciones sufridas por las instituciones hospitalarias en cuestión de funciones y participación con las comunidades, su utilización como la figura institucional de que dispone el gobierno con el uso de la medicina científica pero también participación como elemento del equipamiento propuesto e implementado desde la visión social del urbanismo histórico como se expone enseguida.

El término “hospital” deriva de la palabra latina *hospitalis* y que se relaciona con el trato que se da a los invitados. El hospital, tal y como se concibe actualmente, nace luego de un proceso histórico. Los registros históricos más antiguos sobre la edificación y funcionamiento de hospitales son del Imperio Bizantino, sin embargo se tiene el caso de la antigua

En la antigua Grecia la asistencia médica era encaminada a las clases desprotegidas y consistía en centros de asistencia que generalmente eran templos de adoración a los dioses (MacEachem, 2006) al tiempo que las clases más favorecidas recibían la atención en su propia casa por parte de los médicos particulares. La concepción del hospital en esas épocas era relativamente diferente a la concebida hasta hace un tiempo ya que se le consideraba al mismo como un lugar donde debido a la condición social desfavorecida, las atenciones serían inadecuadas, sin cuidados personales y sin la misma exigencia que una visita de médico a domicilio

En la Edad Media, el hospital no era estrictamente un lugar para la sanación, sino un espacio donde se aislaba a los enfermos, huérfanos y menesterosos (Turner, 2009). El conocimiento sobre las causas reales de la enfermedad en ese entonces era incipiente, los procedimientos de sanación no seguían normas estrictas como las actuales, y la medida más recurrente para evitar la propagación de la enfermedad era el aislamiento del enfermo sin una necesidad clara de proveer asistencia al enfermo sino más bien de proteger a la gente sana.

El nacimiento de la sociedad industrial trajo consigo la demanda de replantear cómo debería atenderse la cuestión de la salud pública. Los nuevos métodos de producción empezaron a generar clases de trabajadores que desplazaron a los gremios artesanales pero también se generó la clase patronal dueña del capital y de las empresas iniciándose así el capitalismo moderno desde el Siglo XVIII (Lezama, 1993).

Nuevos fenómenos en el ámbito de la enfermedad se estaban presentando entre los recientes conglomerados poblacionales de las ciudades industrializadas. La urbanización y la industrialización pronto llamaron la atención de los estudiosos de la sociedad en cuanto a los efectos sobre la salud asociables a la distribución de la población y los nuevos órdenes sociales sobre las nacientes ciudades industrializadas.

Engels (citado por Morral, 2009) se interesó por las condiciones de vida de los pobres que empezaban a vivir en tales ciudades. Para Engels, existía una conexión entre las causas de movilidad-mortalidad y los condicionantes sociales impuestos a quienes trabajaban en las fábricas, así como a las familias de los mismos. La inequidad en los servicios de atención así como en las condiciones de vida estaban ya presentes y marcando diferencias en diversos patrones de la vida ciudadana: educación, cultura y salud, entre los más relevantes.

Posterior análisis críticos coincidieron entonces en discutir las relaciones entre las inequidades socio-económicas y las inequidades en el estado de salud de la población en donde el espacio habitado y sus condiciones han jugado un papel decisivo: Marcuse (1969); Max Weber, (citado por Freund, 1986), Marx (1982), etc.

Los mecanismos, sistemas o estrategias para proporcionar atención a la salud han ido cambiando paulatinamente época tras época; es sin embargo desde la etapa de la sociedad industrial que los científicos sociales han dado cuenta del posible vínculo entre el estilo de vida de la “sociedad moderna” y sus efectos sobre la salud (Morral, 2009) y en donde cada persona, de acuerdo a sus tareas para con la sociedad, puede “decretar” su estado de salud.

Considerarse a sí mismo en un estado de salud “bueno” o “malo” depende ya no solo de una condición biológica sino también de la posibilidad de atender las ocupaciones diarias que exige la vida urbanizada. Tanto la salud como la enfermedad han adquirido un grado de “subjetividad” si se consideran los factores que un individuo tomaría en cuenta en la búsqueda de estar sano (Mechanic; citado por Morral, 2009). En la sociedad moderna, menciona Mechanic, considerarse “enfermo” será solamente cuando los signos y síntomas son visibles y reconocibles, cuando se considera que el padecimiento es “serio”, si tal padecimiento rompe con la rutina propia de trabajar, vigilar por la familia y atender los compromisos sociales.

De acuerdo con lo arriba mencionado, existen “situaciones sociales” para el mantenimiento de la salud o para una situación de enfermedad y que son valoradas por un régimen institucional para decretar la capacidad de un individuo para apegarse a las exigencias de la vida social y laboral.

La sociedad actual (desde lo local y hasta un grupo amplio de países) está plenamente identificada con un modelo de gobernanza apegado a la “democracia” y el “institucionalismo”, y los mismos se han adaptado al modelo de producción capitalista (Sartori, 1991; Apter, 1991). Cada una de las necesidades de la población debe ser satisfecha de acuerdo a las normas de la gobernanza: educación, vivienda, seguridad, empleo y, por supuesto, salud.

Los gobiernos que dirigen a la mayoría de esas naciones actuales han debido encontrar un modelo de atención a la salud que cumpla con el propósito de mantener a una base de personas con capacidad de ser productiva. Con la institucionalización que surgió de los modelos de gobierno democrático, hoy el hospital cumple con una función específica en

los sistemas de salud, esto es, asistencia y seguridad social como una extensión de un sistema capitalista de producción (Lahelma, 2001).

El sistema capitalista de producción juega así un doble papel: primero, el de mantener a una base de población con las capacidades mínimas suficientes para ser útil al sistema productivo al tiempo que recibe una remuneración económica insuficiente, un espacio habitable con carencias y con ello la creación de círculos de pobreza; en segundo término entra en juego el papel del hospital, una institución de beneficencia o de asistencia ante los mismos problemas de salud emanados gracias a las condicionantes de vida impuestos por el sistema (Morral, 2009) pero que tiene un límite en el alcance y la calidad de los servicios que presta.

Actualmente, para las personas en general el hospital representa constructos diferentes a los reconocidos desde centurias o quizá décadas atrás, cuando se concebía al hospital como un lugar de asilo, de segregación de los enfermos y, finalmente, un espacio destinado a la condena de muerte luego de un proceso de enfermedad. Hoy, se reconoce socialmente, de acuerdo con López (S/F) que el hospital es la institución central de la atención médica sin importar la condición socioeconómica de quien padece una enfermedad.

El cuidado personal, provisión de medicamentos, revisión diagnóstica, medidas preventivas y el seguimiento de una serie de rutinas para la recuperación de la salud son parte de las rutinas al interior del hospital, todo ello bajo la guía de personal calificado. Sin embargo, y acorde con sus resultados, cada institución hospitalaria se forjará su propia imagen ante la sociedad según su respuesta a las necesidades de vigilancia y recuperación de la salud habiendo tenido también en cuenta la accesibilidad de los servicios y la atención del personal (Jiménez, 2003).

No es sino hasta épocas más recientes que el hospital se ha convertido en una institución de carácter capitalizador de la necesidad por la salud y por ello una institución que genera segregación social por la calidad de la atención y servicios a los que se puede tener acceso dada una condición socioeconómica (López, S/F) y de acuerdo también al

lugar donde se vive, esto es, la “percepción de la enfermedad de acuerdo a la clase social” (Sontag; citado por Morral, 2009).

Regularmente, el hospital ha tenido interacción diversa con los actores de la sociedad desde su nacimiento: iglesia, sociedad abierta, y gobierno. Esta interacción se ha reflejado también en el manejo mismo de los hospitales por parte de estos grupos siendo así posible su construcción y otorgando un servicio caracterizado por alguna ideología ya sea religiosa, de beneficencia pública o de compromiso social por lo que los mecanismos de atención han tenido los matices correspondientes de los actores involucrados en su manejo.

Habiéndose convertido las inequidades socio-económicas en factor generador de inequidades en la salud, los gobiernos crearon estrategias apegadas al corte *institucional* con el cual se dictaron normas y fundamentos sobre la manera en que el hospital, tanto en estructura material como en personal humano, jugaría un papel decisivo en beneficio de la salud y como parte del contexto social (Dobkin, 1987).

El Estado se encargaría entonces de administrar y regular a las instituciones de salud creando sistemas y leyes de organización de los servicios de salud pero permitiendo también la presencia de la atención privada y con fines de lucro. Esta última permisión abriría la posibilidad de desahogar la presión hacia el Estado por otorgar una atención universal y que por cuestiones de economía habría de ser de baja calidad a comparación de los servicios privados.

Los sistemas de salud actuales de salud otorgan un papel central y decisivo al hospital tanto en su carácter de equipamiento como de institución, papel que se ha trasladado paulatinamente desde la mecanicidad de labores legislada, hasta una adaptación al ámbito de lo local. Un hospital tiende a generar vínculos con el estilo de vida de un lugar. La evolución de los vínculos se da a la par de los progresos, estancamientos o retrocesos vividos en la localidad y que tienen efecto sobre las condiciones de salud y enfermedad.

Eventos críticos como los sismos, huracanes o sequías y su efecto sobre la población al manifestarse como hambrunas, epidemias o proliferación de insectos nocivos.

Así mismo, la estructura de los servicios de un hospital se adecuaba a la situación económica, política y cultural de la localidad en sus manifestaciones de tipo e intensidad de actividades laborales, presencia de organizaciones populares y la existencia de convenciones locales sobre cómo deben ser los servicios hospitalarios para la comunidad.

1.2.2. *El hospital y su papel en la sociedad mexicana*

La consolidación de un sistema de salud que proporcionara equipamientos hospitalarios para la población fue un logro paulatino no exento de retrocesos para la nación mexicana. Con los cambios en la estructura demográfica así como de los lugares de asentamiento de la población, cada tipo de gobierno desde la Nueva España y hasta los tiempos actuales ha debido establecer estrategias pertinentes para crear infraestructura y modelos de servicio para vigilar por la salud pública.

Durante la época de La Colonia, los hospitales eran dirigidos principalmente por miembros de la Iglesia. Las enfermedades principales eran a causa de las epidemias infecciosas y accidentes de trabajo propios de la época (Cooper, 1980). Debido a la participación de los grupos religiosos, los hospitales representaban también en ese entonces un lugar de adoctrinamiento y en donde se promovía la fe con la oración y peticiones para “recuperar la salud”. Este modelo hospitalario permitía combinar el conocimiento médico vigente con la atención “humana” hacia los enfermos con la condición no explícita de acercarse al credo Católico.

De acuerdo con Chávez (1947), alrededor de la época de la recién independizada nación mexicana, el auge del pensamiento científico y su influencia sobre el campo de la medicina ejercía ya presión sobre la Iglesia como única regente del modelo de atención hospitalaria por lo que en años sucesivos habría una reorganización de las escuelas de medicina y de los hospitales otorgando mayor injerencia al movimiento médico científico con base en nuevas leyes y estatutos de corte liberal y dejando por tanto de lado las cuestiones de la fe y la religiosidad como principio para lograr la sanación.

El gobierno de Benito Juárez fue partícipe del movimiento por la medicina científica y el apartamiento de la Iglesia como entidad rectora de los hospitales aunque cediéndole espacios para su intervención con fines meramente altruistas y sin

evangelización. El gobierno enfrentó sin embargo problemas para financiar los servicios hospitalarios.

En esos tiempos, para la población era habitual el entregar donaciones a los grupos religiosos para que las mismas fueran destinadas al mantenimiento de los hospitales y la caridad hacia los enfermos, pero no sucedía lo mismo al convertirse los hospitales en responsabilidad del Estado.

La población percibió carencias en los servicios hospitalarios brindados por el Estado, el cual pretendía cambiar la idea de la caridad por la de la beneficencia. Se decidió entonces permitir legalmente la construcción de hospitales privados para desahogar responsabilidades, pero el beneficio sólo fue alcanzado por las clases altas (Álvarez, 1960).

Años más adelante, el gobierno de Porfirio Díaz promovía a inicios del Siglo XX las inversiones extranjeras en el país por lo que las actividades industriales, de minería, así como de la construcción, crecieron para generar una bien definida clase trabajadora por la que debía vigilarse por su salud pero teniendo en cuenta una legislación propia.

Se contempló así a la seguridad social como una forma de darle continuidad a las capacidades laborales de los trabajadores para su beneficio y el de las empresas. Se construyeron en ese entonces algunos hospitales específicos para la atención de los trabajadores (IMSS, 1971) ante los reclamos de las nacientes organizaciones de trabajadores.

Luego de finalizada la Revolución Mexicana, el Estado acogió a la “justicia social” como estandarte de políticas diversas, entre ellas las destinadas a la salud de la población.

Desde ese entonces, algunas reformas a las leyes permitieron identificar ya a los hospitales como instituciones con funciones integrales que abarcaban desde las políticas sanitarias preventivas (campañas de vacunación, limpieza y de educación para la salud), así como la de un lugar en el con base en el progreso de la ciencia y una esmerada atención personalizada se estaría satisfaciendo a la población trabajadora pero también a la población abierta.

La vulnerabilidad existente ante las enfermedades contribuyó a que el gobierno de Lázaro Cárdenas considerara ya no la “beneficencia pública” sino la “asistencia social” como una obligación del Estado. Se crearon entonces medidas para que los hospitales atendieran el grave problema de la mortalidad materna e infantil (Méndez, 1979).

Las bases para la creación de hospitales que conformarían años después al Instituto Mexicano del Seguro Social habían sido ya asentadas durante el gobierno cardenista al aportarse ideas sobre cómo debería ser el financiamiento, qué tipo de seguridad social debería ofrecerse y cuál debería ser el papel del sistema de salud y de los hospitales en la sociedad mexicana (Carrillo, 2004).

De acuerdo con lo reseñado por Lombera (1980) fue durante el gobierno de Manuel Ávila Camacho que se fueron generando leyes específicas para la promulgación de la Ley del Seguro Social en 1941 y la construcción de un sistema de hospitales cuyas atenciones se destinarían principalmente a las situaciones correspondientes a la maternidad, la invalidez, los accidentes de trabajo y el ofrecimiento de una garantía económica ante los mismos.

La población empezó a asimilar a los hospitales, en este caso del IMSS, como el lugar donde los trabajadores “afiliados” podían hacer efectivas sus demandas con relación a la salud y de acuerdo a los mecanismos legales acordados. Al mismo tiempo, la población inició una diferenciación conceptual entre la población “afiliada” y la “población abierta”.

La promoción desde el Estado para la creación de grandes hospitales en el entorno urbano, así como de clínicas medianas en pequeñas comunidades, hizo patente la demanda de mayor personal humano ante la duplicidad de funciones que estaba llevando a cabo el personal de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) al formar parte de los servicios otorgados por el IMSS. Este personal daría servicio a la población afiliada al IMSS siendo esta una entidad para la consulta externa de primer nivel y ya con posibilidades de crecer al segundo nivel, mientras que en los hospitales de la SSA el personal prestaba sus atenciones, además de la atención hospitalaria para la población abierta, a las estrategias para las campañas de vacunación y de control epidemiológico.

El desarrollo industrial del país en aquellos años amplió la base de trabajadores afiliados al IMSS. El crecimiento de la economía generó también un aumento en la población dedicada a los servicios públicos desde las oficinas gubernamentales y a quienes se les identificó como “trabajadores federales” o “burócratas”.

Estos trabajadores requirieron también de atención específica respecto a la seguridad social y diferenciada del resto de trabajadores afiliados al IMSS. Con la creación del Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1958 se estaría satisfaciendo la necesidad de una seguridad social para esta clase trabajadora en particular (Fajardo, 1979).

Aunque desde hace décadas no se han creado nuevas instituciones relevantes a nivel federal para la atención de la salud y con la provisión de hospitales y personal humano, sí han existido a cambio diferentes estrategias para adecuar los servicios de salud a las necesidades cambiantes de la población. El caso más reciente es la creación del sistema “Seguro Popular” pero sus funciones se apoyan en el equipamiento y personal humano ya existente. En capítulo posterior se realiza el análisis a fondo de la operación de estos esquemas de salud que operan en México para formar el Sistema Nacional de Salud.

1.2.3. El desarrollo urbano y los equipamientos para la salud en Ciudad Juárez

Con el crecimiento de la mancha urbana en forma acelerada desde hace unas décadas, en esta ciudad ha sido manifiesta la necesidad de ofrecer nuevos equipamientos para la salud (Cervera, 2007). La ciudad cuenta con una historia de desarrollo urbano apegado a decisiones políticas y económicas para la edificación de hospitales y espacios para la salud y en donde los grupos participantes han manifestado sus intereses públicos y particulares que ha influido en el estado actual de accesibilidad a tales provisiones del desarrollo urbano.

Enseguida se muestra información recabada por el Instituto de Arquitectura de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez,¹ respecto a la paulatina construcción de equipamientos hospitalarios en Ciudad Juárez, desde el periodo de 1899 a 2010.

1. Se constituye la Sociedad Médica de Ciudad Juárez en 1899.
2. En la primera década del Siglo XX la ciudad contaba con poco más de 8000 habitantes, habiéndose ya fundado los hospitales “Luis Terrazas”, “Cruz Blanca” y “Hospital Juárez”.
3. Se crea un Hospital de Sangre en 1911 durante la lucha revolucionaria. El hospital se ubicó en la actual esquina de Guerrero y Corona de la zona centro. En la antigua Presidencia Municipal (16 de Septiembre y Mariscal) se ubican puestos de socorro de las cruces Roja y Blanca. Luego de la toma de Juárez en el año mencionado y durante la Revolución Mexicana, se crea el Hospital Civil Libertad.
4. Poco antes de los años 20’s del siglo pasado se crea el Consejo Superior de Salubridad Pública a nivel nacional, ordenándose aquí la creación de una Junta Sanitaria integrada por un médico, un veterinario, un farmacéutico y un abogado. Se crea también una Junta de Beneficencia Pública.
5. En el Hospital Civil se crea la primera Escuela de Enfermería en el año de 1923. Este hospital se amplía en 1928 para atender a enfermos contagiosos y menesterosos.
6. Durante los años 30’s, los empresarios otorgan donativos para la construcción de la “Casa Hogar” para la prestación de servicios asistenciales.
7. Durante la administración de Antonio J. Bermúdez en los como alcalde en los años 40’s se entrega subsidio de 1500 pesos mensuales al Hospital Civil. Se concluye además el edificio del Centro de Salud ubicado en la zona centro, calles Juárez y Guerrero (1945). En el año de 1948 inicia la construcción del edificio para el Hospital General, fuera de la entonces zona urbana, hoy sobre la Ave. Paseo Triunfo de la República. En el mismo año se inaugura el inmueble para la Cruz Roja en las calles González e Internacional. Se constituye además el Centro Médico de Especialidades.

¹ Versión corregida del Inventario de monumentos históricos y edificios relevantes elaborado en IADA-UACJ por la Dra. en Arq. Elide R. Staines (2006).

8. En los años 50's es creado el Dispensario Antivenéreo Municipal que incluye plata de laboratorio. Luego de varios años en construcción, se inaugura en 1959 el edificio del Hospital General. Ese mismo año se instalan en la ciudad las primeras oficinas del Seguro Social.
9. Durante los años 60's la ciudad cuenta con poco más de 250,000 habitantes. Existen ya para la atención en la salud varios sanatorios particulares: Centro Médico, Santa Rosa, Belén, Bermúdez, Dávalos, De Luxe, Orfha, Central Médica y Monumento. Se inaugura además el ISSSTE en la zona PRONAF.
10. Se establece el Comité Municipal de Salud siguiendo las directrices de la Organización Mundial de la Salud en los años 70's. El Hospital General recibe una remodelación ampliando la sala de terapia intensiva y se construyen 11 nuevos consultorios. En 1979 es inaugurado el edificio de la Cruz Roja en la Ave. Henry Dunant.
11. En la década de los 80's se amplía la provisión de servicios particulares para la salud con la construcción de los hospitales Latinoamericano, San Rafael, Guernika y Providencia. En cuanto a la atención pública, se inaugura el Centro de Atención para Enfermos Mentales (CRAEMAC).
12. En la última década del Siglo XX se crea la Sociedad Médica del Hospital General. Se construye y se funda el edificio del Sanatorio Poliplaza Médica.
13. En la primera década del Siglo XXI se construye e inaugura el edificio para el Hospital de la Mujer sobre la Ave. Paseo Triunfo de la República (año 2002). Inicia en el año 2007 la construcción de los ya inaugurados edificios de atención privada a la salud Hospital Ángeles y Star Médica, ubicados el primero sobre la Ave. Campos Elíseos y el segundo sobre el Paseo de la Victoria, es decir, sobre zonas de franco desarrollo urbano.

Este proceso de dotación de equipamiento urbano en la ciudad se fue originando con cierto apego a los ideales de cada época en el siglo pasado: justicia social durante la etapa post revolucionaria, la asistencia social a partir de los años 40's, la permisión para el servicio hospitalario privado como forma de alivio a la carga sobre el Estado y la libertad de elección del solicitante.

En los inicios del nuevo milenio, la apertura de los grandes hospitales privados como signo de la entrada del neo liberalismo económico y la globalización en el mercado de la salud de esta ciudad ha generado una competencia por la atención médica –aunque no bien asentada- con los servicios hospitalarios públicos y privados ofrecidos en El Paso, Texas, fenómeno que hoy se conoce como “turismo médico”.

La dotación de equipamiento hospitalario por parte de autoridades gubernamentales y grupos privados en la ciudad se ha tratado de adaptar a las condiciones económicas, sociales y políticas imperantes en cada etapa señalada de la historia juarense, así, los hospitales a principios de siglo, carecían de una regulación específica a nivel federal y siendo más bien los mismos producto de los esfuerzos de las sociedades médicas y la población civil.

Con el crecimiento paulatino de la población, han surgido también los hospitales privados desde mediados del siglo pasado. Con la llegada de la industria maquiladora se incrementó notablemente la demanda de servicios públicos y dotación de vivienda. Respecto a los servicios para la salud, el creciente número de trabajadores afiliándose a la seguridad social obligó a las autoridades aumentar la cantidad de equipamiento hospitalario y del cual en la actualidad existe una dotación tanto de carácter público como de carácter privado.

La ubicación de los equipamientos provistos por la seguridad social (IMSS, ISSSTE, Pensiones Civiles) se ha concentrado históricamente sobre zonas de desarrollo urbano establecidas hasta finales de los años 80's, existiendo una casi nula dotación en las zonas desarrolladas a partir de los años 90's y que se localizan principalmente al sur y sur oriente de la ciudad como se mostrará en el siguiente apartado.

1.2.4. Equipamiento hospitalario en Ciudad Juárez

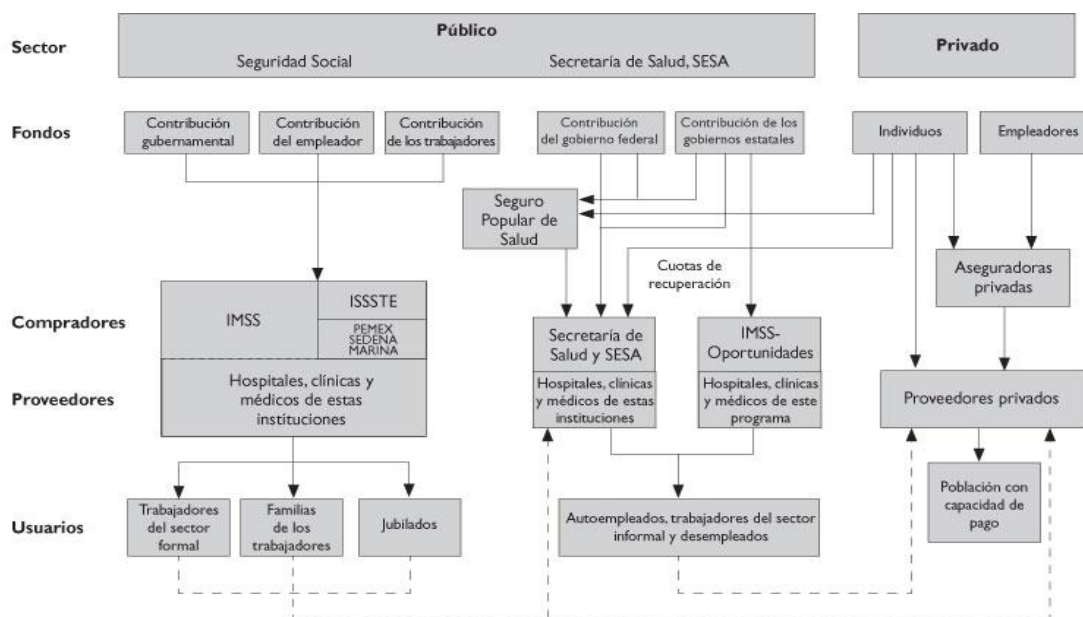
En este apartado se detalla cuál es la ha sido la dotación de equipamiento hospitalario en cantidad, tipo de servicio y distribución hasta el año 2010. Los datos presentados provienen principalmente de los planes de desarrollo urbano de la ciudad, de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 y los informes del IMSS.

En esta ciudad, los servicios de salud pública son coordinados por la Jurisdicción Sanitaria No. 2 y el sistema de hospitales generales urbanos y comunitarios pertenecientes al Sistema Estatal de Salud del Instituto Chihuahuense de la Salud (SES-ICHISAL). Respecto al IMSS, su papel como institución para la salud pública es resultado del crecimiento de la ciudad por la llegada de personas que se incorporaron como trabajadores en la industria maquiladora, lo causó un incremento notable en el número de asegurados y para quienes debieron establecerse estrategias de atención.

Antes de detallar las características del equipamiento hospitalario público y privado instalado en la ciudad, es necesario conocer cuál es su papel dentro del esquema de organización del Sistema Nacional de Salud y a qué instancias obedecen. Para Guzmán y cols. (2011) en México el sector público de atención para la salud se subdivide en un sector público-social y un sector público-asistencial.

Existe además, indica Guzmán, el sector privado que funciona con fines de lucro que no por ello está exento de colaborar en actividades con el sector público cuando las autoridades correspondientes así lo requieran.

Gráfica 1: Organización del Sistema de Salud en México



La gráfica anterior muestra que en el sistema público de salud con afiliación de trabajadores, la mayor parte de la cobertura es provista por el IMSS y en segundo término por el ISSSTE. Los servicios asistenciales del sistema público son provistos por la Secretaría de Salud, IMSS Oportunidades y más recientemente por el Seguro Popular. Los servicios de salud se complementan por el sector privado a donde acuden los individuos que pueden optar por esta opción según su capacidad de pago.

En Ciudad Juárez existen los tres sectores de servicios mencionados: público, privado y social, de acuerdo al diagnóstico realizado por Suárez y cols. (1998). Los servicios públicos de salud son cubiertos en su mayor parte por el IMSS (en el sector de seguridad social a los trabajadores) y por ICHISAL (Hospital General, Hospital de la Mujer, Hospital Infantil, clínicas vecinales y rurales dedicados a la asistencia social) dada su capacidad en volumen de atención por unidad médica, sin embargo es el sector privado quien logra una mayor distribución de equipamientos, si bien no amplios en estructura la mayoría de las veces, sí con mayor cercanía a la población en general (Infomexus-Sadec-Femap, 2000). Una menor proporción de servicios hospitalarios es brindada Cuadro 1 por instituciones como el ISSSTE, Hospital Municipal y Pensiones Civiles del Estado.

Cuadro 1: Equipamiento según sectores del sistema de salud en Ciudad Juárez hasta el año 2000

Sector público-social	Sector privado	Sector público-asistencial
Instituto Mexicano del Seguro Social	802 consultorios médicos privados	2 unidades de consulta externa
Instituto de Seguridad Social y Salud para los Trabajadores del Estado	42 clínicas y hospitales	3 clínicas y hospitales
Pensiones Civiles del Estado	1 unidad de consulta externa	-----
Secretaría de la Defensa Nacional	201 unidades de enfermería y servicios médicos en las plantas maquiladoras	-----
Servicio Médico de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez	-----	-----
Hospital psiquiátrico civil Libertad	-----	-----
Servicios médicos municipales	-----	-----
SSA, Centro de Salud	-----	-----

Fuente: Elaboración propia con datos de INFOMEXUS-FECHAC-SADec/FEMAP

Los datos del cuadro anterior permiten distinguir que el sector privado ha contado con una mayor cantidad de consultorios, clínicas y hospitales, sin embargo la dimensión de los mismos es pequeña o mediana en la mayoría de los casos. Por el contrario, el equipamiento del sector público social (IMSS, ISSSTE principalmente) ha sido por lo general de mayor dimensión en cuanto a volumen de atención por unidad.

Se distingue también que el sector público-asistencial (SSA, Hospital General, Hospital de la Mujer, Hospital Infantil) se concentran en un área específica sobre la Ave. Paseo triunfo de la República. Aunque su capacidad en volumen de atención por unidad es amplia, el número de las mismas es insuficiente para atender a la población no afiliada a la seguridad social y que carece de recursos económicos para buscar atención en el sector privado.

Cuadro 2: Clínicas del IMSS en Ciudad Juárez, 2010

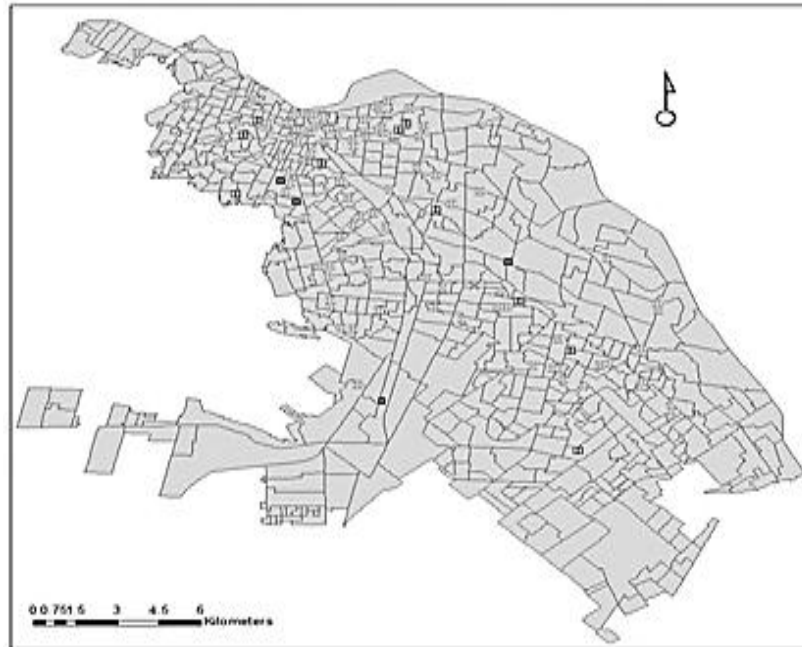
Unidad	Estado	Dirección
Clínica IMSS 46 Cd.Juarez	Chihuahua	Ave. Henry Dunant # 610 Col. Pronaf
Clínica IMSS 47 Cd.Juarez	Chihuahua	Calle Libertad Núm.2110 Col. Chaveña
Clinica IMSS 56 Cd. Juarez	Chihuahua	Miguel Hidalgo # 3904 Col. Durango
Clinica IMSS 50 Cd.Juarez	Chihuahua	Irlanda Y Guadiana S/N Col. El Mirador
Clinica IMSS 34 Cd.Juarez	Chihuahua	Ave. Valentín Fuentes #2582 Col. Infonavit Casas Grandes
Clinica IMSS 64 Cd. Juarez	Chihuahua	Henequén Y 3a. # 1581 Col. Salvárcar
Clinica IMSS 48 Cd.Juarez	Chihuahua	Calle Manuel J. Clouthier # 8625 Col. Infonavit Ángel Trías
Clinica IMSS 61 Cd. Juarez	Chihuahua	Calle Carlos Villareal Y 4a.S/N Anexo Col. Zona Pronaf
Clinica IMSS 62 Cd. Juarez	Chihuahua	Porfirio Parra Y Soto Gama S/N Col. Fco. I. Madero
Clínica IMSS 63 Cd. Juarez	Chihuahua	Coatepec #4829 Col. Díaz Ordaz (Centro Comunitario)
Clínica IMSS 65 Cd. Juárez	Chihuahua	Ejido Galeana # 1333 Col. Manuel Valdez
Clínica IMSS 67 Cd. Juárez	Chihuahua	Av Santos Dumont # 654 Entre L Bleriot Y Escuadrón 201 Parque Ind. Panamericano
Clínica IMSS 66 Cd. Juárez	Chihuahua	Durango 951 y Ramón Rayón, Col. Bosques de Salvárcar.

Fuente: Directorio de clínicas del Seguro Social, Ciudad Juárez. Disponible en:

<http://www.imss.gob.mx/directorio/pages/instalaciones.aspx>

Tomando como referencia al IMSS por ser la institución que cubre a la mayor parte de la población juarense, se tiene en cuenta que el mismo posee hasta el año 2010, trece clínicas familiares distribuidas en la zona urbana alcanzando a cubrir hasta el segundo nivel de atención médica y, en algunos casos, la atención especializada de tercer nivel.

Gráfica 2: Distribución de clínicas del IMSS en Ciudad Juárez, 2010



Fuente: Elaboración propia con datos del IMSS, en el directorio de clínicas del Seguro Social.

Contrario a la distribución de equipamientos del sector asistencial de la salud (SES-ICHISAL), no existe un patrón específico de distribución geográfica de los hospitales para la seguridad social del trabajador (IMSS). La ubicación de las unidades de este instituto se ha concentrado en la zona centro y norponiente pero también los hay en forma aislada sobre algunas zonas de la ciudad. Los hospitales en su mayoría se construyeron en las zonas más antiguas de la ciudad y hoy deben adaptarse a la nueva distribución poblacional.

Para los derechohabientes se presentan problemas específicos en cuanto a la accesibilidad a los equipamientos: no siempre la afiliación coincide con el hospital más cercano, sino con aquél en donde hay un espacio disponible, situación que involucra una mayor inversión en tiempo y dinero para el traslado hacia las unidades de atención; las

condiciones no satisfactorias de sistema de transporte urbano de la ciudad entre cuyas deficiencias se encuentra la inadecuada disposición para el traslado de personas en sillas de ruedas, condiciones internas de insalubridad, traslados no siempre directos hacia la unidad hospitalaria e incomodidades propias del traslado por causa del deterioro de las vialidades (Lara, 2005).

Los hospitales y clínicas privados han ido ganando presencia en la ciudad desde hace décadas, representando una alternativa para las clases que pueden pagar por este tipo de servicio. El crecimiento de la economía juarense ha permitido la apertura de cada vez más hospitales privados cuyo equipamiento crecido tanto en calidad como en cantidad alrededor de la ciudad. Quienes acuden a estos hospitales no son solamente la población no asegurada, sino también las personas ya afiliadas a algún esquema de salud de la seguridad social, de acuerdo a la Jurisdicción Sanitaria No. 2.

La distribución de los hospitales privados sobre la ciudad cubre más área que la correspondiente a los hospitales adscritos al sistema de seguridad social y de asistencia pública, sin embargo la accesibilidad a sus servicios está sujeta al costo de los servicios. En los sectores de más reciente urbanización, como lo son las zonas sur y sur-oriente, los servicios privados de salud consisten en su mayoría en clínicas medianas o pequeñas en cuanto a número de camas censables y donde se atienden principalmente partos y consulta médica básica.

En los sectores más urbanizados, por el contrario, se cuenta con dotación de hospitales con atención desde primero a tercer nivel; estos hospitales tienen como foco de atención a las clases sociales más pudientes la mayoría de las veces o, en algunos casos, a personas que sólo en estas instalaciones pueden encontrar la atención especializada para su demanda en salud. Lo anterior sucede, tomando como referencia la siguiente gráfica, en centro nororiente y las áreas aledañas al centro geográfico. En contraparte, los sectores norponiente, centro poniente, sur y suroriente tienen menor dotación de equipamiento e

infraestructura. En estos sectores se concentra población que pertenece principalmente a las clases sociales con un nivel de bienestar medio, bajo o muy bajo.²

Cuadro 3: Hospitales y clínicas particulares más concurridos. Ciudad Juárez, 2010

Nombre	Dirección
Centro Médico de Especialidades	De las Américas 201 Nte., Col. Margaritas
Clínica Club de Leones	21 de Marzo 2366
Clínica Fátima	Granjero 7022.1, Col. Oasis
Hospital Guernika	Hermanos Escobar 3213, Col. La Playa
Hospital Ángeles	Campos Elíseos 9371
Hospital Médica Sur	Ave. Ejército Nacional 6325
Hospital Starmédica	Paseo de la Victoria 4370
Poliplaza Médica	Pedro Rosales de León 7510
Hospital Juárez	Blvd. Óscar Flores 5407
Juárez Medical Center	Paseo de la Victoria 2515
Sanatorio y Clínica Providencia	Constitución 217

Fuente: Gobierno Municipal, sitio oficial de Internet: <http://juarez.gob.mx>

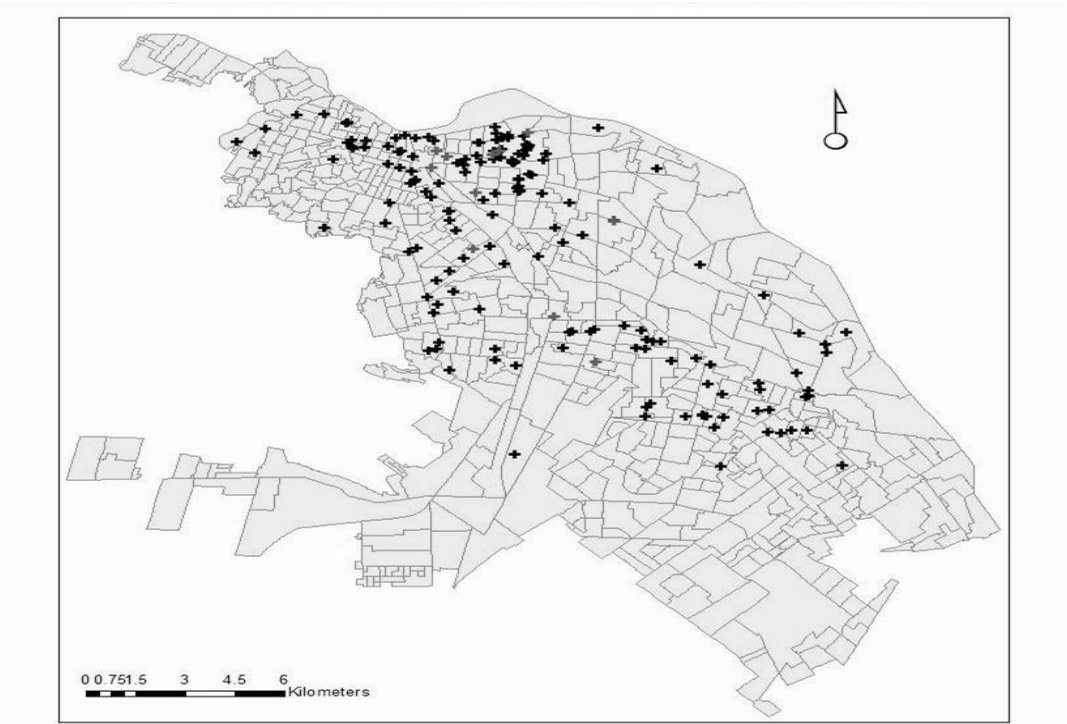
En la ciudad, los servicios hospitalarios se caracterizan por una mayor cobertura por parte del sector público-social (59.18% hasta 2011, y 52.35% en 2012) de acuerdo al INEGI (2012). La cobertura va dirigida mayoritariamente a la población trabajadora de la industria maquiladora y sus familias correspondientes.

Con la combinación de los sistemas público y privado se ha logrado hasta 2010 una cobertura cercana al 92% de la población. Un 5.65% de la misma, por el contrario, no ha especificado su adscripción a algún sector de servicios para la salud, ya sea público o privado. Esta porción de población de más de 75,000 habitantes es hoy el blanco de los

² Para ampliar información visual al respecto puede consultarse la gráfica No. 7 donde se ubican los sectores de la ciudad de acuerdo a su nivel de bienestar.

programas tanto del Instituto Chihuahuense de la Salud como del programa Seguro Popular.

Gráfica 3: Distribución de lugares donde se brindan servicios médicos privados en Ciudad Juárez, 2010



Fuente: Elaboración propia con datos del Gobierno Municipal.

Cuadro 4: Población total del municipio según condición de derechohabencia a servicios de salud en general y porcentaje sobre la población total. Ciudad Juárez, 2010

Total	Derecho- habiente s SES	Derechohabiente						Derecho- habiente privado		No especificado
		Sub Total	IMSS	ISSSTE	ISSSTE Estatad	PEMEX/ SEDENA/ SEMAR	Seguro Popular	Inst. Privada	Otra	
1,332,131	325,215	931,552	697,496	32,602	3,259	1,240	148,412	24,220	34,095	75,364
100%	24.41%	69.92%	52.35%	2.44%	0.24%	0.09%	11.14%	1.81%	2.55%	5.65%

Fuente: Elaboración propia con datos del Anuario Estadístico de Chihuahua, 2012

Para alcanzar sus metas, el sistema de Seguro Popular requiere un mayor abasto de equipamientos y recursos humanos que no sean consumidos por la duplicidad de atenciones debido a que el sistema de Seguro Popular se apoya en el uso de los equipamientos ya construidos del SES así como el aprovechamiento de su personal. No existen proyectos confirmados en la actualidad sobre construcción de equipamientos propios de este sistema aunque la afiliación al mismo sigue en aumento.

1.2.5 Planificación urbana y normatividad en la construcción de equipamientos para la salud

Además de los análisis realizados por el Instituto Municipal de Investigación y Planeación (IMIP), existen diversas investigaciones que han explicado qué tipo de estructura urbana ha adquirido Ciudad Juárez luego de varias décadas tras la implementación de planes de desarrollo: Fuentes (2007), Cervera (2005), García (2005), entre los más importantes. Cada investigación ha dado cuenta, de acuerdo a sus objetivos, de las características en materia de equipamientos y cómo la ubicación de los mismos va determinando la estructura de la mancha urbana.

En el caso de Ciudad Juárez, se ha considerado que su estructura urbana ha sufrido cambios pasando desde el tradicional modelo de desarrollo monocéntrico, concentrándose las actividades de comercio y servicios en una locación específica, hasta una actual estructura urbana de enfoque multicéntrico (Fuentes, 2007) con el cual se han diversificado las locaciones para que los ciudadanos lleven a cabo sus tareas cotidianas.

La estructura multicéntrica (a veces llamada también “policéntrica”) de la ciudad ha tenido como base inicial la implantación de sectores como centros de trabajo, principalmente para la industria maquiladora. De acuerdo con el Plan de Desarrollo Urbano 1989-1990 (PDU 1989-1990), la expansión de la ciudad configurando un modelo “polinuclear” ha sido principalmente debido a la aparición de centros comerciales agrupados bajo techo en donde el contacto social se da con mayor intensidad, contacto que en cierto sentido es sustitutivo del contacto que habría si se tuviera suficiente equipamiento en cuanto a zonas recreativas y culturales.

Este modo de contacto social promueve subliminalmente, de acuerdo al análisis del PDU, patrones de consumo con una base subliminal en el “prestigio”, lo “moderno” y la “comodidad”.

El crecimiento de la ciudad se ha apegado a las leyes del mercado inmobiliario donde los equipamientos públicos (escuelas, parques, hospitales, centros culturales) no son elementos rentables sino que la intención principal es vender al mejor postor (Llera, 2010). Así, hay un beneficio inmediato para el vendedor, mientras que el comprador decidirá obtener una pronta recuperación de su inversión. Este tipo de desarrollo de la mancha urbana en la ciudad, así como una la reglamentación obsoleta “condicionan el mantenimiento de situaciones de segregación social” (PDU, 1989-1990).

Años después el crecimiento de la mancha urbana ha tenido como intención el promover la competitividad para la atracción de centros de actividades comerciales y centros laborales (Llera y López, 2011). En menor grado se ha dado la promoción de espacios para actividades en cuanto a servicios públicos dadas las tendencias a buscar que los espacios generen capitalización. De acuerdo al estudio del Plan de Desarrollo Urbano hasta tales años:

Las zonas o núcleos urbanos (algunos en formación) responden a características concretas respecto a la actividad predominante: comercial y servicios, industriales o habitacionales, dentro de las cuales se han insertado elementos de equipamiento posteriormente a su creación. Esto indudablemente, no responde de manera óptima a las demandas ni genera concentraciones importantes de equipamiento en términos de agrupaciones funcionales. (PDU 1989-1990, p. 135).

Al revisar los planes de desarrollo urbano desde 1989-1990 hasta 2010, se encuentra como constante la indicación de disminuir los déficits de equipamiento urbano tanto en localización como en cantidad. El rezago se ha generado principalmente por el crecimiento constante de las zonas habitacionales no provistas de elementos tales como parques y áreas recreativas en buen estado, hospitales, escuelas y centros culturales; la

principal provisión en las nuevas zonas habitacionales han sido los centros comerciales (Velázquez, Martínez y Castillo, 2010).

A finales de los 80's se contempló la necesidad de generar una oferta pública de suelo que contribuya a evitar dos situaciones problemáticas en la toma de decisiones para el desarrollo urbano: los procesos especulativos en el precio del suelo, así como los liderazgos de invasiones a predios y con ello dotar del adecuado equipamiento urbano para las zonas habitacionales proyectadas (PDU 1989-1990).

Ante la necesidad de cuantificar el equipamiento urbano que se requeriría para las concentraciones de población distribuidas en la ciudad, a inicios de los 90's la norma de dotación y dosificación se apegó a lo solicitado por el Sistema Normativo de Equipamiento de la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología (SEDUE). La dosificación de equipamiento tomó el siguiente criterio desde 1990:

- 1) Se considera un “centro vecinal de servicio básico” si el núcleo habitacional se encuentra en un rango de población de 6,000 a 8,000 habitantes.
2. Un “centro de nivel medio” es aquel que tiene un rango de población entre 30,000 a 35,000 habitantes.
- 3) Un “subcentro urbano de servicio intermedio” tiene una población de atención de 100,000 habitantes.
- 4) Los “centros urbanos de servicios regionales y estatales” tienen una población aproximada de 200,000 habitantes.

Las proyecciones de crecimiento demográfico desde 1990 permitirían, de acuerdo con el PDU, calcular cuáles serían las demandas futuras en cuanto a equipamientos e infraestructura, la distribución de la población así como las vialidades pertinentes para transporte. Estas proyecciones proyectaron que en 2010 existirían las siguientes condiciones específicas de agrupamientos de población para las que sería necesario estar previendo, en primer orden, la obtención de suelo urbano y en segundo orden la dotación de infraestructura y equipamiento correspondientes.

Cuadro 5: Síntesis de agrupaciones de población proyectadas y superficie requerida al año 2010

Agrupación	Número de centros	Superficie requerida en Has.
Centros vecinales	110	251.02
Centros de nivel medio	26	127.92
Sub centros urbanos	9	93.52
Centros urbanos	4	26.36

Fuente: Elaboración propia con datos del Plan de Desarrollo Urbano 1989-1990 del IMIP

Con la proyección de agrupaciones de población, se estaría también proyectando cuáles serían las necesidades de equipamientos, sin embargo con el crecimiento de las áreas habitacionales no hubo un acompañamiento de dotación suficiente de equipamientos en áreas como la educación y la salud.

Las previsiones señaladas por los analistas tomaron en consideración lo propuesto por el Plan Estatal de Desarrollo Urbano que en 1990 tenía entre sus objetivos generales:

- Propiciar las condiciones favorables para que la población pueda resolver sus necesidades de suelo urbano, vivienda, servicios públicos, infraestructura y equipamiento urbano.
- Racionalizar en el territorio estatal la distribución de la población y las actividades económicas localizadas en las zonas de mayor potencial de la entidad.

En cuanto a objetivos particulares respecto a infraestructura, se consideró que era necesario:

- Prever las demandas de infraestructura básica de agua potable, alcantarillado sanitario y electricidad.
- Identificar las prioridades locales, con el fin de eficientizar los servicios en apoyo a las actividades económicas y sociales.
- Reducir el déficit de infraestructura en zonas habitacionales en un tiempo reducido, y proponer acciones alternativas de solución.
- Dotar a la ciudad del equipamiento sectorial suficiente que satisfaga las necesidades de la población, según la localización y cantidad requeridas en la actualidad (1990) y al año 2010.

- Establecer los criterios de coordinación entre las distintas instancias de gobierno, encargadas de la creación y operación de los elementos de equipamiento, con el fin de concertar acciones tendientes a la creación de una estructura urbana racionalmente distribuida de acuerdo al uso de suelo.

Tres tipos principales de uso de suelo urbano serían considerados en Ciudad Juárez: habitacional, industrial y de equipamiento. Los cálculos de necesidad territorial para cada uso de suelo indicaron que se requería destinar el 80.24% de las reservas territoriales al sector habitacional, el 13.63% al sector industrial y sólo el 6.12% al sector de equipamiento.

Si bien el estudio realizado en el periodo 1989-1990 contribuyó en la exposición de datos básicos antecedentes a la requisición de equipamientos e infraestructura, no explicó a fondo cuál era la necesidad específica en equipamientos para la salud en materia de hospitales, clínicas y centros de atención de primeros auxilios.

La sugerencia principal en el PDU 1989-1990 fue construir más “centros asistenciales de salud” y remodelar los ya existentes. Las indicaciones emitidas en este periodo servirían sin embargo como referente en los subsecuentes planes de desarrollo tanto en los aspectos generales como en lo particular sobre equipamiento para la salud, lo que en cambio sí sería más detallado en el Plan de Desarrollo Urbano de 2003 (PDU 2003).

A partir de 2003, los análisis del PDU describen a Ciudad Juárez como una localidad con una organización polinuclear, es decir, con diversos centros de desarrollo de zonas habitacionales y comerciales de acuerdo con los usos de suelo prevalecientes en ese entonces.

Cuadro 6: Distribución de usos de suelo hasta principios del milenio

Uso de suelo	1995		2001	
	Superficie (Has.)	%	Superficie (Has.)	%
Habitacional	8,416	77.84	9,992	45.17
Industrial	1,209	6.44	1,844	8.34
Servicios	1,075	5.73	1,638	7.40
Mixtos	617	3.29	503	2.27
Espacios abiertos	446	2.38	605	2.73
Vialidad	4,785	25.50	5,040	22.78
Baldíos	2,219	11.82	2500	11.30
Totales	18,767	100	22,122	100

Fuente: Elaboración propia con datos del PDU 2003 del IMIP

Hasta inicios del nuevo milenio, los edificios y áreas para albergar actividades humanas requerían un 45.17% del suelo para la vivienda y en segundo término un 8.34% para las tareas en el sector industrial. Las grandes extensiones de espacios vacíos en la ciudad representaron de inicio un reto en la negociación con sus poseedores, y enseguida una oportunidad para aprovechar tales áreas para la dotación de equipamientos de acuerdo a lo estipulado por los planes de desarrollo urbano.

El Derecho a la Salud fue señalado desde ese entonces como uno de los satisfactores consignados en la legislación y que debía considerarse en los planes de desarrollo de Ciudad Juárez; la situación real en cuanto a cobertura de servicios luego de los análisis del PDU 2003 era que el equipamiento hospitalario disponible era insuficiente para cubrir la demanda y en particular la atención en especialidades médicas, además de un déficit de personal médico y paramédico. El PDU señaló entonces la importancia de implementar una planificación que estuviera al tanto de los riesgos ante contingencias ambientales y la preparación que debían tener las instituciones hospitalarias ante tales situaciones emergentes.

Cuadro 7: Equipamiento general de salud existente, Ciudad Juárez 2002

Institución responsable	Subsistema	UBS		
		Requeridas	Existentes	Déficit 2002
SSA/ICHISAL	Centro de Salud Rural	4	4	0
	Centro de Salud Urbano	107	39	-68
	Centro de Salud con Hospitalización	222	0	-222
	Hospital General	533	180	-353
	Hospital de Especialidades	--	0	0
IMSS	Unidad de Medicina Familiar	27.8	13.3	-14.5
IMSS	Hospital General	1,104	641	-463
ISSSTE	Módulo Resolutivo	1	0	-1
	Clínica de Medicina Familiar	31	9	-22
	Clínica Hospital	2	2	.0
	Hospital General	0	0	0
	Hospital Regional	0	0	0
Cruz Roja	Puesto de Socorro	222	8	-214
	Centro de Urgencias	222	0	-222
	Hospital de Tercer Nivel	222	0	-222

Fuente: Elaboración propia con datos del PDU 2003 del IMIP

El equipamiento hospitalario a inicios del milenio presentaba un déficit de 100% generando problemas en el cumplimiento de Derecho a la Salud de la población señalado en la legislación federal y mencionada en el PDU de 2003.

Problemas en particular identificados en cuanto al equipamiento para la salud en 2002 fueron:

- Déficit en los puestos de socorro y centros de urgencias.
- Falta de equipamiento para dar atención a los enfermos mentales.
- Déficit en el equipamiento de asistencia social: asilos de ancianos, guarderías, centros de atención juvenil, centros de desarrollo comunitario.
- La existencia de un solo hospital público y dos centros del sector social.
- La atención y tratamiento en tercer nivel (especializaciones) es más alta en los hospitales privados que en el sector de hospitales público y social.
- El equipamiento hospitalario tanto públicos como del sector social se enfoca principalmente a la consulta externa con el 85% de los casos.
- En promedio, la distribución de hospitales tiene un radio de influencia de 1650 metros. En el caso del IMSS, una distribución administrativa de los afiliados no siempre coincide con la cercanía a un hospital, sino la afiliación a aquél donde se encontrase un espacio disponible en el momento de alta.
- La existencia de aproximadamente 2000 personas deambulando por las calles y que requieren atención permanente, no habiendo sin embargo un programa en particular para ellos.

Ante tales datos, se hizo patente la necesidad de especificar qué cantidad y tipo de equipamientos para la salud requeriría la ciudad.

Cuadro 8: Equipamiento requerido para la atención de la salud, Ciudad Juárez 2003

Elemento	Unidades requeridas
Centro de salud urbano	99
Unidad Médica Familiar	36
Hospital General	10
Clínica Médica Familiar	2
Clínica Hospital	1
Hospital de Tercer Nivel	5
Puesto de Socorro	21
Centro de Urgencias	19

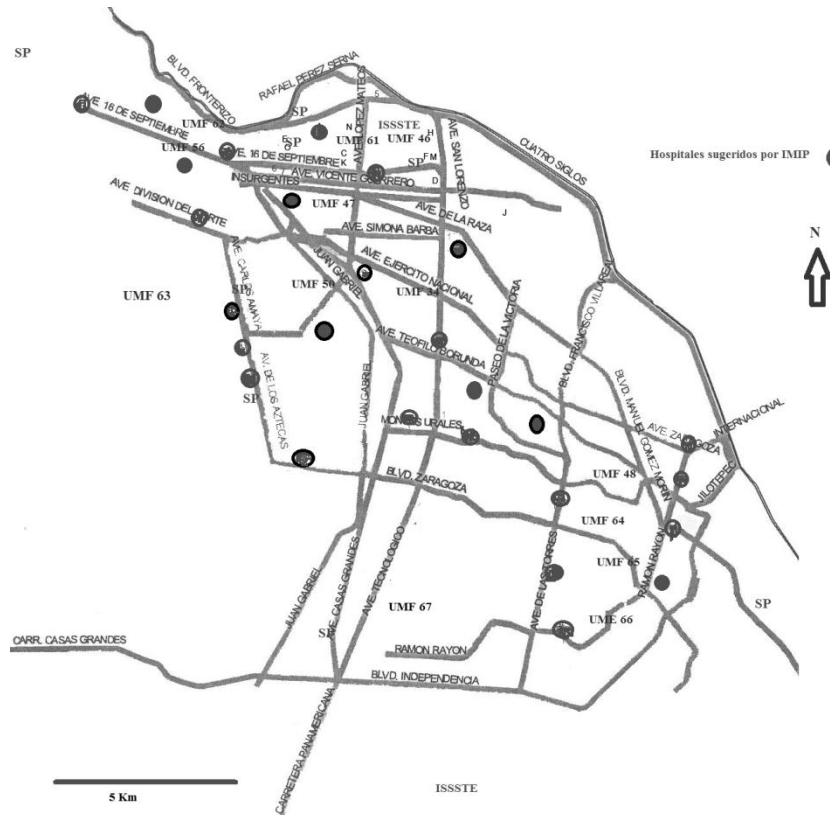
Fuente: PDU 2003 del IMIP y Jurisdicción Sanitaria No 2

De acuerdo con el diagnóstico realizado en el PDU 2003, en la ciudad se requería construir un hospital de tercer nivel de atención de la salud además de otro hospital general. Se solicitó también la construcción de un centro de rehabilitación, una ciudad deportiva y un parque urbano. Estas acciones, se indicó, habrían de requerir de la coordinación entre autoridades gubernamentales y de las instituciones públicas vinculadas.

Sobre el déficit de equipamiento para la salud, el PDU 2003 propuso la construcción de 10 hospitales más para sumarse a los ya existentes de acuerdo a su clasificación; además, la construcción de 57 clínicas para añadirse a las 27 ya existentes pero además la creación o mejoría de espacios para la recreación y el deporte. Varios de estos espacios habían sido ya destinados para ello de acuerdo a los planes de desarrollo, pero también se contempló la mejoría de los espacios improvisados, principalmente lotes baldíos convertidos en campos llaneros. La problemática identificada, además de la falta de infraestructura, fue una deficiente o inexistente cultura de la recreación así como una coordinación institucional deficiente para ampliar y promover equipamiento para la recreación y el deporte.

Teniendo en cuenta los datos anteriores, el IMIP emitió la sugerencia de aumentar la dotación de equipamiento hospitalario, principalmente el de interés público social. El crecimiento de la demanda en servicios de salud había ya quedado rezagado respecto al crecimiento demográfico que fue producto de la promoción del desarrollo de la economía local con base en la atracción de empresas maquiladoras principalmente.

Gráfica 4: Equipamientos sugeridos por IMIP, Ciudad Juárez, 2003



Fuente: Datos del PDU-2003; con plantilla del Instituto Tecnológico de Ciudad Juárez

De acuerdo a la figura anterior, la concentración de hospitales favorecería a los sectores con más antigüedad de la ciudad, principalmente el corredor desde la Ave. Paseo Triunfo de la República, centro histórico y un área de la zona poniente. El abanico de atención se había abierto con la construcción del Hospital General de Zona No. 35 en la calle Valentín Fuentes y de la Clínica No. 48 sobre la entonces llamada Ave. Jilotepec, hoy Manuel J. Clouthier. El problema era sin embargo el crecimiento de la mancha urbana que se dirigía aceleradamente hacia el sur y sur oriente además de continuar ocupándose espacios para vivienda sobre las laderas de la Sierra de Juárez e incluso en la zona no conurbada de Anapra junto a la línea fronteriza con el estado de Nuevo México. Ante tales observaciones, estas áreas fueron señaladas por el IMIP como aquéllas que necesitaban

mayor dotación de equipamiento hospitalario. El caso de Anapra, sin embargo, requería de una atención diferente dado su estatus como territorio federal.

La situación en cuanto a equipamiento urbano para la salud hasta 2010 presentó algunas mejorías entre las que destacan la inauguración del Hospital Ciudad Juárez (designado como Hospital General de Especialidades No. 66 del IMSS), el Hospital de la Mujer y el Hospital Infantil, estos últimos dos operados por el Instituto Chihuahuense de la Salud.

Cuadro 9: Unidades médicas en servicio de las instituciones del sector público de salud. Ciudad Juárez, 2011

	Total	IMSS	ISSSTE	SEDENA	Pensiones Civiles	IMSS-Oportunidades	SSCH	ICHISAL
De consulta externa	53	14	2	1	1	0	35	0
De hospitalización general	7	3	1	0	0	0	2	1
De hospitalización especializada	1	0	0	0	0	0	0	1

Fuente: Elaboración propia con base en el Anuario Estadístico de Chihuahua, 2012

Las recomendaciones de dotación y distribución hechas por el IMIP en 2003 sin embargo no se acataron cabalmente, así como tampoco otras necesidades de la población que había sufrido desde inicios del año 2000 los vaivenes de la economía globalizada con el cierre de un gran número de plantas maquiladoras, la desaceleración económica de los EEUU y el hecho de que a finales del primer decenio en el nuevo siglo, la ciudad se enfrentaba al problema de la violencia por parte del crimen organizado (Payán, 2011).

Aunque la economía de la localidad se contrajo como consecuencia de los eventos anteriores, dos hospitales tipo franquicia y de corte privado decidieron invertir en la ciudad para operar en la cobertura de la salud: Hospital Ángeles y Star Médica. Estos dos hospitales se suman en la actualidad a los hospitales privados que ya venían operando en la ciudad desde años atrás, sin embargo su característica principal es la de pertenecer a consorcios con capacidad de construir hospitales en diferentes ciudades del país o del

extranjero y cuyas operaciones requieren de especialistas altamente capacitados en distintos aspectos de la medicina.

La rapidez de acceso al equipamiento urbano desde el hogar ha ido disminuyendo en la ciudad como consecuencia de la dispersión de la población. La concentración de equipamiento dispuesto sobre áreas favorecidas se ha debido a factores económicos y políticos que no han seguido propiamente las normas de distribución para que las personas realicen recorridos más cortos en tiempo y distancia (Fuentes, 2009). Otros factores que dificultan el acceso al equipamiento son el carecer de vehículo propio y las condiciones de deterioro de las arterias de la ciudad. Al ser heterogénea la cobertura en equipamiento en la ciudad, se generan diferenciales de accesibilidad entre los grupos de población.

Dificultades como el no contar con un vehículo propio, las limitantes en horarios del transporte público y las condiciones de las vías de comunicación se suman a la distribución real de derechohabientes en el sistema hospitalario para elevar el promedio de distancia y tiempo que una persona invierte para moverse desde su hogar hasta cada equipamiento. Como es de esperarse por sus condiciones económicas, las zonas de mayor segregación socioespacial presentan la menor relación de vehículos por habitante³ y, en el mejor de los casos, los modelos vehiculares disponibles son adquiridos con una antigüedad generalmente mayor a los 10 años.

Los servicios urbanos, la infraestructura y principalmente los equipamientos tienen por ello una delimitación geográfica en el alcance de sus propósitos. Para la SEDESOL, lo anterior es observable teniendo en cuenta el radio de acción,⁴ así, esta dependencia pública realiza indicaciones de cuáles deben ser los radios de acción pertinentes para distintos tipos de equipamientos.⁵

³ De acuerdo a registros de la DGTM, con datos disponibles en el sitio electrónico [:http://observatoriodejuarez.org/dnn/Portals/0/diagnosticos/Vol1parte2.pdf](http://observatoriodejuarez.org/dnn/Portals/0/diagnosticos/Vol1parte2.pdf)

⁴ Es la distancia y/o tiempo máximo promedio que los usuarios potenciales deben recorrer dentro de la ciudad, a pie, en transporte público o particular, desde su lugar de residencia, para utilizar los servicios ofrecidos en el equipamiento.

⁵ Normatividad completa en el documento *Sistema Normativo de Equipamiento Urbano, Tomo II: Salud y Asistencia Social*. SEDESOL

Si bien la distribución de equipamiento hospitalario sobre la ciudad evidenciaba ya a inicios del milenio una constante en cuanto a su cercanía con las vialidades principales de la ciudad (Ave. 16 de Septiembre, Paseo Triunfo de la República, Ave. de la Raza y Ave. Manuel J. Clouthier entre las más destacadas), los nuevos asentamientos habitacionales, por su parte, se siguieron distanciando de las avenidas y calles principales extendiendo la mancha urbana hacia el sur y sur oriente y para los cuales se requerían nuevas vialidades con jerarquía de tránsito. Los radios de acción, en promedio, se ampliaron conforme la población se extendía sobre la ciudad.

Cuadro 10: Radio de influencia recomendado por SEDESOL y distancia real promedio Hogar-Equipamiento.

	Elemento	Unidad Básica de Servicio	Radio de influencia recomendado	Radio de acción real en Juárez
Equipamiento para la Salud	Centro de Salud Urbano	Consultorio	1.00 Km	1.70 Km
	Centro de Salud con Hospitalización	Consultorio	Centro de Población	1.18 Km
	Hospital General	Cama censable	Centro de Población	2.40 Km
	Unidad de Medicina Familiar IMSS	Consultorio	5.00 Km	1.92 Km
	Clínica de Medicina Familiar ISSSTE	Consultorio	3.00 Km ó 30 min. máximo	0.99 Km
Otros equipamientos	Gimnasio deportivo	m ²	1.50 Km	2.40 Km
	Jardín de niños	Aula	0.75 Km	0.87 Km
	Biblioteca Pública	Silla	1.50 Km	1.91 Km
	Sala de cine	Butaca	0.67 a 1.15 Km	1.38 Km
	Guardería IMSS	Silla	2.00 Km	6.31 Km
	Escuela Primaria	Aula	0.50 Km	0.62 Km

Fuente: Elaboración propia con datos del IMIP y de SEDESOL

La concentración de equipamientos sobre algunos sectores de la ciudad ha contribuido en la disminución o traslape del radio de influencia, sin embargo este radio de acción no es efectivo cuando los habitantes deben acudir a equipamientos más alejados. Lo anterior sucede cuando no existe cupo suficiente en escuelas, guarderías y hospitales evidenciando así la existencia de áreas de la ciudad con preferencias al momento de decidir dónde dotar de equipamientos.

Gráfica 5: Cobertura de hospitales con un radio de influencia de 1650 metros. Ciudad Juárez, 2003



Fuente: Plan de Desarrollo Urbano 2003, IMIP

La urbanización preferencial que dio como resultado la existencia de algunas zonas con ventajas en equipamiento al mismo tiempo y la creación de zonas segregadas con hacinamiento de la pobreza, ha tenido relación con las dificultades de acceso a los equipamientos por los ciudadanos. Entre las manifestaciones de este fenómeno característico de la segregación se ubica a las diferencias en estado de salud de la población de acuerdo a la zona donde de residencia (Lupano y Sánchez, 2009), tema que en esta investigación se tomará con más amplitud en otro capítulo.

En la actualidad, la Secretaría del Desarrollo Social (SEDESOL) considera que los hacinamientos de pobreza en la ciudad se localizan en las zona sur y sur oriente de la ciudad. En estas zonas, las características sociodemográficas a resaltar son los bajos

salarios percibidos y el distanciamiento del equipamiento urbano en la mayoría de sus órdenes, incluyendo el hospitalario.

Cuadro 11: Abastecimiento en recursos humanos y de equipo para la salud. Ciudad Juárez

	1997	2003	2008
Salas de expulsión	15	16	48
Quirófanos	19	20	26
Laboratorios	13	18	18
Gabinets de radiología	22	16	15
Consultorios	317	365	493
Camas X c/1000 hab	0.55	0.52	0.65
Camas censables	612	665	883
Médicos X c/1000 hab	0.9	1.0	1.3
Médicos X Unidad Médica	24	26	33
Personal médico	1,036	1,289	1,770
Unidades médicas	44	50	53

Fuente: Elaboración propia con datos del Anuarios estadísticos del Estado de Chihuahua.

Si bien la infraestructura básica de electricidad, drenaje y agua potable ha sido cubierta casi en su totalidad, hay otros problemas como el tamaño reducido de las viviendas que propicia el hacinamiento, aunado a la falta de áreas de esparcimiento y actividad física. Estos hechos estresan la estabilidad tanto familiar como de la comunidad para generar futuros problemas sociales. En contraste, las zonas nororiente, centro geográfico y centro histórico se han beneficiado con la dotación de equipamientos y vialidades.

De estas tres zonas mencionadas, la primera de ellas es un espacio urbano relativamente nuevo, consolidado a inicios del milenio. La zona está constituida en su mayor parte por la población con el mayor nivel de bienestar en la ciudad como se observa

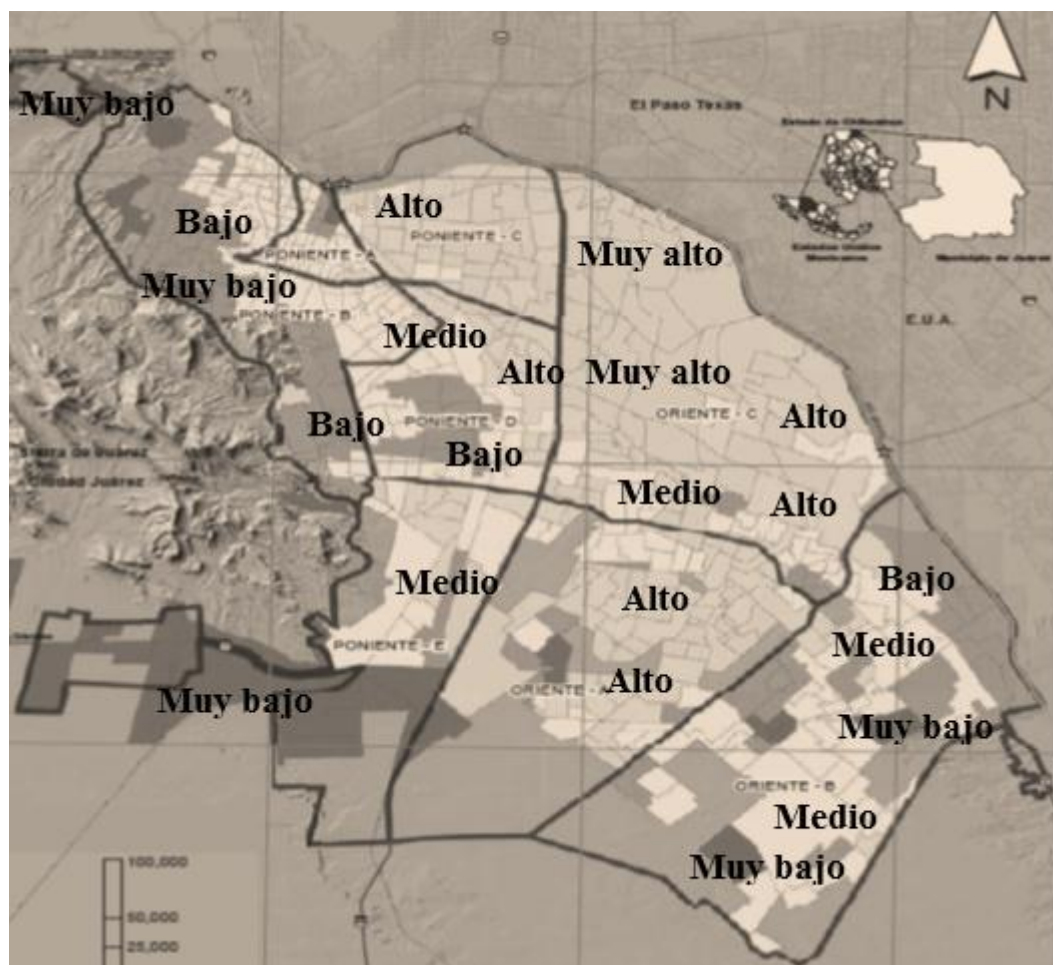
en la figura 3. La dotación del centro histórico por su parte se explica de acuerdo a la revisión mostrada en las páginas anteriores, entendiéndose que las distancias territoriales hasta los años 70's del siglo pasado no eran tan significativas a comparación de la época actual, que la disponibilidad de suelo se sujetaba en ese entonces al crecimiento de la mancha urbana sobre los predios agrícolas llamados “partidos” y hacia donde preferían irse acomodando las clases altas, al tiempo que las clases media y baja ocupaban áreas no tan lejanas del centro histórico-comercial, lugar donde a su vez se construyeron los primeros equipamientos de tipo hospitalario cercanos a las pocas vialidades importantes.

Hoy, existe una mayor concentración de equipamientos en las zonas anexas al centro histórico que es consecuencia del desfase entre la expansión territorial hacia zonas más alejadas del centro histórico y la insuficiente dotación de equipamientos escolares, para la salud y para la socialización.

Detallando tal fenómeno, en la ciudad pueden advertirse áreas geográficas que son privilegiadas en cuanto a la presencia de hospitales y áreas de esparcimiento (zona nororiental, centro histórico y centro geográfico), sin embargo, se tienen también áreas con carencia como lo son la zona norponiente (junto a Anapra y en colindancia con el Río Bravo), la zona sur-oriental A y B (desarrollos Riberas del Bravo, Parajes de Oriente, Parajes de San Isidro, Tierra Nueva, Lote Bravo, El Barreal) y el área colindante con la Sierra de Juárez en sus dos caras.

De acuerdo con Fuentes y Hernández (2013) en las zonas rezagadas de la urbanización se conjugan diversas problemáticas de orden socio-demográficas como la accesibilidad al empleo y otras oportunidades que ofrece la ciudad.

Gráfica 6: Niveles de bienestar social de acuerdo a la sectorización de la Dirección General de Tránsito Municipal (DGTm). Ciudad Juárez, 2010



Fuente: Adaptación propia con datos de IMIP/SIGMUN/INEGI/DGTm/observatoriojuarez.org

Los análisis del IMIP (2010) indican por su parte una problemática con relación a hechos que descomponen el tejido social como son las adicciones a las drogas, el pandillerismo y el embarazo de adolescentes mientras que en cuanto a enfermedades, las de mayor presencia en estas áreas segregadas son la diabetes, las infecciones gastrointestinales y las infecciones respiratorias.

Las colonias con mayor necesidad de atención por su problemática de afectación a la salud y a la integración social son Parajes del Sur, Valle de Allende, el conjunto habitacional Riberas del Bravo, el área semi habitada de Eco 2000 y varias de las colonias

ubicadas en la colindancia del Libramiento Independencia al sur y sur oriente de la ciudad de acuerdo al Colef (2013).

Para la OMS, este tipo de ambientes pueden ser propicios para el reavivamiento de afecciones serias donde el hacinamiento es una condición particular para la propagación de enfermedades infecciosas (Roses, 2010). La segregación socioespacial mantiene un vínculo con el estado de salud que se manifiesta en la identificación territorial o geográfica de las condiciones de salud personal de los habitantes. Debido a lo anterior, los sujetos más privilegiados con equipamientos y accesibilidad gozan a su vez de las mejores condiciones de salud, independientemente de sus posibilidades económicas.

La recesión económica a principios del milenio, y la etapa de incremento de la violencia por el crimen organizado desde finales de 2007 fueron factores importantes para contener el crecimiento geográfico de la ciudad (Velázquez, Martínez y Castillo, 2010; Payán, 2011). Se consideraba ya desde entonces por parte de las autoridades de gobierno y sanitarias la necesidad de generar más equipamientos hospitalarios y que éstos estuvieran mejor distribuidos de acuerdo a la expansión territorial.

Sobre las acciones para abatir el rezago en equipamiento y distribución hospitalaria, un caso en particular llamó la atención desde inicios del milenio: la construcción del “Hospital Ciudad Juárez” por parte del IMSS (hoy llamado Hospital General y de Especialidades No. 66). Esta construcción se prolongó por más de cuatro años a partir del proyecto original por problemas legales con el contratista.⁶ El hospital se ubicaría en las calles Ramón Rayón y Prolongación Durango, sobre la zona de mayor crecimiento demográfico de la ciudad.

Tanto en su diseño arquitectónico como en la calidad de los servicios, este proyecto se consideró desde su inicio como una propuesta de avanzada que contaría con consulta de especialidades de tercer nivel, actividades auxiliares de tratamiento, hospitalización de gineco-obstetricia, medicina interna y pediatría.

⁶ El informe completo sobre esta situación se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: <http://www.imss.gob.mx/instituto/Documents/juarez.pdf>

Con la construcción de este equipamiento se abatiría el rezago en la ciudad de camas censables de hospitalización al estarse ofreciendo 70 camas de cirugía, 70 camas de medicina interna, 54 camas de gineco-obstetricia y 42 camas de pediatría; en el área de terapia intensiva a su vez, se estarían poniendo a disposición de los afiliados 8 camas de terapia intensiva para adultos, 4 camas de terapia intensiva pediátrica y 6 camas de terapia intensiva neonatal.

Cuadro 12: Servicios inicialmente planeados a ser ofrecidos en el Hospital Ciudad Juárez

Característica	Descripción
Servicios generales	1 Nutrición dietética
	1 Farmacia
	1 Laboratorio de fórmulas lácteas
Estacionamiento público y personal	254 Cajones de estacionamiento
Especialidades ofrecidas	Medicina interna crítica, física/Rehabilitación
	Nefrología
	Neumología
	Neurocirugía
	Oftalmología
	Ortopedia y traumatología
	Otorrinolaringología
	Pediatría médica
	Radiodiagnóstico
	Urgencias médico-quirúrgicas
	Urología
	Anestesiología
	Audiología
	Cardiología
	Cirugía general
	Cirugía maxilofacial
	Cirugía pediátrica
	Cirugía plástica y reconstructiva
	Dermatología
	Gastroenterología
	Ginecología y obstetricia

Fuente: IMSS, Informe de rendición de cuentas 2000-2006, Hospital Ciudad Juárez

Los problemas legales que retrasaron la construcción y entrega de la obra hoy ya en funcionamiento, contribuyeron a que no se alcanzara la meta en cuestión de los servicios propuestos, ello aunado a la salida de médicos de la ciudad como consecuencia de la violencia que afectó a su gremio y a la negativa de tantos otros por ocupar aquí una plaza

por la misma razón.⁷ Aunque en el hospital, ya inaugurado, se realiza intervenciones médicas de tercer nivel para algunas especialidades, no se ha logrado eliminar la condición en la cual algunos derechohabientes deben trasladarse a recibir atención principalmente a las ciudades de Torreón y Monterrey.

Cuadro 13: Equipamiento hospitalario urbano actual por sectores. Ciudad Juárez, 2010

Sector	Equipamiento específico	Cantidad	Habitantes	Comentarios
Zona Oriente Zaragoza	Hospitales	1: IMSS 66 área de Salvárcar 2 Clínicas comunitarias	90,000 habitantes 7.6% de la población total de la ciudad.	Accesibilidad a través de las vías principales: Blvd. Zaragoza, Ave. Santiago. Troncoso, Ave. de las Torres. Zona semi urbanizada
Zona Sur-Poniente	Hospitales	Ninguno de servicio público.	10,100 habitantes 0.85% de la población total de la ciudad.	La zona carece de una estructura vil adecuada. Es una zona desarticulada de la mancha urbana. Los accesos principales son la Carretera Panamericana y Carretera a Casas Grandes.
El Barreal y Oriente San Isidro	Ninguno	Ninguno de servicio público, sólo cinco clínicas privadas.	41,640 habitantes 3.4% de la población total de la ciudad.	La ocupación inició a partir de 1995. En materia de equipamiento se ha recomendado la edificación de una clínica hospital con capacidad de 30 camas, servicios de consulta externa, medicina familiar, radiología y laboratorios. Se recomienda también construir seis clínicas de primer contacto y con cuatro consultorios cada una.
Zona Poniente	Hospitales y clínicas.	IMSS: Clínica 47, Colonia Chaveña IMSS: Clínica 56 Col. Durango Dos Unidades de Consulta familiar (IMSS)	500,000 habitantes 42.22% de la población total de la ciudad.	Los servicios de salud se caracterizan por la presencia de consultorios médicos particulares con los servicios de parto, cesáreas, consulta externa, cirugías, etc. La zona se encuentra enclavada sobre y junto a la Sierra de Juárez en su cara norte. El acceso a esta zona es mediante transporte público, siendo la Avenida División del Norte la principal ruta conectora.
Mezquital	Clínicas	Ningún hospital público, sólo clínicas particulares.	83,000 habitantes 7% del total de la población de la ciudad	Zona sur de la ciudad, cuyo desarrollo inició a finales de los 90's como zona habitacional de clase socioeconómica media y baja. Hay un alto déficit en equipamiento general. Zona de riesgo de inundación. Las vialidades de acceso son el

⁷ Estos hechos fueron de especial interés para el entonces Secretario de Salud José Ángel Córdova Villalobos, quien comentó al respecto en entrevista durante la 10ª Semana Binacional de Salud (2010). Según el periódico Norte, la falta de médicos prevalece a pesar de haber disminuido la violencia. Información disponible en: <http://cms.nortedigital.mx/article.php?id=32780>

				Blv. Independencia y la Ave. de las Torres. La unidad del IMSS más cercana se encuentra en la zona Salvárcar, del sector Zaragoza.
Sector Ojitos	Módulos básicos	No hay hospitales públicos. El sector cuenta con tres módulos básicos ubicados en las colonias Santa María, Independencia y Sococema pertenecientes a los Servicios de Salud de Chihuahua.	41,000 habitantes 3.5% de la población total de la ciudad.	Zona delimitada por las vialidades Ave. de los Aztecas, Blvd. Zaragoza y Periférico Camino Real. Acceso por las calles Feldespato, Cuicuilco y Corindón. La zona es de difícil tránsito vehicular. Es una zona de extracción de materiales de la Sierra de Juárez. Se han creado una zona habitacional anexa.
Zona Sur y Lote Bravo	Clínicas particulares	Ninguna clínica u hospital público. Existencia de clínicas particulares.	55,000 habitantes 4.64% de la población total de la ciudad.	Localizada al este del aeropuerto y la carretera Panamericana, y al sur del Sector Zaragoza. Alta concentración de actividad industrial. Se ha recomendado la construcción de siete clínicas y 28 unidades médicas de primer contacto. Accesibilidad al sector sobre las vías Carretera Panamericana, Blvd. Óscar Flores.

Fuente: Elaboración propia con datos del IMIP

Si se analiza la distribución de equipamiento hospitalario por zonas, se advertirá que en las de más reciente creación correspondientes a las clases sociales con niveles de bienestar medio, bajo y muy bajo, el equipamiento es escaso y se ha privilegiado por parte de las autoridades el desarrollo habitacional, la construcción de centros comerciales tipo “cadena” y la instalación relativamente cercana de parques industriales con base en plantas maquiladoras. Las clínicas y hospitales particulares, así como los consultorios de farmacias presentes en tales lugares han contribuido a facilitar a la población el acceso a atenciones para la salud.

Es el desarrollo de las nuevas zonas el factor por el cual a la ciudad se le considera ahora como un modelo urbano policéntrico. Entre los efectos de esta expansión territorial se encuentran la disminución de la densidad de habitantes y la existencia de amplios espacios entre las áreas urbanizadas. Otro efecto a destacar es la migración de habitantes desde las zonas más antiguas de la ciudad hacia los nuevos desarrollos habitacionales. A esta migración en la propia ciudad se suma la llegada de personas de otros estados del país que al obtener crédito inmobiliario se les asigna vivienda en tales espacios (Llera, 2010).

Comentarios finales

El desarrollo urbano de Ciudad Juárez se ha caracterizado por una expansión territorial con base en la promoción del suelo urbano para la vivienda y para la industria maquiladora cuyo modelo de producción atrajo grandes cantidades de personas de prácticamente todo el país desde inicios de los años 70's del siglo pasado. La ciudad se ha visto favorecida desde entonces al contar con una economía local más robusta que otras ciudades del país, lo que le ha permitido sortear diversas contingencias relacionadas con la economía nacional.

El crecimiento de la mancha urbana ha debido ser regulado luego de que, hasta poco antes de los años 80's, esta tarea no se tomaba del todo en cuenta por las autoridades. La ciudad ha crecido con tasas que lograron duplicar la población en 14 años a partir de 1986, advirtiéndose cada vez mayor cantidad de zonas habitacionales alejadas del antiguo centro histórico y ya con cierta autonomía ante éste. Tales zonas forman ahora espacios urbanos que han dado a la ciudad una característica de crecimiento tipo policéntrico en donde los equipamientos principales consisten en áreas comerciales.

La demanda de vivienda por parte de las clases trabajadoras ha sido prácticamente cubierta por el sistema de créditos y facilidades otorgados por la compañías inmobiliarias en coordinación con las instancias gubernamentales; otra manera en que la demanda ha sido satisfecha ha sido la facilidad para obtener lotes de terreno con precios relativamente económicos y sobre los cuales los nuevos poseedores han podido edificar su hogar.

Con la demanda de vivienda o de lotes para edificar por parte de la clase trabajadora se han presentado, sin embargo, algunas situaciones que han estado afectando su calidad de vida y el derecho a la ciudad: la insuficiente cantidad de equipamiento público en el área de residencia, el distanciamiento con los equipamientos básicos tales como escuelas, centros culturales y hospitales, la falta de un sistema de transporte adecuado y también el costo en tiempo y dinero por los traslados.

Cuando los ciudadanos experimentan una segregación socioespacial que les afecta en diversos órdenes de la vida cotidiana, resalta en esta ciudad la situación del

equipamiento para la salud provisto para los juarenses, su distribución sobre el suelo urbano y la accesibilidad al mismo de acuerdo al sector de residencia.

Para los gobiernos y los ciudadanos, es el hospital quien representa de manera principal a los equipamientos para la salud. En Ciudad Juárez, el hospital como institución ha jugado un importante papel debiendo adaptarse a los cambios sociales, económicos y culturales. Los hospitales prestan servicio en las modalidades de seguridad social, asistencia social y servicios privados.

Los servicios de seguridad social (IMSS principalmente) son hoy indispensables para dar certeza en la prevención, atención y recuperación de la salud de miles de trabajadores pertenecientes a la industria maquiladora y que representan a la mayor parte de la fuerza laboral con que cuenta la ciudad. La asistencia social también ha debido adaptarse a los constantes cambios presenciados en la ciudad, así, su tarea consiste en vigilar ante la probabilidad de epidemias, llevar a cabo acciones de información entre la población, distribuir medicamentos básicos y organizar campañas de vacunación, además de coordinar las actividades de los servicios de salud tanto públicos como privados. Los hospitales privados, por su parte, han servido como complemento de los servicios de seguridad social y de asistencia dando la posibilidad de desahogo ante la demanda en atención por la salud.

Antes de la llegada de la industria maquiladora, la ciudad contaba con una buena cantidad y distribución de equipamiento hospitalario. Durante expansión acelerada de la mancha urbana desde los años 80's, no se dotó a los nuevos sectores de la ciudad con suficiente equipamiento hospitalario por lo que en la actualidad puede notarse que existen solamente algunos sectores con este tipo de equipamientos.

De acuerdo con la información que se ha proporcionado en esta investigación, hay una relación entre el lugar de residencia y la accesibilidad al equipamiento hospitalario, así, en los sectores centro histórico, nororiente y centro geográfico, los ciudadanos tienen una mayor facilidad para acudir a los centros hospitalarios ya sean públicos o privados, si se tiene en consideración que existe una mayor concentración de los mismos a comparación de los demás sectores de la ciudad. Por el contrario, los sectores sur, suroriente y sur

ponente se presentan como lugares con un marcado rezago en equipamientos generales y, en particular, en hospitales públicos.

La segregación manifestada en las diferencias para el acceso a los servicios de salud en Ciudad Juárez ha generado problemas de los que ya se ha dado reporte, habiéndose señalado estrategias preventivas y remediales como el dotar a la ciudad con más y mejores hospitales distribuidos de acuerdo a las concentraciones de población, la mejora del sistema de transporte público así como de las vialidades correspondientes. Aunque diversos factores se combinan siempre para establecer una condición de salud, es importante recalcar que la misma debe garantizarse por las autoridades sin importar la condición socioeconómica de cada ciudadano. Este hecho permite establecer que la distribución de equipamiento urbano no debe ser discriminatoria sino que debe obedecer a reglas de urbanismo para una correcta distribución y accesibilidad.

De acuerdo con la OMS, los ciudadanos enfrentan problemas de salud que podrían ya estar relacionando con el lugar de residencia y con la accesibilidad a los equipamientos hospitalarios. Se tiene entonces que los sectores consolidados de una ciudad son habitados por las clases sociales con mejor nivel de bienestar y que para estas clases sociales existe una mayor dotación de infraestructura vial así como equipamiento hospitalario público y privado.

En las zonas mejor desarrolladas las afecciones más recurrentes son aquéllas relacionadas con las enfermedades crónicas degenerativas. Los sectores menos consolidados, por su parte, son habitados por las clases media, baja y muy baja, existiendo áreas donde no existe ningún hospital cercano. Estos lugares presentan problemáticas en salud que van desde lo social hasta lo biológico: hacinamiento, drogadicción, pandillerismo; contaminación y riesgo ambiental. Similitudes con lo descrito por la OMS ocurren en Ciudad Juárez donde existen grandes diferencias de desarrollo urbano entre las zonas de la ciudad.

Hasta el año 2010, la ciudad cuenta con 222 hospitales incluyendo públicos y privados de acuerdo a INEGI. La distribución de los hospitales privados ha logrado una mejor cobertura de sectores en la ciudad que los hospitales públicos. Los hospitales

privados y con mejores servicios, sin embargo, se localizan sobre los sectores donde habita la población con mejor nivel de bienestar en tanto que en las colonias populares existen clínicas y consultorios más modestos.

Los hospitales públicos, por su parte, deben dar atención a más del 90% de la población (más de 900, 000 habitantes) al tiempo que su ubicación territorial es mayoritariamente sobre los sectores más antiguos, siendo que la población se ha ido concentrando en núcleos cada vez más alejados de los principales equipamientos de la ciudad. Si bien se ha ido logrando otorgar cobertura con los sistemas de afiliación de IMSS, SES y Seguro Popular, la accesibilidad real de traslado hacia los equipamientos hospitalarios se dificulta por las siguientes razones:

En el caso del IMSS, una afiliación que no siempre corresponde al hospital más cercano, la concentración de hospitales sobre los sectores más antiguos de la ciudad mientras que los derechohabientes pueblan áreas cada vez más alejadas; la afiliación a los nuevos hospitales que se localizan sobre los sectores más nuevos se dificulta por la saturación de cupo administrativo.

La accesibilidad en traslado a los Servicios Estatales de Salud presenta la dificultad principal de la concentración de hospitales sobre la Ave. Paseo Triunfo de la República y Ave. Adolfo López Mateos, ubicación que es ventajosa para quienes residen en los sectores de Centro Histórico, Poniente y Centro Geográfico. Investigaciones han demostrado la existencia de disparidades intraurbanas en los tiempos de traslado hacia los centros de trabajo.⁸

La ubicación actual de los centros hospitalarios sobre la mancha urbana obliga a que desde los centros de población más recientes y a la vez alejados los ciudadanos deban emplear horas para trasladarse de ida y vuelta en transporte público saliendo del hogar; además, el tránsito vehicular sobre la vialidad mencionada es riesgoso para los peatones entre quienes es posible distinguir a mujeres embarazadas, ancianos y menores de edad.

⁸ Investigación del Dr. César Fuentes (2009) sobre los diferenciales en tiempo de traslado de una a otra zona de la ciudad empleando el transporte público. El estudio menciona que existen zonas donde el tiempo de traslado y la inversión de tiempo son relativamente altas.

En cuanto a los servicios prestados por el sistema de Seguro Popular, el cuestionamiento principal es su casi nula en edificación de hospitales. Siendo que sus servicios son prestados aprovechando los equipamientos del Sistema Estatal de Salud, se crea una saturación de trabajo para los empleados y para el uso de los recursos materiales con los que se debe atender potencialmente a una cantidad de 151, 642 afiliados hasta el año 2010.⁹

El Seguro Popular hace uso, principalmente, de los equipamientos conocidos como Centros de Salud Urbanos; para un mayor nivel de atención, este sistema hace uso del Hospital General, Hospital de la Mujer y Hospital Infantil y se realizan estudios de viabilidad para construir un hospital de segundo nivel.

Otra estrategia del Seguro Popular es la habilitación de módulos de atención en varios sectores de la ciudad, sin embargo la población afiliada sólo tiene oportunidad de acudir a consulta externa una vez a la semana y con cita previa. En estos módulos se canaliza a los afiliados hacia el sistema de hospitales de asistencia pública de acuerdo a la agenda de ocupación de cada tipo de atención médica.

El sistema público no ha logrado elevar del todo la calidad de los servicios en cuanto a nivel de atención, así, la mayoría de las unidades hospitalarias ofrece atención hasta el segundo nivel de especialización médica. Para la atención en el tercer nivel es común la canalización del servicio hacia unidades médicas en otras ciudades del país, principalmente Torreón y Monterrey.

Las estrategias de salud deben partir desde políticas públicas diseñadas para el entorno regional y local, lo que se logra conociendo cuáles son las enfermedades que generan más problemas en la comunidad, con qué recursos materiales y humanos se dispone y la especificación de la medida de éxito.

⁹ Según datos del informe “Así Estamos Juárez” presentado por la asociación civil del mismo nombre. Junio de 2010.

1.3. Políticas públicas para el fomento de la salud en Ciudad Juárez

El interés principal de este subtema es el de exponer cuáles han sido las estrategias de intervención establecidas por las políticas sociales y urbanas institucionales para mejorar la salud en Ciudad Juárez desde 1990 y hasta 2010. Como punto de partida se consideró necesario mostrar cómo el derecho a la salud se inscribe como parte de los derechos humanos que la Organización de las Naciones Unidas solicita sean promovidos y respetados por las políticas de gobierno en todas las naciones del orbe.

Las políticas sociales y urbanas del orden público para la salud tienen la intención de establecer criterios de intervención sobre la comunidad con el uso planificado de recursos materiales y humanos. Las intervenciones se realizan de acuerdo a un análisis previo de la situación y con el establecimiento de metas específicas. El análisis previo consiste siempre en el diagnóstico de la situación sanitaria teniendo en cuenta las características de la población y del territorio.

En su marco general, las políticas de salud son diseñadas desde las altas esferas del gobierno para sintetizarse en una misión y una visión institucional. Las tareas, sin embargo, deben irse especificando para cada nivel territorial, es decir, desde lo nacional hasta lo estatal y municipal, para enseguida actuar sobre zonas con problemas particulares de salud.

Los indicadores más notables en la consignación de políticas para la salud son el gasto invertido para mejorar las condiciones de salud poblacional y el éxito obtenido en el abatimiento de las enfermedades que causan mayores problemas a la ciudadanía y cuyos ejemplos específicos son las políticas diseñadas para proveer de agua, drenaje y alimentos; la dotación de infraestructura y equipamiento así como la generación de recursos humanos capacitados para atender los problemas de salud de la población.

La justificación de la temática presentada en este capítulo se concentra en los estudios sobre las condiciones de salud, territorialidad y políticas sociales en ciudades como Mexicali (Sánchez, 1990), Monterrey (Garza, 2011) o en el Distrito Federal (Schteingart, 1997).

A nivel local se tienen los diagnósticos de organizaciones no gubernamentales, informes desde el Sistema Estatal de Salud y las investigaciones hechas por personal de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (Pérez y Jusidman, 2007).

En tales estudios los investigadores han debido considerar a las políticas para la salud como un eje importante para comprender la influencia de las acciones de planificación urbana, de la implantación de modelos de producción y de las oportunidades que ofrecen las ciudades para mejorar las condiciones de salud poblacional.

Finalmente, la información expuesta en este capítulo permitirá conocer qué capacidades se han provisto a la ciudadanía juarense al intervenir sobre ella con las políticas sociales y urbanas para la salud.

1.3.1 Marco general de la política social

La condición particular de una política social es incidir sobre en las condiciones de vida de la población. A partir de esta incidencia, se buscará que se generen individuos con diversas capacidades útiles para las funciones que demanda la vida moderna. La política social actual tiene como fundamento el sostener a las sociedades capitalistas (Duahu, 1997).

Los salarios juegan un papel fundamental para el sistema capitalista ya que es necesario limitar las oportunidades de movilidad social para seguir manteniendo una base trabajadora. Se genera así una clase social con condiciones de vida limitada pero que hay que mantener satisfecha en los niveles mínimos posibles. Una de las formas de mantener esta satisfacción mínima es diseñando y llevando a cabo políticas sociales tendientes a aliviar situaciones de necesidad básica en áreas como la educación y la salud.

La seguridad social es una de las respuestas de la política social a la cuestión de las necesidades básicas en salud y cuyo mecanismo tiene un fundamento económico: el funcionamiento con base en aportaciones del trabajador que, en determinado momento, se convierten en garantía de pago ante eventualidades como los accidentes, la jubilación, la muerte o la discapacidad. La política de la asistencia social, por su parte, nació para ser destinada a los grupos sociales incapaces de pagar por la seguridad social. En lo general, la

asistencia social tiene una función de contención o mitigación de los problemas de la sociedad (Isuani, 1995).

1.3.2. Políticas sociales y urbanas para la salud desde el contexto de los Derechos Humanos

Partiendo de un enfoque global, la salud es parte de las garantías que todo gobierno debe ofrecer a sus ciudadanos: acceso a la salud, vivienda digna, derecho al trabajo y al salario y protección a la salud. La consignación de tales deberes ha generado en el ambiente de la política internacional el concepto de *Derecho Social*, derecho en el cual se inscribe a la *salud* con base en las instituciones, principios y normas que el Estado genera para proteger a quienes son más vulnerables económicamente (Buerghenthal, 2000).

Del derecho social se desprende el concepto de *Seguridad Social*, concepto que también adquiere un grado de flexibilidad de acuerdo con la óptica de los gobiernos y de sus instituciones. Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2000) la seguridad social debe existir como otro de los derechos desprendidos de la declaración universal de los derechos humanos. Este organismo hace notar que en muchas constituciones y legislaciones el concepto de “seguridad social” engloba indistintamente a los seguros sociales, la previsión social y a la seguridad social propiamente como tal.

La diferencia técnica entre estos tres elementos, se explica enseguida, es que los seguros sociales tienen como propósito específico cubrir ciertos riesgos asociados al trabajo, a las enfermedades profesionales y a los paros forzosos o involuntarios; que la previsión social se refiere las normas legales para otorgar prestaciones ante paros laborales ocasionados por incapacidades, al tiempo que se procura la recuperación para la vida laboral; y que la seguridad social consiste en la asistencia social, los seguros sociales, la vivienda económica, la mutualidad, la cooperación y la salud pública, es decir, la garantía de servicio incluso a quienes no disponen de recursos económicos.

En las Ciencias Sociales, la cuestión de la salud de las personas y los mecanismos que las autoridades implementan con diferentes grados de éxito para cumplir con este

derecho han sido analizados por diversos investigadores. De interés particular es exponer los conceptos de vertidos por John Rawls (1971) y por Amartya Sen (1987).

John Rawls señaló en su “Teoría de la Justicia” que en una sociedad justa, los derechos no deben someterse a regateos políticos, cálculos de intereses o utilitarismo. Amartya Sen, por su parte, mencionó que el Estado debe garantizar la promoción de la salud como parte de las oportunidades otorgadas para que los individuos hagan uso de sus capacidades en favor de la sociedad. El Estado está entonces obligado a otorgar seguridad existencial ante las contingencias del medio ambiente, a dar acceso a bienes y servicios básicos (agua potable, electricidad, drenaje) y generar interacciones favorables entre los individuos para fortalecer a la sociedad.

Un concepto aproximado a lo anterior es el aportado por Radbruch (2000) quien considera que la seguridad social tiene aproximaciones con lo mencionado por Amartya Sen respecto a las oportunidades que debe recibir la población para subsanar desigualdades, así, para Radbruch la seguridad social debe buscar nivelar las desigualdades existentes entre las personas creando, manteniendo y acrecentando valores intelectuales, físicos y morales.

1.3.3. Marco legal de las políticas para garantizar el Derecho a la Salud en México

En México, el derecho a la salud es dispuesto legislativamente como una garantía constitucional en el Artículo 4 con la cual se respeta la promoción de la Carta Internacional de los Derechos Humanos emitida en 1976 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y donde se declara la universalidad de los derechos económicos, sociales y culturales. Según el artículo 25 de la carta de declaración de la ONU:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene así mismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. (The Right to

Health as a Human Right: Universal Declaration of Human Rights; UNO, 1976)¹⁰

Las políticas en salud son materializadas por los gobiernos al crear los sistemas de seguridad y asistencia social cuyo fin es garantizar el derecho a la salud. Las políticas en salud en México nivel nacional se han ido adecuando a la territorialidad de cada uno de los municipios del país teniendo en cuenta las características propias de la población y del medio ambiente. Es sobre estas características que las autoridades deben decidir cómo implantar el modelo con el cual se coordinan actividades para vigilar por la salud.

1.3.4. La creación de la Ley General de Salud

Hasta 1983, no se consideró en la Constitución a la salud como un derecho de los ciudadanos sino más bien como un objetivo o tarea en la vida de las instituciones correspondientes; no existe de hecho un concepto constitucional sobre la salud. No obstante, la promulgación de la carta de Declaración de Universalidad de los Derechos Humanos en 1976 influenció sobre la política mexicana para que en tal año se declarara constitucionalmente el derecho a la protección de la salud:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federales en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1983; Artículo 4).

Desde entonces, se considera al Estado como encargado único de regir las políticas para la salud en todas sus fases: educación, promoción, prevención y acción remedial. Se considera además la obligatoriedad del Estado para hacer llegar sus políticas para la salud a cada ciudadano y garantizar su derecho a la salud.

En febrero de 1984 se promulgó la Ley General de Salud delegando sobre la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud) la rectoría de los servicios

¹⁰ Versión electrónica disponible en: <http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml#a25>

para la salud empleando mecanismos de organización, regulación y operación del Sistema Nacional de Salud en el que se incluyeron a todas las instituciones públicas y privadas, así como a las personas físicas y morales que vigilan por la salud de los mexicanos.

1.3.5. La Constitución y sus disposiciones relacionadas con el derecho a la salud

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, dos artículos en particular son los que señalan la responsabilidad del Estado para garantizar la salud de los ciudadanos: Artículo 4 y Artículo 73. En el Artículo 4, cuyo contenido se expuso líneas arriba, se consagra el derecho a la salud de todo mexicano. El Artículo 73 por su parte consiste en una serie de complementos jurídicos en donde se designa a un Consejo de Salubridad General encabezado por el Presidente de la República; se señala la obligatoriedad de acciones ante epidemias graves o peligrosas.

El consumo de sustancias nocivas para la salud y la contaminación ambiental son referidos en tal artículo en su fracción XVI en donde se solicita que el Consejo de Salubridad disponga de medidas contra el alcoholismo, la venta de sustancias que envenenan al individuo y que degeneran la especie humana así como ante la contaminación ambiental.

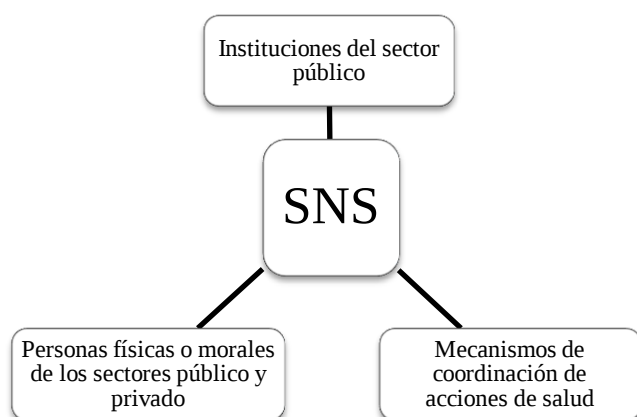
Otros artículos de la Constitución mencionan también algunas indicaciones para salvaguardar la salud de la población, así, en el Artículo 115 se hace referencia a los servicios de agua potable, alcantarillado, rastros y políticas administrativas a nivel municipal que se responsabilicen de estos menesteres. Uno de los artículos más relevantes es el 123 relacionado con el derecho al trabajo. En varias de las fracciones de este artículo se promueve la salud de los trabajadores: fracción V, sobre los derechos de la mujer trabajadora embarazada; fracción XIV, sobre la responsabilidad de los empleadores ante los accidentes de trabajo de sus empleados así como de las enfermedades ocupacionales de los mismos, la promoción de ambientes de trabajo seguros y saludables y sanciones para cuando no se sigan las medidas correspondientes; la fracción XI da sustento a la seguridad social de los trabajadores.

1.3.5.1. Clasificación de los prestadores de servicios públicos en salud

Para comprender mejor los tipos de prestación de servicios para la salud es que la Ley General de Salud Vigente desde 1984 clasifica a los prestadores de servicios en salud en:

- I. Servicios públicos a la población en general.
- II. Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios.
- III. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten.
- IV. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria.

Gráfica 7: Conformación del Sistema Nacional de Salud en México



Fuente: Elaboración propia con información de la Ley General de Salud, México

1.3.6. Normatividad de políticas de acción de las instituciones de salud en México

Enseguida se muestran las políticas de acción de las principales instituciones de salud en el país, estas instituciones son Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, e ISSFAM.

1.3.6.1. Secretaría de Salud

La Secretaría de Salud ha sido la institución rectora de las demás instituciones de salud en el país, siendo su tarea principal el diseño de normatividades y la evaluación de los programas de las demás instituciones. Las actividades de la Secretaría de Salud habían

tenido un carácter de intervención a nivel nacional hasta hace algunos sexenios pero a partir de la descentralización de los servicios, trasladándose al nivel estatal,¹¹ son ahora los gobiernos correspondientes quienes se encargan de diseñar y aplicar las normatividades sobre el territorio y la población. La Secretaría de Salud se ha reconfigurado en los sistemas estatales de salud teniendo tres líneas de acción principales:

- a) Normatividad y evaluación. Consiste en el desarrollo de actividades como la vigilancia y el fomento sanitario, diseño de planes maestros de infraestructura física para la salud para la población abierta, vigilancia de la calidad del agua, revisión de giros y negocios sujetos a inspección y control sanitario, vigilancia de la calidad del aire, verificación de bancos de sangre, coordinación ante riesgos y contingencias ambientales.
- b) Ampliación de la cobertura para la salud de la población. Con la introducción de reformas a la Ley General de Salud se establecieron mecanismos para que mayor cantidad de población abierta pudiera ser atendida por los servicios públicos de salud. Distintos programas sexenales fueron implementados para tal propósito: Programa Nacional de Solidaridad (1988-1994), Progresá (1997-2000), Oportunidades-Seguro Popular (2002-2006) y Vivir Mejor-Seguro Popular (2006-2012). Los programas han solicitado la intervención en áreas rurales y urbanas y la dotación de infraestructura y equipamiento para la salud además del empleo de equipo móvil para las comunidades marginadas.
- c) Diseño e implementación de programas para la educación y la prevención en la salud. Las actividades consisten en campañas de vacunación, acciones colectivas de limpieza de entorno medio ambiental, educación para el cuidado de la salud en escuelas y centros comunitarios así como la provisión de alimentos, sueros, leche en polvo y medicamentos a la población más necesitada.

1.3.6.1 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

El IMSS es la principal institución en el país en el otorgamiento de servicios de salud para la población trabajadora. Aunque en los años 20's y 30's del siglo pasado ya existía el

¹¹ En diciembre de 1997 se crearon 32 organismos estatales para la salud con base en la reforma a la Ley General de Salud mediante el *Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud para la Población Abierta* y el *Convenio para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud*.

modelo para este instituto con base en algunas leyes, no fue sino hasta 1942 que se expidió la Ley del Seguro Social. A quienes están adscritos a este servicio se les llama “derechohabientes” y son todas aquellas personas que cotizan gracias a su empleo o por regímenes especiales así como todos los pensionados que cotizaron en el instituto. La cobertura se extiende hacia los familiares directos de pensionados y cotizantes.

Para el esposo/a o concubino/a del cotizante se extiende la cobertura incluso hasta la viudez, mientras que para los jóvenes dependientes del cotizante la cobertura es hasta los 16 años de edad si dejan de estudiar, pero si estudian en el sistema educativo nacional la cobertura se extiende hasta los 25 años de edad; en caso de incapacidad, la cobertura se les extiende indefinidamente.

Las políticas del IMSS le permiten a la institución atender a la población no sólo en el aspecto de la medicina. Quien es cotizante de esta institución tiene derecho a las siguientes prestaciones:

1. Prestaciones en especie. Son la atención médica preventiva, de diagnóstico, asistencia médico quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria.¹²
2. Prestaciones en dinero. Éstas se realizan cuando el cotizante se encuentra en imposibilidad para trabajar. El IMSS proporciona subsidios en dinero de acuerdo al nivel de la incapacidad. Para las mujeres, hay una prestación en dinero de 42 días de antes y después del parto.
3. Las prestaciones en dinero son financiadas con el aporte de 1% de los salarios por parte del trabajador, por el aporte de los empleadores así como por el aporte del Gobierno Federal.

Los servicios médicos del IMSS son clasificados en tres niveles de atención. La descripción de cada nivel es la siguiente:

- a) Primer nivel. Consiste en el funcionamiento de las unidades de atención (hospitales) en turnos diurnos de seis horas cada uno de lunes a viernes. El derechohabiente es asignado a

¹² Ley del Seguro Social, Artículo 91

un consultorio en alguno de los dos turnos. La autoridad en el primer nivel es el médico familiar quien lleva el control histórico de la salud de los pacientes asignados por la administración.

Los problemas de salud atendidos en este nivel son las enfermedades con menor grado de impacto y para las cuales se llevan a cabo diagnósticos, tratamientos ya plenamente esquematizados, empleo de fármacos de consumo general, así como las orientaciones correspondientes para el cuidado de la integridad física. En caso de complejidad en el estado de salud, el médico familiar podrá canalizar al derechohabiente a la atención en el segundo nivel.

Un aspecto a destacar del servicio en primer nivel es que el mismo está dispuesto legalmente para servir de apoyo en la atención a la población no derechohabiente con acciones como la vacunación, primeros auxilios y aquéllas que solicite.

b) Segundo nivel. La atención en este nivel es prestada en equipamientos hospitalarios designados como “hospital general de región”, “hospital general de zona” y “hospital general de sub zona”. En este nivel ya entran en acción las atenciones de algunas especialidades médicas debido al aumento de la complejidad de los problemas de salud.

Los principales servicios en este nivel son la cirugía general, la pediatría, gineco-obstetricia y medicina interna, servicios que son cubiertos a todas horas y todos los días con el relevo de personal médico y de enfermería.

c) Tercer nivel. El equipamiento para la atención en la salud con un alto nivel de especialidad estaba conformado hasta el año 2010 por 37 hospitales en diversas ciudades del país.¹³ Los hospitales de tercer nivel atienden a derechohabientes que presentan patologías complejas y de poca frecuencia o bien, aquéllas que requieren de un grado de intervención técnica y científica más rigurosa empleando los tratamientos y tecnologías más avanzados y disponibles en el IMSS.

¹³ Información disponible en el portal del

IMSS: <http://www.imss.gob.mx/estadisticas/Documents/20112012/C11.pdf>.

1.3.6.2 Instituto para la Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

El ISSSTE otorga cobertura a los cotizantes que laboran para las instituciones del Estado y los pensionados correspondientes. La Ley del ISSSTE señala cuáles son las responsabilidades de este instituto, entre las que se destacan:

1. La provisión de medicina preventiva.
2. Seguro de enfermedades y maternidad
3. Seguro de riesgos de trabajo.
5. Seguro de jubilación.
6. Indemnizaciones.
7. Préstamos hipotecarios.
8. Servicios turísticos.
9. Sistema de Ahorro para el Retiro.

Existen pocas variaciones con respecto al IMSS en cuanto a los criterios para considerar a la población derechohabiente. En general, un cotizador tiene derecho a inscribir a sus familiares directos que se sujetan a las condiciones de permanencia en el sistema, así, por ejemplo, los jóvenes pueden estar inscritos hasta los 18 años, o bien hasta los 25 si son solteros y continúan estudiando en el sistema educativo nacional; al igual que en el IMSS, la cobertura se extiende indefinidamente a las personas incapacitadas.

El financiamiento del ISSSTE se logra con aportaciones de 8% del salario de cada derechohabiente, un 17.75% equivalente al salario es aportado por la entidad que da empleo al derechohabiente.

1.3.6.3 Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas de México (ISSFAM)

El ISSFAM consiste en la disposición de clínicas, hospitales y personal médico para la salud de quienes laboran en la Fuerza Aérea, Ejército Nacional y Marina Armada de México y en donde la aportación gubernamental para el financiamiento alcanza hasta

un 10% de los haberes. Al igual que en el IMSS y en el ISSSTE, los derechohabientes a este sistema tienen la oportunidad de acceder a diversas prestaciones.

1.3.7 Políticas y programas para la salud en Ciudad Juárez

A nivel local y municipal, los objetivos adquieren especificidad. Es de acuerdo a la problemática local que las instituciones deben diseñar y llevar a cabo programas para toda la población, especialmente para quienes no cuentan con derechohabiencia en la seguridad social.

Existe una serie de acciones históricas que han sido fundamentales que han dado paso a la política actual de salud en México y, en particular, para el caso de Ciudad Juárez. Se mencionó que luego de la Revolución Mexicana los gobiernos abrazaron el lema de “Justicia Social” al ejercer acciones para promover mejores niveles de bienestar entre los mexicanos.

Las acciones para la salud habían ya sido señaladas en la Constitución que a partir de 1917 mencionaba la existencia del Consejo de Salubridad General y del Departamento de Salubridad cuyas disposiciones se inscribieron en el *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos* y que deberían acatarse en todo el país, algunas de ellas aún sin el consentimiento del Presidente de México o del Congreso de la Unión (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917; Artículo 73, párrafo XVI).

Las políticas sociales para la salud en esta ciudad son llevadas a cabo principalmente por los Servicios Estatales de Salud tomando en cuenta las directivas provenientes del Plan Nacional de Salud. A partir de la descentralización, los gobiernos de los estados se han adquirido mayores responsabilidades. En el estado de Chihuahua, la estrategia de acción ha sido el dividir al estado en zonas e identificar las necesidades de cada una de ellas.

Desde cada zona, las jurisdicciones sanitarias se convierten en las autoridades locales para la atención de la salud, coordinando los servicios de seguridad social y de asistencia pública. La siguiente lista de programas para la salud se realizó con base en la

investigación de la M. Laura E. Pérez¹⁴ acerca de la situación en salud en la ciudad. A partir de la lista se indagó cuáles han sido los resultados de los programas.

1.3.7.1. Programa Chihuahua Contigo

El programa se orientó a las zonas vulnerables de las zonas urbanas y rurales del siendo la Secretaría de Fomento Social la encargada de coordinar las actividades. La estrategia seguida fue la de segmentar las acciones en campañas permanentes, brigadas médicas permanentes, pláticas y atenciones. Las acciones y campañas específicas fueron:

b) Campaña permanente de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino. La campaña consiste en acudir a las colonias de las periferias y a las plantas maquiladoras. En la campaña se administra también la vacuna contra el virus del papiloma humano. A partir de los 35 y hasta los 64 años, las mujeres deben acudir a realizarse las pruebas de detección. Condiciones de riesgo son el inicio temprano de las relaciones sexuales y el haber tenido múltiples parejas.

Respecto a los resultados de esta campaña, se comenta que los mismos generalmente se indican con base en número de mujeres atendidas, sin embargo la incidencia de cáncer cérvico-uterino ha permanecido como una de las primeras causas de mortalidad en las mujeres desde hace varios años, es decir, las campañas han logrado atenuar el impacto de la enfermedad pero es deseable ampliar las campañas tanto en información como en acciones efectivas. La Secretaría de Salud reportó 26 muertes por esta enfermedad en 2011, y 20 muertes hasta mayo del 2012.

c) Brigadas médicas móviles permanentes. Las brigadas tienen la intención de llevar paquetes básicos de atención en salud. El paquete incluye:

- Saneamiento básico
- Capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud
- Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones
- Manejo de infecciones respiratorias agudas

¹⁴ Artículo completo disponible en el libro “La realidad social de Ciudad Juárez”. La coordinadora de recopilación fue Clara Jusidman.

- Tratamiento y control de la tuberculosis pulmonar
- Prevención y control de la diabetes e hipertensión arterial
- Prevención y control del cáncer cérvico-uterino
- Atención prenatal, del parto y del puerperio
- Vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil
- Inmunizaciones
- Manejo de casos de diarrea en el hogar
- Tratamiento antiparasitario

La estrategia de las brigadas no sigue una línea específica de acción. Las acciones específicas son muy diversas y su lógica obedecería a las necesidades más presentes en la población. Las líneas identificadas son la promoción de la salud con base en la educación, la acción preventiva con base en saneamiento de los ambientes y las pruebas de detección, y por último la prevención con base en la administración de vacunas, nutrimentos y tratamientos.

La evaluación del logro de objetivos de las brigadas es compleja ya que no hay una periodicidad para la acción de las mismas, y las acciones específicas son variables. Las acciones se cruzan con las de programas como del Seguro Popular y las llevadas a cabo por “FEMAP, Salud y Desarrollo Comunitario de Ciudad Juárez, A.C.”

d) Programa de atención al niño sano. Las acciones del programa son:

- Vacunación
- Nutrición (talla y peso)
- Revisión de la agudeza visual
- Desparasitación
- Atención las adicciones
- Prevención de las caries

e) Los programas complementarios son destinados a dar pláticas de salud reproductiva y sexualidad responsable, atención a las adicciones y atención al adulto mayor.

1.3.7.2 Programa Frontera Saludable 2010

Este programa fue propuesto por la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos con sede en El Paso, Texas, desde el año 2000. Los objetivos principales fueron el establecer un enfoque local sobre salud fronteriza que trascendiera los cambios políticos y creara las condiciones para establecer un diálogo binacional efectivo. Globalmente, se presentaron dos objetivos: i) mejorar la calidad de vida, aumentar el número de años de vida saludable; ii) eliminar las disparidades de salud. Se elaboró un plan con acciones específicas para ambos lados de la frontera.

Cuadro 14: Acciones específicas del programa Frontera Saludable 2010

Área de enfoque	Estados Unidos	México
Acceso a la atención de la salud	Reducir en un 25% la población sin acceso a la atención primaria a la salud	Mantener en 5% a la población sin acceso a los servicios básicos
	Reducir en un 20% la tasa de mortalidad por cáncer de mama.	Reducir un 20% la tasa de mortalidad por cáncer de mama.
Cáncer	Reducir un 30% la tasa de mortalidad por cáncer cérvicouterino.	Reducir un 20% la tasa de mortalidad por cáncer cérvicouterino.
Diabetes	Reducir un 10% la tasa de mortalidad por diabetes.	Reducir un 10% la tasa de mortalidad por diabetes.
Salud ambiental	Reducir a cero la proporción de casas que no están conectadas a un sistema de drenaje público o fosa séptica.	Reducir la proporción de casas que no están conectadas a un sistema de drenaje público o fosa séptica.
VIH/SIDA	Reducir un 50% la tasa de incidencia para VIH+ de 8.4 a 4.2 X 100,000	Mantener estable la tasa de incidencia de casos VIH+ a 3.4 X 100,000

Área de enfoque	Estados Unidos	México
Vacunación y enfermedades	Reducir un 50% la tasa de incidencia de hepatitis A	Reducir en un 50% la tasa de incidencia de todas las formas de hepatitis.
	Alcanzar a mantener una cobertura de vacunación de 90% en niños de 19 a 35 meses.	Mantener la tasa de cobertura vacunación en niños menores de 1 año y de 1-4 años de edad.
Salud materno-infantil	Incrementar a un 85% el número de mujeres que reciben atención prenatal en el primer trimestre del embarazo.	Incrementar a un 70% el número de mujeres que reciben atención prenatal en el primer y segundo semestre del embarazo.
	Reducir en un 33% la tasa de embarazos en adolescentes de 15-17 años de edad.	Reducir un 20% la tasa de embarazos en adolescentes de 10-19 años de edad.
Enfermedades respiratorias	Reducir un 40% la tasa de hospitalización por asma.	Mantener estable la tasa de hospitalizaciones por asma.

Fuente: Elaboración propia con base el programa Frontera Saludable

Las propuestas del programa Frontera Saludable 2010 identifican claramente los principales problemas de salud pública alrededor de la línea divisoria entre México y Estados Unidos. Aunque el programa ha solicitado el aumento de acciones específicas (campañas de vacunación, de detección de cáncer, de mejorar condiciones ambientales, no hay una distinción clara entre el papel de las autoridades sanitarias y lo que estaría llevando a cabo la asociación.

Algunas de las metas, tal y como se especificaron, no han sido alcanzadas por los programas y políticas de salud: la incidencia de diabetes ha ido en aumento, y el cáncer cérvicouterino se ha convertido en una de las principales causas de mortalidad femenina en

Ciudad Juárez.¹⁵ La disponibilidad de recursos es otro de los problemas para tratar de cumplir con los objetivos del programa.

Los servicios de salud disponen de recursos limitados y presupuestados que difícilmente pueden ampliarse, a menos de que se enfrenten situaciones emergentes graves, pero la coordinación de actividades sigue siendo independiente por parte de las ciudades, al menos en lo que se observa en las ciudades de El Paso y Juárez.

El programa Frontera Saludable requiere de una reorganización que defina: formas de coordinar actividades entre las ciudades de ambos lados de la frontera, estructura y organización de recursos humanos para realizar intervenciones, formas específicas para allegarse de recursos económicos y reportes confiables sobre qué tanto se han alcanzado los objetivos planteados (véase tabla anterior).

1.3.7.3 Programa Todos Somos Juárez

Este programa se creó en 2010 como una respuesta del Gobierno Federal a la crisis social experimentada en Ciudad Juárez por causa de la etapa de violencia y criminalidad iniciada a finales de 2007. Acciones desde diversas áreas de política pública fueron implementadas: seguridad, economía, empleo, salud, educación y desarrollo social. Se invirtió de inicio 3,300 millones de pesos para cumplir con objetivos específicos. Respecto a la salud, se establecieron 39 compromisos.

¹⁵ De acuerdo con la revisión efectuada en el capítulo sobre cambios en los procesos salud-enfermedad en Ciudad Juárez.

Cuadro 15: Compromisos en materia de salud en el programa Todos Somos Juárez

Compromiso	Meta	Avance	Observaciones personales
29. Implementar medidas de seguridad para los Centros de Tratamiento de Adicciones	500 beneficiarios	Se colocaron mallas y botones de pánico.	Se ha continuado con las instalaciones de medidas de seguridad. Los centros son vulnerables por el tipo de personas que acuden y quienes pudieran haber trabajado en el crimen organizado.
30. Efectuar acciones de detección temprana de adicciones.	Visita de escuelas para llevar a cabo encuestas y talleres de información.	Se visitaron las escuelas del municipio llevando a cabo las actividades.	La principal arma contra las adicciones es la acción responsable de los padres de familia y a quienes también deben orientarse las pláticas.
31. Fortalecer el programa de acción municipal contra las adicciones.	Elaborar el programa.	El programa fue elaborado.	Se requiere mayor inversión en recursos humanos y materiales para lograr algunas metas: tratamiento médico, reinserción social. No hay datos específicos sobre casos de reinserción social de individuos.
35. Promover la protección social a usuarios de drogas y servicios de salud mental a través de seis nuevas intervenciones catalogadas en el Seguro Popular.	Inclusión de las seis intervenciones.	Se incluyó en los servicios del SP el diagnóstico y tratamiento de adicciones, trastornos psicóticos, ansiedad, post traumatismo.	Ante las secuelas de la etapa de violencia y criminalidad, estas acciones debieron tomar relevancia. Se carece sin embargo de especialistas en los trastornos mentales y post traumáticos, así como de orientación ante las adicciones.
39. Flexibilizar el modelo de atención en cinco unidades de salud de primer nivel para incorporar servicios de salud mental.	Que las unidades de salud de primer nivel cuenten con servicios de salud mental.	Se habilitó el servicio en las unidades Nueva Vida, Centro Integral de Atención y Salud Mental, Unidad para atender el sobrepeso.	La contratación de psicólogos no especificó la duración de los servicios. Actualmente hay un déficit en el número de profesionistas de este tipo.
42. Desarrollar un modelo de atención integral a víctimas que incluya la detección, capacitación, atención y erradicación de la violencia.	Contar con el modelo de atención.	Se contó con la participación de expertos de la OPS quienes realizaron los talleres junto a las OCS.	El principal problema enfrentado es la falta de continuidad de los programas y la organización respectiva con las OSC ante los cambios en materia de presupuestos y de personal.
44. Brindar apoyo psicológico a víctimas de la violencia y sus familias en unidades del IMSS	Reforzamiento de las 12 UMF de la ciudad, crear 12 plazas nuevas para psicólogos y 8 médicos psiquiatras, para 2 hospitales generales y un regional.	Personal contratado.	No se definió si las víctimas debían ser derechohabientes del IMSS.

49. Fortalecer el marco legal relacionado con el control y disponibilidad de alcohol en la ciudad, para evitar accidentes y violencia asociados.	Formar un equipo multidisciplinario.	Formación del equipo y reuniones entre departamentos municipales y Jurisdicción Sanitaria.	Existe un reglamento bien definido para la venta de alcoholes en la ciudad, sin embargo la apertura de negocios nocturnos (bares, cantinas, centros de baile) representa un reto para a las autoridades si se intenta disminuir la ingesta de alcohol entre la población juvenil.
51. Iniciar operaciones en tres centros de convivencia para la reinserción social de adultos.	Detección de sitios para poner en marcha el proceso.	Se seleccionaron 105 pacientes para ingresar a los Centros de Convivencia y se habilitaron otros espacios públicos en las zonas de Parajes del Sur, Riberas del Bravo y Francisco Villareal.	Existe un registro de 60 mil personas de la tercera edad para los que se carece de servicios de seguridad o asistencia social que se agravarán ante la transición de grupos de edad dominantes en la ciudad.
56. Subrogar servicios de atención médica del Seguro Popular y la contratación de 53 médicos generales, 53 enfermeras, 18 promotores de la salud, 12 odontólogos y 3 apoyos administrativos.	Contratación de personal.	Se contrató al personal y se subrogaron actividades.	Es importante destacar la subrogación de servicios de segundo nivel en los centros de Salud y Desarrollo Comunitario (FEMAP) mediante convenio de colaboración. Los apoyos económicos por parte del programa Seguro Popular deben ser continuos para que no decaiga la atención de los usuarios de este convenio.
57. Afiliar 272,800 nuevos beneficiarios al Seguro Popular en Ciudad Juárez	Meta a cien días: afiliar a 90,000 personas.	Se cumplió con la cantidad de afiliados.	La afiliación representa un gran problema para los servicios de salud estatales ante la multiplicidad de funciones requeridas por el personal y la correspondiente administración de recursos materiales.
58. Afiliar al SP a menores en estado de orfandad y con capacidades diferentes.	300 menores identificados.	Afiliación llevada a cabo.	Se incluyó la colaboración del DIF y la Procuraduría de la Defensa del Menor. El apoyo otorgado debe ser más integral y que busque la manera de que incluir a los familiares. No existen equipamientos por parte del Estado para dar atención a las personas con discapacidades.
59. Iniciar operaciones en las UNF en sábados y domingos, en beneficio de los 743,263 derechohabientes en la ciudad.	Otorgar 30,000 consultas en los días sábado y domingo.	Temporal.	No ha habido continuidad en la prestación de servicio básico en los días sábado y domingo en las UMF del IMSS. El servicio habilitado sigue teniendo como base a las unidades de urgencias.

60. Aumentar el número de camas en el HGR 66	Incorporar personal.	Concluido.	Se dotó de camas de hospitalización (64) a la UMR
63 Construir 9 unidades de atención: diagnóstico de cáncer de mama. Unidad de Hemodiálisis, Clínica de desintoxicación, ampliación del Centro de Salud, construir dos centros de salud y un centro de salud mental.			No se han cumplido las metas de construir dos centros de salud. Se han ampliado los servicios del Hospital General. El avance máximo es la disponibilidad de terreno para la edificación.
68. Determinar la viabilidad de la construcción de un nuevo hospital de segundo nivel.			La meta sólo ha quedado en los estudios de viabilidad. Existe una real necesidad por contar con un nuevo hospital de este tipo pero no hay visos de que se llegue a construir.

Fuente: Elaboración propia con datos del programa Todos Somos Juárez

La mayoría de las acciones en materia de salud del programa Todos Somos Juárez recayeron en lo informativo y en el empleo temporal de personal para tal encomienda. La inversión en materia de equipamiento y personal permanente para la salud es menor. Ante los cambios de administración federal, el programa se encuentra en una etapa de indefinición por parte de las autoridades y los compromisos más importantes como son la dotación de equipamientos para la salud vía hospitales, centros de atención juvenil, para discapacitados y para los adultos mayores, tal y como se trazaron, no han sido cumplidos.

1.3.8 Las políticas públicas y su impacto sobre la salud

El objetivo principal de las políticas públicas es incidir favorablemente sobre las condiciones de salud de los habitantes. La estrategia de llevar a cabo acciones de educación y prevención es la que genera mejores beneficios a nivel general, Las campañas de detección temprana de cáncer, de educación para la responsabilidad sexual, el fomento del ejercicio físico, entre otras acciones, pueden planearse e implementarse como políticas preventivas del cambio de estado desde la sanidad a la enfermedad.

Las políticas públicas convertidas en programas para la salud en Ciudad Juárez han sido diversas, pero no ha habido una coordinación efectiva entre las instituciones para eficientizar las acciones y demostrar resultados en favor de la salud. Ante la cantidad de programas que se han llevado a cabo, los mejores indicadores de resultados en conjunto son los datos sobre morbilidad y mortalidad, los cuales demuestran que ciertas enfermedades siguen manifestándose como graves problemas de salud (diabetes, IRA's, ETS) mientras que otras permanecen latentes: obesidad, desnutrición, infecciones estomacales.

Para la continuidad de los programas, los cambios políticos y administrativos representan un problema debido a la reconsideración de prioridades por parte de las autoridades. Ejemplo de tal situación es el compromiso asumido pero no cumplido para la dotación de equipamientos de salud y la contratación de personal suficiente para atender a los afiliados del Seguro Popular, programa que ha representado el esfuerzo del Estado por dar respuesta al derecho a la salud y que aún se encuentra en etapa de consolidación.

1.4 Cambios en los patrones salud-enfermedad

En este subtema se expone cuáles han sido los cambios en los patrones de salud-enfermedad en la población de Ciudad Juárez desde 1990. Se señala cuáles han sido las enfermedades de mayor impacto sobre la población (morbilidad), así como las principales causas de mortalidad con el transcurso de los años. Las fuentes de información son secundarias y terciarias: informes presentados por la Jurisdicción Sanitaria No. 2 de Ciudad Juárez, investigaciones realizadas por el Colegio de la Frontera Norte (Colef), estadísticas vitales del Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática (INEGI) así como algunas investigaciones realizadas en la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ).

La intención principal de este subtema es conocer cuáles son las principales causas de morbilidad y mortalidad en la ciudad de acuerdo a los datos proporcionados por las autoridades sanitarias, causas sobre las que se cimienta la mayor parte de la demanda de servicios para la salud, incidiendo sobre lo que ofrecen tanto el sistema público como el privado. Esta información sirve de referente frente a los datos obtenidos por boca de los

usuarios de CC y de consultorios de IMSS, ISSSTE y SP durante la encuesta correspondiente.

Para iniciar se presenta una reseña sobre varias posturas críticas acerca de los procesos salud-enfermedad que sirven como referente teórico desde las Ciencias Sociales.

También es de interés citar la importancia de la mortalidad como un fenómeno que impacta sobre el crecimiento demográfico, papel que juega junto con otros fenómenos como la migración y la natalidad.

Finalmente, gracias a las tablas y gráficas elaboradas sobre morbilidad y mortalidad se completó el análisis descriptivo en el cual se involucra a las características de la ciudad, a las características medio ambientales y a las condiciones de los individuos como los factores principales ante el surgimiento de la enfermedad y de la muerte. Se hace mención también de las problemáticas alternas que genera la enfermedad y que alteran la vida ordinaria tanto de enfermos como de su familia.

1.4.1 Factores del crecimiento demográfico

Entre las condiciones para entender los cambios en las condiciones de salud de la población desde los estudios de población, se encuentra la de conocer cuál ha sido el comportamiento de las principales variables generadoras del crecimiento demográfico, así como los fenómenos particulares que han alterado súbitamente las condiciones de salud de la población.

El crecimiento demográficos positivo, negativo o neutro es el resultado general de tres factores: la migración, la muerte y la natalidad que suman o restan individuos a la población ya existente para definir al final la cantidad de habitantes sobre una localidad. El análisis de estas variables es realizado con frecuencia en los estudios de población y de los cuales se interesa también la epidemiología. La ecuación para explicar el crecimiento demográfico es la siguiente:

$$\text{CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO} = \text{POBLACIÓN BASE} + \text{MIGRACIÓN} + \text{NACIMIENTOS} - \text{MUERTES}$$

1.4.1.1 La migración

Diversas investigaciones han abordado el caso de la migración en Ciudad Juárez, lugar cuyo atractivo hace unas décadas era su situación geográfica para llegar a los Estados Unidos. Posteriormente, la migración a esta ciudad se relacionó con la oferta masiva de empleo en la industria maquiladora (Bass & col., 2008).

Desde la llegada de la industria maquiladora a finales de los años 60's, Ciudad Juárez ha visto crecer con mayor rapidez tanto a su población como a su territorio. Se han presentado condiciones que han permitido convertir a la ciudad en un foco de atracción para empresas de cualquier parte del mundo y cuyos productos son comercializados globalmente.

Se ha señalado sin embargo que el crecimiento de la actividad económica de la ciudad no ha ido al parejo del desarrollo social. A pesar de tales beneficios, en esta localidad se perciben aún condiciones de desigualdad por causa de la falta de oportunidades equitativas para una mejor calidad de vida.

Aún con estas condiciones de dificultad, los habitantes de la ciudad han sabido adaptarse a las ventajas y desventajas la ciudad para así poder alcanzar satisfactores como la obtención de un empleo, el habitar una vivienda propia, acudir a recibir educación académica, aprovechar los tiempos libres en ocupaciones provechosas y tener la posibilidad de buscar formas de superación personal.

Hasta los años 90's, las mayores proporciones de población pertenecían a aquellas de los rangos de edad de los 15 a los 24 años. La gráfica anterior muestra que en la ciudad ha estado aumentando la población joven hasta los 20 años y que ya en 2010 se convirtió en la de mayor presencia de acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática (INEGI).

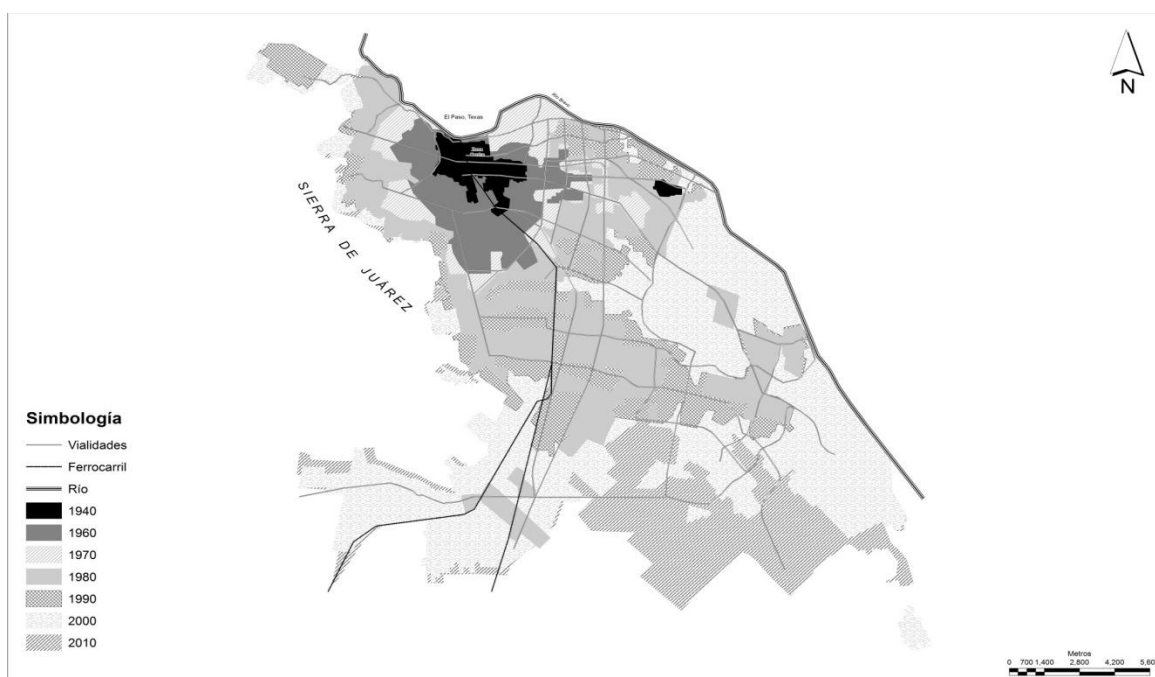
Además de la amplia oferta de empleo como fuerte atractivo para residir y trabajar en la ciudad, otros factores han contribuido en refirmar el crecimiento de la ciudad, de esta manera se reconoce que la ubicación geográfica adyacente a los Estados Unidos había sido

también un atractivo para una categoría de personas deseosas de cruzar hacia tal país ya fuera legal o ilegalmente.

Puede agregarse también que al principio de la ola de migrantes que buscaban empleo en la industria maquiladora se estarían dando señales sobre la necesidad de dotar de espacios habitables, sin embargo al no existir en ese entonces una estricta regulación de la posesión de lotes, las personas tenían la facilidad de asentarse en las nuevas periferias de la ciudad eliminando así la inquietud de disponer de un espacio propio luego de las jornadas de trabajo.

Las zonas de la ciudad donde se fueron asentando aquellas olas de inmigrantes fueron las laderas de la Sierra de Juárez, el sector de Anapra y posteriormente una colonización de espacios al oriente en el sector conocido como Zaragoza Distrito Bravo. La calidad de la vivienda para toda la ola de inmigrantes a esta ciudad fue determinante para la presencia de enfermedades dadas las condiciones como el hacinamiento, pisos de tierra, la falta de una red de agua potable y de servicios de drenaje.

Gráfica 8: Crecimiento territorial de Ciudad Juárez de 1940 a 2003



Fuente: Plan Municipal de Desarrollo 2003, IMIP

Una peculiaridad poco explorada en las motivaciones por llegar a residir en Ciudad Juárez lo ha sido el interés de las parejas por concebir hijos en la ciudad de El Paso, Texas y con ello buscar una futura residencia o beneficios de tal país gracias al hijo ahora con nacionalidad norteamericana. Actualmente, de la población residente en la ciudad existe una porción que es nacida en los Estados Unidos y que conforme aumente su edad, buscará cumplir con las exigencias legales de aquella nación para recibir a la vez los beneficios por ser ciudadano norteamericano y que pueden ser extendidos a los padres.

El conteo de la población flotante ha sido siempre un reto para las autoridades. La ciudad ha representado un lugar de estadía temporal para un sinnúmero de personas a lo largo de los años. Hay quienes han logrado obtener un hogar aquí y luego marcharse por una temporada a trabajar a los Estados Unidos. Otras personas permanecen aquí un tiempo y posteriormente emigran hacia los Estados Unidos para no regresar. En ambos casos las personas han podido haber generado familia que permanece o también se retira de la ciudad.

El lugar más representativo para identificar a las colonias de migrantes desde los años 70's en la ciudad fue la zona de Anapra, lugar que por no ser de propiedad del municipio se fue poblando de migrantes que construían ahí sus viviendas y, en algunos casos, empezaban a habitar ya con una familia. La zona de Anapra permitía un tránsito relativamente fácil hacia los Estados Unidos. La población flotante de inmigrantes en esta y otras zonas ha representado algunos problemas en el conteo de la población que reside en Ciudad Juárez.

Han sucedido también eventos atípicos o de súbito impacto que han trastornado la dinámica citadina generando serios problemas: un mayor desempleo como consecuencia de la partida de empresas maquiladoras, un clima de inseguridad como consecuencia de la ola violencia y crimen generalizado desde finales de 2007, e incluso contingencias ambientales que han devaluado el patrimonio de muchos habitantes en diferentes zonas de la ciudad.

La sociedad se ve afectada en distintos órdenes por cada uno de los eventos, y el de la salud no es la excepción. La salud es el resultado de una serie de condiciones entre las

condiciones impuestas por el medio ambiente, por las condiciones de vida entre la sociedad y por las características genéticas de los individuos.

El desequilibrio entre tales condiciones genera la vulnerabilidad que facilita la aparición de las enfermedades. La acción de las instituciones sanitarias es necesaria no solamente para remediar la situación del enfermo, sino buscar la manera de que las condiciones que llevan a la enfermedad sean abolidas.

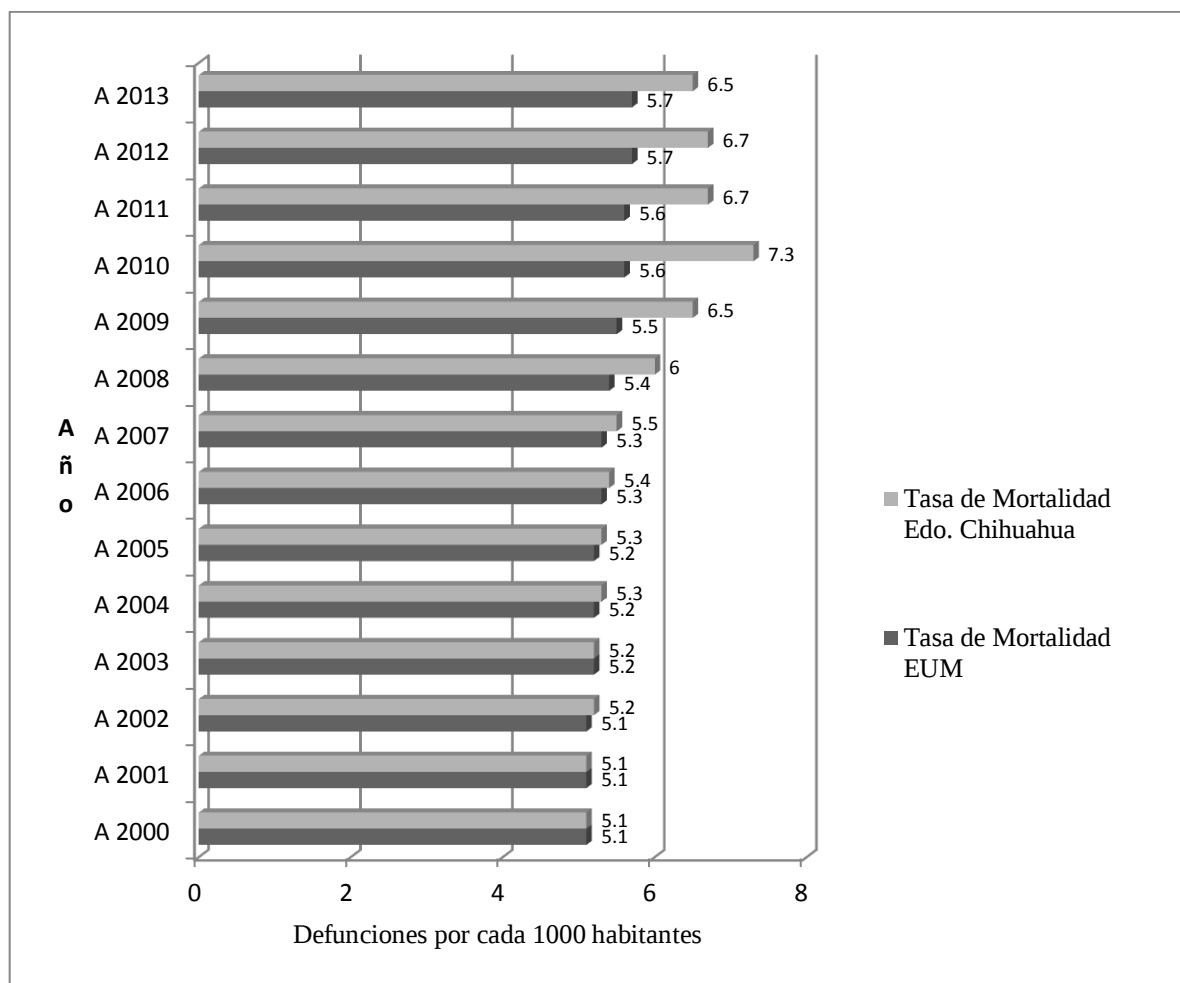
1.4.1.2 Mortalidad

Abordando otro de los factores, es de interés para los sistemas de salud el conocer cuál es el comportamiento de la mortalidad en cuanto a sus causas principales y la evolución de las mismas en periodos de tiempo. Las causas de morbilidad, en cambio, no pueden ser definidas en forma simple y no impactan directamente al crecimiento demográfico.

La tasa de mortalidad en el estado de Chihuahua se había mantenido casi al parejo con la tasa promedio nacional hasta que en 2006 hubo aumentos progresivos en la tasa de mortalidad estatal que alcanzaron la máxima diferencia con el resto de la nación en el año 2010. Aunque se atribuye bastante de este fenómeno a la etapa de crimen y violencia generalizada en el estado, son necesarios más estudios que, desde el ángulo de la salud pública, determinen cuáles son las causales principales y qué medidas debe llevarse a cabo para que las tasas de mortalidad regresen a sus patrones habituales.

Las tasas de mortalidad específicas sirven para identificar las causas principales de muerte sobre las que pueden realizarse múltiples cruces de variables, así, se puede conocer cuáles son las causas de muerte más frecuentes según la clase socioeconómica, el grupo de edad o el género.

Gráfica 9: Tasas de mortalidad de los Estados Unidos Mexicanos y del estado de Chihuahua, desde al año 2000 al 2013



Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI

Los factores se conjugan para que sobre la población ocurra un evento por el cual se deteriora la salud e incluso lleven a la muerte son de distinto tipo. Se ha llegado a concluir, a pesar de la complejidad, que el hecho de contar con servicio médico, el llevar a cabo rutinas o ejercicios ordinariamente, alimentarse correctamente y vivir en armonía con la sociedad contribuye notoriamente para alcanzar un favorable estado de salud (San Martín, 1989).

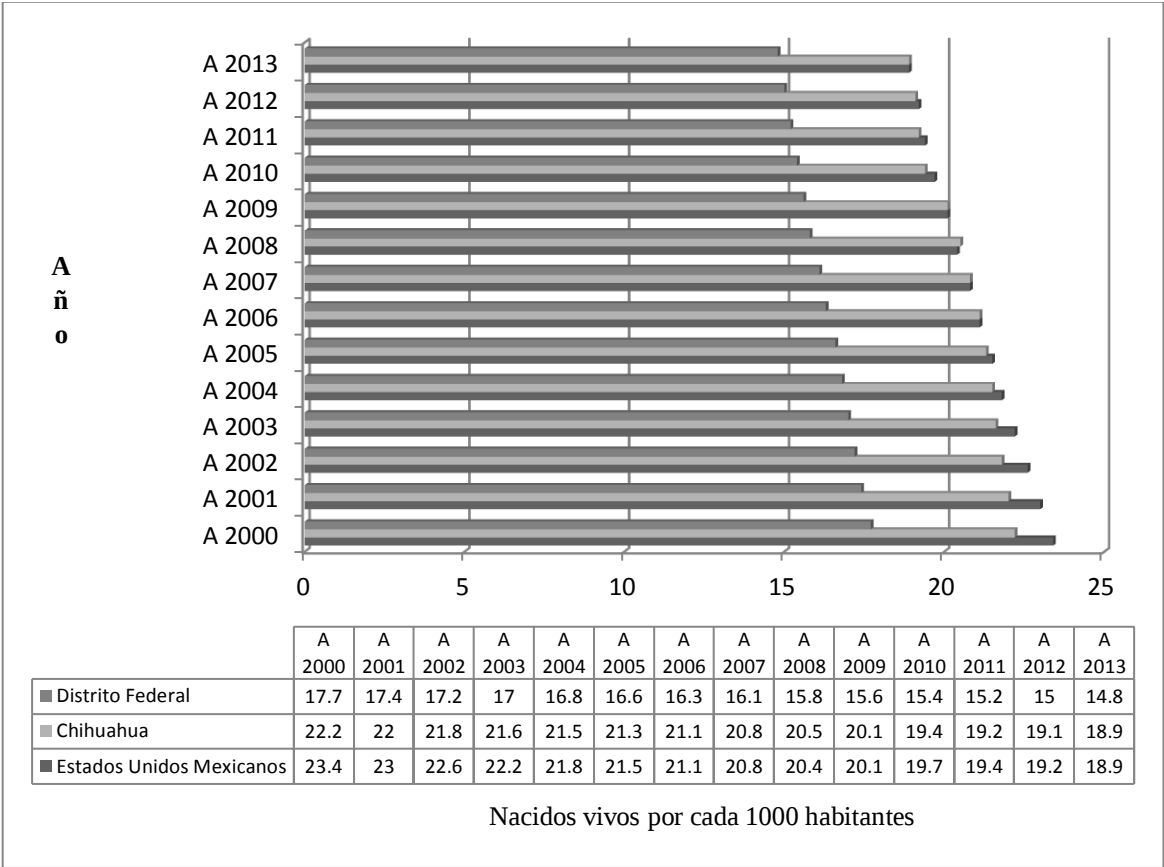
Aún más a fondo, se ha considerado que la condición socioeconómica, el nivel de educación y la accesibilidad a los servicios llegan a ser variables principales cuando se busca explicar el porqué de ciertas enfermedades que inciden sobre grupos específicos de

la población (Garrocho, 1995). El aumento en las tasas de morbilidad para algunas enfermedades puede inducir a un aumento de la mortalidad que impacta al crecimiento demográfico, de ahí la necesidad de generar esquemas de prevención y de atención remedial.

1.4.1.3 Natalidad

El estudio de las tasas de nacimiento complementa el análisis del crecimiento demográfico. La natalidad se relaciona con la fecundidad, es decir, la población femenina en edad reproductiva. Sobre la natalidad puede conocerse también qué grupos de edad entre las mujeres son los que más contribuyen a aumentar la tasa de natalidad.

Gráfica 10: Tasa bruta de natalidad nacional, del Distrito Federal y del Estado de Chihuahua



Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI

No es sino hasta años recientes que las tasas de natalidad estatal han bajado luego de haberse mantenido constantes a principios del milenio. La tasa de natalidad estatal ha sido más alta que la del Distrito Federal. Las políticas, costumbres de la población e intervención de los sistemas de salud con los programas de planificación familiar son importantes en el control de la natalidad cuando se cuenta con poblaciones relativamente numerosas.

En el caso de Ciudad Juárez, la tasa de natalidad ha disminuido desde 2007, año en que se registraron 27,800 nacimientos, a diferencia de los 23,339 registrados en 2002. De acuerdo con los Servicios Estatales de Salud, hace treinta años, en la ciudad el promedio de hijos era de 6 por pareja mientras que en 1999 era de 2.89. En la actualidad el promedio ha bajado hasta 2 hijos por pareja.

1.4.2 Dinámica de crecimiento poblacional en Ciudad Juárez versus otras ciudades

La dinámica de crecimiento de Ciudad Juárez hasta hace unos años ha sido muy diferente a la de la mayoría de las ciudades del país. Las características han sido más compartidas con aquellas ciudades identificadas por un fuerte incremento de la actividad económica producto de la inversión extranjera, así, ciudades como Tijuana (Baja California), Nogales (Sonora), Matamoros (Tamaulipas) y algunas otras han experimentado también un notorio aumento de la población atraída principalmente por la posibilidad de encontrar un empleo en la industria maquiladora y las oportunidades generadas alrededor de esta actividad.

Debido a tales hechos es que se ha llegado a incrementar la población en las ciudades fronterizas del norte, así, en los estados colindantes con EEUU un 29% correspondió de la población en 1990 correspondió a los residentes en las ciudades aledañas a tal nación. Al mismo tiempo, estas ciudades han crecido en territorio, infraestructura y equipamiento a un ritmo mayor que la mayoría de las ciudades del resto del país (Cruz, 1990).

Cuadro 16: Comparación de crecimiento demográfico en ciudades fronterizas y ciudades del interior del país

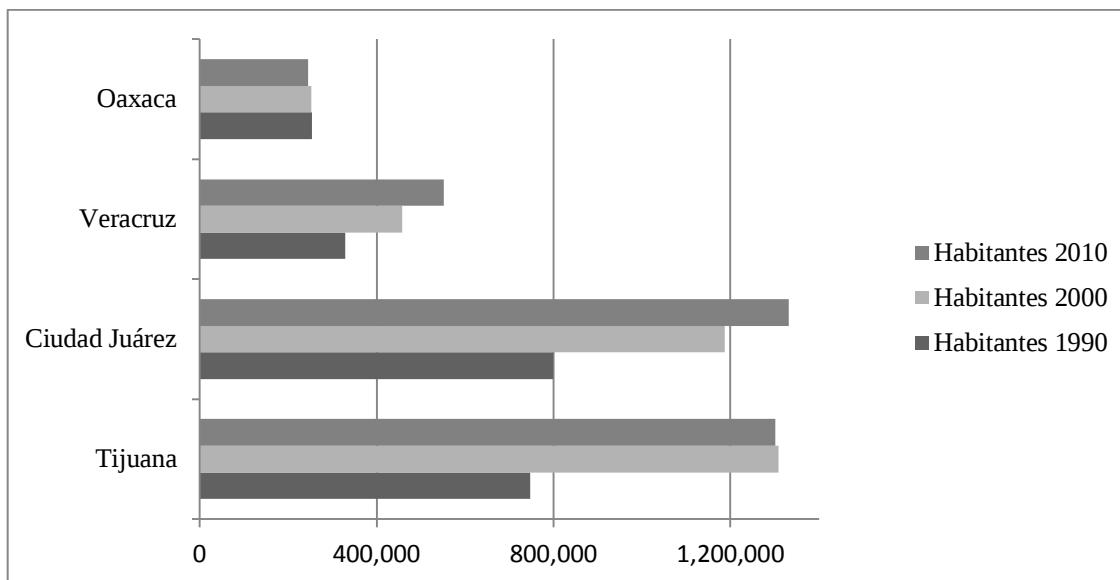
Ciudad	Habitantes 1990	Habitantes 2000	Habitantes 2010	Aumento neto de población en 20 años
Tijuana	747,000	1,309,000	1,300,983	562,000
Ciudad Juárez	798,499	1,187,452	1,332,131	388,953
Veracruz	328,607	457,377	552,156	128,770
Oaxaca	253,958	251,846	244,727	-9231

Fuente: Elaboración propia con datos de los portales oficiales de las ciudades listadas.

Con actividades económicas diferentes a las de las ciudades hacia el sur del país, Tijuana y Ciudad Juárez casi duplicaron la cantidad de habitantes en un lapso de 20 años. La ciudad de Veracruz, al sur del país, observó también un fuerte crecimiento de su población aunque la cantidad bruta de nuevos habitantes fue menor que las observadas en Tijuana y Ciudad Juárez.

La ciudad de Veracruz tuvo de 1990 a 2010 un incremento de 128,770 habitantes. La ciudad de Oaxaca por su parte tuvo en ese mismo lapso un decremento de 9231 habitantes, mientras que las ciudades fronterizas en el norte de México crecieron en 388,953 habitantes (Ciudad Juárez) y 562,000 habitantes (Tijuana) como producto de sus tasas de crecimiento que en el lapso mencionado casi lograron duplicar la población.

Gráfica 11: Comparación de crecimiento demográfico en ciudades fronterizas y ciudades del interior del país, por decenios



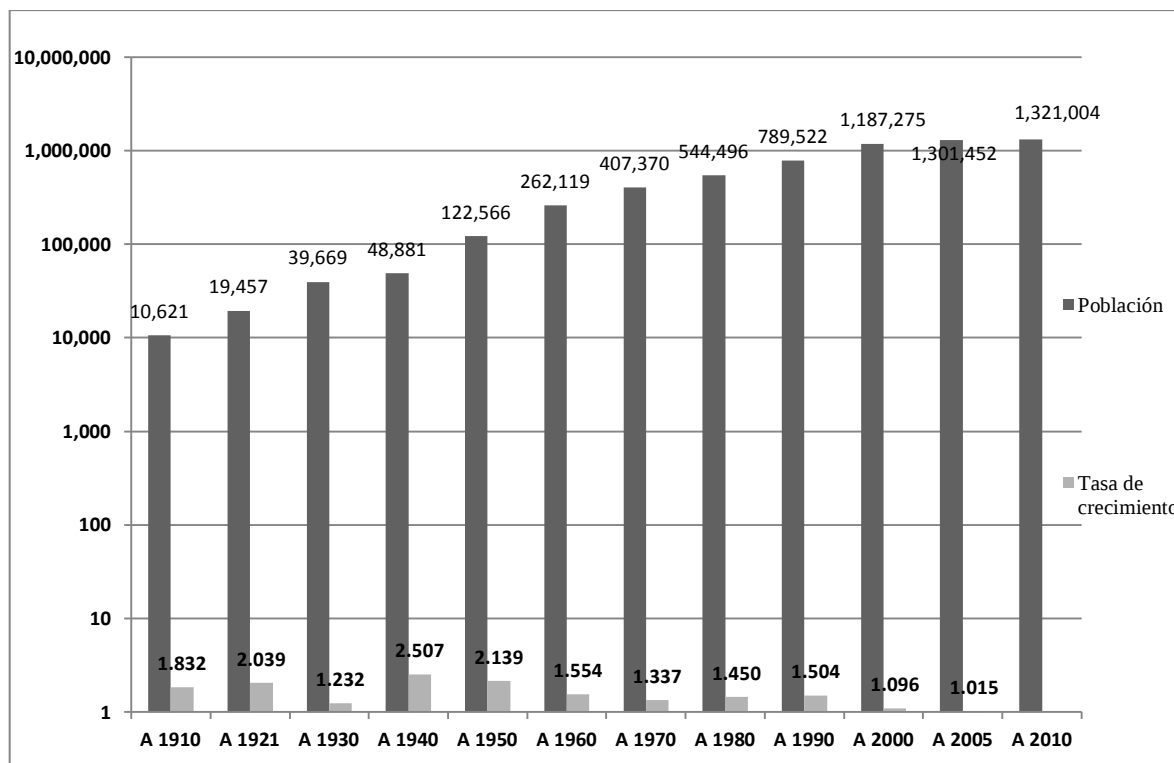
Fuente: Elaboración propia con datos de los sitios oficiales de las ciudades.

Tan solo de 1990 a 2000, en las ciudades fronterizas con Estados Unidos hubo un aumento de habitantes desde los 13, 246,991 hasta los 16, 642,676 y que se concentraron principalmente en Piedras Negras, Tijuana, Mexicali y Ciudad Juárez.

El crecimiento demográfico en Ciudad Juárez ha tenido periodos con tasas que han logrado duplicar la población en corto tiempo, siendo el más significativo el lapso entre los años 1980 y 2000. A partir del nuevo milenio, diversos factores incidieron sobre las tasas de crecimiento de la población: disminución de la producción en la industria maquiladora, recesión económica a nivel nacional¹⁶ y, desde finales de 2007, la violencia y la criminalidad generalizados sobre la ciudad.

¹⁶ De acuerdo con las estimaciones de la Asociación Plan Estratégico de Ciudad Juárez. En estas estimaciones se dio cuenta del cierre de numerosas plantas maquiladoras en la ciudad como consecuencia de la recesión económica global que afectó a México entre los años 2001 y 2002.

Gráfica 12: Población de Ciudad Juárez por decenios y tasas de crecimiento. Escala logarítmica



Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI, con escala de habitantes tipo logarítmica. *Los datos presentados para este año son relativos *Debido a las dificultades presentadas durante el censo y relacionadas con las condiciones de violencia imperantes en ese entonces.

En los años más recientes, la tasa de crecimiento ha bajado, situación que es explicada por la disminución en la dinámica de contratación de personal en la industria maquiladora, disminuyendo a la vez la llegada de personas a esta ciudad en busca de trabajo.

La actual tasa de crecimiento es explicada también por la salida de miles de personas por temor a la violencia siendo los casos más representativos la migración hacia la ciudad de El Paso de un segmento de empresarios y sus familias, así como el retorno al estado de Veracruz de personas que habían llegado a esta frontera para trabajar en la industria maquiladora. Su retorno incluyó a los hijos nacidos en Ciudad Juárez. Según las estimaciones, cerca de 30,000 personas emigraron a El Paso, Texas durante la etapa de violencia.

En cuanto al retorno de veracruzanos a su tierra de origen, los datos del Gobierno de Veracruz estimaron una cantidad de 40,000 personas de ese estado residiendo en Ciudad Juárez y a quienes se les extendieron facilidades para su retorno incluyendo a sus familias.¹⁷

No se han aportado números precisos sobre la salida de personas de Ciudad Juárez, la mayoría de los datos provienen de reportes periodísticos y no será sino hasta que existan condiciones apropiadas para realizar un conteo, que se conozca el impacto que ha generado la etapa de violencia sobre la tasa de migración.

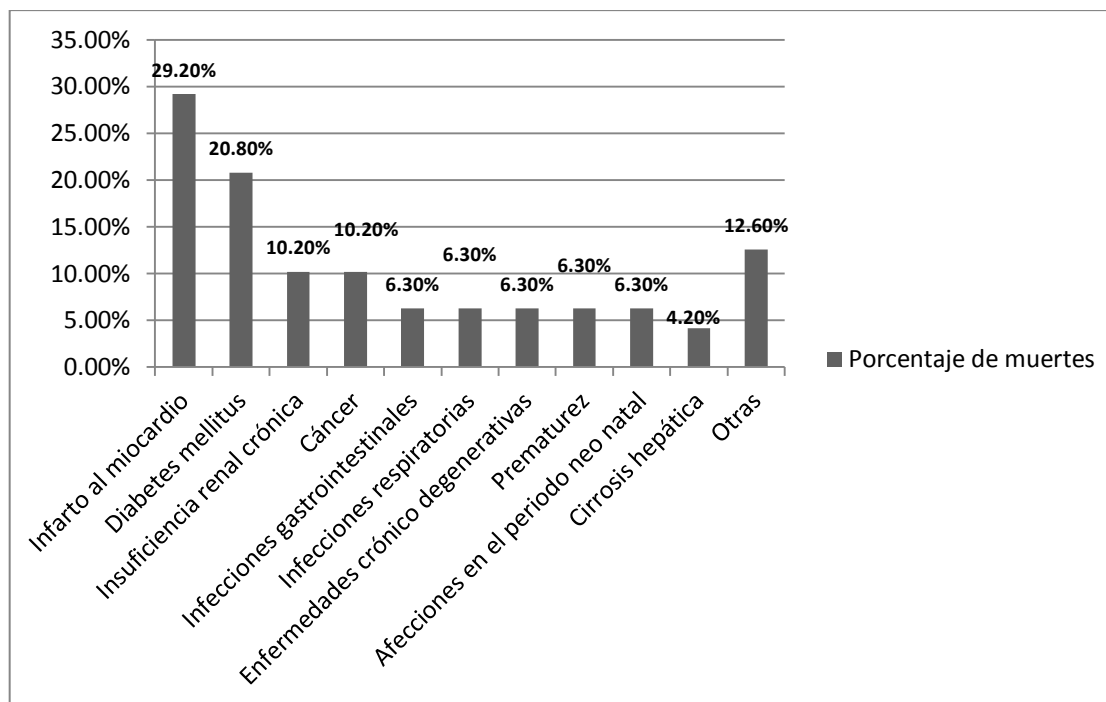
1.4.3 Patrones de mortalidad en Ciudad Juárez

Las principales causas de mortalidad han ido variando en la ciudad mostrando una transición hacia el predominio de las enfermedades crónico-degenerativas. A principios del nuevo milenio, estos padecimientos que se relacionan con el estilo de vida urbano fueron los que generaron un mayor impacto sobre la mortalidad, siendo las causas específicas el infarto al miocardio, la diabetes mellitus e incluso la insuficiencia renal crónica.

En investigación patrocinada por la Fundación del Empresariado Chihuahuense (FECHAC, 2006), se señaló que los principales problemas de salud en Ciudad Juárez tuvieron como origen los factores demográficos, educativos, sociales, económicos y medioambientales en donde habita y se desarrolla la población. Tales factores tuvieron consecuencia en la prevalencia de padecimientos tanto crónico degenerativos como infecciosos.

¹⁷ Información obtenida del portal electrónico del diario El Economista, consultada el 12 de Septiembre de 2013: <http://eleconomista.com.mx/sociedad/2010/04/13/analizan-suspender-programa-regreso-veracruzanos>

Gráfica 13: Tipo y porcentaje de mortalidad reportado en los hospitales de Ciudad Juárez, 2000



Fuente: Elaboración propia con datos de FEMAP-SADEC

A continuación se exponen varios aspectos observados sobre el impacto de las enfermedades en la población juarense.

1.4.3.1 Afecciones al corazón y sistema circulatorio

Las afecciones del corazón y del sistema circulatorio han sido causa de prácticamente la mitad de las muertes en Ciudad Juárez a principios del milenio, mostrando un patrón similar al de las ciudades fronterizas del norte de México y que a la vez muestran mayores tasas de crecimiento poblacional. En estas ciudades, de acuerdo con la Secretaría de Salud, prevalecen más las enfermedades no transmisibles y que son también producto del estilo de vida en una ciudad que tiende a la rápida urbanización, a la producción económica con base en la industrialización y a los estilos de vida¹⁸ que, dependientes de la exigencia del trabajo, otorgan pocas posibilidades para la recreación y la actividad física.

¹⁸ Arriaga, 2011: Existen factores de riesgo asociados con la hipertensión arterial sistémica. En los niños escolares, estos son la falta de rutinas de ejercicios, la mal alimentación, el aumento de colesterol en la sangre e incluso costumbres como el tabaquismo.

La situación empeora cuando la urbanización de la ciudad no ofrece suficientes elementos para desarrollar tales actividades. Otro de los factores que condicionan la actividad física en exteriores es el clima de la ciudad, el cual en Ciudad Juárez se caracteriza por sus temperaturas extremas siendo corta la temporada donde se dispone de un clima templado.

La muerte de las personas genera también problemas respecto a la capacidad económica y productiva de la sociedad. La contabilización de los años de vida perdidos (AVPP) es una de las maneras de estimar esta problemática. En Ciudad Juárez, la Maestría en Salud Pública reportó un creciente número de AVPP a causa de la enfermedad isquémica del corazón. En 1999, por ejemplo, se contabilizaron 5022 AVPP. Más recientemente, la Sociedad de Cardiología de Ciudad Juárez¹⁹ informó en 2012 que tres de cada diez juarenses presentan esta enfermedad siendo necesario seguir medidas preventivas tales como alimentarse en forma balanceada, tener actividad física e incluso dejar de fumar.

1.4.3.2 Diabetes mellitus

Esta enfermedad fue la segunda causa de mortalidad hasta el año 2000 en Ciudad Juárez y aun mostrando altas tasas de morbilidad hasta 2010. Lo descrito por la Secretaría de Salud al respecto es que para muchos individuos se tiene un estilo de vida que depende básicamente de los horarios de trabajo que demanda la industria, que no existe para estas personas una distribución adecuada de los espacios públicos para la actividad física o de recreación, además de la dependencia directa de los salarios para completar una canasta de alimentos con una ganancia semanal de salario mínimo con lo cual es casi imposible costo y beneficio. Así, la inadecuada alimentación, la rutina con base en actividades sedentarias y la propia genética del individuo se convierten en factor para el desarrollo de la diabetes.

Un presupuesto limitado favorecerá el consumo de productos baratos y altamente energéticos por sobre aquellos con un costo mayor y de contenido proteico, vitamínico o mineral. La obesidad y la predisposición genética se suman a los desencadenantes de la

¹⁹ Información obtenida del portal digital del periódico Norte de Ciudad Juárez en Septiembre 13 de 2013: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:zgsgvEDl_48J:www.nortedigital.mx/article.php%3Fid%3D20760+&cd=5&hl=en&ct=clnk

enfermedad por lo que las revisiones de salud y la promoción de la actividad física son imprescindibles.

Debido a la transición demográfica, es lógico indicar que la ciudad estará enfrentando una futura necesidad mayor por atender a la población cada vez más envejecida que se estará exponiendo a las enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes o la hipertensión arterial, sin embargo algunas investigaciones muestran que en la ciudad la prevalencia de personas con obesidad ha aumentado, sobre todo entre la población infantil (Carrillo, 2012; Ramírez, 2012)²⁰ representando esto un serio problema actual.

1.4.3.3 El cáncer como causa de mortalidad

A finales del siglo pasado, los servicios de salud reconocían ya el aumento en la incidencia de cáncer en sus distintas variantes. Esta enfermedad ataca por igual a hombres y mujeres. Aunque un estilo de vida saludable ayuda bastante en la prevención de algunos tipos de cáncer, otros son producto de factores que son difíciles de regular: la predisposición genética, la contaminación ambiental.

En esta ciudad, los tipos de cáncer que mayor mortalidad causan son el de pulmón, bronquios y tráquea, pero hay también un incremento en el cáncer sobre la mujer que requiere de campañas de detección en fase temprana para proporcionar la atención médica con la que se puedan evitar defunciones: cáncer de mama y cáncer cérvico-uterino, este último con una tasa hasta el año 2000 de 28.96 muertes por cada 100,000 mujeres mayores de 25 años.

El cáncer cérvico-uterino, de acuerdo a los estudios de la UACJ, tiene cada vez mayor incidencia sobre las zonas urbanas del estado de Chihuahua, siendo la causa principal la infección por el virus del papiloma humano. Los factores de riesgo son la evasión de las pruebas de detección, el contacto sexual sin protección e incluso un estado de inmunodepresión que facilita la acción del virus.

²⁰ Estas investigaciones están dirigidas a conocer cuáles son los hábitos alimenticios de un segmento de la población infantil y la prevalencia del sobrepeso.

El cáncer de mama es la principal causa de muertes reportadas en hospitales en México con 14 casos al día de acuerdo con la OMS. En Ciudad Juárez la frecuencia es de una muerte cada tres días debido a esta enfermedad, de acuerdo con los reportes de la Jurisdicción Sanitaria No. 2.

La detección tardía se ha convertido en una de las causas por las que muchas mujeres han perdido a vida, siendo la edad de los 40 años la indicada para empezar con los análisis de detección. En esta tarea también son importantes las campañas de educación para la salud para que las mujeres aprendan a revisarse por sí mismas y reconocer los signos más importantes de la enfermedad. Al igual que otras enfermedades, por cada caso reportado existen otros que no lo son. En el caso de esta enfermedad, por cada caso reportado se considera que hay dos que no se han reportado.

Otra actividad específica asociada con la aparición de cáncer es el tabaquismo. En el V Encuentro para la Prevención de las Adicciones celebrado en la UACJ, se informó que en México hay cada año más de 60,000 muertes asociadas al tabaquismo. De acuerdo al Programa Contra el Tabaquismo de la Secretaría de Salud, el 90% de las muertes asociadas corresponden al cáncer pulmonar, cáncer de bronquios y cáncer de tráquea.²¹

Respecto a Ciudad Juárez, se conoce que de su población estudiantil hay 14.3 fumadoras por cada cien mujeres y 18.2 fumadores por cada 100 hombres. La venta de cigarrillos es una actividad ordinaria en muchas partes de la ciudad, desde los cruceros viales, los pasajes comerciales e incluso en locales fuera de los hospitales. La entrada de cigarros de contrabando ha abaratado el precio del mismo y ha facilitado también la accesibilidad en su distribución sobre numerosas calles de la ciudad, involucrando en el consumo a grupos de población cada vez más jóvenes.²²

²¹ Información consultada en el portal electrónico del Consejo Nacional Contra las Adicciones: www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/pie/etj2003.pdf

²² Se tienen informes de continuos decomisos de cigarrillos en los puentes internacionales así como en los mercados públicos, como se ejemplifica en este caso reportado por un noticiero: <http://www.aztecanoticias.com.mx/notas/seguridad/132182/incautan-licor-y-tabaco-ilegal-en-ciudad-juarez>

1.4.4. 4 Enfermedades gastrointestinales

A partir de los años 90's la intervención de las autoridades fue más decisiva en cuanto a la regulación de los espacios para asentamientos humanos desapareciendo así el fenómeno de la invasión ilegal y dando paso a la construcción de fraccionamientos habitacionales disponibles para los ciudadanos de acuerdo a las posibilidades económicas (García, 2005) pero permaneciendo latente la necesidad de proveer de servicios básicos a bastantes colonias así como el modificar su entorno medio ambiental para disminuir situaciones de riesgo (Morales, Rodríguez y Sánchez, 2007).

Con la provisión de servicios básicos de agua potable, drenaje y alcantarillado se facilitaron tareas como el uso de agua limpia para la preparación de alimentos y el aseo personal, la eliminación de excretas hacia la red colectora y además algunas medidas de saneamiento de espacios en el hogar. Estas medidas fueron abatiendo la incidencia de enfermedades gastrointestinales en las colonias más segregadas. Aun así, las enfermedades gastrointestinales continuaron siendo una de las causas más frecuentes de mortalidad en Ciudad Juárez a principios de milenio.

Los estudios epidemiológicos indican un mayor riesgo para la población infantil y en edad escolar. Al respecto las autoridades sanitarias están obligadas a ejercer un mayor control sobre el consumo de alimentos tanto en escuelas como en espacios públicos. En esta ciudad es usual la venta de alimentos por ambulantes fuera de escuelas, plantas maquiladoras y zonas comerciales.

La venta de alimentos en espacios públicos abiertos ha servido de apoyo a la economía familiar de muchas personas, sin embargo son insuficientes los controles sanitarios que ejerce la Jurisdicción Sanitaria para supervisar la calidad de los alimentos ya no solo de esta forma de venta sino también sobre los comercios establecidos formalmente.

La incidencia de enfermedades gastrointestinales ha hecho necesario desarrollar acciones que identifiquen los efectos causales. Un ejemplo de estas acciones es la investigación llevada a cabo por Flores, Ramírez & cols. (2010) en el Valle de Juárez. Con acciones específicas como la dotación de agua potable, la disposición de redes de drenaje,

la promoción de ambientes higiénicos así como la limpieza personal la investigación logró demostrar la posibilidad de reducir drásticamente las enfermedades gastrointestinales en esta zona perteneciente al municipio de Juárez.

1.4.4.5 Afecciones en el periodo neonatal y mortalidad materna

Entre los indicadores más relevantes para cualquier sistema de salud se encuentra la mortalidad materna en el periodo neonatal. En 1990, la tasa de esta mortalidad en Ciudad Juárez era de 89 fallecidas por cada 100,000 nacidos vivos, para luego disminuir a 72.6 en el año 2000 y de 57 hasta 2008²³. En un periodo de 18 años, la tasa mejoró reduciéndose en un 64% con respecto a 1990.

Los sistemas de salud han convenido en otorgar mayor atención a las afecciones causantes de la muerte materna (preclampsia, hemorragia obstétrica entre las de mayor impacto) pero también en el lograr una cobertura suficiente facilitando los servicios del sistema público de salud ante el aumento de los índices de fertilidad y natalidad en la ciudad.

De acuerdo al Programa “Arranque Parejo en la Vida”, se estimó que en 1990 la razón de muerte materna era de 89 por cien mil nacidos vivos, cifra que disminuyó a 72.6 en 2000 y a 60.0 en 2006, correspondiendo a una reducción de 32.6 por ciento en 17 años. En el 2008, el número de muertes maternas fue de mil 115, con una razón de 57.0. Por ello, se destacó que para alcanzar la meta del 2015 se requeriría registrar un descenso mucho más acelerado que el obtenido hasta ahora.

1.4.4.6 Insuficiencia renal crónica (IRC)

La insuficiencia renal crónica se caracteriza por el deterioro progresivo de las funciones renales. La problemática es que la mayoría de las personas no advierte rápidamente este deterioro sino hasta que el mismo es avanzado. Los hospitales de la ciudad han debido ser

dotados con equipos de hemodiálisis para quienes sus riñones no realizan adecuadamente la función de filtración y limpieza de la sangre. De acuerdo a las estadísticas del IMSS, más de la mitad de quienes eran sujetos a hemodiálisis se estarían agregando la lista de espera para trasplante de riñón.

La presencia de esta enfermedad como causante de alta mortalidad se asoció con el padecimiento de otras enfermedades: diabetes, hipertensión y enfermedades cardíacas. La alta incidencia de estas enfermedades hizo aumentar la cantidad de casos de insuficiencia renal crónica siendo este un padecimiento de alto costo económico.

Algunas investigaciones respecto a la incidencia de esta enfermedad en Ciudad Juárez se han dirigido a varias perspectivas como los son la perspectiva de vida del paciente con IRC (Baylón, 2009), la función de la familia y el apoyo social (Núñez, 2013) e incluso su distribución socioespacial (Delgado y Manríquez, 2009).

En cuanto al apoyo de la familia, este se va haciendo cada vez más importante tanto en el aspecto moral como económico en tareas como el traslado del paciente, la espera mientras se aplican los tratamientos en la unidad médica pero además en la colaboración para la toma de medicamentos durante la estancia en el hogar. En algunos casos existe la necesidad de contar con la ayuda de un sicólogo que orienta tanto al paciente como a la familia, siendo los trastornos emocionales la principal causa del tratamiento.

Los servicios de salud en la ciudad deben asumir esa parte de la asistencia para el paciente con IRC. Sobre la perspectiva de vida, ésta puede mantenerse estable si la intervención ha sido oportuna y si se siguen cuidadosamente las indicaciones médicas. Una acción médica remedial es el trasplante de riñón. Si bien en la ciudad ya se puede realizar este tipo de intervenciones, es poca la disponibilidad de órganos, siendo la mayoría de las veces los mismos familiares quienes acceden a la donación.

Cuadro 17: Principales causas de morbilidad y cantidad bruta de enfermos. México, 2000

Lugar	Enfermedad	Cantidad de casos
1	IRA's	25 918 088
2	Inf. Intestinales	4 868 637
3	Inf. vías urinarias	2 970 428
4	Úlceras, gastritis, duodenitis	1 231 680
5	Amebiasis intestinal	1 174 005
6	Otitis media aguda	626 647
7	Otras helmintiasis	578 226
8	HTA	371 443
9	Candidiasis urogenital	308 820
10	Ascariasis	297 522
11	Diabetes mellitus T II	269 781
12	Asma	224 622

Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud, Dirección de Epidemiología.

Una vez más se advierte que la disponibilidad de equipamiento hospitalario sobre el territorio es determinante para atraer a la población a ser atendida y certeramente diagnosticada. Como se observa, las infecciones respiratorias agudas (IRA's) fueron el conjunto de padecimientos de mayor impacto sobre la salud en 2010 en México. Al respecto, se han seguido implementando campañas de prevención y de educación.

Con relación a las enfermedades debe reconocerse a la población vulnerable ya sea por su condición socioeconómica, sexo o edad. Las primeras causas de morbilidad en el año 2000 fueron enfermedades infecciosas y no es sino hasta la onceava posición que se observó a una enfermedad crónico-degenerativa (diabetes mellitus T II).

1.4.4.7 La mortalidad en Ciudad Juárez hasta 2010

Del año 2000 al año 2010 la ciudad experimentó algunos hechos que modificaron su crecimiento demográfico. A principios del milenio, la partida de una considerable cantidad de plantas maquiladoras impactó negativamente sobre las tasas de empleo y de demanda de vivienda de interés social.

Desde 2007 la ciudad experimentó una crisis social ante el aumento de los índices habituales de criminalidad y la violencia, mismos que empezaron a bajar hasta el año 2012. Es hasta hoy, pasada esta contingencia, que se están descubriendo las consecuencias sobre la salud: trastornos mentales, invalideces parciales o totales y, finalmente, un aumento en las tasas de mortalidad y cuya primera causa en 2010 fueron los homicidios.

Cuadro 18: Tasas de mortalidad específica por cada 100,000 habitantes en Ciudad Juárez, 2009

Lugar	Causa	Tasa
1°	Homicidios	27.2
2°	Diabetes mellitus	12.4
3°	Enfermedades isquémicas del corazón	9.8
4°	Enfermedad cerebrovascular	3.6
5°	Cirrosis/enfermedades del hígado	3.1
6o	Infecciones respiratorias agudas bajas	2.3
7°	Enfermedad obstructiva crónica	2.3
8°	Enfermedades hipertensivas	2.0
9°	Asfixia y trauma del nacimiento	1.8
10°	Nefritis y nefrosis	1.4

Fuente: Elaboración propia con datos de la Jurisdicción Sanitaria No. 2

Hasta antes de tales circunstancias la diabetes se había convertido en el año 2005 en la primera causa de muerte directa además de sus derivaciones hacia otras enfermedades, de acuerdo con la Jurisdicción Sanitaria No. 2. Posteriormente, los homicidios relacionados con la etapa de violencia se convirtieron en la principal causa de mortalidad. Esta etapa tuvo consecuencias no solamente sobre las tasas de mortalidad sino también en secuelas tales como las enfermedades mentales y las lesiones permanentes que se detallarán más adelante.

1.4.4.8 Homicidios

Desde finales de 2007 la violencia como signo de la criminalidad se había intensificado en Ciudad Juárez haciéndose notar principalmente en la cantidad de homicidios dolosos que iba a la alza a comparación de los años anteriores pero además no pocas personas fueron testigos presenciales del asesinato de su familiar o ser allegado e incluso fueron lesionadas

físicamente. Entre las tareas primordiales de las autoridades se encuentra el identificar a este grupo de víctimas cercanas a los eventos de homicidio para brindarles tratamiento.

El Observatorio de Seguridad y Convivencia Ciudadana de Ciudad Juárez (OSCC) reportó un aumento en la cantidad de homicidios desde 2008 de acuerdo a los siguientes datos:

Cuadro 19: Número de homicidios y tasa por 100,000 habitantes de 2008 a 2011, Ciudad Juárez

Año	Habitantes	Homicidios	Tasa X 100,000 Hab
2008	1,324,582	1,569	118
2009	1,328,351	2,371	178
2010	1,332,131	2,980	224
2011	1,443,104	1,956	136

Fuente: OSCC con datos de INEGI y CONAPO

Para el año de 2012, las autoridades de Gobierno Municipal y la Fiscalía General del Estado de Chihuahua informaron que la cantidad de homicidios se redujo hasta la cantidad de 749 homicidios dolosos.

1.4.5 Patrones de morbilidad en Ciudad Juárez

Las cifras de mortalidad y morbilidad dependen en buena medida de la información proporcionada por las instituciones de salud. Es conocido que no todo enfermo acude a consultorio ser diagnosticado y tratado. Los datos obtenidos corresponden solamente a lo recabado en la clínica o en los trabajos de campo. Es así como la Secretaría de Salud reportó a nivel nacional un total de 46, 326,006 diagnósticos identificatorios de enfermedad durante el año 2000 y de los cuales se identificaron las principales causas de morbilidad en el país en tal año.

La frontera norte, con sus características de crecimiento económico y poblacional ya explicados, mostraba en el año 2000 un patrón de morbilidad muy diferente a lo acontecido a nivel nacional. Las ciudades colindantes con Estados Unidos se caracterizaron

por la mayor incidencia de enfermedades crónico-degenerativas, a comparación de las infecciosas que fueron la principal afectación en el resto del territorio nacional.

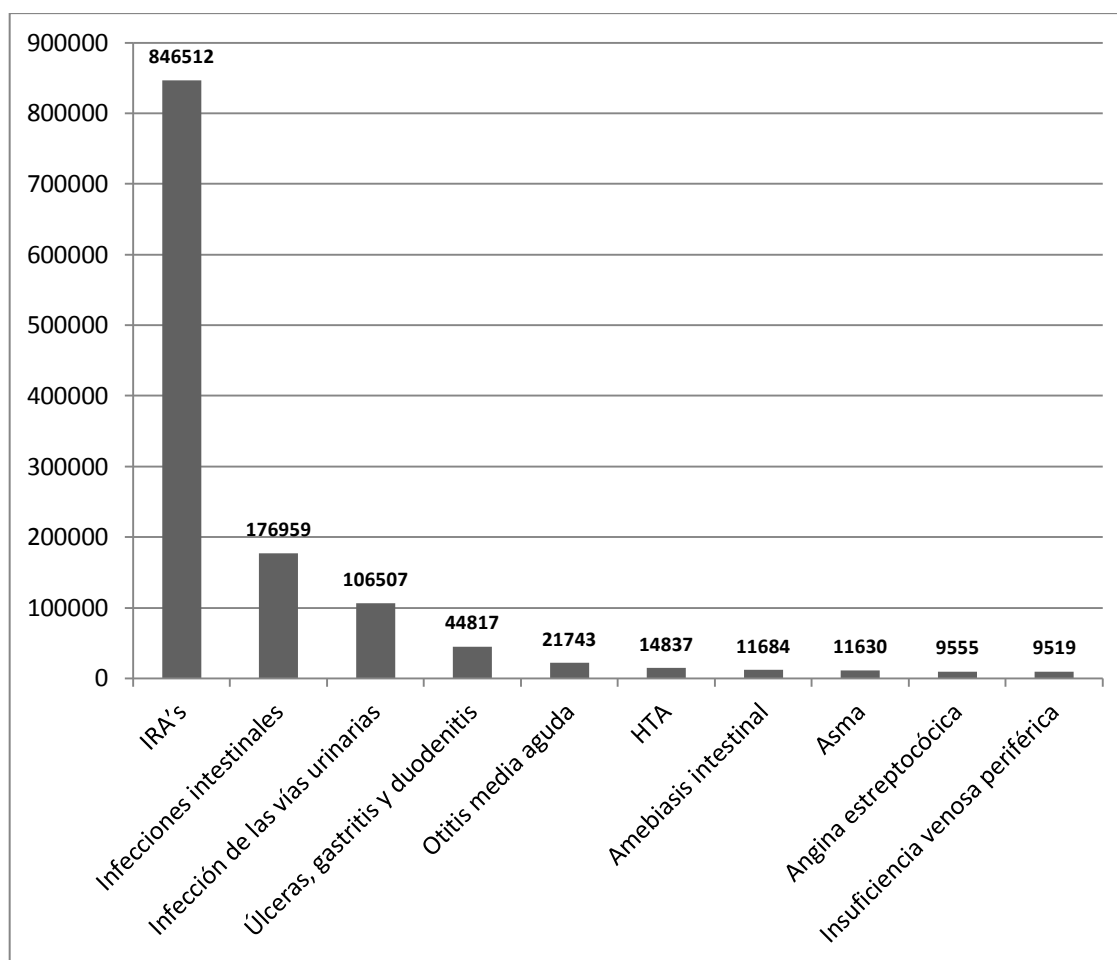
La prevalencia de las infecciones respiratorias agudas (IRA's) motivó a una serie de acciones para reducir el número de personas enfermas pero además a realizar una serie de investigaciones con la intención de dilucidar qué factores se conjugan en la ciudad para que esta sea la enfermedad más presente. Las investigaciones han encontrado que los cambios climáticos, la contaminación del medio ambiente²⁴, el estado nutricional y el hacinamiento son determinantes para la aparición de la enfermedad.

Las acciones remediales que se han llevado a cabo por parte de las autoridades de salud han sido dirigidas a corregir en lo posible algunos de estos aspectos y quienes son más importantes de observar son la población infantil y la población senecta. Las IRA's son una de las principales causas de atención en el consultorio familiar, lo que a su vez eleva la demanda de medicamentos para este grupo de enfermedades.

En el estado de Chihuahua, las IRA's se manifestaron también como la principal causa de morbilidad a principios del milenio. Si se considera que la población del estado ha estado concentrándose cada vez más en las zonas urbanas, es previsible que ciertas enfermedades crónico-degenerativas empiecen a mostrar cada vez más altas tasas de incidencia.

²⁴ En la investigación de Camacho (1995) se concluye que en Ciudad Juárez son múltiples los focos generadores de contaminación ambiental habiendo un progresivo deterioro de la calidad del aire respirado. Existen aún actividades altamente contaminantes como la producción de ladrillos usando la combustión de llantas, se tiene además la emisión de gases de combustión de los vehículos en la ciudad pero también partículas fecales en el aire. Otras investigaciones han concluido que las IRA's se transmiten mayormente en temporada invernal debido a las condiciones de hacinamiento en la familia y de acuerdo al tipo de vivienda pero esta condición se repite en los centros laborales. Las recomendaciones de guardar reposo no siempre son seguidas por los enfermos, multiplicándose así la infección a otras personas (OMS, 2007).

Gráfica 14: Cantidad de casos de las diez principales causas de morbilidad en Chihuahua, 2001



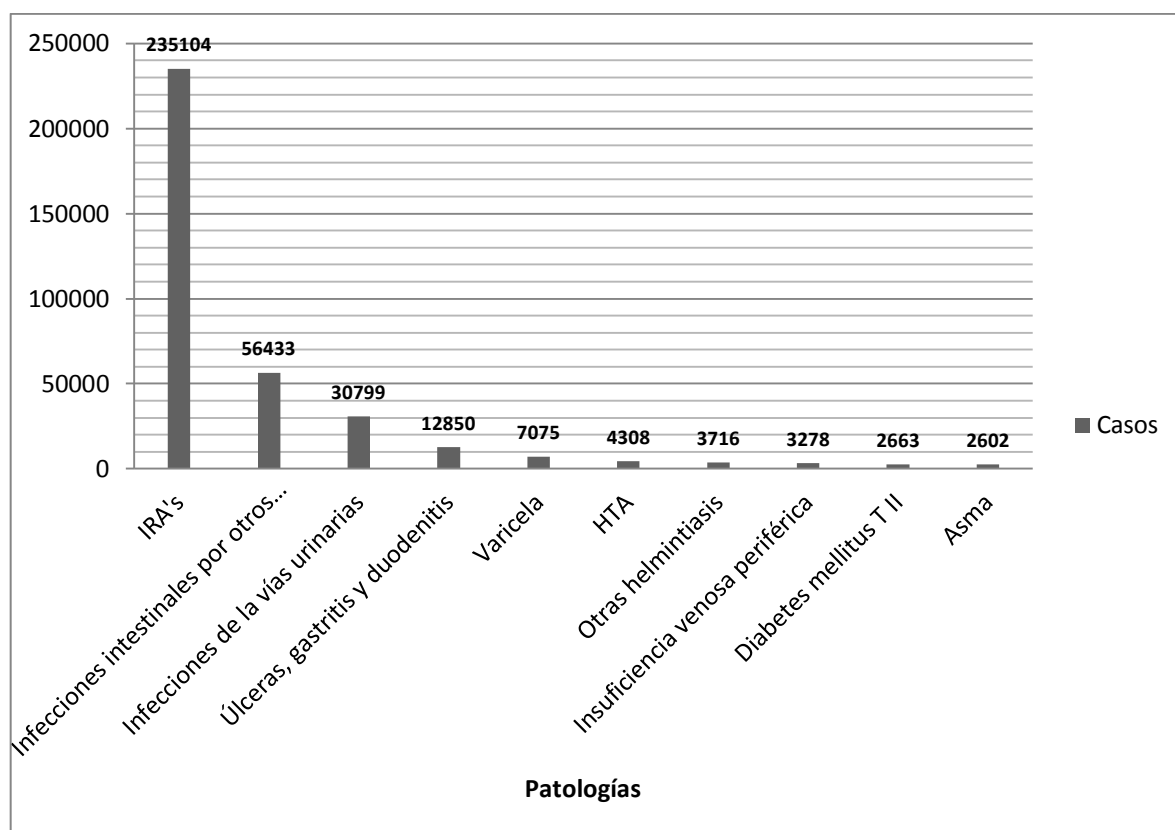
Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud. Dirección de Epidemiología.

Con relación al fenómeno de la migración hacia las zonas urbanas, en los municipios fronterizos del estado de Chihuahua el comportamiento de la morbilidad estaba siendo diferente en algunos aspectos, destacándose ya la presencia de las enfermedades crónico-degenerativas. En el año 2000, la diabetes mellitus tipo II y la hipertensión arterial no ocupaban los lugares más altos como causa de enfermedad pero denotaban un problema creciente. La otitis, señalada como una de las principales causas de enfermedad a nivel estatal, no estaba dentro de la lista de enfermedades con mayor impacto en los municipios fronterizos.

De acuerdo con información del Colegio de la Frontera Norte y con datos de la Secretaría de Salud, en Ciudad Juárez las IRA's y las infecciones intestinales habían sido

en el año 2004 las principales causas de enfermedad, sin embargo la diabetes mellitus y la hipertensión arterial (HTA) seguían aumentando su incidencia sobre la población.

Gráfica 15: Diez principales causas de morbilidad en los municipios fronterizos del estado de Chihuahua, 2000

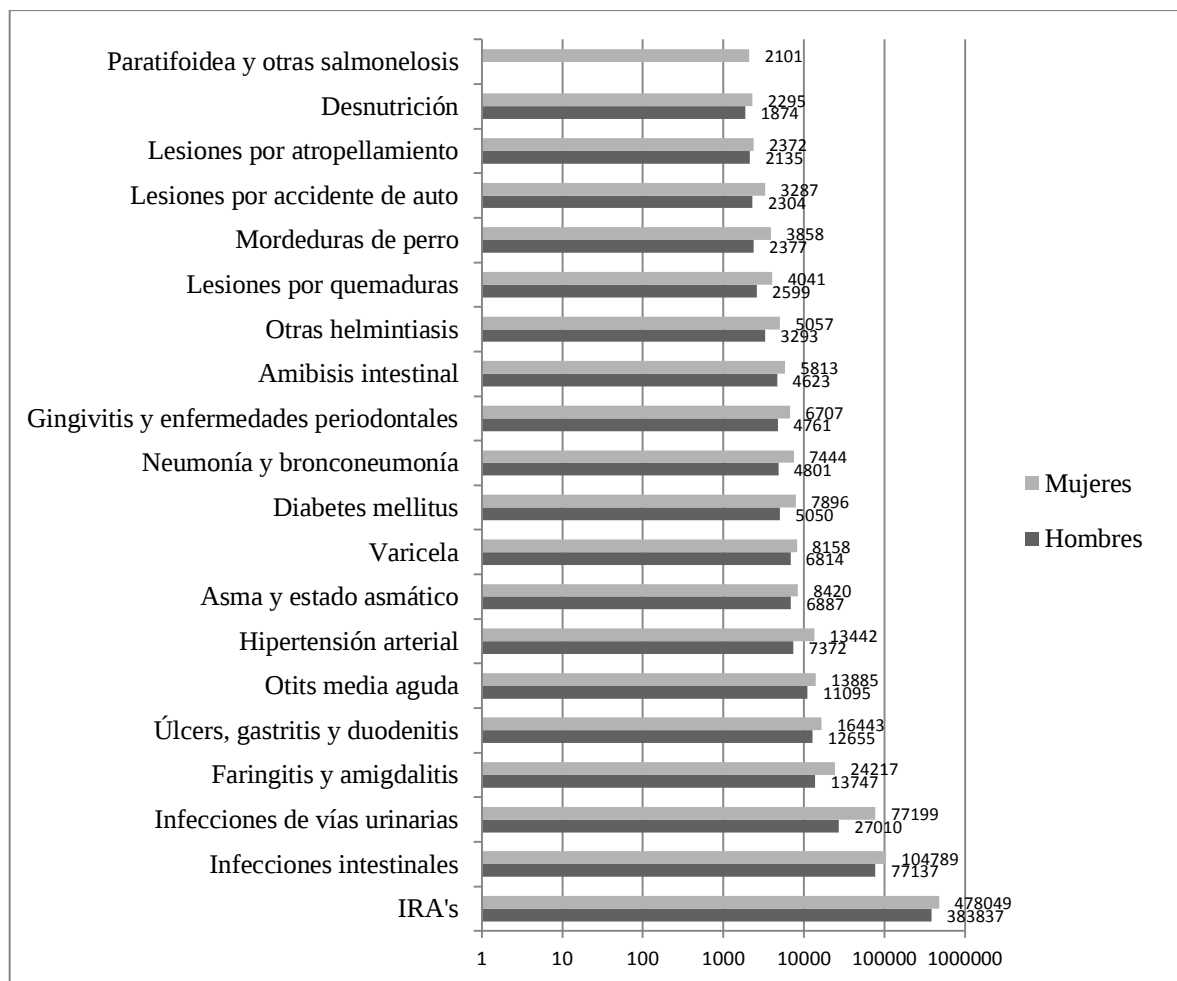


Fuente: elaboración propia con datos de la Dirección General de Epidemiología, SSA

Las infecciones intestinales como segunda causa de morbilidad en la ciudad han sido motivo para un número importante de visitas al consultorio familiar²⁵ y en la demanda de medicamentos. Las infecciones intestinales son ocasionadas por diversos agentes biológicos, siendo los principales los microorganismos y algunos parásitos. La vía de infección es bucal y no necesariamente la ingesta de alimentos. En los menores es necesaria la vigilancia de sus rutinas y el espacio que emplean sobre el piso para evitar el contacto con parásitos.

²⁵ En el año 2012 se atendieron más de 25,000 casos de acuerdo a los reportes epidemiológicos del IMSS y presentados por el supervisor de zona Rafael Contreras López

Gráfica 16: Cantidad de casos de las principales causas de morbilidad por género en Ciudad Juárez, 2004



Fuente: Elaboración propia con datos de Colef y Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología.

La ingesta de alimentos contaminados o los malos hábitos de higiene al comer son también determinantes para la adquisición de una infección intestinal y de la cual generalmente es la diarrea el principal signo. Un factor de riesgo es la pobreza que impide el contar con equipos para la refrigeración de alimentos, exponiéndose las personas en el hogar al consumo de alimentos en estado de descomposición. La falta de excretas adecuadas para el desecho de heces fecales y de un adecuado abastecimiento de agua

potable aumentan el riesgo de adquisición de infecciones intestinales entre la población más pobre.²⁶

En las plantas maquiladoras y otros centros de trabajo es común la oferta de alimentos elaborados en la misma planta y que se sirven en las cafeterías. Existen mecanismos de supervisión por parte de la Jurisdicción Sanitaria para controlar la calidad de los alimentos. Han existido ocasionalmente algunos problemas de infecciones intestinales entre el personal como consecuencia del consumo de alimentos aquí elaborados.

El mayor riesgo de adquirir una infección, sin embargo, se encuentra en el consumo de alimentos que cualquier ambulante puede vender sobre las calles de la ciudad y para los cuales la Jurisdicción Sanitaria no dispone de controles estrictos siendo la temporada de calor la que más preocupa a las autoridades debido a la mayor rapidez de descomposición de los alimentos al medio ambiente. De acuerdo con los estudios epidemiológicos del IMSS en Ciudad Juárez, el grupo de edad que más acudió a atención por causa de una infección intestinal es el de los 25 a 44 años, seguidos por el grupo de edad entre 1 y 4 años.

1.4.8. Otras enfermedades relevantes en Ciudad Juárez

Para lograr mejores condiciones de salud, ha sido importante que las instituciones correspondientes tengan en cuenta en qué medida puede disminuirse la presencia de ciertas enfermedades, así, acciones sencillas pero eficaces como las campañas de limpieza del entorno ambiental, de cuidados ante los cambios climáticos y del cuidado del origen de los alimentos contribuyen a disminuir las tasas de morbilidad en IRA's e infecciones intestinales.

Los signos y síntomas de otros padecimientos son en ocasiones poco advertibles por las personas, siendo para estos casos necesarias las campañas de promoción de revisión y diagnóstico temprano. En esta categoría se encuentran la otitis, hipertensión arterial, cáncer

²⁶ Flores, Ramírez y cols. (2010) realizaron un estudio sobre las enfermedades gastrointestinales y sus efectos causales en el Valle de Juárez, lugar compuesto por varias rancherías en donde los sistemas de abastecimiento de agua potable, la introducción de las redes de drenaje y la electrificación han sido determinantes en la reducción de tales padecimientos. Una tarea más ha sido la dotación de material para colocar cemento sobre los suelos de tierra al interior de las casas disminuyendo así el contacto con algunos parásitos.

de mama y cáncer de próstata. Durante el año 2004 la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos indicó desde la Oficina Regional de Ciudad Juárez la problemática existente en materia de salud, especificándola en cuatro temas principales para la región:

- a) Accidentes, violencia, enfermedades crónico-degenerativas, adicciones.
- b) VIH, tuberculosis
- c) Contaminación ambiental
- d) Riesgo de bioterrorismo

1.5 Sistema de consultorios de conveniencia de la Fundación Best

En este subtema se exponen las características de operación de los consultorios médicos conocidos como “Similares”, y que en esta investigación se denominan como “consultorios de conveniencia” (CC). Se desea conocer cuáles características les permiten competir con el sistema público de salud por la prestación de servicios en el nivel básico de atención, este es, el consultorio del IMSS, Seguro Popular e ISSSTE.

El modelo de consultorios de conveniencia (CC) ha crecido gracias a la estrategia de complementar la atención con el servicio de farmacia con costo económico pero además por la distribución estratégica de los locales comerciales que intentan cubrir la mayor parte de las áreas de las ciudades donde se abren operaciones.

De acuerdo con la Comisión Nacional para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) en el país existen cerca de 10,000 farmacias que a la vez cuentan con consultorio médico, pertenecientes a diversas empresas. Esta modalidad de atención ha ido en aumento en los últimos años. Las regulaciones a cargo de la Secretaría de Salud consisten en que la atención debe prestarse por médicos titulados y con cédula profesional visible, además de algunos requisitos físicos para el local.

La información de IMS Health²⁷ indica que hay un promedio diario de atención de 25 pacientes por consultorio de conveniencia, lo que equivale a 250,000 consultas diarias

²⁷ Consultado en el portal electrónico de la Revista Proceso:
<http://www.proceso.com.mx/?p=349488>

que han logrado disminuir la cantidad de clientes de los médicos privados y de los usuarios de algunos servicios del sistema público de salud y de seguridad social. De acuerdo con IMS Health, de las 250,000 consultas diarias a nivel nacional el 22% corresponde a personas con derechohabiencia al IMSS o al ISSSTE.

En cuanto al derecho a ser atendido gratuitamente en el sistema público de salud, se conoció que quienes prefieren acudir a los CC lo hacen por ahorrar tiempo de traslado y tiempo de espera para la consulta en el sistema público. Así mismo, la calidad de la atención logra un grado de satisfacción total para 8 de cada 10 clientes.

A pesar del creciente impacto en el mercado de la salud de los CC, aún no se generalizan las investigaciones académicas sobre la importancia de este modelo alternativo de atención básica para la salud. Las investigaciones al respecto provienen en su mayoría de los reportes de desempeño económico (IMS H consultora), de estudios hechos por las instituciones reguladoras del comercio en México (PROFECO, Asociación Mexicana de Medicamentos y Farmacias) y de las instituciones que regulan lo respectivo a la salud de la población desde distintos niveles: Secretaría de Salud, Organización Mundial de la Salud.

1.5.1 Consultorios-Farmacia privada, la nueva estrategia para la atención primaria de la salud

Los clientes de los consultorios privados anexos a farmacias pertenecen a todas las clases sociales, ambos sexos y mayoritariamente en rangos de edad de los 19 a los 30 años.

Las principales causas de malestar por las que se acude a estos consultorios son las enfermedades gastrointestinales, respiratorias y dolores de cabeza. Un dato relevante es que de no existir este tipo de consultorios, un 37% , esto es, 92,500 personas, no tendrían la posibilidad de acudir a alguna otra forma de atención ya fuera con médicos privados o al sistema público de salud llegando a la práctica del auto diagnóstico y auto medicación.

El éxito de este tipo de consultorios no ha pasado desapercibido para los especialistas en economía de los sistemas de salud y existen estudios que contemplan la posibilidad de que el sistema público de salud y de seguridad social cedan a los negocios la

atención médica en el primer nivel, es decir, el consultorio familiar, así como el manejo de los fármacos prescritos.

El cuidado de la salud depende de un balance entre el individuo mismo, el medio ambiente y la sociedad. Los hábitos positivos como la ejercitación, la correcta alimentación, la sanidad ambiental y la armonía con el entorno social favorecen la preservación de la salud.

Ante la aparición de la enfermedad, el individuo debe considerar cuáles son las mejores estrategias para una recuperación que le permita reintegrarse con normalidad a su estilo de vida habitual. Por lo anterior, las autoridades al ofrecer la Seguridad Social y la Asistencia Pública demuestran su responsabilidad para cumplir con la premisa del Derecho a la Salud que consiste básicamente en que a todo ser debe permitírsele el goce máximo de salud que se pueda lograr.

Con estos hechos se reconoce que todo individuo tiene derecho a la atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad de acuerdo a lo encomendado por la Organización Mundial de la Salud.

Aunque en nuestro país el Sistema Nacional de Salud promueve acciones para cumplir con el Derecho a la Salud permitiendo que los ciudadanos puedan acceder a los servicios ofrecidos institucionalmente, para estos existe también la posibilidad de elegir otra opción, esta es, la de la atención médica desde las instituciones privadas. De acuerdo a la conveniencia es que cada sujeto determinará dónde desea ser atendido, es decir, estará ponderando implícitamente las características del servicio en cuanto a su accesibilidad, oportunidad, aceptabilidad, asequibilidad y calidad para acudir al sistema de salud ofrecido por el gobierno (IMSS, ISSSTE, Hospital General, etc.) o en instituciones privadas.

La elección por un tipo de servicio u otro adquiere relevancia cuando el estilo de vida, las condiciones de accesibilidad urbana y la ponderación de actividades son tomadas en cuenta por los usuarios. Al respecto, Tejada y Mercado (2010) examinaron la disponibilidad y el acceso a la atención médica desde la perspectiva de quienes viven con padecimientos crónicos y en la pobreza, teniendo en cuenta los modelos público y privado

de la salud. Los autores describieron los problemas enfrentados por personas con estas características, identificando los problemas de distancia de los hospitales, problemas administrativos para agendar citas e incluso las dificultades para recibir medicamentos prescritos.

La investigación permitió a Tejada y Marcelo comentar que la medicina privada tipo Consultorios y Farmacias Similares ofrece ventajas por su costo reducido y su cercanía a comparación del consultorio familiar. En cuanto a los derechohabientes, se explicó que estos acuden a los consultorios de la compañía Similares por la cercanía y reducción en tiempos de espera, pero cuando la enfermedad es más seria, se acude al IMSS.

La información recabada por Tejada y Marcelo muestra que la gente tiene poca comprensión sobre la gratuidad de los servicios y del derecho a la salud. Las personas se han acostumbrado a un servicio público que con dificultades les da abasto de medicamentos, que carece de agilidad en los trámites administrativos previos a la atención médica y que además representan dificultades para el traslado desde el hogar. La reunión de tales condiciones hace que las personas busquen soluciones alternativas, las cuales están siendo encontradas en los CC.

1.5.2 Adaptación de los servicios de salud públicos y privados

La aparición y la consolidación de consultorios y farmacias de bajo costo han impactado en el campo de la economía y de la salud prácticamente en todas las ciudades del país. La presencia de estos negocios representa una alternativa más para quien busca atención para la salud. Esta situación se conjuga con fenómenos actuales en México como son la transición demográfica y la transición epidemiológica y los constantes problemas de tipo económico. La intención de este tipo de negocios es capitalizar la necesidad de las personas por una atención médica asequible, oportuna, aceptable y de calidad.

Las estrategias específicas de los conjuntos consultorio-farmacia son el realizar estudios donde se identifique cuáles son las características socioeconómicas de la población, cuáles son los patrones de salud-enfermedad e incluso aspectos técnicos como la accesibilidad hospitalaria, trayectos y formas de transporte. Estos negocios pretenden

entonces convertirse en una opción conveniente y que haga desistir a las personas de su derecho por recibir atención médica en el sistema público de salud, al menos en el nivel básico.

Debido a la transición generacional y epidemiológica es que están cambiando las prioridades en los grupos de edad que deben ser atendidos por los sistemas de salud. Entre las generaciones se identifican enfermedades y tipos de atención específicos, así, entre la población en edad reproductiva debe procurarse contar con mecanismos adecuados para la atención de maternidad y la natalidad; si la población envejece, debe estar al tanto de las enfermedades crónico-degenerativas y de los riesgos por lesiones físicas. Una amplia base de población infantil obliga a los servicios de salud a implementar más campañas de vacunación, protección contra infecciones respiratorias agudas e incluso representa una oportunidad para educar a los individuos en el ámbito del cuidado por la salud.

Signos de la adaptación de los consultorios y farmacias de conveniencia son el surtido de medicamentos que se va a adecuando a las necesidades de salud y la distribución de los negocios sobre el territorio. Las limitantes de adaptación son las propias de un servicio que sólo puede dar cobertura en el nivel básico ambulatorio.

1.5.2.1 Regulaciones de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS)

La COFEPRIS, organismo dependiente de la Secretaría de Salud, dispuso las siguientes orientaciones para el funcionamiento de los consultorios-farmacia de tipo privado:

- a) Sobre la orientación médica y el uso racional de medicamentos, se solicitó que exista un diagnóstico médico adecuado a las enfermedades de los pacientes, tratar de que no exista la auto medicación ni la venta de antibióticos sin receta médica.
- b) Que las farmacias y consultorios están sujetos a la farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos. Esto es importante para ciudades como las enclavadas en la frontera norte donde se vigila que las empresas farmacéuticas no hagan compras de medicamentos de los Estados Unidos.

c) La Norma Oficial Mexicana 005-55A-2010 establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatoria, tanto oficiales como de carácter privado.

La COPREFIS emplea dos estrategias de colaboración con el sector farmacéutico del cual forman parte los consultorios-farmacia de conveniencia:

1. El fomento sanitario que consiste programación de visitas de Fomento Sanitario, rutas clínicas de cumplimiento y observaciones derivadas de las visitas.
2. Operación sanitaria que se depende del diagnóstico de las visitas.

La COPREFIS tiene facultades para establecer sanciones económicas a los establecimientos que no cumplan con la calidad de los servicios.

Cuadro 20: Normatividad sanitaria relacionada con buenas prácticas médicas de consultorios dependientes de farmacias.

Consultorio			Normatividad
El consultorio cuenta con Aviso de Funcionamiento.	SÍ	NO	LGS, Art 47 NOM-005-88A3-2010 Numeral 51
El consultorio cuenta con Aviso de Responsable Sanitario con título profesional.	SÍ	NO	RGLSM8AM, Art 18 NOM-005-88A3-2010 Numeral 52
Cuenta con un rótulo donde indique el horario de su asistencia, así como el horario de funcionamiento del establecimiento.	SÍ	NO	RLGSMPSAM Art 20
Está ubicado a la vista el título profesional del médico que brinda la atención médica.	SÍ	NO	LGS Art 20
Se cuenta con documentación completa de los profesionales de la salud que laboran en el establecimiento.	SÍ	NO	RLGSMPSAM Art 24
Se cuenta con control y erradicación necesaria contra fauna nociva y se tiene certificado de fumigación vigente otorgado por un establecimiento autorizado.	SÍ	NO	RIS, Art 103 NOM-005-SSA3-2010 Numeral 5.5
Se cuenta con un programa para el manejo de los residuos peligrosos biológicos infecciosos, y de total apego a la NOM-	SÍ	NO	NOM-005-SSA3-2010 Numeral 5.8

087-SEMARNAT-SSA1-2002			
El área del consultorio cuenta con energía eléctrica que garantice el adecuado suministro de recursos energéticos.	SÍ	NO	NOM-005-SSA3-2010 Numerales 5.7, 6.1, 3.2
Se cuenta con expediente clínico de los pacientes.	SÍ	NO	NOM-004-SSA3-2010 Numerales 5.7, 6.1.3.2
Se cuenta con un área, espacio o mueble que permita guardar y disponer de los expedientes clínicos, en todo momento cumpliendo con los requisitos que establece la NOM-004-SSA3-2012	SÍ	NO	NOM-005-SSA3-2010 Numeral 6.1.1.6
Los expedientes se conservan cuando menos por un periodo mínimo de 5 años.	SÍ	NO	RLGSMPSAM Art 32 NOM-004-SSA3-2012 Numeral 5.4
Se cuenta con hoja diaria para el registro de pacientes.	SÍ	NO	RLGSMPSAM Art 62
El médico da aviso de los casos de enfermedad infecto-contagiosas a la Secretaría de Salud a las autoridades sanitarias más cercanas.	SÍ	NO	LGS Art 134, 136, 137, 138 RLGSMPSAM Art 19, Fracción IV
El médico cuenta con recetario médico impreso y este cumple con los lineamientos vigentes. (Nombre del médico, institución que expide el título, número de cédula profesional, domicilio del establecimiento, fecha de expedición).	SÍ	NO	RIS Art 28, 29 RLGSMPSAM
Se cuenta con acceso para pacientes con capacidades diferentes y adultos mayores.	SÍ	NO	NOM-005-SSA3-2010 Numeral 5.6
El consultorio cuenta con sala de espera y recepción.	SÍ	NO	NOM-005-SSA3-2010 Numeral 5.3
La sala de espera cuenta con un mínimo de seis lugares por consultorio.	SÍ	NO	NOM-016-SSA3-2012 Numeral 7.10

Continuación:

Consultorio	Normatividad		
El consultorio cuenta con áreas de interrogatorio y de exploración física delimitada con un elemento físico.	SÍ	NO	NOM-005-SSA3-2010 Numeral 6.1.1.1 RLGSMPSAM Art 59 Fracciones II y III

Se cuenta con lavabo funcional, jabón y toallas desechables, ubicado en el área de exploración física.	SÍ	NO	NOM-005-SSA3-2010 Numeral 6.1.1.4
Se cuenta con servicio sanitario para los usuarios.	SÍ	NO	RLGSMPSAM Art 59 Fracción V NOM-005—SSA3-2010 Numeral 5.3 NOM-016-SSA3-2012 Numeral 7.11
Se cuida la conservación, aseo, buen estado y mantenimiento del consultorio, así como del equipo y utensilios.	SÍ	NO	RIS, Art 104
Se cuenta con ventilación e iluminación naturales o por medios artificiales y mecánicos.	SÍ	NO	RIS, Art 102
Cuenta con un extintor y ruta con señales alfabéticas y analógicas.	SÍ	NO	NOM-003-SEGOB-2011 NOM-016-SSA3-2012 Numeral 5.1.10
El área comprendida para el consultorio cuenta con un cesto para la bolsa de basura municipal, cesto con bolsa roja para residuos biológicos-infecciosos, así como contenedor rígido para punzocortantes.	SÍ	NO	NOM-005-SSA3-2010 Apéndice Normativo “A” Numeral 1.1.6
Las bolsas y contenedores de recolección de residuos peligrosos biológicos infecciosos y punzocortantes se llenan a menos del 80% de su capacidad y se encuentran cerrados.	SÍ	NO	NOM-005-SSA3-2010 Numeral 5.8 NOM-087- SEMARNAT-SSA1- 2002 Numeral 6.2.6-b
El área de atención médica dispone del mobiliario mínimo establecido en el Apéndice Normativo “A”	SÍ	NO	NOM-005-SSA3-2010 Numeral 6.1.1.2
El área de atención médica dispone del instrumental mínimo establecido en el Apéndice Normativo “A”	SÍ	NO	NOM-005-SSA3-2010 Numeral 6.1.1.2
Se cuenta con equipo médico según la normatividad vigente para el uso en el consultorio conforme al Apéndice Normativo “A”	SÍ	NO	NOM-005-SSA3-2010 Numeral 6.1.1.3
El área destinada para atención médica cuenta con un botiquín de urgencias.	SÍ	NO	RLGSMPSAM Art 63 NOM-005-SSA3-2010
Todos los medicamentos que se encuentren en el consultorio	SÍ	NO	LGS

cuentan con registro sanitario y cumplen con las condiciones de almacenamiento de acuerdo al marbete.				Art 376
El consultorio se apeg a la normatividad de la NO promoción de fórmulas lácteas o alimentos que sustituyan a la leche materna.	SÍ	NO	RCSPyS	Art 146 NOM-007-SSA2-2010 Numeral 5.7.4

Fuente: Elaboración propia con datos de la COFEPRIS, guía de evaluación 2013

1.5.3 Operación administrativa de Farmacias-Consultorio “Similares”

El sistema de farmacias-consultorio marca “Similares” es propiedad de la Fundación Best. La información proporcionada por la agencia Health Marketing Innovations indica que Farmacias Similares es la cadena más grande farmacias en Latinoamérica (3400 locales, de ellos más de 1000 en México) iniciando actividades en 1997 con ventas de medicamentos a bajo costo y que incluye el servicio de atención médica.

Fundación Best tiene operaciones en los mercados de México, Guatemala, El Salvador, Honduras, Costa Rica, Ecuador, Perú, Chile y Argentina. El costo promedio de la atención médica es de 2 dólares. Aunque en la propaganda los fármacos se promocionan como “similares” a la fórmula original, estos tienen algunas diferencias por lo que no se les puede clasificar plenamente como “genéricos”.

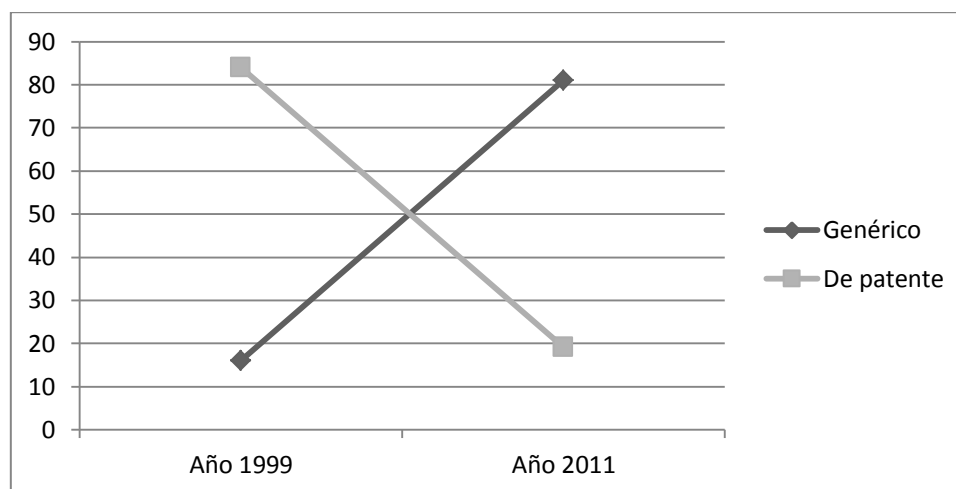
La misión de esta empresa es “mejorar la calidad de vida de las personas, sobre todo aquellas que viven en la pobreza extrema, mediante la atención a la salud, alimentación y capacitación. El conjunto de farmacias-consultorio marca “Similares” es parte del “Grupo por un País Mejor” que cuenta con las siguientes empresas: Fundación Best, Movimiento Nacional Anticorrupción, Fundación Niños de Eugenia, Fundación del Dr. Simi AC y el Centro Nacional de Diagnóstico de Enfermedades Emocionales.

1.5.4 Costos de los fármacos como forma de atracción

El costo relativamente menor de los fármacos en la actualidad es debido a la venta de productos genéricos. El costo de los medicamentos representa un atractivo para acudir a recibir atención en los CC. En la actualidad, siete de cada diez ventas de fármacos son de

los de orden genérico. Estas ventas representaron en 2011 una cantidad de más de 39,906 millones de pesos, esto es un 39% de las ventas totales de fármacos en 2011.²⁸

Gráfica 17: Porcentaje de participación en el crecimiento de mercado según tipo de fármacos



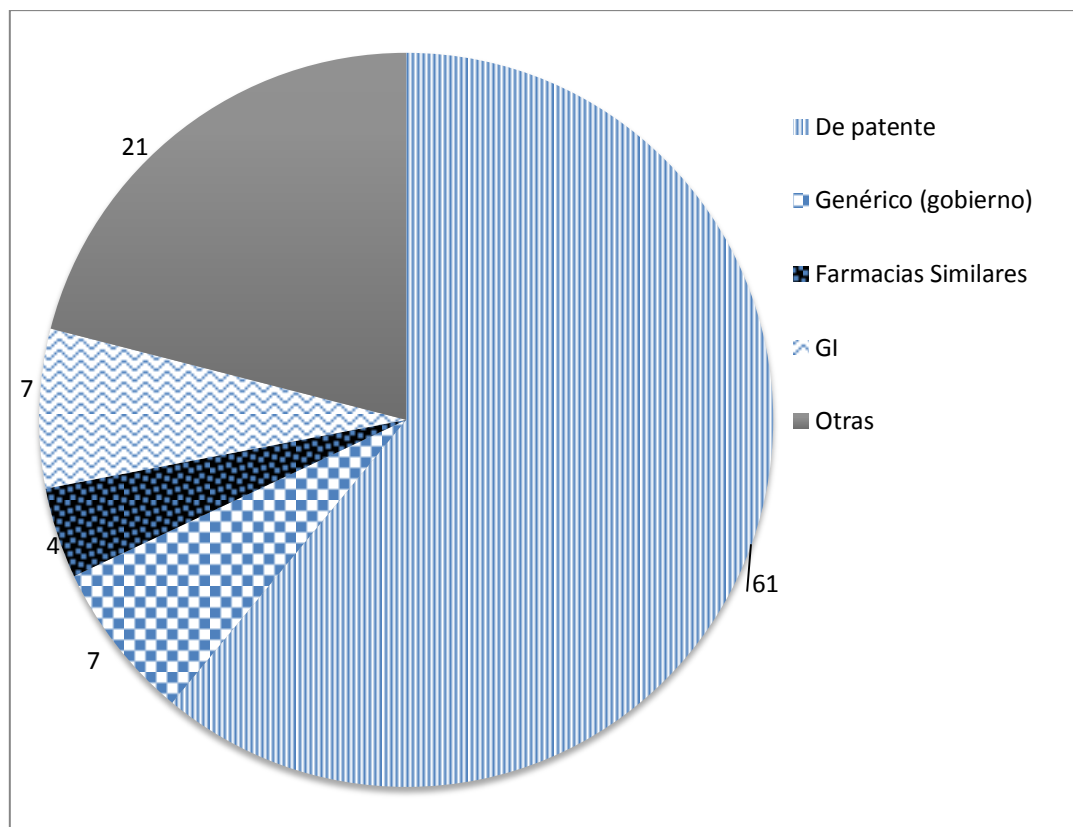
Fuente: Elaboración propia con datos de IMS Health

En 1999 la participación de los fármacos genéricos en el crecimiento de mercado era tan solo de 16% pero incrementándose notoriamente hasta alcanzar un 84% al tiempo que los fármacos de patente vieron reducirse casi a la inversa su participación hasta sólo un 19.1 por ciento en 2011. Una forma de recuperación para las empresas dedicadas a la producción de fármacos de patente es su condición de promoción de la investigación que les permite lanzar al mercado productos con ventajas en cuanto a respuesta para la salud, ventaja que deben capitalizar mientras no venza el derecho al uso de las patentes y también gracias a las regulaciones que solicitan el uso exclusivo de estos fármacos para enfermedades específicas.

Por su parte, las empresas que más están capitalizando la oferta de fármacos genéricos son, de acuerdo con la Secretaría de Salud, Farmacias Guadalajara, Benavides, Farmacias del Ahorro y Farmacias Similares. A estas cadenas de negocios identificados directamente por su actividad en el ámbito de la salud, se unen ahora las cadenas de centros comerciales como Soriana, Walmart y Chedraui.

²⁸De acuerdo con el reporte IMS Health 2011. Empresa dedicada al análisis del mercado de la salud y de elaboración de estrategias y servicios en este rubro.

Gráfica 18: Porcentajes de ventas en pesos de fármacos según tipo



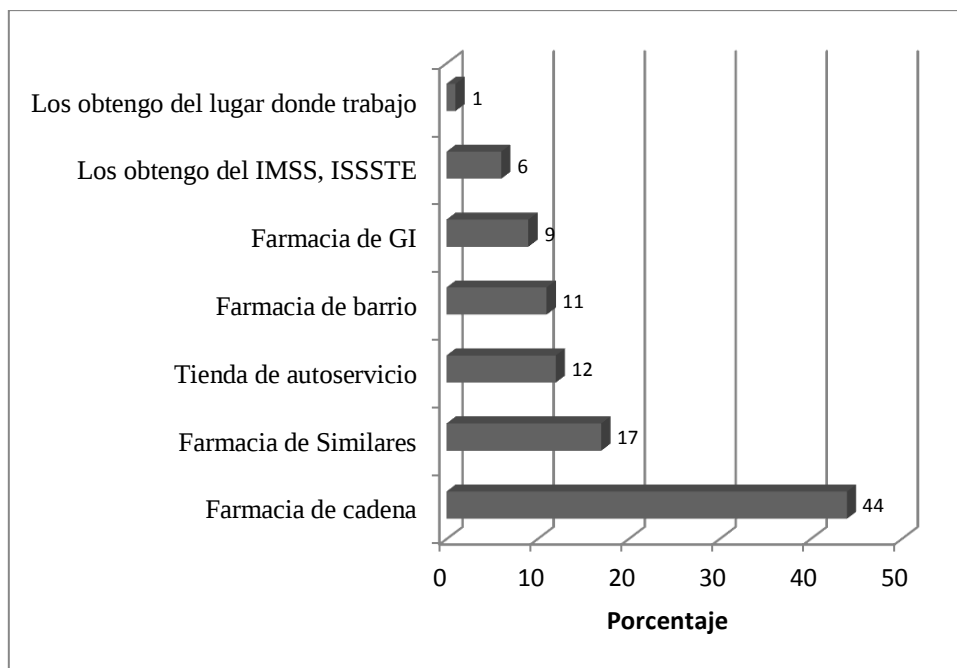
Fuente: Elaboración propia con datos de IMS Health, 2011

La principal estrategia de venta de los fármacos genéricos es su precio, aunado a una publicidad que garantiza que el producto genera la misma satisfacción en cuestiones de efecto sobre la salud que un fármaco de patente. Estas condiciones convierten al fármaco en un producto atractivo y que puede modificar la decisión de las personas ante su necesidad por ser abastecido por el sistema público de salud, sobre todo cuando se requiere de una prescripción médica para recibir la medicina.

1.5.5 Controversias sobre los medicamentos “similares”

Es conocido que la estrategia de combinar un consultorio médico con una farmacia tiene el interés de vender medicamentos bajo receta. Existen en la actualidad diversos negocios que promueven la venta de medicamentos económicos (Farmacias del Ahorro, Farmacias Fénix, Farmacias GI, etc.) sin embargo, los precios más baratos, de acuerdo con PROFECO, son los de Farmacias Similares.

Gráfica 19: Lugar de compra habitual de los medicamentos



Fuente: Elaboración propia con datos de PROFECO

En México existe un fuerte mercado de venta de medicamentos que hasta 2010 registró más de 10,000 millones de dólares. Las personas tienen diferentes opciones para acudir a la compra de medicamentos, así, se tienen negocios como las grandes cadenas a nivel nacional (Benavides, Farmacias Guadalajara) pero han ido apareciendo también otras negociaciones que han logrado aumentar sus clientes paulatinamente (Farmacias Similares, Farmacias Fénix).

Gracias a la combinación de consultorio-farmacia, las empresas han buscado colocar en el mercado los medicamentos específicos para las necesidades de salud y teniendo en cuenta cuáles son los principales motivos de consulta en las instituciones públicas. Con el fin de verificar la calidad de los medicamentos económicos, la PROFECO estableció las características de los mismos con los siguientes resultados:

a) Los medicamentos “similares” son productos que no han pasado la prueba de “intercambiabilidad”, es decir, el ingrediente activo no siempre tiene la misma eficacia que el del medicamento original. No se conoce su fórmula ni los excipientes que utiliza. Los

medicamentos similares serían entonces tipo “pseudo genéricos”. Estos medicamentos no representan un riesgo para la salud, pero que pueden carecer de eficacia al no contener una suficiente concentración del ingrediente activo, que no lo contengan o que no actúen apropiadamente en el organismo.

La compañía de Farmacias Similares, ante las confusiones, ha intentado aclarar en su publicidad que sus productos sí son genéricos intercambiables y disponibles para que las autoridades realicen las pruebas correspondientes.

b) Los medicamentos Genéricos Intercambiables (GI) han demostrado tener un comportamiento igual al del producto original. Los medicamentos son elaborados a partir de una patente que luego de 20 años ha vencido.

c) Medicina de patente. Son elaboradas a partir de la investigación científica para obtener productos originales cuya fórmula puede ser explotada durante 20 años. Luego de ese lapso, otras empresas pueden emplear la fórmula para producir medicamentos genéricos intercambiables.

Con la creación del Seguro Popular, las autoridades buscaron la manera de abastecer a la población con medicamentos de bajo costo. Ante los análisis de calidad de los medicamentos, se decidió que la marca “Similares” no participaría en las recomendaciones de medicina prescrita por los médicos del Seguro Popular, solicitando que las prescripciones sean con base en genéricos intercambiables o medicina de patente. Al no poder ser parte de los proveedores de medicamentos para el IMSS, Farmacias Similares reforzó su intención de crecer sobre el territorio nacional y mejorar el servicio en los consultorios anexos.

Otra de las críticas al sistema de consultorios-farmacia “Similares” es la supuesta utilización de los médicos en comodato como los principales promotores o “vendedores” de los medicamentos.²⁹ Esta forma de contratación aprovecha las bajas condiciones de empleabilidad de los graduados en medicina, y les otorga pocas retribuciones respecto a sus

²⁹ Información obtenida del periódico La Jornada, portal electrónico:
<http://www.jornada.unam.mx/2013/08/23/sociedad/038n1soc>

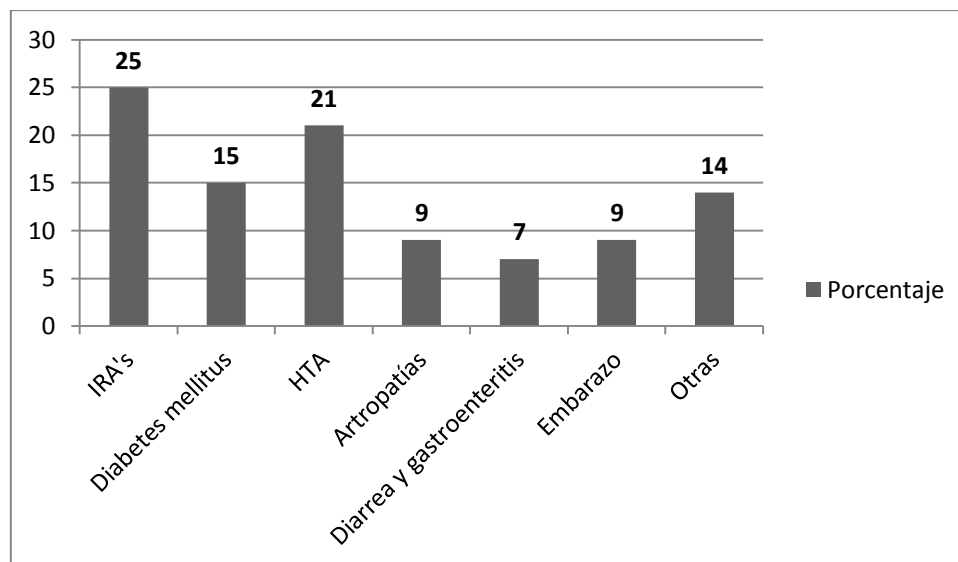
capacidades (Salas y Zepeda, citados por Leyva y Palacios, 2012) y en donde además se carece de prestaciones sociales.

En respuesta a las críticas, la Fundación Best informó que los médicos en comodato no reciben sueldo de la empresa, sino que estos se derivan de los cobros de consulta, que no hay en ellos obligación de prescribir medicamentos de Farmacias Similares ni de los demás productos. Los médicos reciben un consultorio por el que no pagan renta ni servicios, y en el cual pueden hacer crecer su prestigio como profesionistas.

1.5.6 Servicios de atención primaria en consultorios Similares

Los consultorios Similares son atendidos por 8,434 médicos generales a los que se les llama “médicos comodatarios” con horario la mayoría de ellos de 9 de la mañana a 9 de la noche, con dos turnos durante el día, pero sin interrupciones del servicio. Cada mes se atienden en promedio 6 millones de consultas en 4,790 consultorios, mientras que en el IMSS se otorgan en promedio 8 millones de consultas. El esquema de atenciones representa una cuidadosa respuesta a las cifras de tipos de servicio por las que los derechohabientes acuden al IMSS, sobre todo en aquellas atenciones que pueden realizarse rápidamente y por las que las personas preferirían acudir al consultorio de conveniencia en lugar de cumplir con el proceso de citas.

Gráfica 20: Porcentajes de causas de atención en el consultorio familiar del IMSS, 2010



Fuente: Elaboración propia con datos del IMSS y de la Universidad Jesuita de Guadalajara

El creciente número de consultas le ha permitido a esta empresa ocupar ya el segundo lugar en el número de atenciones a nivel básico, luego de los servicios otorgados por el IMSS. Esto también representa una seria competencia para los consultorios particulares de médicos independientes.

Gráfica 21: Mobiliario, equipo e instrumental para el consultorio de medicina general o familiar

Descripción	
Mobiliario	
Asiento para el médico	Asientos para el paciente y acompañante
Mueble para escribir	Guarda medicamentos, materiales e instrumental
Sistema de guarda para expedientes clínicos	Asiento para el médico en la exploración del paciente
Banqueta de altura o similar	Mesa de exploración con aditamento para piernas
Mesa de Mayo, Pasteur o similar, de altura ajustable	Cubeta o cesto para bolsa de basura municipal y para residuos peligrosos
Equipo	
Esfigmomanómetro mercurial, aneroides o electrónico con brazalete	Estetoscopio biauricular
Estetoscopio Pinard	Estuche de diagnóstico, oftalmoscopio opcional

Báscula con estadímetro	Báscula para bebé
Lámpara con haz direccionable	
Instrumental	
Caja con tapa para soluciones desinfectantes	Espejo Graves 1.9 X 7.5 cm
Espejo Graves 3.2 X 10 cm	Espejo Graves 3.5 X 11.5 cm
Histerómetro Sims	Martillo percusor
Pinza de anillos	Pinza estándar, estriada, sin dientes
Pinza recta, fenestrada, estriada	Pinza tipo mosquito, curva
Pinza para sujetar el cuello de la matriz	Pinza curva, con estrías transversales
”Porta aguja recto, con ranura central y estrías cruzadas	Pinza, longitud 24 cm
Riñón de 250 ml	Tijera recta
Mango para bisturí	Torundero con tapa
Varios	
Termómetro clínico	Cinta métrica
Lámpara de baterías	

Fuente: Elaboración propia con datos de la NOM-178-SSA1-1998

La operación de los consultorios familiares se encuentra legislada por la Ley General de Salud en donde se incluye la lista de material y equipo necesarios. La pretensión de los CC es aproximarse al tipo de servicios prestado por el consultorio familiar que por la ley está considerado como aquel donde se desarrollan las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes ambulatorios.³⁰

Los consultorios de conveniencia carecen de la mayoría de los instrumentos y equipo listados por la NOM-178, pero, de acuerdo con su portal electrónico, deben ofrecer las siguientes atenciones:

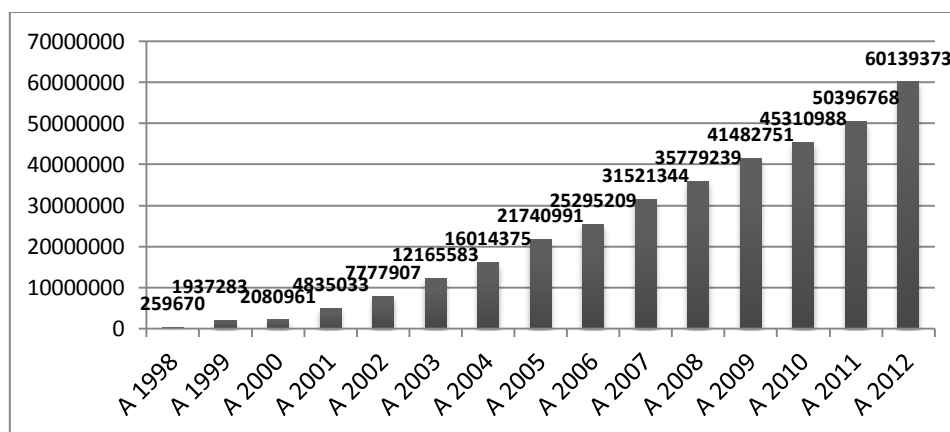
- Consulta médica general
- Certificado médico de salud
- Control del niño sano

³⁰ Apartado 4.1 de la NORMA Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998 que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

- Toma de la presión arterial
- Lavado del oído
- Control del embarazo
- Planificación familiar
- Aplicación de inyecciones
- Curaciones menores y mayores
- Prueba de la glucosa
- Retiro de puntos de sutura
- Retiro de sondas
- Extracción de uña enterrada
- Nebulizaciones

La expansión sobre cada vez más espacios en las ciudades, la integración de más servicios básicos de salud y los costos económicos de los mismos se consideran como los principales factores para que la cantidad de clientes en los consultorios de conveniencia siga en aumento.

Gráfica 22: Número de consultas por año en consultorios Similares



Fuente: Elaboración propia con datos de la Fundación Best³¹

³¹ Si cada consulta se cobra a 30 pesos, en el año 2012 se obtuvieron ingresos por más de 1804 millones de pesos tan solo por la atención médica. De acuerdo con la Fundación Best, estos ingresos son para los médicos, y las ganancias de la empresa son por la venta de fármacos.

1.5.7 Cita médica en el IMSS y en el consultorio de conveniencia

Para garantizar el derecho a la salud, el Estado debe garantizar un número suficiente de equipamientos para la salud y que cuenten con alcance geográfico (Lavielle, 2012) pero además ágil en el proceso administrativo. Por su parte, entre las estrategias de operación de los CC se encuentra el brindar un servicio rápido sin trabas administrativas. Lo que para las instituciones públicas para la salud representa un esquema de organización a favor de los usuarios debido a la saturación de servicios, puede generar en los usuarios un problema sobre cómo se percibe el proceso de solicitud de cita de acuerdo a la necesidad de atención de cada usuario.³²

Para ser atendido en el sistema del IMSS, el derechohabiente debe solicitar una cita, la cual es válida para la atención de consulta básica con las opciones de médico familiar o dentista. La solicitud de cita puede realizarse telefónicamente o acudiendo personalmente a la unidad correspondiente. Para ser recibido por el médico debe haber una espera de al menos 24 horas a partir de la solicitud de la cita, teniendo en cuenta que el tiempo puede ampliarse de acuerdo con la demanda del servicio.

En el sistema de citas del IMSS sólo es posible agendar una cita por solicitud ya sea en llamada telefónica o presentándose personalmente. No existe la posibilidad de elegir al médico ya que el mismo se encuentra previamente asignado al consultorio correspondiente. El horario para solicitar una cita telefónicamente es amplio: de lunes a viernes se tiene el horario de 8 de la mañana a 11 de la noche y los sábados, domingos y días festivos es de 8 de la mañana a 6 de la tarde. Un inconveniente del proceso de cita por medio de la llamada telefónica, es que las unidades de medicina familiar sólo aceptan que el 20% de todas las citas programadas sean por esta vía.

El procedimiento general para recibir atención médica consiste en acudir a un consultorio para ser atendido por un médico ya asignado quien luego de un diagnóstico hace una notificación con las recomendaciones pertinentes para que la persona atendida

³² De acuerdo con los modelos de decisión presentados en la discusión sobre accesibilidad a los servicios de salud.

recupere su salud o al menos su condición no empeore. La visita en consultorio tiene una duración de 20 minutos, y antes de pasar la secretaria-enfermera del consultorio toma algunos datos básicos del usuario: peso, estatura, talla de cintura, presión arterial. Entre lo recomendado por el médico se encontrarán desde el reposo, el consumir medicamentos y hasta realizar algunas rutinas físicas. El médico puede prescribir medicamentos que el usuario solicitará en la farmacia de la unidad.

Los procedimientos para agendar una cita cumplen con los requisitos de organización de los servicios de salud, pero para las personas este hecho puede representar trabas de acuerdo a su percepción en su necesidad inmediata por atención. La cuestión de las citas es también aprovechada por los CC: al no existir la necesidad de agendar cita, la población puede acudir en el momento en que lo desee dentro de los horarios correspondientes.

El problema generado con este esquema en tales consultorios es la falta de un registro del historial de salud de cada persona, el cual puede ser de ayuda en la prevención de nuevos padecimientos pero también para los registros de la Secretaría de Salud y que son necesarios para la implementación de políticas y acciones para la salud.

En los CC no se necesita agendar cita para ser atendido. En estos lugares basta con presentarse en la sala de espera. Los médicos están obligados por ley a llevar registro de las atenciones brindadas y que se remiten al nivel de atención primaria.

1.5.8 Consultorios de conveniencia en Ciudad Juárez, cifras básica

La información proporcionada por el portal electrónico de la Fundación Best indica que en la ciudad se tienen hasta el presente año 57 negocios tipo farmacia-consultorio. Para localizar al consultorio más cercano sólo basta entrar al portal electrónico y consultar un mapa o introducir el nombre de la colonia donde se reside para vincularlo con el negocio más cercano. El horario de servicio es continuo de 9 de la mañana a 9 de la noche.

Si se tienen en cuenta las estadísticas de IMS Health, cada consultorio estaría atendiendo un promedio de 25 personas por día, así, los CC de Fundación Best en la ciudad otorgan 1425 consultas diariamente, lo que equivale a 513,000 consultas por año. El

cobro por tales consultas sería de 15 millones, 390 mil pesos, cobro que va directamente a los bolsillos de los médicos contratados en comodato de acuerdo a las políticas de la empresa.

Cuadro 21: Consultorio-Farmacia, Fundación Best en Ciudad Juárez.

Numeración	Ubicación
1	Anapra, calle Rancho Anapra
2	Altavista_Norzagaray, junto a Supermercado González
3	Calle Hidalgo_Col_Dgo frente a IMSS
4	Centro_Lerdo y Malecón
5	Centro_Ave. Juárez
6	Centro Plaza de Armas junto a La Central
7	Centro Guerrero y Corregidora
8	Centro Mina y Santos Degollado
9	Hnos. Escobar y Américas
10	Plutarco E. Calles y Paseo Triunfo
11	Río Grande_ Mall, López Mateos 480
12	V. Guerrero y Tomás Fernández
13	Simona Barba y López Mateos
14	Col. Corregidora: Mpio. Libre y B. Domínguez
15	Col. San Antonio, Grecia y Sevilla
16	San José, Misión. Camino Viejo a San José
17	Centro Comercial El Paseo, Óscar Flores y C.V. San José
18	Valentín Fuentes 2579, Inf. Casas Grandes. Frente a IMSS
19	Galerías Tec
20	Coloso Valle, Col. Partido Senecú
21	Frente a Cinemark, Ejército Nacional 7426
22	Calle Cartagena, Goytia y Carlos Amaya
23	Glorieta-Curva Carlos Amaya 5260
24	Elisa Griensen y Ave. Aztecas
25	Ponciano Arriaga 1831, Rev. Mex.
26	Morelia 7320, Col. Eréndira
27	Satélite, Ave. Gómez Morín 1568
28	Plaza Benza, Gómez Morín y Carr. Waterfill
29	Waterfill, Ave. Waterfill y Río Bravo
30	Ave. Aztecas y Blvd. Zaragoza (Glorieta)
31	Blvd. Zaragoza y Chihuahua, junto a Smart Aztecas
32	Blvd. Zaragoza y Óscar Flores junto a Smart Oasis

33	Centeno, Calles Nayarit y Panamericana
34	Jilotepec y Centeno
35	Piña 6489, Col. El Granjero
36	Coppel Zaragoza, Gómez Morín y Camino Viejo a . La Rosita
37	Babícora, Blvd. Zaragoza 1580
38	Durango, Calle Durango y Blvd. Zaragoza
39	Torres del PRI, Ave. de las Torres 1538
40	Eco 2000, Ave. Santiago Blancas 1167
41	Terrenos Nacionales, Ave. Henequén (Blvd. Zaragoza) 307
42	Colonia El Mármol, Eje Vial Juan Gabriel 9851
43	Calles Aeronáutica y Aeromoza, frente a Central de Abastos
44	Lucero y Ramón Rayón
45	Plaza Las Torres II, Ramón Rayón y Margarito Herrera
46	Plaza Las Torres I, Ave. de las Torres 2431 Junto a Santander
47	Plaza Mitla, Calle Durango y Palacio de Mitla
48	Colonia Praderas del Sur, Ave. Santiago Blancas 471
49	Blvd. Independencia y Blvd. Zaragoza
50	Col. Riberas del Bravo, Calle Riberas del Bravo 560
51	Col. Tierra Nueva, Calles Puerto de Palos y Descubrimiento
52	Col. Horizontes del Sur, Calles Ramón Rayón y Arq. Lorenzo Rodríguez
56	Casas Grandes 280, Col. Granjas. Junto a Carnitas Don Epi
54	Col. El Mezquital, Calle Alpistle 10135
55	Calles Mutualismo y Blvd. Independencia. Col. Manuel Gómez Morín
56	Col. San Francisco (Fray García de), Calle Mesa Central 2325
57	Ave. Insurgentes, Entre Costa Rica y Venezuela

Fuente: Elaboración propia con datos de Fundación Best

1.5.9 Los diferentes tipos de accesibilidad de los consultorios de conveniencia

Habiendo determinado anteriormente cuáles son los diferentes conceptos que se tienen sobre la accesibilidad a los servicios de salud, los mismos pueden contrastarse con lo que ofrece la empresa Farmacia-Consultorios Similares.

a) Accesibilidad geográfica. La empresa cuenta hasta el año 2013 con 57 farmacias-consultorio. De acuerdo a la información que proporciona en su propio portal electrónico y con base en mapas de localización, los negocios se encuentran distribuidos sobre prácticamente todo el territorio de la ciudad sin importar las condiciones geográficas, de

clase social o de existencia de vialidades importantes.³³ Las únicas zonas con una obvia falta de cobertura son la aledaña a la Sierra de Juárez y la de desarrollo hacia Ciudad del Conocimiento en el extremo sur de la ciudad.

Gráfica 23: Distribución geográfica de los consultorios de conveniencia en Ciudad Juárez



Fuente: Portal Internet de la Fundación Best <http://www.fundacionbest.org.mx/>

De acuerdo a un área de influencia de 1 Km a la redonda, una persona promedio tardará menos de media hora en caminando de su hogar a uno de estos negocios. Esto contrasta con las áreas de cobertura de los consultorios familiares del IMSS si se tienen en consideración a los derechohabientes que habitan en zonas como Anapra, Riveras del Bravo y el sur- oriente de la ciudad.

³³ Portal electrónico para localizar a las farmacias-consultorio de la empresa Similares: <http://www.farmaciasdesimilares.com.mx/ui/localiza/index.aspx>

b) Accesibilidad administrativa. Prácticamente no existen trámites administrativos para ser atendido en los CC. Esta diferencia con los consultorios familiares significa para los usuarios un ahorro de tiempo de al menos 24 horas e incluso con la ventaja de atención en los días sábado, domingo y festivos en los cuales los servicios de seguridad y asistencia social son inhábiles. El único tiempo de espera es el que el usuario realiza en la sala, en la cual el orden de ingreso es establecido por las mismas personas de acuerdo a su llegada.

c) Accesibilidad de precios. En el consultorio de conveniencia el costo de la consulta es de 35 pesos. Aunque no existe obligación por comprar medicamentos, estos son regularmente prescritos por los médicos. Con el trabajo de encuesta se conocerá cuánto gastan en promedio las personas al adquirir medicamentos aquí y qué otros gastos implicados hay.

Cuando se acude al consultorio familiar los gastos implicados se relacionan con el pago al transporte público o el suministro de combustible al vehículo propio, la compra de algunos alimentos y bebidas e incluso el pago por estacionamiento. No hay pago por la consulta y los medicamentos se suministran gratuitamente. El creciente número de personas atendidas en el consultorio de conveniencia puede atribuirse a varios factores relacionados con la accesibilidad de precios y no solo por la accesibilidad geográfica.

i) La baja cantidad de personas adscritas a la seguridad social puede hacer aumentar la demanda en los CC que por sus precios resultan menos onerosos que los tradicionales consultorios de médicos privados. Para estas personas, no tiene relevancia la distancia a una institución de seguridad social, pero sí debería tenerlo la distancia hacia las instituciones de asistencia social donde el servicio es gratuito así y no tomar la opción de utilizar el consultorio de conveniencia.

ii) Si los costos implicados en el servicio de consultorio familiar son relativamente iguales o mayores a los implicados en el consultorio de conveniencia, las personas preferirán estos últimos al agregarse el beneficio de un servicio más rápido.

iii) La accesibilidad de precios y la garantía de surtir medicamentos básicos -aunque se pague por ellos- se convierten en ventaja de los consultorios de consultorio de conveniencia por sobre los servicios de la asistencia social. Las cadenas de farmacias están ya incluyendo

ofertas promocionales con variantes tales como ofertas según el día de la semana, por tipo de producto e incluso otorgando tarjetas de descuento.

iv) Mientras que para la población abierta es más conveniente acudir a los consultorio-farmacia debido a los precios, la razón de la población derechohabiente puede ser distinta y no necesariamente tiene que ver con la accesibilidad de precios ya que esa ya la han logrado en el sistema de seguridad social, es por esto que adquieren relevancia la cuestión de la cercanía geográfica y la accesibilidad administrativa.

d) Accesibilidad social. Los negocios de consultorio de conveniencia están siendo cada vez más aceptados por la población de acuerdo a las cifras de pacientes atendidos. La aceptación no se fundamenta solamente en la accesibilidad geográfica, de precios o de atención inmediata: existe también el hecho de que los servicios se orientan bajo normas éticas que solicitan el trato justo y respetuoso a las personas sin importar su condición socioeconómica, origen étnico, apariencia física o género.

Estas características ayudan a generar confianza entre los usuarios. El consultorio de conveniencia puede llegar a convertirse en un ejemplo de pertenencia social en el lugar donde se instala si las diferentes formas de accesibilidad se siguen complementando con una política de apertura a toda clase de personas.

La aceptación social ha sido una de las encomiendas de los servicios públicos de salud. Estudios sobre la percepción de la calidad de trato a los usuarios han sido elaborados en diferentes periodos por el IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud. Las críticas sobre el trato a los usuarios van dirigidas principalmente a los servicios de atención básica.

Comentarios finales

Los datos aportados por la investigación de campo permiten ir ampliando el conocimiento sobre el funcionamiento de los consultorios de conveniencia anexos a farmacias que se están convirtiendo en opción para la atención médica básica. Lo que se conoce actualmente, es que hay una cantidad creciente de personas que están siendo beneficiadas por las algunas características de este tipo de negocios: atención sin regulaciones administrativas previas,

dotación de medicamentos prescritos a precios mucho más económicos que los originales de patente y un esfuerzo por integrar la calidad en la atención médica.

La situación descrita se confronta con el hecho de que las personas tienen el derecho a recibir una atención médica gratuita y oportuna, derecho que por diversas circunstancias y por elección de los usuarios no se cumple, dando pie a interrogantes donde se cuestiona si la distribución de los servicios oficiales para la salud crea problemas de accesibilidad por las distancias territoriales, si las personas perciben una mejor calidad en unos servicios por sobre otros o si su elección es con base a gastar lo menos posible y en ello la opción más viable es el consultorio de conveniencia.

Capítulo II: Marco metodológico

Esta investigación busca contribuir en la explicación de algunos problemas que se presentan en Ciudad Juárez debido a la planificación urbana cuya implementación ha dado como resultado, entre otros, la asignación territorial de equipamientos destinados a brindar los servicios de salud a nivel de atención primaria.

A partir de esta situación es que se reconoce la existencia de problemas de accesibilidad geográfica a tales equipamientos afectando a los ciudadanos en su necesidad de utilizar los servicios de salud en este nivel.

Se reconoce también la aparición de un sistema de consultorios privados para la atención primaria que compite directamente con el sistema de salud establecido por las autoridades ofreciendo ventajas de accesibilidad, pero también de costos de servicios, de oferta de medicamentos e incluso de calidad de la atención médica.

Los ciudadanos, por lo tanto, tienen dos opciones para la atención primaria: los servicios públicos oficiales y los servicios privados. Teniendo en cuenta las ventajas y desventajas que cada sistema presenta, el ciudadano debe elegir los servicios que más le convienen en la búsqueda de mejorar su estado personal de salud.

La oferta de consultorios privados que más aceptación está teniendo entre la población de Ciudad Juárez es la propuesta por Fundación Best, cuyos locales se conocen popularmente como “Consultorios y Farmacias Similares” y cuyas características son la ubicación casi en cualquier área de la ciudad, precio módico de consulta, atención médica profesional y abasto de medicamentos.

Debido al impacto comercial de este sistema de consultorios es que surge la necesidad de verificar si los problemas derivados de la planificación urbana en materia de accesibilidad a los equipamientos para la salud son los que motivan en mayor medida a las personas a utilizar los consultorios de la Fundación Best, pero además se desea conocer cuál es el contexto de la toma de decisión.

Como contexto de la situación se tiene a las características de las políticas para el fomento de la salud existentes desde el marco internacional hasta lo reglamentado e implementado a nivel local, a los cambios en los patrones salud-enfermedad, a las condiciones actuales de los equipamientos para la salud, a las características del sistema de consultorios de la Fundación Best (a los que se les llamará “consultorios de conveniencia”).

De inicio, se afirma que existe un vínculo entre la planificación urbana y las oportunidades de progreso de los ciudadanos, así, es posible reconocer el hecho de que la expansión territorial que ha creado nuevos núcleos poblacionales y de trabajo ha generado también áreas con las características propias de la segregación socioespacial (Bass, 2010), donde tanto el *derecho a la ciudad*³⁴ como al *derecho a la salud*³⁵ son limitados a causa de las diferencias en oportunidades para cada ciudadano en las dimensiones económica, cultural, de educación y de la salud.

Ciertamente con el desarrollo urbano se ha dotado de ciertos servicios para satisfacer, no en su totalidad, lo que requiere la ciudadanía para vivir dignamente. En las ciudades modernas se procura que los núcleos habitacionales posean infraestructura de servicios básicos como agua potable, drenaje sanitario y alcantarillado; electricidad y gas. Se cuenta con redes viales para que las personas se trasladen a escuelas, centros de trabajo, centros comerciales, centros para la salud, o centros de entretenimiento, todo lo anterior para dar satisfacción al *derecho a la ciudad*.

No todos los habitantes, sin embargo, cuentan con los servicios para que su calidad de vida sea satisfactoria en cada una de las dimensiones consideradas. Ciertos grupos de

³⁴ El concepto de Derecho a la Ciudad” nace en 1969 a partir de la postura del filósofo francés Henry Lefebvre quien considera que debe buscarse que la gente pueda ser dueña de la ciudad en tanto valor de uso, esto es, que la ciudad y sus espacios sean un lugar de disfrute y encuentro de la vida individual y colectiva, y no solo se usen como valor de cambio, como mera mercancía útil, o solamente como mecanismo de acumulación de capital. Actualmente, la Organización de las Naciones Unidas ha retomado y ampliado tal concepto en sus estudios de hábitat y desarrollo humano.

³⁵ El Derecho a la Salud ha sido promulgado por la Organización de las Naciones Unidas mencionando que el goce máximo del grado de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. En este derecho se incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria. Este derecho se orienta a los Estados, quienes deben crear las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible, sobre todo para los grupos vulnerables y marginados de la sociedad.

ciudadanos se ven más beneficiados con infraestructura y equipamiento alrededor del lugar de residencia (clases socioeconómicas altas) generándose así la segregación socioespacial.

Una de las formas de satisfacer el *derecho a la ciudad* es haciendo uso de los equipamientos para la salud (hospitales, clínicas, centros de salud urbanos, consultorios); además, haciendo uso del derecho a los servicios de salud gracias a los equipamientos, los ciudadanos aprovechan las condiciones que los gobiernos establecen para materializar el *derecho a la salud*. Es en este punto donde ambos derechos convergen mientras que los problemas surgen ante las diferencias en la dotación de equipamientos e infraestructura sobre las zonas de la ciudad con lo que de acuerdo al lugar de residencia, unos ciudadanos se benefician más que otros.

Aunque a nivel nacional existe una garantía constitucional sobre el derecho a la salud³⁶ y de que en la ciudad haya una provisión de equipamientos y políticas (hospitales, clínicas, consultorios, programas de salud) dispuestos para cumplir con tal garantía. Al final, las personas pueden utilizar el equipamiento urbano para la salud que las autoridades han construido con las condiciones de *accesibilidad* impuestas por el entorno urbano.

No obstante esta oferta de las autoridades, las opciones públicas para la atención de la salud son limitadas, agregando además las dificultades que experimentan los ciudadanos al querer utilizar tales opciones debido a las distancias, vialidades y transporte con los gastos correspondientes.

Ante esta situación las personas deben decidir si se hace uso del derecho a un *sistema público de servicios para la salud* (IMSS, ISSSTE, Seguro Popular-Servicios Estatales de Salud) o a un *sistema privado de servicios para la salud* (hospitales, clínicas, consultorios médicos, farmacias particulares) que se ubica en ciertas zonas de la ciudad y que conoce de las deficiencias del sistema público para con ello ofrecer consulta y farmacia económica, locaciones en un sectores más cercanos a los conjuntos de viviendas y sin disposiciones administrativas tardadas.

³⁶ Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

El sistema público de servicios para la salud funciona tanto en la forma de seguridad social como en la forma de asistencia social. La seguridad social consiste en un sistema de derechohabencia a instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales a los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y los servicios médicos de Petróleos Mexicanos (Pemex), Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena) y de la Secretaría de Marina (Semar). La asistencia pública por su parte consiste en los servicios para la salud que el Estado provee a los no derechohabientes de la seguridad social y que actualmente rige al Seguro Popular.

El sistema privado de salud por su parte se oferta como una alternativa que satisface a las personas según su capacidad económica.

En Ciudad Juárez, el sistema privado de salud ha crecido hasta ofrecer grandes hospitales que realizan intervenciones médicas especializadas (Hospital Ángeles, Hospital Médica Star, Hospital Guernika, entre otros), que se agregan a la previamente existente red de clínicas particulares distribuidas sobre la ciudad, pero también se ha crecido con la operación de consultorios médicos y farmacias de costo relativamente económico (farmacias y consultorios de la Fundación Best³⁷, Farmacias del Ahorro, o consultorio económico al interior de supermercados, principalmente).

De entre los servicios privados para la salud destaca hoy la estrategia que combina la presencia de un consultorio médico con relativa cercanía y no procedimientos administrativos para dar la atención, estrategia que está siendo aprovechada por las personas y convirtiéndose en una opción asequible ante las condiciones impuestas por el entorno urbano y por la disponibilidad de servicios del sistema público de salud.

Esta situación conduce a preguntar el por qué la gente desiste de acudir al consultorio familiar ya sea de la asistencia pública o de la seguridad social, y elige la opción ofertada por el mercado privado de la salud en la forma de consultorio anexo a farmacia de medicamentos genéricos.

³⁷ Conocido comercialmente como “Farmacias y Consultorios Similares”.

Se advierte entonces que las condiciones urbanas de la ciudad en cuanto a vialidades, orden territorial y disponibilidad de vehículo son determinantes para transitar de un lugar a otro, que la distribución de equipamientos públicos para la salud en la ciudad (clínicas, hospitales, centros de primer contacto, consultorios) exige una movilización hacia puntos específicos de la mancha urbana con determinadas distancias y de que los ciudadanos tienen la opción de elegir entre la oferta pública y la oferta privada.

Es así como en esta investigación se desea conocer qué características de los consultorios privados de la Fundación Best logran captar la atención tanto de derechohabientes al sistema oficial como de población abierta frente a lo que en la ciudad se tiene derecho con los equipamientos para la APS del sistema público con sus propias condiciones de accesibilidad geográfica (distancias, tiempos, vialidades, medios de transporte, costos).

La investigación permitirá conocer además sobre las condiciones administrativas para ser atendidos en la etapa de consultorio de atención primaria, las características de accesibilidad hogar-clínica (trayecto, tiempo, distancia, tipo de transporte empleado) y además en qué medida la distribución de consultorios anexos a farmacias privadas (consultorios de conveniencia de Farmacias Similares - siendo la cadena con mayor presencia en esta ciudad en esta modalidad de servicio médico- ha ido satisfaciendo algunos de los aspectos anteriores frente a la necesidad de las personas por la atención en consulta médica básica oportuna.

2.1. Referentes de este tipo de investigaciones

Los referentes generales de esta investigación son tomados de varios estudios sobre los problemas de salud asociados con el urbanismo, entre los que se encuentran los realizados por los investigadores Martha Schteingart y Gustavo Garza (El Colegio de México), Julio Frenk (Instituto Nacional de Salud Pública), Rodríguez (Universidad de Chile), Peral (Universidad Internacional de Menéndez Pelayo, España).

Algunos temas abordados por estos investigadores son las obras “Pobreza, condiciones de vida y salud en la Ciudad de México” (Schteingart, 1997), “Servicios

urbanos, gestión local y medio ambiente” (Schteingart, 2001), “Visión comprensiva de la distribución territorial del sector servicios en México” (Garza, 2010), “Desarrollo urbano y regional” (Garza y Schteingart, 2010). En estas investigaciones se toma en cuenta la derechohabiencia y el uso de las unidades del IMSS, los tiempos de recorrido, la contabilización de unidades hospitalarias así como el acceso a los servicios de salud.

Por otra parte, el Instituto Nacional de Salud Pública está otorgando relevancia a las investigaciones que abordan la cuestión de la socioespacialidad de los servicios como lo demuestran las investigaciones sobre exclusión social e inequidades en salud de González y cols. (2008), el efecto de los servicios de salud y de factores socioeconómicos sobre la mortalidad (López, 1997) o el estudio sobre la exclusión social e inequidad de Garrocho y cols. (2008).

Los referentes generales se complementan con los actuales estudios sobre el impacto de la urbanización que se llevan a cabo por la Organización Mundial de la Salud, principalmente en el programa “Habitat” de las Naciones Unidas.³⁸ Tales estudios permiten reconocer problemas específicos generados por la forma en que crecen las ciudades, las políticas sanitarias que se toman en cuenta y al final la manera en que el desarrollo urbano se aproxima a dar cumplimiento con el *Derecho a la Salud*.

Respecto al uso de los consultorios médicos anexos a farmacias privadas, el referente inmediato es el estudio realizado por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012). De acuerdo con la encuesta, esta modalidad de consulta representa ya el 17% de la atención médica ambulatoria a nivel nacional. Los datos de la ENSANUT indican que la mayoría de los usuarios son jóvenes residentes de zonas urbanas y que acudieron por problemas agudos de salud. Se menciona también que los principales usuarios de esta modalidad son los afiliados al Seguro Popular (39.2%), seguidos de quienes no poseen afiliación alguna (31.3%) pero a la vez un número creciente de personas con derecho a la seguridad social (29.5%).

³⁸ El programa *Habitat* de las Naciones Unidas considera importantes las temáticas de medio ambiente y cambio climático, información y monitoreo, suelo y vivienda, riesgos y manejo de desastres, inclusión social, desarrollo urbano, economía urbana y fondos de financiamiento, sanidad del agua e infraestructura. Las propuestas de este programa se orientan a la construcción de una mejor calidad de vida urbana. Información disponible en el portal electrónico: <http://www.unhabitat.org/list.asp?typeid=13&catid=156>

La ENSANUT concluye que la modalidad de consultorio médico adyacente a la farmacia privada representa un hecho evidente e ignorado pero que forma ya parte sustancial de los servicios de salud y por lo cual señala que es indispensable *realizar estudios orientados a conocer la motivación de los usuarios para entender mejor su decisión de acudir a servicios privados aun y cuando se tiene el derecho a recibir la atención médica ofrecida por las instituciones públicas.*

Aunque la ENSANUT ha provisto de información sobre la condición de derechohabencia y de la condición socioeconómica de los usuarios del consultorio anexo a farmacia, no hizo mención de cuál es la influencia de las condiciones de accesibilidad geográfica de tales servicios como factor motivante de los usuarios para elegir esta forma de atención médica.

La respuesta a la solicitud de ENSANUT por identificar los factores motivantes es, en esta investigación, la de realizar estudios orientados a conocer las ventajas y desventajas que enfrentan los usuarios. Se propone el considerar que las condiciones de accesibilidad impuestas por el entorno urbano juegan un papel importante en la cuestión de ventajas y desventajas al decidir dónde recibir la atención tipo consultorio médico básico, y que la decisión de los usuarios tiene que ver también con las cuestiones de calidad y costo de los servicios.

2.1.1. Referentes a nivel local

A nivel local, los estudios que abordan algunos aspectos del tema aquí propuesto son los realizados por Fuentes: “Segregación socioespacial y accesibilidad al empleo en Ciudad Juárez, Chihuahua” (2004), “La estructura urbana y las diferencias espaciales en los tiempos de traslado del viaje al trabajo en Ciudad Juárez, Chihuahua” (2008). Estos son estudios que hablan sobre los trayectos hogar-empleo, distancias, tiempos de recorrido y tipos de vehículo empleado para el recorrido de un punto a otro de la ciudad.

Se tienen también posturas críticas sobre la distribución de equipamientos, como se señala en las investigaciones de García en “La planeación urbana en Ciudad Juárez” (2005) y Bass en “La planeación urbana de Ciudad Juárez, 1950-2000” (2010) y “El crecimiento urbano en Ciudad Juárez, 1950-2000” (2013), trabajos que dan cuenta de la distribución de

la población sobre el territorio, sus características sociodemográficas así como el deterioro de la calidad de vida en lo que se incluye el análisis de factores como la calidad de la vivienda, condiciones de salud y niveles de escolaridad.

Existen investigaciones que han presentado las cuantificaciones básicas de equipamientos diversos (Programa Todos Somos Juárez, Programa Así estamos Juárez). Las investigaciones de Cervera (2007), y de IMIP con el Plan de Desarrollo Urbano (2003) han contribuido en hacer notar cómo se distribuye el equipamiento hospitalario en la ciudad e incluso se conocen ya los radios de acción de cada uno de ellos es decir, la distancia radial geográfica que cubren sus servicios.

Debe aclararse sin embargo que no se localizaron referentes que vinculen a nivel local la problemática de la diferenciada ubicación territorial de las clases sociales, la distribución de los equipamientos para la salud, las opciones de movilidad hacia los mismos -ya sean estos públicos o privados-, los tiempos de traslado, las distancias y la derechohabencia de los usuarios, pero además no solamente desde un aspecto técnico sino haciendo uso del análisis desde las Ciencias Sociales.

Por lo anterior, se considera oportuno que luego de conocer el contexto de la planificación urbana de Ciudad Juárez y el contexto de las condiciones de provisión de servicios públicos para la APS de los habitantes, es posible investigar la relación entre la planificación urbana y la accesibilidad a los equipamientos donde se ofrecen los servicios citados, reconociendo la competencia de un sistema privado de consultorios donde además de la accesibilidad existen otras condiciones como la calidad del servicio y el costo del mismo, condiciones con las que se pretende atraer a los usuarios potenciales de los servicios de seguridad social o de asistencia pública.

2.2 Objetivos generales

Se tienen cuatro objetivos generales. Los dos primeros objetivos pueden ser alcanzados al analizar los planes y políticas para el desarrollo urbano de la ciudad, en el periodo señalado contrastándolos con lo que en la realidad se ha implementado. El tercer puede alcanzarse

con la información obtenida de la encuesta programada mientras que el último objetivo reunirá las observaciones surgidas de la investigación en general.

Cuadro 22: Objetivos generales, variables seleccionadas, indicadores correspondientes, así como herramienta de análisis y estrategia de acción

Objetivo general	Variable (s) analizada	Herramienta	Estrategia(s) y resultados
Señalar cuáles han sido las contribuciones que la implementación de los planes de desarrollo urbano ha hecho -mediante infraestructura y equipamiento urbano para que la población reciba oportunidades (capacidades) para el acceso a la APS.	-Indicaciones en los PDU's sobre cuáles son las medidas destinadas a dotar de equipamientos para mejorar la salud de la población. -Las políticas sanitarias desde el gobierno	-Contrastación con los postulados de la Teoría de la Justicia y de la Teoría de las Capacidades- Funcionalidades	--Reconocer cuál es la dotación y distribución histórica de hospitales sobre las áreas de la ciudad. -Presentar la información agrupada en periodos. -Emplear una matriz de análisis sobre el derecho a la salud. En capítulo I, subtema 1.1
De acuerdo a la utilización de las personas (tiempos de recorrido, distancias, trayectos, tipos de transporte empleado), indicar cuáles son las características actuales de accesibilidad geográfica de los equipamientos para la atención primaria de la salud del sistema público (IMSS, Seguro Popular, ISSSTE) y del sistema Fundación Best (consultorios de conveniencia, llamados "Similares)" en Ciudad Juárez	Accesibilidad geográfica: distancia, tiempo, trayecto. Locación territorial. Costos de traslado.	Indagación en referencias electrónicas e impresas sobre Fundación Best y equipamientos del sistema público de salud. Construcción de instrumento. Trabajo de campo con hoja de encuesta Procesamiento de datos de encuesta con software SPSS 18	Mostrar en mapa y cuadros cuál es la ubicación de los consultorios de conveniencia en Ciudad Juárez. . Mapas sobre trayectorias hacia los consultorios, gráficas de tiempos de recorrido, hacia los consultorios del sistema público. Mostrar en mapas y cuadros cuál es la ubicación de los equipamientos para la atención primaria de la salud por parte del sistema público. En Capítulo I, subtema 1.5

Identificar cuáles son los principales de problemas de salud por los que las personas se movilizan al consultorio del sistema público y/o al consultorio de conveniencia.	-Perfil de salud: Causas principales para acudir a la consulta médica básica.	Datos de la encuesta. Datos de INEGI	Llevar a cabo la encuesta en los lugares seleccionados: consultorios de conveniencia. En capítulos III y IV
Proponer acciones en materia de APS que puedan ser consideradas a través de la planificación urbana de Ciudad Juárez.	-Revisión de políticas para la salud: eficiencia y pertinencia. Facilidades administrativas	Análisis de los sistemas de salud.	Ordenar la información por periodos. Crítica a los resultados obtenidos por las políticas de salud implementadas. En Capítulos IV y XIII

Fuente: Elaboración propia

2.3. Generación de la pregunta de investigación

La pregunta de investigación se ha generado con base en la posibilidad de que existan inequidades urbanas debido a la forma como se ha crecido la mancha urbana de Ciudad Juárez. Entre las inequidades encuentran las diferencias de accesibilidad a los servicios, generan problemas para los ciudadanos.³⁹

Dos variables generales que son la planificación urbana y las políticas para la promoción de la salud, muestran una interacción de la que se deriva el problema de averiguar cuáles son las opciones de equipamientos públicos y privados con que cuentan los ciudadanos para la APS y cuáles son las condiciones de accesibilidad geográfica a los mismos de acuerdo al contexto urbano y las características sociodemográficas de los usuarios.

La variable de *accesibilidad geográfica* a los servicios de APS tiene los indicadores que son la distancia, tiempo y trayecto y medios de transporte hacia los equipamientos que se combina con la variable *calidad de los servicios* y la variable *costo*

³⁹ De acuerdo con el programa “Habitat” de la Organización Mundial de la Salud, la inequidad urbana genera condiciones de vulnerabilidad entre los más pobres ocasionando enfermedades y problemas de salud.

de los servicios. Las personas deben considerar las condiciones de accesibilidad, calidad y costo de los servicios para decidir a dónde acudir a recibir atención médica como una forma de dar cumplimiento al derecho a la salud.

Las instituciones encargadas de proveer de servicios para la APS, en coordinación con las autoridades políticas, se encargan de dotar a la ciudad con equipamientos en diferentes lugares para cumplir con la *cobertura* relativa de consultorios y médicos para una población total o una población derechohabiente de cierta área.

Una manera particular de implementar el derecho a la salud es cuando las autoridades proveen de un sistema público de salud (tanto para población con derechohabiencia como para población abierta).

Se tiene una condición que es conocida, esta es, que toda persona tiene derecho a recibir atención para su salud gracias a un sistema público de salud provisto por el gobierno y que cubre a la gente que paga por la seguridad social (derechohabientes de IMSS, ISSSTE, Hospitales Militares principalmente) y que se extiende a sus dependientes.

Existe también un sistema público de salud para quienes no pueden pagar derechohabiencia en la seguridad social, este sistema es identificado como la “asistencia social” que en la ciudad ofrece el Sistema Estatal de Salud (Hospital General, Hospital de la Mujer, Hospital Infantil, unidades médicas urbanas). Una opción más reciente es la puesta en marcha del programa federal de afiliación al “Seguro Popular” (actualmente descentralizado) con el fin proveer de servicios para la salud a la población que no cuenta con derechohabiencia y que además dispone de escasos recursos económicos.

A pesar de la oferta del sistema público de salud, existen ocasiones en que las personas deciden hacer uso de un sistema privado que, a cambio de cierto costo económico, les ofrecería alguna forma de ventaja por sobre el sistema público ya sea en distancia hogar-consultorio, calidad de la atención, costos de traslado o rapidez de la atención logrando que tales personas desistan de su derecho a la seguridad social o a la asistencia pública vía atención en consulta médica en el nivel de atención primaria (en esta

investigación se considerará al “consultorio familiar” como la unidad referente de atención primaria en el sistema público de salud).

Las ventajas y desventajas existentes en disponibilidad y accesibilidad al sistema público de salud son tomadas en cuenta por quienes observan oportunidades de mercado en el ramo de la atención para la salud. Las oportunidades van desde la construcción de grandes hospitales privados para las clases socioeconómicas altas, hasta la creación de redes de consultorios y farmacias para toda clase socioeconómica.

Esta última característica en el mercado de la salud es la que se desea conocer a fondo en esta investigación: la existencia de consultorios de costo económico anexos a farmacias privadas de medicamentos genéricos y que se convierten en una opción que hace desistir a las personas por ejercer su derecho a acceder al sistema público. Entre las redes de consultorio-farmacia de costo económico sobresale la dispuesta por la Fundación “Best” por su cantidad y distribución sobre el territorio de la ciudad y que se promueve comercialmente como “Farmacias Similares” y que en lo posterior se le llamará “consultorio de conveniencia”.

La red de consultorios-farmacia de la Fundación Best está logrando una rápida expansión en el mercado juarense de la salud con consultorios en todas las zonas de la ciudad y por ello es de interés el conocer si para las personas la característica de accesibilidad en cuanto a distancia, distribución, tiempo de recorrido y medios de transporte es tanto o más importante que el costo del servicio o la calidad del mismo, a comparación del consultorio familiar del sistema público de salud y como para que los usuarios desistan hacer uso del mismo.

2.4 Pregunta de investigación e hipótesis

Las consideraciones anteriores permiten plantear una ***pregunta de investigación:***

“¿Qué es lo que más influye para que una persona decida ser atendida en un consultorio de conveniencia (Farmacias Similares) o en el consultorio de atención primaria (IMSS-ISSSTE-Seguro Popular) al que tiene derecho?”

Hipótesis:

La preferencia de las personas por los servicios del consultorio de conveniencia es debida a una mejor accesibilidad que la de los servicios de consulta básica del sistema público.

2.5 Preguntas secundarias

Gracias a la investigación se logra también responder a las siguientes preguntas:

- i) ¿Cuál es el proceso administrativo para ser atendido en el consultorio (IMSS-Seguro Popular)?
- ii) ¿Cuál es el catálogo de servicios otorgados por el consultorio familiar (IMSS)?
- ii) ¿Cuál es el mecanismo de operación de los consultorios de conveniencia?
- iv) ¿Cuál es la distribución actual de consultorios de conveniencia en la ciudad?

Las respuestas a estas preguntas secundarias se van otorgando en los subtemas 1.2 a 1.5 del Capítulo I.

Para responder a la pregunta de investigación se construyó un instrumento con el con el que se recoge la opinión de las personas respecto a cuál es la razón principal de su elección por el consultorio de conveniencia.

Con el instrumento se recaban también datos de las variables accesibilidad (tiempos de recorrido, destinos, medios de transporte), calidad del servicio (opinión del usuario) y costo del servicio.

El análisis estadístico de los datos obtenidos con el instrumento muestra los porcentajes y frecuencias con que las personas hacen su elección por un lugar donde recibir atención influenciada ya sea por la distancia, por la calidad del servicio o por el costo del mismo.

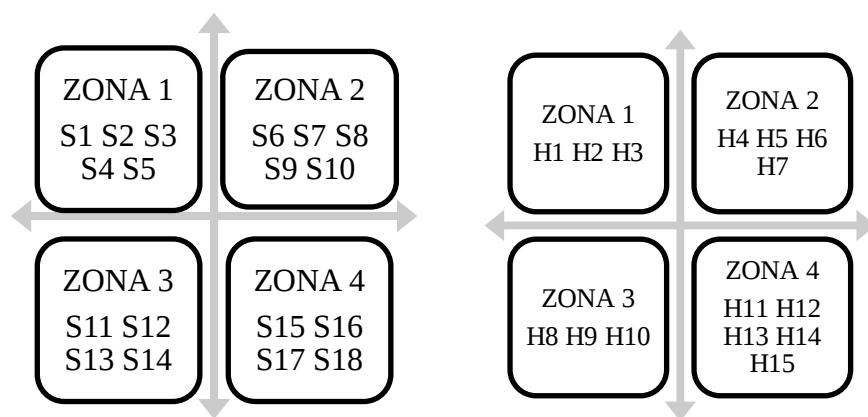
El análisis estadístico es apoyado con la descripción de las condiciones reales de distancias, tiempos, medios de transporte, costos, calidad y disponibilidad de los servicios tanto del sistema público (IMSS, ISSSTE, SP) como del sistema privado (consultorios de conveniencia), datos recogidos en parte por la encuesta y también por el trabajo de indagación sobre la disponibilidad de equipamientos para la atención de la salud.

2.5.1 Condiciones bajo las que se plantea la pregunta de investigación

La pregunta de investigación surge bajo las siguientes condiciones:

- i) Existen zonas de la ciudad con mayor dotación de hospitales que otras.⁴⁰ De acuerdo a la disponibilidad, el usuario puede decidir si acude hasta la unidad hospitalaria pública (donde se encuentra el consultorio de atención primaria) o a una clínica-farmacia-consultorio privado más cercano, como se observa en la figura.

Gráfica 24: Zona de la ciudad con supuesta cantidad de usuarios de los equipamientos para la salud (S); zona de la ciudad con supuesta dotación de equipamientos para la salud (H).

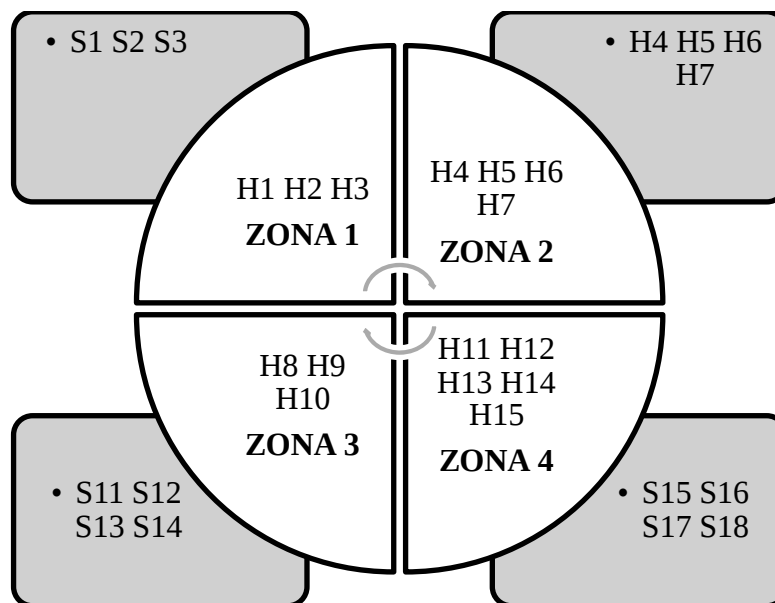


Fuente: Elaboración propia.

Por lo tanto, si el usuario está afiliado a un hospital de su propia zona, la correspondencia se observaría de la siguiente manera:

⁴⁰ De acuerdo a los datos recabados en los planes municipales de desarrollo elaborados por el Instituto Municipal de Investigación y Planeación, 2003 y 2010.

Gráfica 25: Afiliación ideal de derechohabientes (S) a un hospital (H) enclavado en su misma zona de residencia.



Fuente: Elaboración propia

Al no existir una afiliación correspondiente con la cercanía geográfica, al haber diferencias en la concentración de los mismos sobre la ciudad y al presentarse condiciones urbanas específicas para la movilidad de las personas, es que la disponibilidad tanto de los servicios públicos como de los servicios privados adquiere relevancia al momento de decidir dónde es más conveniente la atención teniendo en cuenta la necesidad específica en salud.

ii) Los usuarios deben estimar el costo económico que representa acudir a una clínica-farmacia-consultorio familiar, así como el costo económico que representa el acudir a un consultorio de conveniencia. Las personas, con o sin derechohabiencia y de acuerdo al costo económico del traslado, pueden decidir a cuál de las dos instancias acudir.

iii) Existe una afiliación a los servicios del IMSS que no es acorde con la cercanía geográfica de los usuarios. Las distancias hogar-consultorio familiar no siempre son las más cortas posibles. Existe además un proceso administrativo para orientar la visita al consultorio familiar así como un horario de disponibilidad del mismo. Una estrategia de los

CC es ofrecer cercanía y disponibilidad de horario para que las personas acudan a consulta médica.

iv) Se presentan escenarios de necesidad de atención médica específica donde las personas acuden solamente al sistema público para la salud, esto es, la necesidad de una atención con un mayor nivel de especialización pero que de inicio debe ser canalizada desde el consultorio familiar.

v) Quienes no cuentan con vehículo propio deben hacer uso de la red de transporte público para trasladarse a los hospitales y clínicas. Esta red puede presentar algunos inconvenientes: estado físico de los autobuses, frecuencia de paso de los mismos, horario limitado, o incluso necesidad de doble abordaje. Ante tales inconvenientes, la cercanía de un consultorio de conveniencia puede ser motivante para cambiar la decisión de acudir al consultorio familiar.

vi) Ciertos fármacos sólo se obtienen mostrando una receta médica. Las personas pueden considerar el acudir al consultorio de conveniencia solicitando se les recete ese tipo de fármacos.

2.5.2. Lo que se necesita conocer como contexto

En esta investigación se considera importante la influencia de la planificación urbana sobre lo que se ofrece por las autoridades en servicios de salud, por ello, es necesario conocer sobre la cantidad, calidad y distribución de equipamientos y que en la ciudad deben cumplir con sus metas atendiendo desde las necesidades básicas para la salud de los ciudadanos hasta aquellas atenciones que requieren de una mayor especialización médica y tecnológica.

Al dotar a la ciudad de equipamiento para la atención de la salud, las autoridades han debido considerar dónde edificar, cuál es la población objetivo y lo que se espera mejorar en cuanto a su salud. Las observaciones para tomar una decisión sobre dónde y porqué recibir atención para la salud parten por lo tanto de lo que en la ciudad se ofrece y las condiciones urbanas para hacer uso de ello.

Es necesario conocer además sobre las políticas para el fomento de la salud, las cuales se desprenden del estatus institucional y desde donde se identifican las problemáticas existentes sobre la salud de la comunidad otorgándoles diferente relevancia. Enseguida, gracias a estas políticas se diseñan acciones a nivel nacional y local que generan un beneficio general o un beneficio destinado a grupos específicos de personas.

El acercamiento de estos programas hacia la población es importante para la toma de decisiones de las personas al considerar si los mismos satisfacen sus necesidades pero también si los procedimientos que deben seguir para lograr esta satisfacción les es conveniente. La importancia de conocer cómo se han desarrollado las políticas para el fomento de la salud es señalar qué es lo que se proyecta desde las instituciones y qué es lo que se logra en materia de acciones para la salud ya en el nivel territorio y población.

Finalmente, es necesario identificar los cambios en los patrones de salud-enfermedad que se han presentado en Ciudad Juárez, lugar que se ha caracterizado por un crecimiento urbano que ha generado segregación socioespacial y estilos de vida no favorables para la salud, advirtiéndose en ello algunas características sociales ya anticipadas por las teorías sobre la salud en las sociedades que transitan de lo pre industrial a lo industrial. Existe suficiente información que describe las características de la población juarense, esta información es útil al momento de señalar a los grupos prioritarios para los servicios de salud, las condiciones de riesgo en su entorno y las condicionantes para que puedan acceder a los servicios públicos de salud.

2.6. Definición de conceptos de accesibilidad, calidad de servicios y costo de la atención

De acuerdo con la consulta de referencias es posible medir la variable accesibilidad a los servicios de atención primaria de la salud si se tienen los siguientes indicadores de tipo urbano:

a) La distancia desde el hogar hasta la unidad médica (en este caso la clínica asignada para el consultorio familiar o al consultorio de conveniencia). La distancia puede ser lineal o de

trayecto. En la encuesta, los usuarios mencionan dónde viven (colonia, calle) y la unidad de derechohabiencia. Se mide la distancia de un lugar a otro con el método de centroides.

b) El costo de transportación: gasto requerido en pesos para transportarse del hogar a la unidad médica, que incluye las posibilidades de pagar en la red de transporte público, pagar un taxi, pagar una ambulancia, abastecer de combustible el vehículo propio o asignado. Viaje de ida y de vuelta. Este dato se obtiene a cuando los individuos encuestados mencionan qué tipo de transporte utilizan y cuánto gastan en él.

c) El tiempo invertido para trasladarse del hogar a la unidad para consulta. Las personas encuestadas hacen mención del tiempo que requieren para realizar tal acción.

d) Trayectorias y redes viales.

La disponibilidad de equipamientos para la salud (clínica de consulta familiar) en el área de residencia juega un papel importante para las opciones de los usuarios. Se considerará como disponibilidad a la cantidad de clínicas de medicina familiar para el sistema correspondiente al IMSS y las unidades del Sistema Estatal de Salud para el Seguro Popular; de estos equipamientos, contabilizar la cantidad de consultorios donde se establece el primer contacto de la atención primaria y a qué cantidad de población se dirige por distritos. Esta disponibilidad, que se expresa como tasa, es comparada con la de los CC. La disponibilidad es un indicador establecido por la Organización Mundial de la Salud pero que también se tiene en cuenta en los análisis de urbanismo.

Las alternativas a la hipótesis de trabajo son que los usuarios prefieren a los consultorios por su calidad de servicio o que la preferencia es por el costo del servicio.

Los datos necesarios para medir la variable de calidad de los servicios se obtiene gracias a la opinión de las personas. Lo que se mide es:

a) Satisfacción con los resultados en favor de su salud.

b) Obtención inmediata de los fármacos prescritos

c) Trámites administrativos para acceder al consultorio familiar en la primera visita.

Estos indicadores serán de corte cualitativo y sus datos serán escalares de acuerdo a la opinión de las personas al comparar los servicios público y privado.

En la variable *costo del servicio* se tendrán en cuenta los siguientes indicadores cuantitativos:

- a) Costo de la consulta médica
- b) Costo de los medicamentos y material de curación
- c) Gastos implicados en alimentos y bebidas
- d) Gasto en transportación

Aunque la seguridad social y la asistencia social tienen un costo, se les considerará como gratuito en esta investigación debido a los mecanismos que estos sistemas emplean para reducir el impacto de un desembolso inmediato, mientras que en el sistema de CC hay un desembolso inmediato que consiste en el pago de la consulta y también en ocasiones el pago de fármacos.

2.7 Etapas del proceso de investigación

2.7.1 Primera etapa

La investigación inicia con un análisis por separado de lo que ha sucedido en Ciudad Juárez respecto a la *planificación urbana* y la dotación de equipamientos para la salud (hospitales, clínicas, consultorios) así como la situación en cuanto a *servicios de salud*, principalmente en cuanto a políticas para el fomento de la salud y las cifras de mortalidad y morbilidad en la población. Ambos aspectos son parte del marco contextual de la investigación y en lo posterior se busca su interrelación hasta llegar a establecer la pregunta de investigación.

Se ha determinado ahondar en los datos de los años de 1990 a 2010 por haber sucedido en este periodo varios hechos determinantes en el desarrollo de la ciudad: máxima cantidad de habitantes, máxima cantidad plantas maquiladoras, crisis económica en los años 1994 y 2001, transiciones políticas a nivel municipal, transición epidemiológica.⁴¹

⁴¹ La máxima cantidad de habitantes, de acuerdo a INEGI, se alcanzó en 2005 con 1,313, 338 personas. En cuanto a las plantas maquiladoras, de acuerdo con la investigación de Arzate (S/F) en el año 2002 se llegaron a tener 313 empresas maquiladoras en la ciudad, dando empleo a cerca de 215,000 empleados. Sobre las crisis económicas, el impacto ha sido diverso según explican los analistas: abandono de la vivienda de interés social, pérdida de fuentes de empleo, y pérdida de la capacidad productiva de la ciudad. Los eventos de

Sobre la salud pública, y también con una referencia desde 1990 hasta 2010, debe analizarse cuáles han sido las políticas sanitarias implementadas desde lo federal hasta lo local, los cambios en los procesos de salud-enfermedad de la población y las condiciones de equipamiento para la salud (hospitales y clínicas) presentes en la ciudad.

Además de lo anterior, debe revisarse cuál es la perspectiva desde las Ciencias Sociales hacia los temas que abordan los problemas de la urbanización y sus efectos sobre las oportunidades de atención para la salud.

a) El contexto de la planificación urbana

De la planificación urbana de Ciudad Juárez deben analizarse las políticas de desarrollo urbano desde 1990 hasta 2010, la acción de los agentes involucrados (gobernantes, grupos de inversores de capital, representantes de la sociedad) y el efecto generado sobre el suelo urbano y sobre las condiciones de vida de los juarenses, teniendo así elementos para explicar la situación actual en cuanto a la distribución de la población y la distribución de los equipamientos para la atención de la salud.

Para analizar la planificación urbana de Ciudad Juárez se hizo una revisión general de las escuelas del urbanismo, sus orígenes y sus derivaciones definiéndose entonces como el *discurso crítico a la urbanización capitalista* y del cual surgen posturas como la del sociólogo e historiador francés Christian Topalov a principios de los años 70's del siglo pasado.

A nivel nacional, las principales posturas críticas seguidas son las de Gustavo Garza y Martha Schteingart (El Colegio de México), quienes desde el análisis social han descrito las condiciones de crecimiento de las ciudades mexicanas haciendo referencia a los temas de ocupación laboral, educación, políticas y programas públicos relacionados con el hábitat y la salud.

transición política se consideran importantes en este caso debido al papel que juegan las autoridades en la asignación de espacios para el crecimiento de la ciudad tomando acuerdos con el mercado inmobiliario. Las transiciones políticas locales han permitido una alternancia en el gobierno, caracterizado por la presencia del Partido Acción Nacional en los años 90's y por el Partido Revolucionario Institucional desde mediados de los años 2000's. Finalmente, sobre la transición epidemiológica existe la observación de la Jurisdicción Sanitaria No. II que ha habido un incremento en morbilidad por enfermedades asociadas con el estilo de vida urbano, pero también por las condiciones de calidad de vida. En 2010, la principal causa de mortalidad fue la del homicidio, de acuerdo a datos de la Jurisdicción Sanitaria No. II.

Localmente, el discurso crítico a la urbanización ha sido encabezado por investigadores como Fuentes (2009), García (2005), Llera (2010), Herrera (2008) entre otros. Los tópicos que han interesado a estos investigadores son los costos del suelo urbano, el proceso histórico de urbanización de la ciudad, tiempos de traslado, las decisiones políticas y los aspectos técnicos derivados de la planificación urbana, lo cual permite advertir coincidencias y diferencias entre la teoría del urbanismo y lo que se pone en práctica sobre el territorio juarense.

b) El contexto de la salud

Para analizar el fenómeno de la salud en la población es necesario tener en cuenta diferentes temáticas de análisis, de acuerdo a lo señalado por Gustavo Garza, Martha Schteingart, Alicia Ziccardi y Julio Frenk. En sus obras, los autores mencionan la necesidad de analizar los siguientes aspectos:

- i) La paulatina dotación de equipamientos para la salud y la cobertura de servicios teniendo en cuenta los cambios en la estructura poblacional.
- ii) Las políticas públicas para la salud ya que las mismas deben ser producto de estudios cuya intención es determinar a dónde deben llegar los servicios sanitarios, quiénes son los beneficiados y cuáles son los criterios de discriminación. Las políticas son acuerdos que se traducen en acciones reales, por ello la necesidad de conocer si lo que se ha planteado realizar es efectivamente llevado a cabo.
- iii) Características de la población. La necesidad de reconocer las características de quienes pueden ser sujetos de intervención para la salud a través de las políticas públicas para la salud y la implementación de una planificación urbana con la cual se decide dónde dotar de equipamiento hospitalario.
- iv) Tener en cuenta cuáles han sido los cambios en los patrones epidemiológicos sobre las áreas de la ciudad y la población habitante con el fin de encontrar si existen asociaciones entre las políticas sanitarias para dotación de hospitales y una posible mejoría en las condiciones de salud o, por el contrario, poder señalar que la presencia de hospitales en una zona no necesariamente ha elevado las condiciones de salud de la población aledaña.

v) Analizar la postura desde las mismas instituciones y programas, establecer una crítica a los mismos en la cual se comente sobre el alcance, eficacia y pertinencia de las mismas.

c) Postura teórica desde las Ciencias Sociales

La planificación urbana se relaciona con la salud pública, hecho que es de interés para las Ciencias Sociales al revisar quiénes son los encargados de asignar infraestructura y equipamiento, cuáles son los intereses políticos, económicos y sociales que esta tarea conlleva, qué de ello corresponde al sector de la salud y cuáles son los beneficios obtenidos.

Con el aporte de elementos urbanos para que las personas mejoren sus condiciones de vida, las autoridades ofrecen oportunidades de superación a los ciudadanos, existiendo también la posibilidad de utilizar lo que se ofrece en el mercado de la salud (Hernán San Martín, 1989), es decir, se advierte la presencia de actividades concernientes a un mercado de la salud que tiene impacto sobre la manera en que los usuarios deciden dónde atenderse (Pelicier y Mouchez, 1973), lo que conlleva a la modificación de hábitos. Por su parte, Barel (1973) advierte que con las actividades económicas relacionadas con la atención de la salud se están manifestando algunas características de la reproducción social.

La revisión permitió considerar como teorías críticas principales para esta investigación a la *Teoría de la Justicia* de John Rawls (1971), quien considera a la igualdad de oportunidades como requisito para llegar a ser ciudadanos cabales, y la *Teoría de las Capacidades-Funcionalidades* relacionada con el desarrollo humano y propuesta por Amartya Sen (1998), quien considera que la característica fundamental del bienestar es la capacidad de conseguir realizaciones valiosas a partir de las oportunidades que los gobiernos deben otorgar a los ciudadanos.

En esta investigación, las posturas de Rawls y Sen son empleadas para analizar qué es lo que sucede en el campo de la salud, concibiendo que la justicia social y las oportunidades-funcionalidades son manifiestas cuando a los ciudadanos se les provee de elementos para alcanzar el bienestar en la salud. Esta provisión debe hacerse sin distinción de clase social, género, raza, religión u otra diferenciación.

La principal forma de provisión aquí analizada es la de un sistema de salud que sea capaz de dar respuesta a las necesidades en la APS. El análisis crítico desde las Ciencias Sociales de lo observado en las cuestiones de oportunidades de salud para los juarenses es abordado empleando los argumentos de estas dos teorías.

2.7.2 Segunda etapa

En esta etapa debe conocerse cuál es la distribución de los CC y su forma de operación. También debe obtenerse información sobre la disponibilidad y accesibilidad de servicios para la salud en el nivel de atención primaria, es decir, el consultorio familiar y el consultorio de conveniencia. Se debe obtener también la información sobre la satisfacción del servicio y los costos de atención. Para esta tarea se presenta un instrumento que recogerá el siguiente tipo de datos:

- i) Datos básicos del encuestado. Estos datos son la edad, sexo, lugar de residencia, ingreso familiar, estado civil, ocupación, nivel de estudios.
- ii) Filtros. Los filtros permitirán realizar algunos cruces de variables básicas. Los filtros considerados son: derechohabencia, disponibilidad de vehículo, si se padece alguna enfermedad crónica, si cuenta con otro tipo de seguro médico.
- iii) Datos no escalares. Estos permitirán recabar información directa que el encuestado proveerá y que incluso puede aportar, en algunos casos, de una lista de opciones: tiempo de traslado hogar-consultorio (familiar y de conveniencia), tipo de transporte empleado, línea de transporte empleada en el traslado, razón de salud por la que más se acude a recibir atención médica, razón para usar o no usar el consultorio familiar o el consultorio de conveniencia.
- iv) Datos escalares-comparativos. Empleando una Escala de Likert se recogerá la opinión sobre la calidad de los servicios, rapidez, cercanía, costo, disponibilidad y facilidad de transporte para poder conocer cómo un mismo usuario califica el servicio de consultorio familiar y el servicio del consultorio de conveniencia.

Esta investigación pretende establecer un modelo básico de análisis que puede ser ampliado en posteriores investigaciones que indaguen sobre la influencia de lo urbano

sobre los aspectos de la salud. Como se mencionó en la revisión de antecedentes, no existen en esta localidad suficientes estudios que bajo la perspectiva de las Ciencias Sociales relacionen a ambas variables para considerar la presencia de hospitales sobre zonas de la ciudad, el impacto específico sobre las condiciones de salud de quienes residen en la misma, las condiciones de accesibilidad pero además las decisiones que toman las personas para hacer uso de los equipamientos del sistema público ante la opción de utilizar aquello que le ofrece el sistema privado.

e) Análisis de datos

Los capítulos de la tesis contienen diversos tipos de información. De inicio, es de interés analizar lo concerniente a las políticas públicas que se relacionan con la planificación urbana y el fomento a la salud.

Existen diversas propuestas sobre cómo realizar el análisis de una política pública. El procedimiento general es hacer una diferenciación entre lo planteado en el discurso y lo que se logra plasmar entre la sociedad, como plantea la teoría objetivista de Pierre Bordeau (1993).⁴² Para el presente caso se ha considerado que el modelo observado por el Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) es ágil, directo e identificatorio de la unidad de análisis, así, los conceptos ejes del modelo analítico de las políticas son:

- a) Coherencia. Debe buscarse que las políticas sociales generen arraigo, que las líneas de acción deriven de los programas generales de las instituciones, que exista el sentido de prioridad de la línea de acción como para resolver una problemática social y cuando hay una articulación lógica entre los programas, los agentes y las instituciones.
- b) Pertenencia. Los programas o líneas de acción derivados de las políticas deben adecuar su operación a las especificidades del problema que desean resolver. Debe entonces buscarse que haya congruencia entre el programa y la población objetivo, la calidad de la intervención, una temporalidad adecuada para lograr resultados y una acción destinada a los grupos prioritarios para el caso.

⁴² Partiendo de la legitimidad del poder, las autoridades implementan una política pública hacia los grupos sociales. Existen momentos de conflicto y negociación, de distribución y privilegios y, al final un resultado con una medida de beneficios que determinan el éxito del proceso.

- c) Suficiencia. Una política cumple con la suficiencia si las acciones van logrando atender al total de elementos potenciales de los beneficiarios.
- d) Eficiencia. En este rubro se considera el costo económico, es decir, debe haber una reducción al máximo pero siempre lo suficiente como para lograr el impacto deseado.
- e) Eficacia. La eficacia de una política se evidencia en los resultados obtenidos y es el punto de partida para la síntesis de las etapas anteriores que han sido analizadas en cada política donde se realiza una intervención en grupos específicos de la sociedad para mejorar su calidad de vida.

La siguiente etapa es el análisis de los datos cuantitativos que se relacionan con la pregunta de investigación y para lo cual se hará uso de la estadística descriptiva. Los datos permitirán reconocer hallazgos tales como la frecuencia con que los derechohabientes utilizan los CC, cuáles son las diferencias de tiempo y distancia entre los trayectos hogar-consultorio familiar, hogar-consultorio de conveniencia, la percepción sobre la calidad de los servicios públicos y privados en materia de salud, las modalidades y frecuencias de transporte utilizado para trasladarse al consultorio o cuáles son los tipos de atención médica donde los usuarios –derechohabientes y no derechohabientes- prefieren hacer uso del sistema público de salud.

Los filtros permitirán comparar datos por género, derechohabiencia, nivel de educación, posesión de vehículo, rango de edad, estado civil y nivel socioeconómico. También es importante el análisis de distribución sectorial de CC y consultorios familiares para obtener las tasas de disponibilidad. El análisis de estos datos se realiza con base en indicadores de urbanismo y de servicios de salud.

2.7.3 Áreas de oportunidad

Esta investigación pretende también otorgar bases de consulta para la planificación de servicios para la salud, así, la información puede servir como referente para analizar si las nuevas condiciones de vialidad y tránsito en la ciudad luego del Plan de Movilidad Urbana facilitan el traslado de personas hacia los equipamientos para la APS. Otra oportunidad de análisis posterior puede ser en los estudios para la mejoría en la dotación y distribución de

equipamiento para la salud y también la identificación de necesidades específicas de atención médica a nivel básico.

2.7.4 Fuentes de información

La investigación consta de dos etapas. La primera etapa es la indagación sobre la planificación urbana y sobre la situación en materia de salud, ahondando en el periodo de 1990 a 2010 en esta ciudad. Hasta esta etapa, la información es ya existente y es necesario recolectarla de fuentes terciarias y secundarias y en las cuales los datos se encuentran ya catalogados o etiquetados. La información obtenida debe contrastarse con las posturas de los teóricos e investigadores citados con anterioridad.

La información necesaria para describir las dimensiones de la salud indicadas tiene dos fuentes principales y ahonda también en el periodo de 1990 a 2010. La información sobre la planificación urbana es obtenida gracias a los estudios realizados por el IMIP y emitidos en los planes de desarrollo urbano; esta información se complementa con los datos aportados por INEGI, por investigadores locales y los gobiernos estatal y municipal. De tales planes es necesario indagar cuáles han sido las recomendaciones hechas respecto a la dotación de equipamiento hospitalario y el seguimiento que se la ha dado a las mismas.

El otro aspecto es el de la información es la relacionada con el ámbito de la salud; aquí es necesario recolectar datos oficiales de Jurisdicción Sanitaria, IMSS y Secretaría de Salud con sus diferentes formatos: reportes escritos, páginas electrónicas e informes generales. La información se complementa con las investigaciones realizadas por instituciones como el Colegio de la Frontera Norte (Colef), el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), las encuestas de ENSANUT así como investigaciones realizadas por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ).

La información hasta este punto obtenida será presentada en los capítulos listados a continuación:

- Equipamiento para la atención primaria de la salud en Ciudad Juárez,
- Políticas públicas para la salud en Ciudad Juárez
- Cambios en los patrones salud-enfermedad

- Sistema de consultorios de conveniencia

Los capítulos proveen de un contexto general útil para contestar varias de las preguntas de investigación.

2.7.5 La medición de la accesibilidad a los servicios de salud

Para cumplir con el objetivo específico de la investigación se requiere una actualización de datos que se estará realizando con base en una encuesta, es decir, se estará utilizando una fuente primaria. Son distintas las variables que se pueden tomar en cuenta para estimar los problemas generados entre la urbanización y la salud pública. Al respecto, Hernán San Martín (1989) ofrece una lista con algunos de los problemas que contemplan ambas variables, entre los cuales destacan la polución del medio ambiente, la calidad de la vivienda, la calidad del ambiente de trabajo, violencia y agresividad social y, como en este caso, la accesibilidad a los servicios de salud.

Diversos estudios se han interesado por el análisis de la estructura hospitalaria y el servicio brindado (Mira, Aranz y cols., 1998), Espinel –Bermúdez y cols. (2011), Puentes –Rosas y cols. (2011). También se han propuesto estudios para realizar informes sobre acciones ante eventualidades o contingencias que afectan la salud poblacional (IMIP: Estudio de riesgos ambientales) y en las que se administra la cantidad de personal y material médico.

Otros estudios han propuesto analizar la calidad percibida por el usuario y las facilidades de movilización hacia las unidades hospitalarias como el realizado por Garrocho (1995) que consistió en un análisis socioespacial de los servicios de salud en la ciudad de Toluca, México y donde se midió la accesibilidad, la utilización y la calidad de los servicios y el estudio de Rodríguez (1985) sobre acceso a la salud y la eficacia hospitalaria

En Ciudad Juárez los estudios realizados respecto a la dotación y distribución de equipamientos para la salud han sido por una parte, de corte técnico mostrando cantidad y distribución de equipamientos, número de camas disponibles, tasa de médicos por millar de habitantes y número de quirófanos (Cervera, 2007; programa “Así estamos Juárez, 2011); y por la otra, en forma de diagnósticos internos realizados por las autoridades sanitarias.

En esta investigación, la accesibilidad es la variable de estudio sobre la que se responsabiliza una mayor motivación de los usuarios por elegir un sistema de salud u otro. La accesibilidad está compuesta de indicadores de disponibilidad (cuántos hospitales y de qué tipo; para esta investigación, también la cantidad de consultorios), la distancia geográfica (hogar-consultorio), tiempo invertido de traslado, costo del traslado.

Según cada esquema teórico, tales componentes o indicadores pueden estar o no estar presentes al construir la variable. Se considera también pertinente conocer qué hay de la calidad del servicio y el costo del mismo. Estas variables, al igual que la accesibilidad, pueden orientar la decisión del usuario.

2.7.6 Estrategia para responder a la pregunta de investigación

i) La investigación es de tipo prospectivo al proponer el análisis de uno de los efectos aún no conocidos a fondo de la urbanización sobre las necesidades de servicios de salud de la población.

La investigación es explicativa al abordar un periodo reciente del contexto histórico tanto de la planificación urbana como de la salud pública en Ciudad Juárez.

En la investigación existen elementos de orden cualitativo y cuantitativo. El análisis cualitativo es aplicado a las políticas públicas de urbanización y de salud pública. El análisis cuantitativo es observado al tomar la pregunta de investigación, identificar la variable de estudio (accesibilidad) y señalar sus indicadores, además de las características sociodemográficas de las personas participantes en la encuesta.

ii) Tamaño de la muestra. La muestra es de 285 individuos. La población (universo) en Ciudad Juárez es de 1, 313,338 habitantes. Actualmente, se desconoce cuál es el universo de usuarios de los CC, así, la cantidad es adecuada de acuerdo al tipo prospectivo de la investigación, al presupuesto asignado, y a la distribución de datos bajo la curva normal luego de una encuesta piloto con 30 individuos. Se han contabilizado 57 locales de consultorio de conveniencia en Ciudad Juárez, aplicando la encuesta a 5 individuos por consultorio.

Paralelamente, levantar una encuesta con derechohabientes del principal modelo de atención primaria en la ciudad (IMSS) en cada una de las UMF, 10 personas por unidad, para un total de 130 individuos. La finalidad es contrastar la opinión de los usuarios sobre el servicio de los CC con la de los derechohabientes del IMSS acerca de las características del servicio prestado en los consultorios del IMSS.

iii) Características de los encuestados. Se muestran en el siguiente cuadro:

Cuadro 23: Características de las personas seleccionadas de la muestra

	Determinante de selección	Comentarios
Sexo	Indistinto	Útil para los contrastes de género.
Edad	15 años o más	De acuerdo al inicio de la edad laboral.
Zona de residencia	Indistinto	La encuesta se levanta en el lugar donde está el consultorio de conveniencia, los cuales se distribuyen sobre la ciudad sin diferenciar la clase socioeconómica más presente en el lugar de enclave. La otra encuesta, en las clínicas del IMSS.
Estado civil	Indistinto	Puede ayudar a mostrar tendencias de capacidad económica según estado civil.
Condición obligatoria	Haber acudido a recibir atención médica en un consultorio de conveniencia.	A partir de los datos de filtro se conocerá si la persona es o no es derechohabiente a la seguridad social pero también, si no lo es, el por qué no utiliza los servicios de la asistencia pública.
Nivel de educación	Indistinto	Con la suficiente capacidad para entender y contestar las preguntas de tipo oral

Fuente: Elaboración propia

iv) Lugar donde se levantará la encuesta. La encuesta debe levantarse en los lugares donde se encuentran los CC ya que se desea conocer qué características de los mismos hacen que las personas acudan a tal lugar y desistan de la atención médica en el consultorio del sistema público.

Al mismo tiempo, otra encuesta con derechohabientes en las UMF del IMSS ayudará a contrastar la opinión sobre los servicios.

2.8. Conceptos clave y siglas

- Calidad de la vivienda. Se refiere a las características físicas que determinan el tipo de vivienda.: material de construcción (piso, techo y paredes), disponibilidad y organización de los espacios de la vivienda (cuartos, baños, hacinamiento). La calidad de la vivienda es influyente sobre el estado de salud (Duhau, 1997).
- Políticas públicas y urbanas. De acuerdo a Duhau (1997) en México la problemática de las condiciones de vida de la población es abordada mediante: a) instituciones y mecanismos de seguridad social (IMSS, ISSSTE), b) programas y mecanismos de carácter asistencial (clínicas y hospitales de la Secretaría de Salud) y c) instituciones, programas y mecanismos vinculados con la conformación, consolidación y calidad de hábitat popular que funcionan con el control y uso de suelo para la introducción de servicios y equipamientos básicos.
- Salud urbana. La condición general de salud de la población respecto a frecuencias de morbilidad-mortalidad como consecuencia de las condiciones, acuerdos y especificaciones del espacio urbano, la infraestructura y las oportunidades de mejoría dispuestas por la ciudad para los habitantes (OMS/OPS).
- Planificación urbana. El conjunto de políticas normativas, técnicas y acuerdos que se implementan para el ordenamiento del uso de suelo orientado al crecimiento de una ciudad (Schteingart, 1997).
- Calidad de servicios. Es la estimación integral de los servicios de agua potable, drenaje, eliminación de la basura y uso de energéticos. La calidad de servicios es complemento de la calidad de vivienda influyendo ambos sobre las condiciones de salud del habitante (Torres, citado en Schteingart, 1997).
- Derecho a la salud. La responsabilidad atribuida al Estado de que los mexicanos tengan acceso a los servicios de salud en materia de educación, prevención y remedial sin importar su condición socioeconómica, creencias, raza o lugar de origen. El derecho a la salud fue incorporado en la Constitución Mexicana en 1983 mediante la Ley Federal de Salud.

- Equipamiento urbano para la salud. Son los equipamientos y espacios mediante los cuales se favorece una vida saludable como lo son hospitales, áreas para deporte y recreación, áreas verdes y centros comunitarios (Garrocho, 1995).
- Segregación socioespacial. El distanciamiento físico de grupos sociales por las zonas de residencia en donde cada una de ellas manifiesta características propias como capacidad económica, origen étnico, religión, nivel de estudios o identidad cultural (Schteingart, 1997). En Ciudad Juárez la característica de segregación socioespacial se relaciona con las diferencias en capacidad económica de los habitantes.
- Infraestructura urbana. Son los elementos aportados por el desarrollo urbano con el fin de introducir servicios de agua potable, alcantarillado, electricidad y habilitación de calles principalmente.
- UMF: Unidad de Medicina Familiar, es el equipamiento del IMSS donde se presta el servicio de atención primaria de la salud mediante el consultorio familiar.
- Consultorio de conveniencia: es la denominación otorgada en esta tesis al consultorio médico de la Fundación Best.
- CSU: Centro de Salud Urbano, es el equipamiento que el Sistema Estatal de Salud dispone para la atención primaria de la Salud, conocido como Seguro Popular.
- Consultorio familiar: Es la unidad localizada en la UMF o en el CSU en donde se establece el contacto para la atención primaria de la salud.
- Consultorio de conveniencia (CC). Se le llama así al consultorio médico de la Fundación Best, y que se conoce popularmente como “consultorio Similares”.
- Atención primaria de la salud (APS). Es la atención médica de primer contacto que se brinda en consultorios disponibles en la UMF de IMSS o ISSSTE, o bien en el CSU del Seguro Popular.

2.8.1 Dimensiones de la Salud Urbana

La Organización Mundial de la Salud ha establecido que los problemas de salud urbana son una prioridad, de ahí que se haya implementado el proyecto de “Ciudades sanas”. En la planificación de las ciudades debe contemplarse cómo proveer de servicios para la

salud. Las personas que viven en áreas urbanas deben contar con condiciones óptimas de salud habiendo el control de los factores sociales, económicos y medio ambientales gracias a la planificación implementada. La salud urbana se dimensiona en tres temas específicos:

- Condiciones de vida sanas de la población y en donde debe haber estimulación para la mejoría de la calidad de vida.
- Sensibilización medioambiental, educación y acción para la creación de entornos urbanos más sanos.
- Planificación urbana sana, integrando a la planificación las recomendaciones correspondientes en materia de infraestructura y espacios que permitan el acceso a los servicios en materia de salud pero también el diseño de espacios armoniosos para la vida diaria.

Siendo las anteriores las dimensiones principales del eje *planificación urbana-oportunidades para la salud*, las variables que deben tenerse en cuenta para estimar esta relación son:

- Características específicas de la planificación urbana y la disposición de equipamientos para la atención primaria de la salud.
- Capacidades-Funcionalidades identificadas durante los procesos de planificación de la ciudad: son las políticas específicas mediante las cuales se promueve la vida saludable.
- Características sociodemográficas de la población.
- Estadísticas sobre mortalidad y morbilidad
- Utilización de los equipamientos provistos por el sistema público de salud

2.9 La Accesibilidad: Una discusión del concepto

En este apartado se discutirá el concepto de la *accesibilidad* a los servicios de salud y los términos relacionados. El concepto se ha abordado por diversas áreas de estudio que van desde la sociología, la etnografía y la antropología, hasta la economía, la geografía y la salud pública debido a los distintos tipos de enfoques que requieren conocer cómo hacer llegar a las personas a los lugares donde se otorgan servicios y cuáles son los impedimentos que se experimentan en esta tarea.

El concepto de accesibilidad es relevante para la planeación de los servicios de salud debido a que constantemente se está revisando cómo lograr una suficiente utilización de servicios, los cuales deben contar con características que convengan a los usuarios de demandar su oferta.

En la actual revisión, es de mayor importancia la relación entre la accesibilidad y los servicios para la salud pública, relación que para las instituciones tiene que ver con las facilidades físicas y sociales para hacer uso de los servicios de atención médica básica.

En esta investigación se ha planteado una situación en la que los ciudadanos deciden entre un servicio de atención primaria tipo público (consultorio familiar) o uno tipo privado (consultorio de conveniencia). Se ha mencionado como hipótesis que es la *accesibilidad*, como una condición de facilidad física-geográfica (distancia), la primer condición de decisión de las personas por utilizar un tipo servicio, decisión que va por sobre la calidad o el costo de la atención, debido a las condiciones de distribución de equipamientos, las dificultades de movilización y los tiempos de traslado.

La revisión del concepto permitió conocer que la accesibilidad ha sido explicada no solo con formulación de ideas sino además utilizando modelos que describen los procesos de decisión de las personas con la intención de seleccionar un servicio en favor de su salud. Los modelos de accesibilidad más importantes y que se presentan en esta discusión fueron explicados por Arredondo y Meléndez (1992) y de Frenk (1995).

Arredondo y Meléndez analizaron la utilización de los servicios de salud desde los enfoques epidemiológico, psicosocial y sociológico; Frenk describió el concepto de *accesibilidad* y distinguió varias maneras de medirlo. La intención de esta investigación no es probar uno de los modelos expuestos, sin embargo se conoce que los datos obtenidos en las encuestas pueden permitir el realizar algunas aproximaciones sobre lo que predican y lo que sucede en el caso de Ciudad Juárez.

Entre las tareas de la *salud pública* se encuentra la de evaluar y promover el acceso equitativo a los servicios de salud. La atención primaria de tales servicios se debe caracterizar por cumplir con indicadores de calidad, estos son la coordinación de acciones,

la integralidad para resolver la mayoría de las situaciones, la acción longitudinal con el propósito de dar seguimiento a los problemas de salud y la *accesibilidad* que consiste en el proveer de servicios sanitarios eficientes, independientemente de las dificultades de tipo económico, cultural, psicosomático u organizacional que enfrentan las personas.

Cuando se habla de la utilización de un servicio el concepto de *accesibilidad* tiene dos componentes: geográfico y social. El componente geográfico es de corte cuantitativo y en lo general se refiere a la distancia física entre la persona y el servicio. El componente social es más complejo, y se relaciona con las características tanto del usuario como del servicio: condición socioeconómica, nivel de educación u organización de los servicios.

Respecto al componentes social de la accesibilidad, se considera que la condición socioeconómica y el nivel de educación se convierten en condicionantes de la accesibilidad debido primero a la posibilidad de destinar una porción del ingreso para tener derecho a utilizar el servicio de salud; al relacionarse el nivel educativo con el nivel socioeconómico, se entiende que en lo general las personas con mayor nivel de estudios obtienen mejores ingresos.

La organización de los servicios, por su parte, puede identificarse características como la agilidad para agendar una cita, el tiempo de espera para pasar al consultorio o el tiempo de consulta otorgado por el médico. Salado (2004) reconoce que cuando la localización de los servicios contiene algún factor discriminante en la utilización, es de interés el analizar cuáles son las relaciones espaciales entre éstos y los usuarios.

El componente geográfico de la accesibilidad se ha estudiado preferentemente desde la planificación urbana. La accesibilidad en este sentido tiene que ver con la dotación de servicios en áreas específicas de la ciudad, las vialidades dispuestas para llegar a las unidades de atención así como los costos de traslado que marcan diferencias de oportunidades entre las personas (Moseley, 1979). La accesibilidad según Jiang (1998) consiste básicamente en la cercanía o proximidad entre locaciones geográficas. La definición de Jiang es sencilla y práctica si se desea abordar de esta manera a la accesibilidad. Un poco más elaborada es la definición de Gutiérrez (1996) quien define a la

accesibilidad como el grado en que se conectan dos puntos o lugares. Esta definición ya no tiene en cuenta la proximidad sino las conexiones.

Reuniendo lo que mencionan los puntos de vista anteriores, la accesibilidad de inicio tiene que ver con la distancia que hay hacia un servicio, sin embargo la distancia se vuelve relativa cuando además de los aspectos geográficos se incluyen los aspectos sociales. Incluso la disponibilidad de un servicio requiere una verificación de sus cualidades, así, debe tenerse en cuenta hasta qué nivel de atención es que se ofrece el servicio y los requisitos administrativos para solicitarlos.

Respecto a los componentes geográfico y social de la accesibilidad, se concluye que aunque la planificación urbana busca que las distancias físicas se minimicen, que haya mejores vialidades y que exista una mejor distribución de los servicios, debe considerarse que las características de la población influyen en la decisión por hacer uso de un servicio, estas características son su capacidad económica, el grado de estudios, atributos culturales y el género.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el concepto de accesibilidad es parte de lo que se reclama como el *Derecho a la Salud* consistente en la obligación de los estados por proveer de elementos para la salud de la población y con las siguientes características: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. La OMS⁴³ indica que los establecimientos, bienes y servicios dispuestos para la salud deben tener la característica de accesibilidad para todas las personas. De acuerdo con la OMS, la accesibilidad se compone de cuatro capas superpuestas:

- i) No discriminación
- ii) Accesibilidad física
- iii) Accesibilidad económica (asequibilidad)
- iv) Acceso a la información

También la OMS considera componentes geográficos y sociales en su concepto sobre la accesibilidad. Los componentes sociales son la no discriminación, la asequibilidad

⁴³ Más información disponible en el portal electrónico de la WHO:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

y el acceso a la información, mientras que la accesibilidad física es un componente geográfico (distancia, dotación) y estructural (características del equipamiento).

López y Aguilar (2003) consideran que la distribución espacial de los servicios de salud puede ser factor de desigualdad social. La línea de investigación de estos autores se centra en la geografía médica (distribución de la enfermedad sobre el territorio) y la geografía de la salud (intervención de condiciones socioeconómicas y factores sociales que definen la salud sobre el territorio).

Rosenberg y Hanlon (citados por López y Aguilar) hicieron dos suposiciones sobre la accesibilidad, la primera, es aquella donde la gente utiliza los servicios por su cercanía; el segundo supuesto relaciona la accesibilidad con la cobertura, así, habrá más utilización de los servicios cuando los mismos se encuentren en mayores cantidades en el mismo espacio.

De acuerdo con López y Aguilar, son cinco los factores que influyen en la utilización y acceso a los servicios de salud:

- i) Económicos: nivel de ingresos.
- ii) Sociodemográficos (sexo y edad).
- iii) Geográficos (distancia física y relieve)
- i) Socioculturales (educación).
- v) Organizacionales (administración y gestión de los servicios).

El concepto de *accesibilidad* revisado de esta manera requiere de la integración de elementos distintos para explicar qué es lo que influye en la decisión de las personas por la utilización de los servicios de salud. Por lo anterior, es necesario describir a cada uno de los elementos explicando cuál puede ser su influencia e interacción.

2.9.1 Componente social de la accesibilidad

Algunas propuestas señalan que para definir la accesibilidad de un servicio debe tenerse en cuenta a factores de orden social tales como la relación entre el prestador y el usuario, los patrones culturales y las actitudes durante el servicio. La existencia de un vínculo e identificación entre el prestador y el usuario es importante; el vínculo se crea con un

lenguaje y actitudes que disminuyan las diferencias en términos de creencias, valores y cultura general.

Se advierte que existen condiciones de accesibilidad generadas por la interacción social, por ejemplo, el personal encargado de atender a los usuarios debe contar con una capacitación básica en las relaciones humanas que respeten la cultura o ideología de los usuarios; así mismo, el usuario debe mostrar una actitud de confianza hacia el prestador del servicio (un médico, una enfermera, una secretaria). Si la comunicación entre ambas partes es la adecuada, habrá más accesibilidad en los servicios.

De acuerdo con Phillips y cols. (1998) debe haber una “accesibilidad integral” en la cual no se tienen en cuenta solamente los factores geográficos sino también los sociales a los que identifica como indicadores socioeconómicos. Andersen y Newman (1973) explicaron que hay determinantes individuales y factores sociales que se integran a las características de los servicios de salud definiéndose así cómo los individuos tendrán acceso a los servicios de salud.

2.9.2 Accesibilidad: lo dispuesto sobre el territorio y lo que se utiliza en la realidad

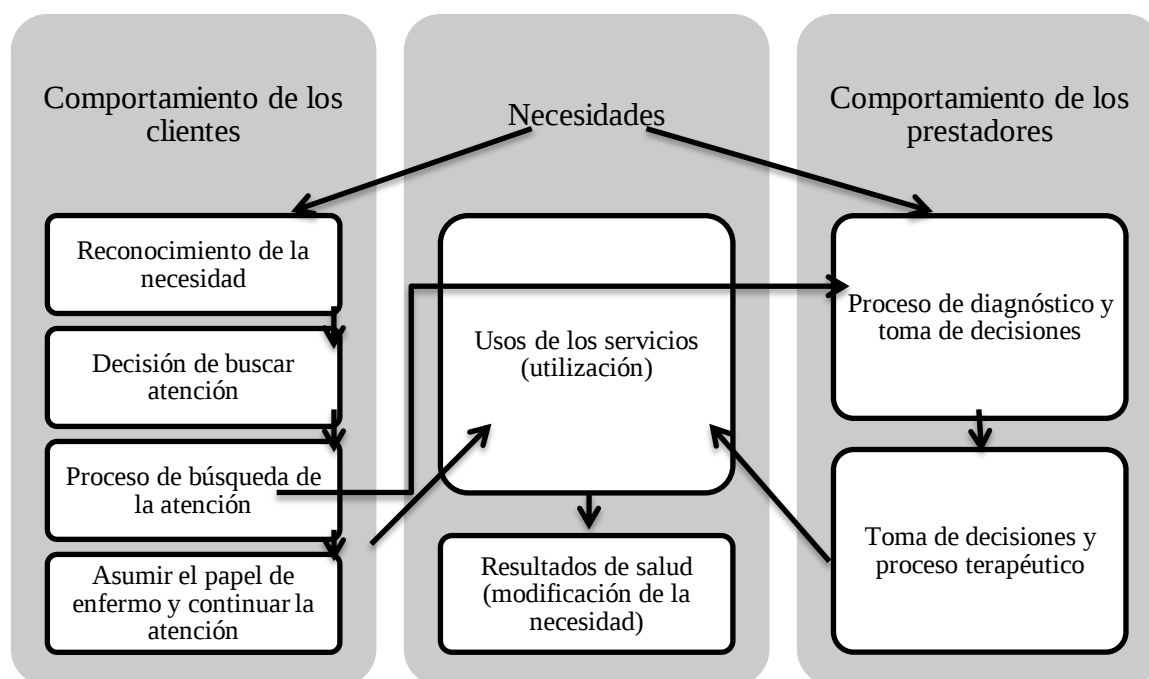
La accesibilidad a un servicio puede ser estimada de acuerdo a lo que existe en estructuras físicas (equipamientos) dispuestos sobre un territorio y es llamado *accesibilidad potencial*. Existe también el análisis sobre cuál es la *utilización real de las estructuras*. En el caso de los servicios de salud, la accesibilidad potencial se centra en el componente físico que para medirse requiere de datos como la distancia geográfica, la concentración sobre el espacio y los tiempos de traslado (Joseph y Phillips, 1984). La accesibilidad efectiva o *real* mientras tanto, tiene en cuenta factores sociales y culturales.

La discusión de los componentes fue enriquecida por Donavedian (citado por Arredondo y Meléndez, 1992) indicando que la accesibilidad va más allá de la disponibilidad de recursos, centrándose en aspectos socio-organizacionales y geográficos. Andersen y Davidson (2001) ampliaron la observación de los componentes afirmando que existen cuatro dimensiones de las que depende el acceso a los servicios, estas son: i) las características contextuales (sistema de salud, familia y comunidad), ii) las características

individuales, iii) las conductas de salud y iv) los resultados del proceso de acceso. Finalmente, Aday y Andersen (1974) afirmaron que el acceso a los servicios de salud se determina por las políticas de salud, las características del sistema sanitario y de la población de riesgo, la utilización de los servicios y la satisfacción de los usuarios.

Como se observa, separar los componentes geográficos y sociales de la accesibilidad no es sencillo ya que ambos interactúan de manera que el usuario por una parte debe estimar sus propias condiciones y capacidades para buscar un servicio de salud, pero también debe reconocer cuáles son las condiciones impuestas por la urbanización y por las instituciones. En la decisión entra en juego la capacidad económica del individuo, la urgencia por el servicio, la capacidad de movilización e incluso la capacidad físico-biológica de la persona para movilizarse.

Gráfica 26: Modelo Donavedian del proceso de atención médica



Fuente: Elaboración propia a partir del modelo presentado por Arredondo y Meléndez (1992) en: *Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud*.

. Los servicios públicos de salud buscan la manera de reducir las distancias geográficas, de facilitar los trámites para la atención y reducir tiempos de espera. En la

operación de acudir a recibir atención médica hay una inversión de tiempo y dinero por sobre la cual debe imponerse la calidad del servicio para obtener la satisfacción de una mejoría en el estado de la salud.

Puede observarse también que la estimación de los componentes físicos de la accesibilidad es más directa y cuantitativa, y por el contrario, los componentes sociales de la accesibilidad indicados por Donavedian, Andersen y Aday requieren de datos más cualitativos con base en lo que experimentan las personas al utilizar los servicios así como la descripción de características de los mismos.

2.9.2.1 Clase socioeconómica y accesibilidad a los servicios de salud

El interés por analizar la accesibilidad a los servicios de salud de acuerdo a la clase socioeconómica parte de varias condiciones: la primera, que son las clases socioeconómicas más bajas las que demandan la mayoría de los servicios ofrecidos por el Estado, y la segunda, que tales clase socioeconómicas son las que experimentan mayores dificultades para movilizarse hacia los servicios debido a condiciones como una menor posibilidad de gasto, y las distancias desde el lugar de residencia.

La accesibilidad de las clases socioeconómicas bajas generalmente se asocia a los servicios de salud con atenciones básicas, sin embargo en el modelo mexicano de seguridad social existe la posibilidad real, aunque limitada por la demanda, de utilizar servicios de alta especialidad. Las clases socioeconómicas más favorecidas, por su parte, tienen la opción de elegir servicios privados de salud que por su costo deben ofrecer un servicio de calidad que satisfaga al usuario.

Existe una mayor provisión de servicios públicos para la salud que de servicios privados gracias a la dotación del Estado, pero la relación entre oferta y demanda genera un estrés sobre los servicios públicos al contarse con una alta cantidad de usuarios potenciales y reales ya sea a la asistencia social o a la seguridad social. Las clases socioeconómicas bajas, además, experimentan mayores condiciones de morbilidad como resultado de las menores posibilidades de una buena alimentación y de residir en un espacio sano. Estas clases sociales por lo tanto tienen una menor accesibilidad real debido a la relación oferta-

demanda donde esta última es alta, y debido también a las limitaciones económicas y espaciales.

Las clases socioeconómicas altas tienen condiciones favorables en accesibilidad geográfica por sus posibilidades de movilización, por la disponibilidad de equipamientos y por la posibilidad de pagar por un servicio adecuado a sus necesidades inmediatas. Para Hart (1971) esto es un ejemplo de la “ley inversa de cuidados” en la cual quienes menos demandan servicios y calidad (clases sociales altas) son quienes cuentan con más y mejores opciones reales para el cuidado de su salud, siendo la principal explicación la fuerza de los mercados.

En este sentido, puede agregarse a lo mencionado por Hart, que las mejores condiciones socioeconómicas permiten residir en lugares con mejores condiciones ambientales y el disponer de los elementos para una vida más saludable siendo esta una de las causas por las que las clases altas requerirían con menor frecuencia los servicios para la salud.

Aunque las relaciones de clase socioeconómica con el estado de salud y con la accesibilidad a los servicios pueden ser de alguna manera clara, también es importante mencionar que las costumbres y el estilo de vida inciden sobre el tipo de enfermedades que se presentan entre los habitantes (Rein, 1969).

El que las personas dispongan de recursos económicos puede asociarse con mejores estados de salud, pero también la educación para una vida sana juega un papel importante y ello se ve reflejado en los hábitos alimenticios, en el destinar tiempo para realizar actividad física, en la generación de espacios de convivencia social y en el saneamiento del medio donde se habita. Estas rutinas se pueden ejecutar independientemente de la clase socioeconómica y con ello favorecer las condiciones de salud.

2.9.2.2 Edad de los usuarios y accesibilidad

Ciudades como las de la frontera norte de México se encuentran en proceso de transición demográfica, esto es, los grupos de edad se han transformado para generar una amplia base

de población joven luego de los procesos de natalidad y migración interna cuyas cifras son superiores a la mortalidad.⁴⁴

Esta situación es importante para la organización de los servicios de salud ya que una de las orientaciones es de acuerdo a la edad de los usuarios resaltando la importancia de determinar la cantidad de personas por grupos de edad para la organización de los servicios de salud. La accesibilidad a tales servicios deberá ser ampliada de acuerdo con las necesidades por edades. Equipamientos tales como hospitales infantiles, guarderías, hospitales para los ancianos y asilos contribuyen en aumentar la accesibilidad.

En el aspecto urbano, la accesibilidad debe verse favorecida al proveerse de sistemas de transporte adecuados, facilidades de acceso tales como rampas, señalamientos y apoyos físicos. La carencia de estos elementos básicos hace decrecer la accesibilidad real por grupos de edad motivando a la búsqueda de opciones alternativas que sean más favorables para con sus capacidades físicas.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la accesibilidad de acuerdo a la edad es relevante puesto que se asocia con las posibilidades de movilidad física-personal del individuo, quien puede depender de la ayuda de otra persona ya sea por su temprana edad, por algún tipo de discapacidad física, por su condición mental o por su senectud.⁴⁵

2.9.2.3 El tiempo necesario para realizar actividades como limitante de la accesibilidad

La disponibilidad de tiempo es una condición de la accesibilidad a los servicios. El tiempo se relaciona con las distancias de recorrido para lo cual las personas dejan de realizar sus actividades habituales para movilizarse del hogar a la unidad de atención, ida y vuelta.

Tucker y Sanjur (1988) estudiaron la disponibilidad de tiempo con relación a la ocupación de la mujer y el tiempo destinado para nutrir a un recién nacido; a lo anterior puede llamársele como la posibilidad de contar con un presupuesto. El destinar tiempo para cuidar por la familia, realizar actividad física o acudir a los servicios de salud es por tanto

⁴⁴ Este fenómeno fue analizado en el capítulo “Cambios en los procesos salud-enfermedad de la población”

⁴⁵ Boletín de la OMS: Discapacidad y salud. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>

destinar un presupuesto medido en tiempo útil. El tiempo se convierte en un presupuesto que no es igual para las personas, estas diferencias son debido a los siguientes factores:

- a) Importancia de las actividades ordinarias. Los individuos otorgan cierta relevancia al cumplimiento de sus deberes tanto familiares como laborales. Al aparecer la necesidad por la atención médica, el individuo deberá considerar cuánto de su tiempo puede destinar a la situación emergente de modo que haya un retorno rápido a las actividades ordinarias.
- b) La movilidad y los medios. Los individuos determinarán cómo se van a transportar del hogar a la unidad médica. La ciudad ofrece vialidades y transporte público bajo condiciones de disponibilidad como la frecuencia de paso, tiempo de recorrido y características del trayecto. Los individuos pueden también contar con medios propios para realizar el recorrido (autos, bicicletas, motocicletas, por ejemplo).

Los medios de transporte ayudan a optimizar la disponibilidad de tiempo cuando ofrecen una movilidad que optimice los tiempos de recorrido y condiciones propias para la comodidad del usuario. Como última opción, los individuos pueden decidir movilizarse a pie a la unidad de atención si las condiciones de distancia lo permiten.

- c) Lugar de residencia. Este factor se relaciona con la disponibilidad de equipamientos para la salud en el área habitada. El contar con servicios cercanos aumenta la accesibilidad debido a que las personas invierten menos tiempo en los recorridos. En esta lógica, lo ideal sería que las personas estuvieran adscritas a los servicios médicos más cercanos. La administración de los servicios, sin embargo, no funciona con tal lógica, y los individuos son adscritos a los servicios de acuerdo a la disponibilidad de un lugar en alguna unidad de atención, ocasionando por ello que se inviertan mayores tiempos de recorrido.

Las limitantes anteriores permiten considerar que las personas con mayores necesidades de salud son las que disponen de menos tiempo para acudir a los servicios debido a las restricciones socioespaciales y que serían motivante para que las personas se ocupen en la búsqueda de atenciones alternativas que les representen un ahorro de tiempo gracias a distancias más cortas desde el lugar de residencia y que se combinan con la agilidad de servicios para así poder retornar pronto a las actividades ordinarias.

2.9.2.4 Calidad del servicio de atención primaria oficial y su accesibilidad

En México todas las personas tienen el derecho de utilizar los servicios que ofrece el Estado de acuerdo al tipo de afiliación. Las instituciones para la salud que el Estado provee tienen dos enfoques de atención, el primero es el de la asistencia social, destinada para las personas con menores recursos económicos, mientras que el segundo es el de la seguridad social en la cual se afilian quienes pueden hacer contribuciones para garantizar un sistema de prestaciones no solo de salud.

Quien paga por la seguridad social es un “titular de la derechohabencia” y puede afiliar a su familia inmediata bajo ciertas condiciones, estos son los “beneficiarios”. Ahondando en este último enfoque, el sistema de seguridad social ofrece servicios de atención básica (primer nivel), atención especializada (segundo nivel) y atención de alta especialidad (tercer nivel).

La base de la atención ofrecida por el Estado se crea en el nivel de atención primaria y el acceso al mismo se da a través del *consultorio familiar*. La calidad de la atención primaria se convierte en factor de accesibilidad cuando las alternativas de servicio se dan en condiciones equitativas, es decir, la “gratuidad” de los servicios otorgados por el Estado los hace más accesibles debido al costo de los servicios de consultorios privados si la calidad es la misma. El derechohabiente, al haber pagado ya por la seguridad social, debería elegir usar estos servicios.

En el mismo sentido, la pertenencia o afiliación a la asistencia pública (Seguro Popular, IMSS Oportunidades, etc.) haría que las personas utilicen más este servicio que el proporcionado por su equivalente en el mercado de la salud. La realidad, de acuerdo a ENSANUT, es que existen otros factores que motivan a los derechohabientes a acudir a los consultorios privados (distancias, trámites, costos de traslado), es decir, hay una reducción en la accesibilidad real a los servicios ofrecidos por el Estado por lo que es necesario conocer más a fondo cómo intervienen tales factores.

2.9.2.5 Tipo de ocupación y accesibilidad

Los deberes de las personas determinan qué tanto tiempo debe asignarse a las actividades de acuerdo a las prioridades personales o laborales. Más afondo, la ocupación personal tiene también relación con las costumbres familiares: una familia que cuenta con alguien que se responsabilice personalmente por buscar la atención médica de los demás miembros de la familia mostrará mayores frecuencias de uso de los servicios. En muchas familias este rol es atribuido a la madre que permanece en casa mientras el esposo se ocupa de ir a trabajar para obtener un salario.

Las sociedades sin embargo van cambiando, y en lugares como las ciudades fronterizas del norte de México, las ocupaciones laborales en la industria requieren tanto de hombre como de mujeres; así, el rol predominante de la mujer como ama de casa y vigilante de la salud va disminuyendo, afectando sobre todo el acceso a la salud para los hijos.

En contraparte, el contar con un empleo estable permite beneficios económicos que aumentan la posibilidad de acceder a servicios de salud. El peor de los escenarios sería aquel donde las personas cuentan con ocupaciones muy demandantes de tiempo y a la vez con baja retribución económica, y que por ello no les permitan vigilar por la salud propia o la de otros miembros de la familia. Una vez más, la disponibilidad de tiempo y dinero emergen como factores que motivan a la decisión de las personas por la atención médica en un lugar o en otro, sin embargo es importante también indagar sobre la posición de los servicios públicos y privados respecto a la ocupación laboral de las personas para agilizar atenciones.

2.9.2.6 Costo de los servicios y accesibilidad

Es un hecho que el Estado provee de equipamientos para que la población acuda a recibir atenciones para la salud ya sea en el sistema de seguridad social o a través de la asistencia pública. La accesibilidad a estos servicios se determina, entre otros factores, por los costos que los usuarios deben asumir con aportaciones ya sean estas mínimas y definitivas o constantes y determinadas por el salario devengado.

En el caso de la seguridad social, aunque hay un costo que es pagado por un contribuyente, el derecho a los servicios se hace extensivo a otros miembros de la familia optimizando así la relación costo-beneficio. Los servicios de asistencia pública vienen a completar la atención por la salud, y se destinan a las personas con base en estudios socioeconómicos con los que se determina la capacidad de pago que va desde la gratuita o simbólica, hasta la fijación de cuotas de recuperación.

Puede considerarse que los servicios ofrecidos por el Estado son accesibles en términos del costo de los servicios, y que esta gratuidad debe inclinar la balanza a su favor para la atracción de las personas. Al costo del servicio, sin embargo, hay que agregarle los costos añadidos por traslado.

Como se ha hecho patente, no es solamente el costo del servicio el que motiva a las personas en su elección, sino también la disponibilidad del servicio en el área de residencia y que requiere de una inversión de tiempo y dinero para movilizarse hasta la locación de la unidad de atención.

Si se desea analizar la accesibilidad a los servicios con base en la oferta y la demanda, deben tenerse en cuenta los principios básicos donde hay una utilidad (U), una existencia de bienes (X) y consumo de los mismos (Y), así, se tiene que:

$$U = f(X, Y)$$

En las estimaciones entra en juego el concepto de la “elasticidad”, es decir, la respuesta del usuario ante la variación del precio de los servicios así como la adecuación ante la variación de los ingresos personales. Los estudios de elasticidad han buscado probar que:

1. Si se incrementa el precio de los servicios de salud, la demanda de los mismos debe bajar. A esto se le considera una elasticidad negativa.
2. El incremento en el precio de otro servicio hace que aumente la demanda. A esto se le llama “elasticidad cruzada positiva”. Ejemplos de este tipo de elasticidad suceden en los mercados donde existe competencia entre los servicios, así, quien aumenta sus precios causará que aumente la demanda en la competencia.

3. El aumento en los ingresos personales hace que aumente la demanda de servicios de salud (elasticidad de ingreso positiva). En este caso, la demanda de servicios de salud puede ser para funciones como la prevención, la obtención de seguros y la demanda de servicios especializados.

4. Si el servicio es gratuito, habrá una sobre demanda de los mismos.

En México existe una fuerte oferta de servicios de salud tanto a nivel público como privado. Hay una interacción entre ambas formas de servicio, lo que complica el verificar hechos como la elasticidad de los mismos. De acuerdo con lo hasta ahora analizado, las personas tienen en cuenta diversos factores para hacer su elección sobre un servicio. Aunque la gratuidad hace aumentar la accesibilidad, la calidad de los servicios puede sufrir demérito ante la saturación por demanda.

Con la aparición de los CC, surge la necesidad de conocer cómo los mismos se convierten en atractivo para los usuarios, una situación en donde los expertos en cuestiones de mercados pueden estudiar el impacto sobre la elasticidad de servicios en el mercado de la APS.

2.9.2.7 Trámites para el uso de los servicios: accesibilidad administrativa

Como signo de organización de los servicios, desde su inicio las instituciones públicas solicitan que el acceso a las instalaciones sea llevado utilizando un sistema de agenda por el cual a los usuarios se les canaliza en los servicios de atención primaria y que consiste en el consiste en ser atendidos por el médico del consultorio familiar; en el ámbito de tales servicios esto es conocido como “citas médicas”.

En el sistema de seguridad social, cada derechohabiente ha debido obtener su número de afiliación para que se le asigne un turno de atención (matutino o vespertino) y un número de consultorio donde se archiva el registro de cada una de sus visitas. El sistema de citas se ha agilizado ya que en décadas pasadas era imprescindible acudir personalmente a la unidad de atención para solicitar la cita; en la actualidad, la misma puede obtenerse vía telefónica.

Esta forma de organización favorece la accesibilidad pero al mismo tiempo es un signo de la demanda constante por los servicios. Sobre los trámites para el acceso a los servicios existe una gran cantidad de opiniones y que en lo general se dividen en atribuir una mala calidad a los servicios a causa de las trabas administrativas o burocráticas, pero también las opiniones sobre la necesidad de organizar el acceso a los servicios debido a la demanda de los mismos.

El IMSS toma en cuenta las características de los trámites y la percepción de los usuarios como indicadores para evaluar la calidad de la atención médica. Un servicio que asigne citas con varios días de espera o que no cuente con el personal suficiente al momento de la atención, hará decrecer la accesibilidad a los mismos.

Aunque estos problemas ya se están resolviendo en el IMSS, no sucede lo mismo con los servicios de asistencia social, citando el ejemplo del Seguro Popular⁴⁶ y que de acuerdo a su portal electrónico cuenta con cerca de 400,000 afiliados en Ciudad Juárez, sin embargo los equipamientos para los servicios se sustentan en lo existente por parte de los Servicios Estatales de Salud.

Identificadas las condiciones de trámites administrativos, los usuarios deberán considerar si los mismos les son convenientes de acuerdo a la necesidad personal por la atención, a la disponibilidad personal de tiempo e incluso si se espera un cierto grado de satisfacción en beneficio de la salud. Lo anterior es por lo tanto un factor que al final influyen en la accesibilidad de los servicios de salud, en este caso, una accesibilidad de tipo administrativo y que se combina con la accesibilidad geográfica y accesibilidad por costos de la atención.

2.9.3 Componentes geográficos de la accesibilidad

Se abordarán a continuación los componentes de los cuales en esta investigación se obtiene información con base en la encuesta de usuarios.

2.9.3.1 La distancia como factor de elección de los servicios

⁴⁶ Con base en información localizada en: http://seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=205:20110809&catid=5:comunicados&Itemid=237

De acuerdo con Kwan y cols. (2003) la accesibilidad a un servicio tiene como sustento la cercanía pero conjugándose ésta con la disponibilidad de tiempo y con los aspectos sociales. Las observaciones de Kwan señalan que existe una interacción sobre el espacio en las que tienen que ver los costos, tiempos y actitudes. Si las condiciones de los servicios regulares y los alternativos se encuentran bajo las mismas condiciones, puede suponerse que las personas elegirán acudir a los servicios más cercanos.

Por su parte, Wilson (1980) se dedicó a identificar relaciones positivas y negativas sobre la decisión de los usuarios por un servicio. Wilson identificó al tamaño, al tipo y a la calidad del servicio prestado como la “atractividad”, y como elemento contrario a la distancia a la que se encuentra el servicio.

Bayley y Phillips (1990) consideran que la distancia como factor de elección de los individuos no se sustenta solamente en el espacio físico que separa al usuario de la unidad de atención, sino además los impedimentos de trayectos, costos de traslado, tiempos de recorrido que inciden sobre las capacidades de las personas por movilizarse realizando un gasto económico y un determinado esfuerzo físico.

La distancia como factor de elección de los servicios debe asociarse con los tiempos de recorrido. De acuerdo con el concepto de unidad de atención tipo “centro de salud”, el tiempo estimado para llegar desde un hogar no debe ser mayor a los 30 minutos (Gérvás y cols., 1987), mientras que al consultorio familiar (IMSS) debe ser de 10 minutos (SEDESOL, 2000).

La localización de un equipamiento implica también que éste ejercerá una influencia sobre el territorio aledaño. En el caso de los equipamientos para la salud, a esto se le llama “radio de influencia territorial”. Según las normas de SEDESOL (2000) para las UMF del IMSS (donde se localiza el consultorio familiar) este radio debe ser de 5 Km a la redonda mientras que para los Centros de Salud Urbano (Seguro Popular y su sistema de consultorios) el radio de influencia debe ser de 1 Km a la redonda.

Como la movilidad sobre el espacio juega un papel importante, las autoridades de una ciudad pueden efectuar medidas que favorezcan la movilidad intra-urbana si hay una

correcta disposición de vialidades y señalamientos, pero además si a la ciudad se le dota con un sistema de transporte ágil y que acerque a las personas a las áreas donde se encuentran los servicios más importantes.

Se concluye entonces que a pesar de las distancias, una correcta planificación de la movilidad intra-urbana contribuye al acortamiento de tiempos para aumentar la accesibilidad logrando que se aproveche mejor el tiempo disponible de las personas.

2.9.3.2 Distribución territorial de equipamientos

La cantidad de equipamientos de acuerdo a la demanda de los servicios es una medida básica de la disponibilidad y que en los sistemas de salud es llamada “cobertura”.⁴⁷ El enfoque social de la medicina se preocupa por identificar dónde y cómo surgen las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, y que se relacionan con la distribución de los servicios sobre el territorio dando como resultado diferencias de dotación sobre las áreas de una ciudad pero además diferencias en cuanto a las cualidades del servicio.

La dotación de servicios debe realizarse con una distribución que disminuya desigualdades (Rodríguez, 1985). Los indicadores más utilizados en la disponibilidad de servicios son la cantidad de médicos por cada 1000 habitantes, el número de camas censables disponibles por cada 1000 habitantes, laboratorios de análisis, cantidad de consultorios por cada 1000 habitantes, entre otros.

Los equipamientos se clasifican en distintos niveles de atención y cuentan además con un número determinado de personal calificado, de recursos materiales y horarios de servicio de acuerdo a l tipo de necesidad.

El problema de este tipo de mediciones es que están considerando solamente lo que hay disponible, pero no los términos bajo los cuales estos elementos se distribuyen y cómo la población podrá utilizarlos.

⁴⁷ Banco Mundial: Estadísticos sobre salud. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/tema/salud>

2.9.3.3 Costos de movilización

Como se indicó, los servicios de salud ofrecidos por el Estado son de alguna manera gratuitos o de bajo costo. Lo anterior no implica que los usuarios no deban destinar un gasto específico para recibir el servicio. Los gastos generados son considerados como “derivados”, y en el caso de la movilidad se identifica con lo que el individuo debe pagar para movilizarse en el transporte público, en la contratación del servicio (taxi, ambulancia) o en el gasto por el uso de vehículo propio (combustible principalmente).

Los balances entre distancia y disponibilidad de tiempo se ven afectados por las posibilidades económicas, así, un usuario puede considerar que lo más importante es la elección con base en el gasto por movilización.⁴⁸ La movilización implica gastos no solamente por el transporte sino por costos “involucrados”.

El costo por el transporte público puede resultar económico (seis pesos por viaje sencillo en Ciudad Juárez, al año 2014), pero también hay quienes utilizan vehículo propio; sin embargo, y de acuerdo a la duración de la visita a la unidad de atención, habrá gastos complementarios, principalmente en alimentos y bebidas. Los costos de movilización afectan por lo tanto a la accesibilidad de acuerdo a la capacidad económica de las personas.

La suma de los costos de movilización, los gastos implicados y su relación con la distancia recorrida permiten calcular el costo de fricción, es decir, lo que una persona “paga” por cada kilómetro recorrido.

2.9.3.4 Vialidades y trayectos

El atributo de la movilidad intra-urbana se caracteriza por los servicios de transporte de una ciudad, así como las vialidades para un tránsito fluido y seguro. Si las vialidades permiten una conexión ágil y segura hacia las unidades de atención, se estará beneficiando la

⁴⁸ El reporte de “Transporte, movilidad y acceso a los servicios de salud en los países de bajo ingreso” considera que quienes no disponen de una adecuada movilidad por los costos prohibitivos del transporte hacia los servicios para la salud se encuentran en condición de vulnerabilidad. Artículo disponible en: http://www.mobilityandhealth.org/es/about/lit_review.php

accesibilidad. Vialidades seguras son las que se encuentran en buen estado tanto en su construcción como en señalización.

Para el usuario de los servicios de salud es importante la característica del trayecto y que el mismo no sea perjudicial para su estado de salud o represente riesgoso para su integridad física. Los modelos de accesibilidad con base en las vialidades y trayectos incorporan mapas y diagramas descriptivos de puntos de conexión, tiempos de espera y costos paulatinos durante el trayecto.

En esta investigación, se muestran los trayectos de varias líneas de transporte público y las situaciones que sus usuarios experimentan al abordarlas.

2.9.4. Modelos de decisión para utilización de los servicios para la salud

Los modelos de decisión para la utilización de los servicios para la salud intentan explicar quién, cómo y por qué utiliza este u otro servicio de acuerdo con las condiciones de accesibilidad.

Determinar los motivos específicos no es sencillo ya que existe una serie de combinaciones que se relacionan con los patrones culturales, las posibilidades económicas y características físicas del entorno. Las personas pueden decidir cuál de las combinaciones es la que le favorece más, o realizar su decisión con base en el alcance de una de sus posibilidades personales.

La importancia de los modelos es que contribuyen a clarificar las opciones y las circunstancias bajo las que se encuentran las personas, y que se convierten en los motivos por los cuales eligen un servicio o, en determinado caso, no elegir ninguno.

2.9.4.1 Modelo económico de la salud

Este modelo sugiere que las personas van a decidir sobre la utilización de los servicios de salud con base en estimaciones sobre su capacidad económica por lo que buscarán encontrar la mejor combinación de costo y beneficio. Cuando se dispone de mayores recursos económicos, las personas pueden buscar servicios que les otorguen aún mayores beneficios, sin embargo, si las posibilidades económicas disminuyen, se intentará una

máxima eficientización de lo que se gasta para obtener un nivel de beneficio en salud al menos satisfactorio.

Características de este modelo pueden advertirse en el mercado de la salud, y cuyos servicios tienen diferentes rangos de costos así como de nivel de atención. En el nivel de atención primaria, un consultorio de conveniencia (farmacia privada-consultorio anexo) buscará ofrecer un servicio económico que cubrirá la demanda de atención médica a un nivel mínimo satisfactorio equiparable con lo ofrecido por el consultorio familiar (IMSS, ISSSTE, Seguro Popular, etc.) dispuesto por los servicios oficiales de salud que es relativamente gratuito pero bajo condicionamiento de accesibilidad potencial y real.

Estos hechos permiten abordar la complejidad de las decisiones de las personas, decisiones que no tendrían como base solamente a la capacidad económica ya que en el proceso entran también en juego las experiencias que derivan en la percepción sobre la calidad de los servicios o la necesidad de invertir tiempo para acudir recibir la atención.

2.9.4.2 Modelo con base en el comportamiento y las decisiones

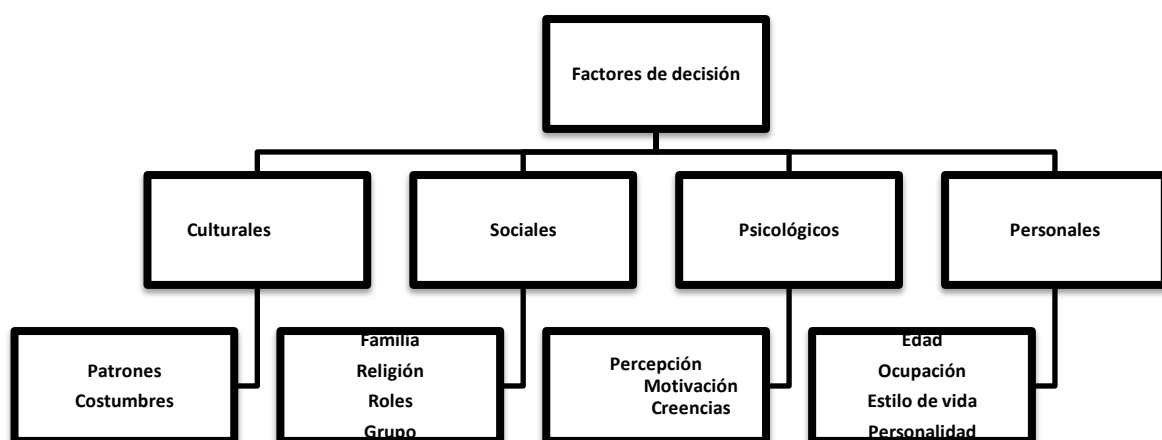
Las decisiones de las personas por acudir a un servicio médico se articulan por los estudiosos con el uso de diagramas donde se especifica cuáles son las opciones disponibles, cuáles son las condiciones de las personas y cuáles son las alternativas dando así lugar a los modelos de decisión con base en el comportamiento. Estos modelos tienen que ver también con factores culturales, sociales, personales y psicológicos.

Se considera que los servicios de atención médica son un producto de consumo, aunque el gasto sea mínimo (por ejemplo en los servicios otorgados por el Estado). Para la mayor parte de la población, existe la oferta de los servicios por el Estado, sin embargo, no siempre esta es la opción elegida por el consumidor.

Aunque el costo bajo o nulo de estos servicios representa una ventaja para atraer a los usuarios, existe una competencia entre lo que ofrece el Estado y lo que se encuentra en el mercado de la salud consistente en hospitales, clínicas, farmacias, consultorios y otros servicios con los cuales se buscará modificar a su favor la decisión del consumidor.

De inicio, debe haber un reconocimiento de que existe una necesidad por acudir a recibir atención médica. A partir de este reconocimiento, el usuario identifica cuáles son sus opciones ya sea por conocimiento propio o por indagación. Al identificar las opciones surge el momento de la valoración del servicio de acuerdo a los atributos que deben satisfacer al usuario y de acuerdo a sus posibilidades (Alonso, 2009). En esta valoración entrarán en juego las características de ambas partes, tanto del servicio como del usuario.

Gráfica 27: Determinantes del comportamiento



Fuente: Elaboración propia con datos de Alonso (2009) en: *Comportamiento del consumidor*

Para que el usuario del servicio decida consumirlo, debe haber con antelación una serie de eventos.

Gráfica 28: Proceso de decisión



Fuente: Elaboración propia con datos de Esteban (1997) en: *Principios de marketing*

Las características personales de edad, ocupación, estilo de vida y personalidad se conjugan con las posibilidades económicas y materiales; el servicio por su parte ofrece cierta calidad, accesibilidad y costo. Luego de lo anterior, se ejecuta la decisión, se utiliza el servicio y posteriormente viene una retroalimentación relacionada con las expectativas del usuario y lo que ha recibido luego de la atención. La retro alimentación puede por sí misma reforzar la decisión o hacerla variar.

2.9.4.3 Modelo con base en la percepción de la enfermedad

El concebirse enfermo o considerar que se está experimentando un estado que afecta a la estabilidad física o mental es el primer condicionante para empezar a considerar la utilización de un servicio de atención médica. De acuerdo con Rosentock (1995), la concepción de grado de necesidad por el servicio es generada psicológicamente y con ello el grado de urgencia con que se demande la atención médica.

Al tener en cuenta el factor psicológico es que en la salud pública se manejan los estudios de personalidad y estabilidad emocional con el fin de reconocer por qué una persona se siente susceptible a una enfermedad y en qué grado, si la persona percibe un riesgo y qué hace para “evadir” la llegada de la enfermedad. Quienes se consideran “enfermizos” o quienes se preocupan en exceso por la salud de sus seres queridos podrían estar utilizando los servicios de salud en demasía.

Para estudiosos de la salud pública como Gochman (1970) y Leventhal (1965) es más importante determinar cuál es la susceptibilidad o riesgo real ante la enfermedad que las percepciones influenciadas por el estado psicológico de las personas.

Según Gochman, las personas pueden tener ciertas percepciones sobre lo que pueden adquirir como enfermedad e incluso predisponerse, sin embargo son las condiciones reales del medio físico son más influyentes para una real transición de la salud a la enfermedad, y viceversa.

Para Leventhal, es importante la actitud personal para evitar la llegada de la enfermedad como forma de protección, actitudes que aunque no eximen del temor, sí

llegan a convertirse en hechos protectores de la salud personal: vacunarse, hacerse revisiones, higienizar, etc.

No solo estado psicológico condiciona la percepción sobre la salud: ésta se ve influenciada también por otros factores como la edad o el género. De acuerdo con la Secretaría de Salud,⁴⁹ en México los hombres tienden a percibir un mejor estado de salud personal que las mujeres. Respecto a la edad, la secretaría indica que la percepción sobre el estado de salud empeora conforme se incrementan los años de vida.

Otro factor es el del nivel de educación, según lo cual las personas con menor educación tienden a percibir peores condiciones personales de salud, al contrario de quienes tienen más educación.

El problema principal con el modelo de percepción de la enfermedad reside en que la percepción no se genera solamente por la experiencia propia sino además por la influencia de otras personas que emiten su opinión sobre el estado de salud con base en sus experiencias o incluso creencias, por ello es de tomarse en cuenta las características culturales y de educación de los usuarios.

2.9.4.4 Modelo de las alternativas de servicios

En esta ciudad existe más de un modelo de servicios para la salud, es decir, la población cuenta con lo que le ofrece el Estado, además de lo que oferta el mercado de la salud. Se tiene incluso la participación de instituciones de beneficencia (Rotarios, Club de Leones, Sertoma, etc.), grupos caritativos (principalmente los apegados a las órdenes religiosas) y organizaciones con fundamento en la acción solidaria (dispensarios populares y consultorios) e incluso entran en las opciones los conocimientos para aplicar “remedios” que la gente emplea para recuperar la salud.

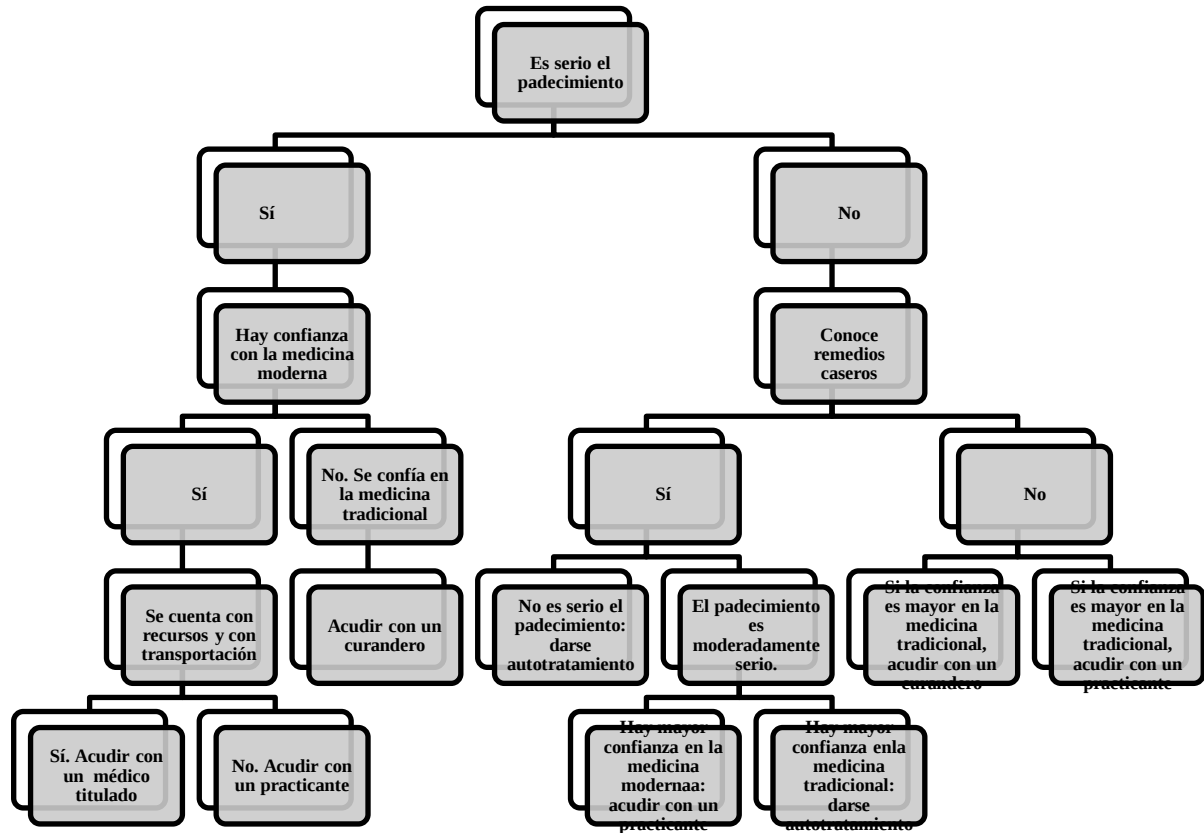
Las circunstancias implicadas el existir alternativas en los servicios de salud fueron estudiadas por Young (citado por Coreil, 2010), quien identificó cuatro criterios sobre los cuales las personas van a elegir entre las alternativas, estos inician con la seriedad de la

⁴⁹ Informe sobre el desempeño de los sistemas de salud, con el tema de “Percepción del estado de salud”. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/condiciones.pdf>

enfermedad a partir de lo cual se estima la posibilidad de remediar la enfermedad sin acudir a los servicios, la comparación de eficacia entre el remedio propio y el servicio médico, y finalmente los gastos relacionados con el transporte hacia los servicios.

Aunque el modelo de Young es claro respecto a cómo una persona pondera los elementos disponibles para hacer una decisión, este mismo puede ser mejorado si se agrega información acerca de qué sucede cuando el evento se repite, así, la percepción sobre la seriedad de la enfermedad puede cambiar al conocer mejor los factores que la desencadenaron o al ser informado sobre los efectos negativos que la misma puede generar; de haberse utilizado un remedio propio, la persona habrá considerado si hay una satisfacción por el retorno de la salud, siendo así que se acrecentará la confianza en tal medida. Los costos de transportación son también variables, así como lo puede ser la capacidad económica de las personas.

Gráfica 29: Modelo de decisiones de Young con base en la seriedad del padecimiento



Fuente: Elaboración propia con base en el modelo de decisiones de Young.

Una alternativa al modelo propuesto por Young es el modelo Ottawa de las decisiones en salud.⁵⁰ De acuerdo con este modelo, la deficiente toma de decisiones de los usuarios se debe a tres factores:

- i) Acceso insuficiente a información con base en evidencias.
- ii) La escasa participación en las decisiones que afectan su propia salud o la de su familia.

⁵⁰ Documento disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a09.pdf>

iii) Los limitados conocimientos y habilidades que tienen los profesionales de la salud para apoyar la toma de decisiones en salud de los usuarios.

En su modelo Ottawa, O’Connors, Jacobsen y Stacey (citados por Mendoza, Jofré y cols., 2006) definen como “incertidumbre decisional” a la situación donde el usuario debe seleccionar qué alternativas representan menores riesgos, pérdidas o conflicto con los valores personales.

Cuadro 24 Tipo de decisión y categorías de acuerdo con el modelo abreviado Ottawa

Tipo de decisión	Categorías	Ejemplos
Situacional	Personal	Casarse, divorciarse, inseminarse, alimentarse, abortar, consumir drogas o alcohol.
	Trabajo/Tareas	Cambiar de trabajo, abrir un negocio, manejar las finanzas.
	Educación	Elegir una carrera, profesionalizarse.
Evolutivas	Adolescencia	Inicio de la sexualidad, percepción de riesgos, elegir una carrera.
	Adulto joven	Educar a los hijos, elegir dónde vivir.
	Adulto mayor	Percepción de seguridad personal, estilo de vida posterior a la jubilación.

Fuente: Elaboración propia con base en la investigación de Mendoza, Jofré y cols. (2006): La toma de decisiones en salud y el modelo conceptual Ottawa.

La incertidumbre decisional no sólo tiene que ver con la selección de un servicio, sino también durante el proceso de la enfermedad existiendo el cuestionamiento propio sobre si la decisión ha sido la apropiada, si habrá mejoría en la salud. El modelo Ottawa hace una clasificación de las decisiones tomadas, las cuales tienen que ver con la situación de la personal, grupo de edad general e incluso respecto a la “navegación”, es decir, cuándo y con quién acudir a recibir el servicio.

La importancia del modelo Ottawa es la de informar al personal encargado de los servicios de salud cuáles son los conflictos enfrentados por los usuarios en la toma de decisiones en salud y poder ayudarlos en esta tarea. En México, la toma de decisiones de

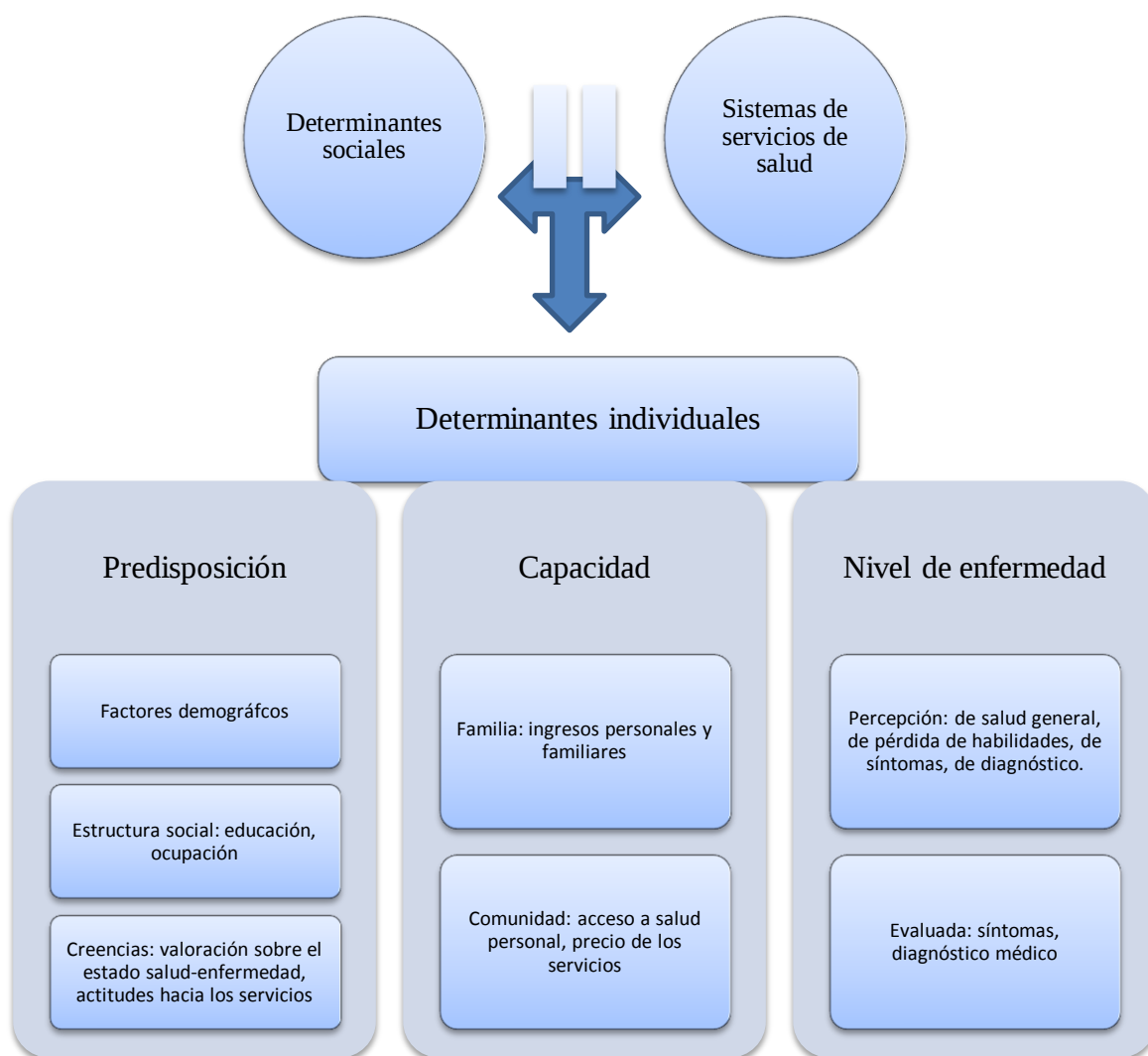
las personas para con su salud son analizadas desde la perspectiva de la gestión hospitalaria en la cual se incluyen programas de información a la comunidad sobre la accesibilidad a los servicios y las cualidades de los mismos. En estos programas se contemplan situaciones probables donde el usuario tomará decisiones con base en sus posibilidades económicas, en la confianza al sistema de salud y en las posibilidades de movilización.

2.9.4.5 Modelo de determinantes sociales, individuales y de sistemas de servicio

Este modelo es más complejo ya que reúne las observaciones que por separado habían hecho otros investigadores. El modelo se conoce también como “modelo Andersen-Newman” por el nombre de sus autores. Según este modelo, existen determinantes individuales y determinantes sociales, los cuales intervienen sobre tres variables específicas: la predisposición, la capacidad y el nivel de enfermedad.

La variable de predisposición se relaciona con características demográficas como la edad, el género y el estado civil. La variable de capacidad tiene que ver con las posibilidades económicas personales y familiares. La última variable, el nivel de enfermedad, es identificada con lo que el individuo percibe sobre su enfermedad y la consideración de necesidad por la atención. Existe una interacción entre estas variables que al final deriva en la decisión por utilizar un tipo específico de servicio para la salud.

Gráfica 30: Modelo Andersen-Newman para la accesibilidad a los servicios de salud



Fuente: Elaboración propia a partir del diagrama mostrado por Dale (2004) en: *Factors that influence health services utilization for emotional or mental health reasons among universities*.

Una observación pertinente a este modelo es la realizada por Bradley, McGraw y cols. (2002) al indicar que si bien el mismo es útil para identificar los determinantes del uso de los servicios para la salud (sociales, individuales y de sistema de salud), no existe en el mismo una inclusión de los factores psicosociales (actitudes, normas sociales) que pueden ser también determinantes en la decisión de uso de servicios.

Poner en escrutinio este modelo con el fin de verificar por qué las personas utilizan un servicio de salud requiere de un proceso cuidadoso con base en el análisis cualitativo en el que se efectuarían actividades como reunión de grupos, entrevistas y transcripción de grabaciones. La utilidad del modelo es bastante cuando se desea analizar en particular las percepciones sobre predisposición, capacidad y nivel de enfermedad.

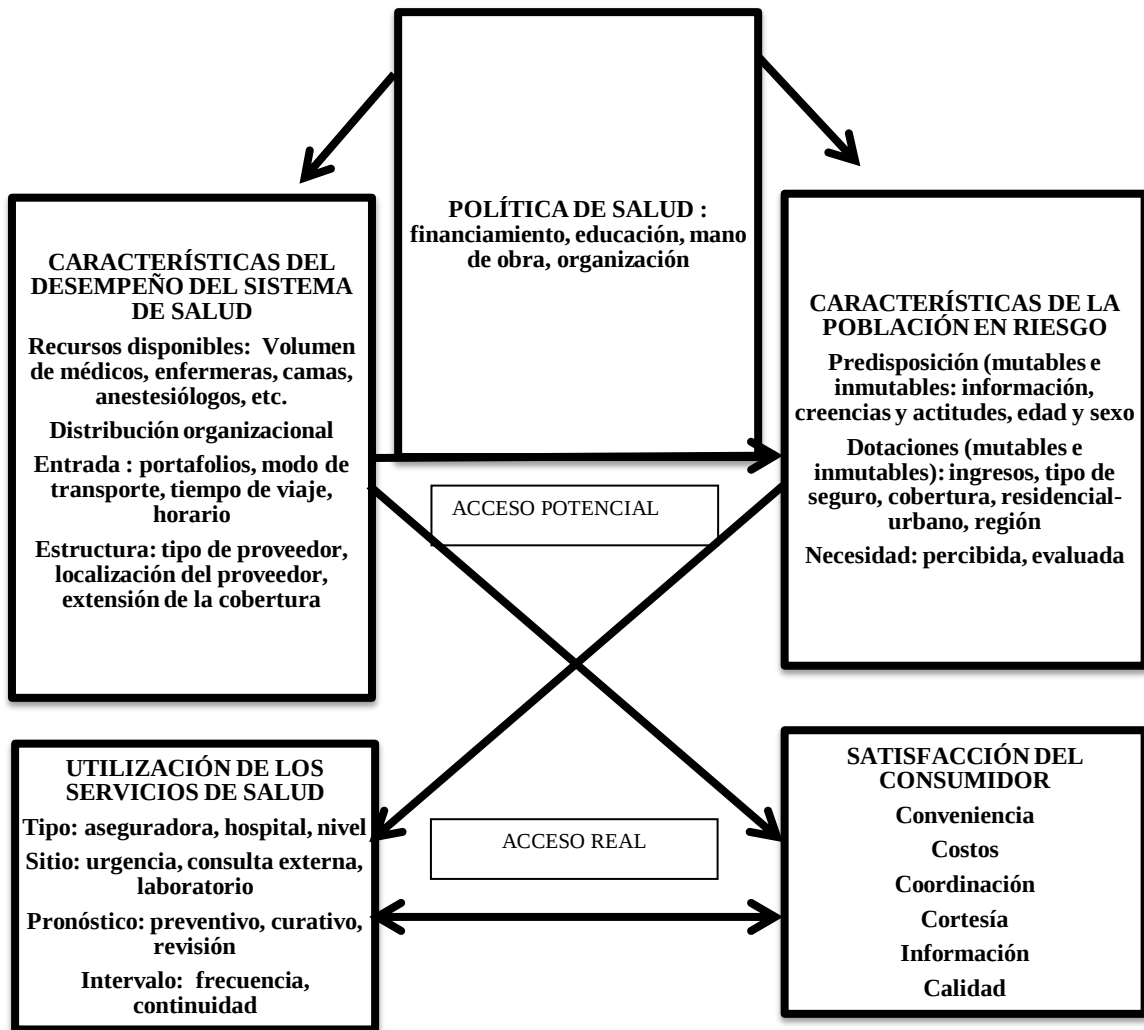
2.9.4.6 Modelo de accesibilidad potencial y accesibilidad real

Este modelo fue presentado por Aday y Andersen con el fin de contrastar la disponibilidad de los servicios de salud con lo que realmente son utilizados. La disponibilidad no solo consistirá en equipamientos sino también la organización de los recursos de personal médico y administrativo.

El modelo citado tiene en cuenta el proceso previo al acceso al servicio, desde la salida del hogar, la transportación, tiempos, estado de afiliación y costos y que definen lo que la accesibilidad potencial. Luego, el usuario accede al sistema, es decir, se llega a la accesibilidad real. Es aquí donde el modelo observa la existencia de registros de admisión, de evaluación de la atención y de la calidad en general del servicio. Para Aday y Andersen, los factores de predisposición, capacidad y necesidad continúan siendo atributos del usuario y que influirán en su elección por el servicio.

El principal reto al utilizar este modelo es diferenciar correctamente los componentes para poder estimarlos. Los instrumentos tanto para el acceso potencial como para el real son cualitativos (percepción del servicio, predisposición, necesidad) pero también se requieren datos cuantitativos (costos, tiempos, distancias). El modelo intenta explicar la importancia de un sistema de salud en cuanto a su organización y las facilidades que puede otorgar geográfica y administrativamente para que una persona, con sus atributos de percepción, capacidad y necesidad pueda pasar de ser usuario potencial a usuario real.

Gráfica 31: Estructura para el estudio del acceso potencial y real



Fuente: Elaboración propia con base en el modelo de Aday y Andersen presentado por Rodríguez (2010) en:
Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud.

Este modelo ha sido empleado para indagar cómo afecta la aculturación de los México-americanos a los servicios de salud en los EEUU (Wells y cols., 1989) o para conocer más sobre los comportamientos en el ambiente usuario-proveedor (Phillips y cols., 1998). El modelo de accesibilidad potencial y real ha sido citado además como referente para comparar diferencias en datos de salud entre ciudades o naciones (Rosenwaike, 1987).

En el contexto regional y local, este modelo parece útil en la medida de incluir factores que van de lo social, lo individual y lo institucional. El modelo muestra flexibilidad en la integración de sus componentes, pero al mismo tiempo este detalle permite reflexionar que se requiere recopilar bastante información y que no se le está otorgando mayor importancia a un componente sobre otro, lo que en algunas investigaciones es necesario.

2.9.4.7. Modelo matemático con base en el conductismo

De acuerdo con este modelo, es posible medir la utilización de los servicios de salud con base en las condiciones de accesibilidad. El fundamento fue hecho por Gross (citado por Nemet y Bailey, 2000) elaborando una ecuación en la que la utilización depende de factores de capacidad de los servicios (E), de factores sociales de predisposición (P), de factores de accesibilidad geográfica (A), del nivel de salud percibido (H), de variables propias del individuo tales como sexo, edad, etc. (X) y un error residual. La ecuación sería de la siguiente manera:

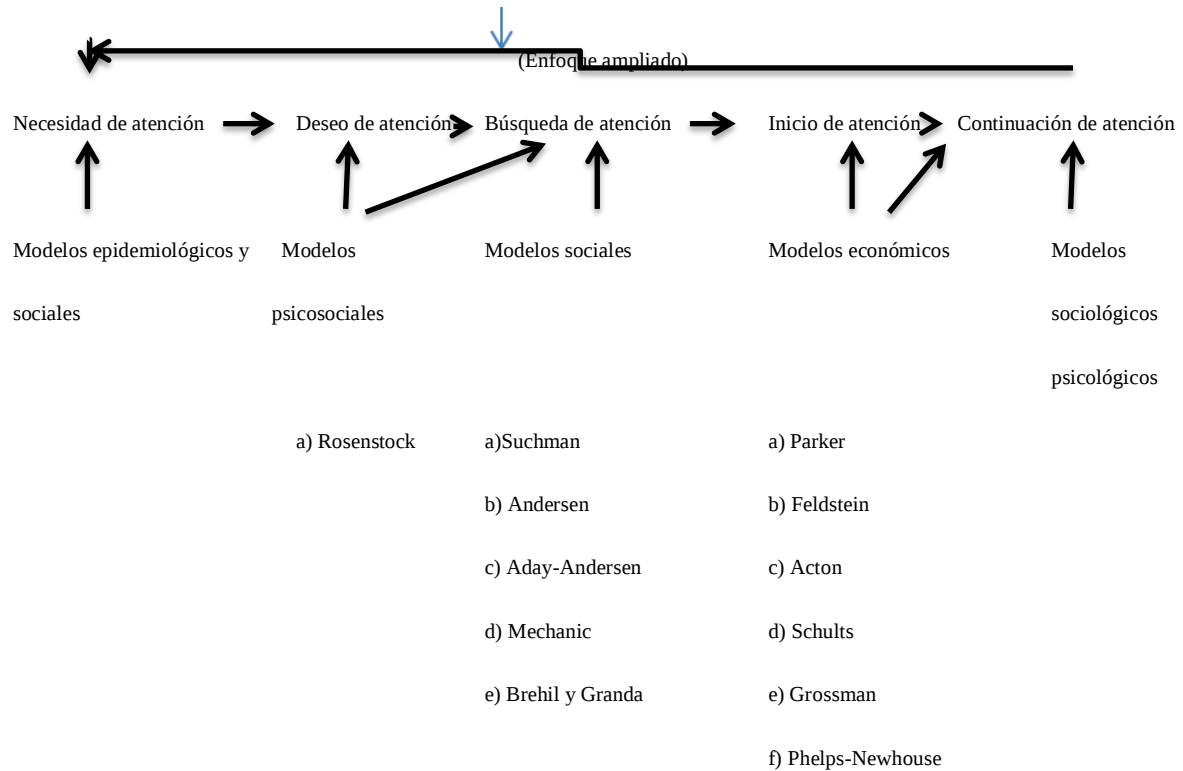
$$U = f(E, P, A, H, X) + e$$

No existe una suficiente cantidad de demostraciones objetivas de este modelo debido a la gran variedad de datos que demanda, sin embargo si estos son obtenidos, el modelo podría aportar bastantes indicios de cómo el comportamiento de las personas se adecúa a las condiciones de los servicios para establecer patrones de utilización.

2.9.4.8 Modelo de Julio Frenk: La sucesión de acontecimientos

El modelo aportado por el ex secretario de salud en México, aborda el problema de la accesibilidad a los servicios teniendo en cuenta el estudio de las necesidades en salud, en lo psicosocial y en lo económico. El modelo hace además un resumen de la participación de los modelos ya descritos con anterioridad, categorizándolos según su vertiente.

Gráfica 32: Modelo Frenk: sucesión de acontecimientos relacionados con los servicios médicos.



Fuente: Elaboración propia con base en el modelo presentado por Arredondo y Meléndez (1972)

Gracias a su experiencia en las cuestiones de la salud en México, Julio Fenk plantea que el problema de la accesibilidad puede explicarse conjugando distintos modelos.

2.9.5 Comentarios finales sobre la accesibilidad e instrumento para encuestas

La accesibilidad a los servicios de salud depende de factores geográficos y sociales. La dotación de equipamientos es considerada dentro de la accesibilidad potencial, sin embargo es la accesibilidad real la que da cuenta del nivel de utilización de los servicios. Separar los componentes geográficos y sociales de la accesibilidad es complicado, por ello los modelos intentan representar la combinación de ambos en el proceso de decisión de los usuarios.

Aunque existen varios conceptos para la accesibilidad, en esta investigación se consideran las observaciones de Jiang (1998) como las más adecuadas a las intenciones de la investigación, esto es, que la accesibilidad consiste básicamente en la cercanía o

proximidad entre locaciones geográficas. Esta definición se hace tomando en cuenta el contexto de desarrollo urbano de la ciudad, las ocupaciones de las personas y la infraestructura para movilizarse hacia los servicios.

En la ciudad, las zonas con nuevas unidades habitacionales se encuentran cada vez más alejadas de los equipamientos públicos para la salud. Si la accesibilidad a los servicios básicos de salud está condicionada por tal contexto, las personas buscarán soluciones alternativas en cuestión de cercanía y que enseguida se acomoden a las posibilidades económicas y al ahorro de tiempo.

Al hablar de atención primaria para la salud se está considerando que es la población de nivel socioeconómico medio y bajo quienes estarían siendo los demandantes del servicio en el consultorio familiar. Respecto a los modelos, en general ninguno otorga más valor a un factor que a otro para la decisión de las personas.

En particular, el modelo de Aday y Andersen es el que a modo de opinión personal incluye mejor la combinación de factores al tener en cuenta las características de desempeño del sistema de salud, las características de la población, las políticas de salud, las formas de utilización de los servicios y la satisfacción del consumidor. Es en esta parte final, de satisfacción del consumidor, donde Aday y Andersen hacen mención de la “conveniencia” del servicio, es decir, la facilidad con que el consumidor, de acuerdo a sus características personales, puede hacer uso de los mismos.

Se considera que es posible incluir factores cada vez más específicos sobre la accesibilidad, sin embargo es complejo determinar la relevancia de cada uno, habiendo de inicio hecho una identificación que contribuya a no incluir factores que en la práctica estén midiendo lo mismo y que confundan los resultados.

El siguiente instrumento se diseñó para recabar la información correspondiente a las dos encuestas, una dirigida a usuarios de CC y la otra a derechohabientes del IMSS.

Instrumento para la recolección de datos en trabajo de campo

Cuestionario de comparación de Accesibilidad, Calidad y Costo de Servicios

NOTAS:

EXPLICAR BREVEMENTE EL PROPÓSITO DE LA ENTREVISTA

LA ENTREVISTA SE HACE A PERSONAS DE 15 Ó MÁS AÑOS DE EDAD (EDAD LABORAL).

ANOTAR LOS DATOS DE QUIEN RECIBE LA ATENCIÓN MÉDICA.

DATOS BÁSICOS									
I. ¿Cuántos años tiene?	0	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	
R:									
35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80+
II. Sexo: (A la vista)			1. MASCULINO				2. FEMENINO		
III. ¿A qué se dedica?	1. OPERADOR	2. EMPLEADO DE UN NEGOCIO	3. VENTAS INFORMALES	4. TIENE SU PROPIO NEGOCIO	5. PROFESOR	6. AMA DE CASA	7. DESEMPLEADO	8. ESTUDIANTE	
9. SUPERVISOR	10. PROFESIONISTA	11. TRABAJA EN EL CAMPO	12. NO ESTÁ EN EDAD LABORAL	13. OTRO:					
IV. ¿Es usted derechohabiente de alguna de estas instituciones?									
1. IMSS	2. ISSSTE	3. SEGURO POPULAR	4. PENSIONES CIVILES	5. CIA. ASEGURADORA	6. SEG. SOC. EJÉRCITO	7. HOSPITAL GENERAL	NO ES DERECHOHABIENTE		
V. ¿Es el titular o es beneficiario?			1. TITULAR			2. BENEFICIARIO			
VI. ¿En qué colonia vive Ud?						VII. AGEB (búsqueda del encuestador):		Ingresos P.S.(optativo)	
VIII. ¿Cuál es su estado civil?	1. SOLTER@		2. CASAD@		3. DIVORCIAD@		4. VIUD@	5. UNIÓN LIBRE	6. OTRO:
IX. ¿Qué nivel máximo de estudios ha finalizado?	1. PRIMARIA	2. SECUNDARIA	3. BACHILLERATO	4. LICENCIATURA		5. POSTGRADO	6. CARRERA TÉCNICA SIN BACHILLERATO	7. NINGUNO	
X. ¿Cómo considera su estado de salud en lo general?									
1. MALO		2. REGULAR		3. BUENO		4. EXCELENTE			
XI. ¿Tiene vehículo propio?			1. SÍ			2. NO			
XII. ¿Tiene alguna de estas condiciones? :									
1. DIABETES	2. ESTRÉS	3. ASMA	4. ENF. CARDIACA	5. CÁNCER	6. INCAPACIDAD MOTRIZ	7. MAL FUNC. DE UN	8. EMBARAZO/POST	9. NINGUNA	10. OTRA

							ÓRGANO				
XIII. ¿Qué tan frecuentemente acude a la clínica o unidad que le corresponde (IMSS/HG/Seguro Popular/ISSSTE/PENSIONES) cuando se presenta un problema de salud? NOTA: TÉNGASE EN CUENTA QUE LA ENTREVISTA ES AFUERA DEL CONSULTORIO DE SIMILARES											
1. NUNCA			2. POCAS VECES			3. CASI SIEMPRE					
DATOS NO ESCALARES: ACCESIBILIDAD											
XIV. ¿Cuánto tarda aproximadamente desde su casa hasta el consultorio que le corresponde? NOTA: SI NO ESTÁ AFILIADO AL IMSS, preguntar por tiempo hacia el Hospital General.											
IDA, (MINS)	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	100+
VUELTA (MINS)	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	100+
XV. ¿Qué tipo de transporte utiliza para llegar al consultorio familiar que le corresponde?											
1. TRANSPORTE PÚBLICO		2. TAXI		3. VEH. PROPIO		4. MOTO		5. A PIE		6. OTRO	
XVI. ¿Cuánto tiempo tarda aproximadamente desde su casa hasta el consultorio de similares? R: _____ Ubicar en el rango											
IDA, (MINS)	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	100+
VUELTA (MINS)	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	100+
XVII. ¿Qué tipo de transporte utiliza para llegar al consultorio de similares?											
1. TRANSPORTE PÚBLICO		2. TAXI		3. VEH. PROPIO		4. MOTO		5. A PIE		6. OTRO	
XVII. ¿Cuál línea de transporte va de su colonia al hospital, clínica o consultorio que le corresponde?											
XVIII. Estimar distancias (tarea del encuestador).											
DISTANCIA GEOGRÁFICA COLONIA-CONSULTORIO FAMILIAR:		TRAYECTO RECORRIDO EN AUTOTRANSORTE: COLONIA-CONSULTORIO FAMILIAR: (N/A)				DISTANCIA GEOGRÁFICA COLONIA-CONSULTORIO SIMILARES:			TRAYECTO RECORRIDO EN AUTOTRANSORTE: COLONIA-CONSULTORIO SIMILARES: (N/A)		
DATOS SOBRE CALIDAD DEL SERVICIO Y TIPOS DE NECESIDAD EN ATENCIÓN											
6. ¿Cómo califica los trámites para obtener una cita en su consultorio familiar? (IMSS/ISSSTE/SEGURO POPULAR, HG)											
1. MALOS			2. BUENOS					3. EXCELENTES			
7. ¿Cuál es la razón de salud por la que más acude al consultorio familiar? IMSS/ISSSTE/SES (DERECHOHABIENTE)											
1. INF. RESPIRATORIA	2. LESIONES	3. INF. ESTOMACAL	4. EMBARAZO/POST	5. MIGRAÑA	6. DIABETES	7. VACUNACIÓN	8. ESTRÉS	9. DOLOR DE ESPALDA	10. RECIBIR MEDICINA:	11. OTRO	

8. ¿Cuál es la razón de salud por la que más acude al consultorio "Similares":

1. INF. RESPIRATORIA	2. LESIONES	3. INF. ESTOMACAL	4. EMBARAZO/POST	5. MIGRAÑA	6. DIABETES	7. VACUNACIÓN	8. INSOMNIO	9. DOLOR DE ESPALDA	10. COMPRAR MEDICINA	11. OTRP
----------------------	-------------	-------------------	------------------	------------	-------------	---------------	-------------	---------------------	----------------------	----------

9. ¿Cuál es su razón principal para no usar los servicios del IMSS, ISSSTE, SP, HG si es derechohabiente? NOTA: Según derechohabencia

1. POR LA DISTANCIA	2. LA CAUSA NO ES TAN SERIA	3. TIEMPO DE TRASLADO	4. PORQUE NO HAY MEDICINAS	5. COSTOS DE TRASLADO	6. POR LOS TRÁMITES PARA LA CITA	7. DIFICULTADES EN EL TRAYECTO	8. NO LE SATISFACE LA CALIDAD DEL SERVICIO MÉDICO	9. TIEMPO DE ESPERA EN EL CONSULTORIO
---------------------	-----------------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	----------------------------------	--------------------------------	---	---------------------------------------

11. ¿Por qué razón no usaría la siguiente vez los servicios del consultorio de conveniencia (Similares)?

1. POR LA DISTANCIA	2. ES UNA CAUSA SERIA DE SALUD	3. TIEMPO DE TRASLADO	4. PORQUE NO HAY MEDICINAS	5. COSTOS DE TRASLADO	6. COSTO DEL SERVICIO	7. DIFICULTADES EN EL TRAYECTO	8. NO LE SATISFACE LA CALIDAD DEL SERVICIO MÉDICO	9. TIEMPO DE ESPERA EN EL CONSULTORIO
---------------------	--------------------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	-----------------------	--------------------------------	---	---------------------------------------

12. ¿Por qué razón prefiere el consultorio de Similares en lugar de ir al IMSS-SP-ISSSTE-HG

1. POR LO CERCANO Y RÁPIDO DEL SERVICIO	2. PORQUE HA VISTO MEJORES RESULTADOS EN SU SALUD QUE EN EL IMSS/ISSSTE/SP/SES	3. PORQUE AL FINAL ME CUESTA MENOS QUE IR A IMSS/ISSSTE/SP/SES
---	--	--

¿Cuánto gastó en sus medicinas? (PESOS)

NADA	1-19	20-39	40-59	60-79	80-99	100-119	120-139	140-159	160+
------	------	-------	-------	-------	-------	---------	---------	---------	------

Para cada elemento identificado a continuación, marque con un círculo el número de la derecha que considere más acorde con su criterio de calidad. Utilice la escala anterior para seleccionar el número de calidad.

Consultorio Familiar Sistema Público	Escala						Consultorio de conveniencia, Sistema Privado (Similares)	Escala					
		MALO	R MB	B		Excelente			MALO	R MB	B		Excelente
1. Calidad de la atención médica		1	2	3	4	5	2. Calidad de la atención médica		1	2	3	4	5
3. Rapidez para pasar a consulta		1	2	3	4	5	4. Rapidez para pasar a consulta		1	2	3	4	5
5. Distancia desde el hogar		1	2	3	4	5	6. Distancia desde el		1	2	3	4	5

						hogar					
7. Costo del servicio	1	2	3	4	5	8. Costo del servicio	1	2	3	4	5
9. Disponibilidad de horario	1	2	3	4	5	10. Disponibilidad de horario	1	2	3	4	5
11. Facilidad para transportarse a este lugar	1	2	3	4	5	12. Facilidad para transportarse a este lugar	1	2	3	4	5
13. Mejoría en su salud	1	2	3	4	5	14. Mejoría en su salud	1	2	3	4	5
15. Encontró los medicamentos necesarios	1	2	3	4	5	16. Encontró los medicamentos necesarios	1	2	3	4	5
17. Flexibilidad de horario	1	2	3	4	5	18. Flexibilidad de horario	1	2	3	4	5
19. Tiempo invertido	1	2	3	4	5	20. Tiempo invertido	1	2	3	4	5
21. Disponibilidad de medicinas	1	2	3	4	5	22. Disponibilidad de medicinas	1	2	3	4	5
23.	1	2	3	4	5	24.	1	2	3	4	5

Las preguntas del cuestionario fueron respondidas por el mismo paciente:	1: Sí, todas	2: No, otra persona respondió por el paciente
Dirección del consultorio donde se aplicó el cuestionario:		
Clave del consultorio: (SPSS)		
Hora:		

Capítulo III: Resultados

3.1 Perfil sociodemográfico de los usuarios de consultorios de la Fundación Best

En este subtema se presentan resultados sobre las características sociodemográficas de las personas encuestadas durante el trabajo de campo y que son usuarios de los consultorios de conveniencia. Los datos presentados permitirán explicar la relación que hay entre las variables que intervienen en las decisiones que toman las personas al demandar servicios médicos de diversas instituciones.

En los estudios sobre la relación entre la comunidad y los servicios para la salud generalmente se tienen en cuenta los grupos de edad de los usuarios, su distribución territorial y su nivel socioeconómico con el fin de reconocer un perfil sociodemográfico; además de las características anteriores, en tales estudios se agrega el tipo de derechohabiencia, estado civil y comportamientos de género.

La información sociodemográfica tiene diversos sentidos de utilidad. Para quienes se dedican a llevar los servicios de atención para la salud hasta una comunidad, colonia o grupo de habitantes es importante reconocer las características de la población focal para darles atención específica, mientras que para quienes planean la dotación de equipamientos tales como hospitales, clínicas y centros comunitarios es necesario identificar cuáles serán las posibilidades de las personas para acudir a los mismos, posibilidades que se vinculan con la edad, el género, capacidad económica y medios de transportación.

Para obtener la información se acudió a las áreas donde se localizan las 57 unidades de CC distribuidas en Ciudad Juárez obteniéndose una muestra de 285 personas elegidas al azar durante los meses de enero y febrero de 2014. No existe actualmente un universo determinado sobre cuántos clientes atiende este sistema de consultorios pero se sabe que cada unidad tiene la capacidad de atender a 25 personas diariamente durante doce horas al día. En el capítulo IV se explica ampliamente cómo se obtuvo la información; lo que se muestra enseguida es un resumen de este proceso.

i) Selección y exclusión de individuos

No fueron participantes de esta encuesta aquellas personas con incapacidad para comprender y responder a los cuestionamientos planteados, tampoco quienes eran menores a los 15 años o que no hubieran nunca utilizado los servicios de los CC en Ciudad Juárez. A cada persona se le informó sobre el propósito de este trabajo y qué tipo de información se recabaría con las preguntas (consentimiento informado) presentando las identificaciones correspondientes.

ii) Selección de lugares para la encuesta

El procedimiento de selección de lugares consistió en acudir a las áreas de la ciudad donde se localizan los CC de la Fundación Best en Ciudad Juárez, por lo que en total se aplicaron cuestionarios en 57 locaciones, con lo que además se logró visitar a cada uno de los distritos de la ciudad demarcados oficialmente.

3.2 Tipo de derechohabencia

El contar con servicios de salud al menos en el nivel de atención primaria es un aliciente para alcanzar el bienestar personal y social. En Ciudad Juárez, los servicios de salud en el nivel de atención primaria son atendidos por diversas instituciones oficiales y privadas. De entre las instituciones oficiales destaca el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con una cobertura aproximada de 52.35% de la población (INEGI, 2012).

Existe también un sector de la población que se ve beneficiada con los servicios del Sistema Estatal de Salud, estos servicios son clasificados como asistencia social y son identificados principalmente con el Seguro Popular que, de acuerdo con el Anuario Estadístico del Estado de Chihuahua (2012), otorga cobertura al 11.14 % de la población.

Como ya se informó, la combinación de los sectores público y privado en el ramo de la salud logra dar cobertura al 92% de la población juarense, quedando un 8% sin haber declarado su afiliación a alguna modalidad de atención para la salud.

Por ser el IMSS y el Seguro Popular las instituciones con más derechohabientes en la ciudad es que en este capítulo se destacan las interrelaciones de sus usuarios con el servicio de los CC.

3.2.1 La situación de no derechohabiencia

Son diversas las razones por las que una persona puede no encontrarse afiliada a un sistema de atención para la salud. En general, la no afiliación o no derechohabiencia se relaciona con el hecho de no contar con un empleo formal (con el que se lograría la adscripción a la seguridad social), no contar con suficientes oportunidades por parte de las autoridades para ser admitido en el sistema de asistencia social (registrarse en el Seguro Popular), o por el contrario, tener la posibilidad económica de buscar formas alternativas de atención sanitaria (servicios particulares).

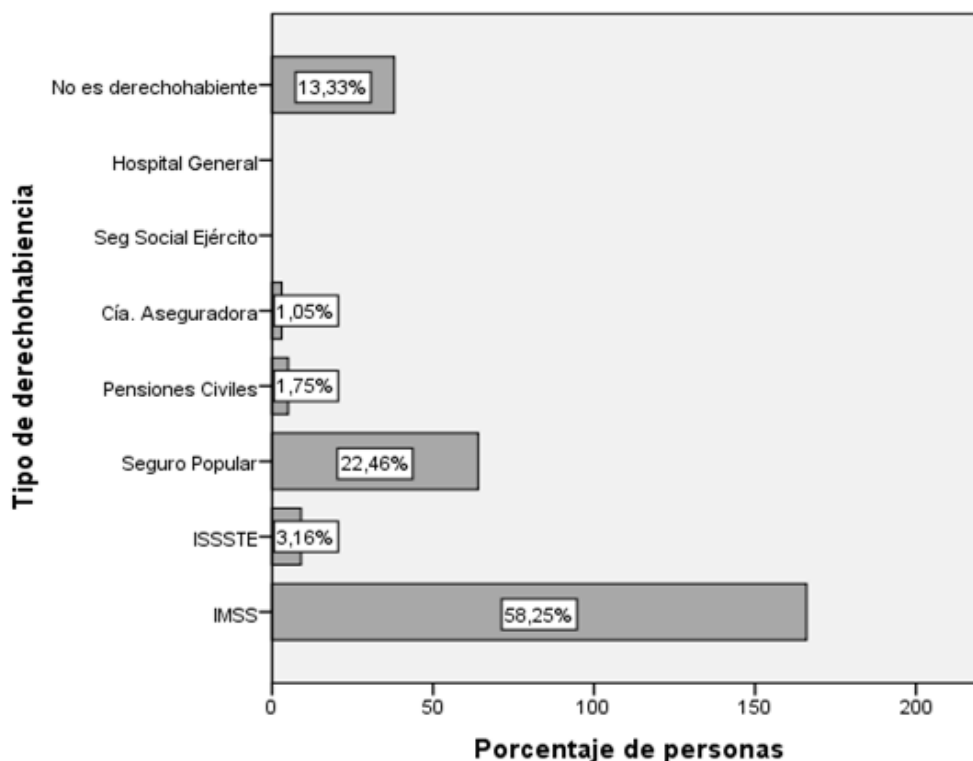
Aun así, hay quienes debido a circunstancias particulares no se han afiliado a algún sistema de atención para su salud, estas circunstancias son, entre otras, la estancia temporal en la ciudad, la búsqueda de otro tipo de atenciones para la salud vía medicina alternativa como en el caso de los curanderos y vías no consideradas como científicas o la incapacidad física para movilizarse al tiempo que se carece de ayuda de otras personas.

Los datos obtenidos permiten conocer que el 13.3 % de los usuarios de los CC no cuentan con derechohabiencia a algún sistema público o privado de salud. La cifra reportada se aproxima a lo informado (a nivel nacional) por INEGI en cuanto al alcance de derechohabiencia combinada público-privado (92%) Vs un 87% de acuerdo a los resultados de la encuesta en esta investigación. Destaca el hecho de que la mayoría de los usuarios cuenta con una forma de derechohabiencia del sistema público (83.9%) ya sea como seguridad social o como asistencia social y que solamente un 1.1% de los usuarios hace uso de un sistema particular.

De acuerdo con el Anuario Estadístico de Chihuahua (2012), en Ciudad Juárez hay un 5.65% de población que no tiene derechohabiencia ya sea en un sistema de seguridad social, asistencia social o servicios privados.

En cuanto a los usuarios de CC, las encuestas piloto y final arrojaron porcentajes mayores de personas sin derechohabiencia: 12% y 13.33% respectivamente.

Gráfica 33: Tipo de derechohabiencia de los usuarios de consultorios de conveniencia



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

Otras circunstancias a las que se hace referencia son la incapacidad física para movilizarse, la ausencia de redes sociales para ser auxiliado en tal operación, la desinformación sobre las oportunidades que brindan las autoridades, o el contar con una cultura que hace que el individuo perciba en forma diferente la necesidad de ser atendido por un sistema de salud como el implantado en hospitales y consultorios.

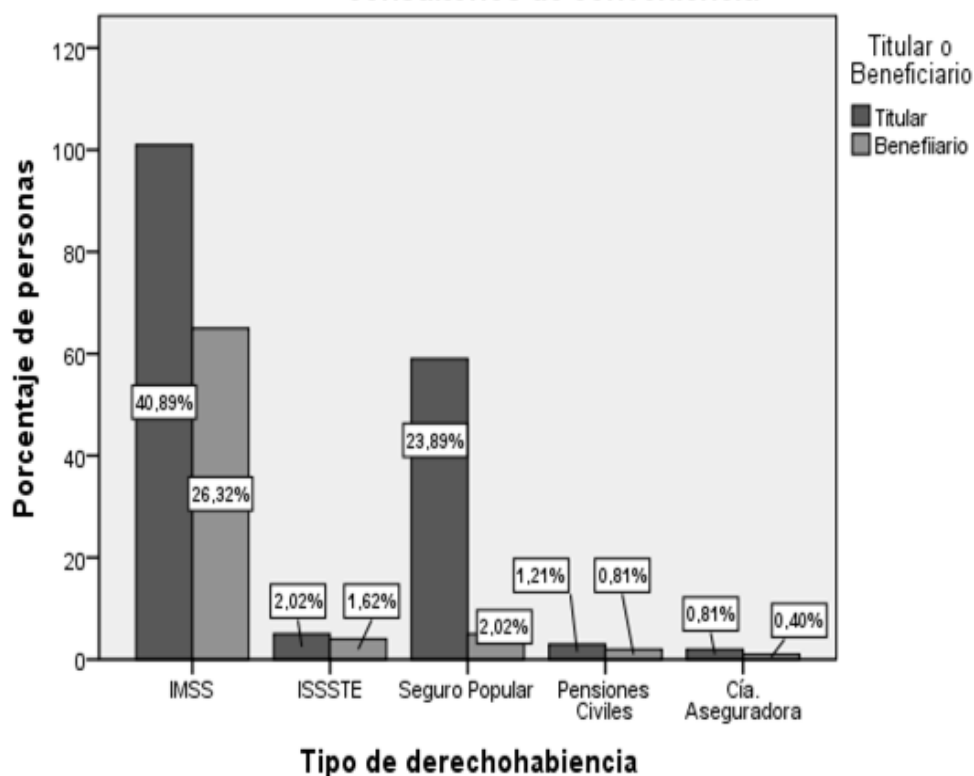
3.2.2 Fundación Best y el mercado de servicios para los derechohabientes

La cadena de consultorios-farmacia de la Fundación Best, conociendo de las características de los usuarios potenciales, tiene entre sus propósitos el acercar los servicios de APS a las personas sin importar si cuentan o no con derechohabiencia a un sistema de salud.

La situación de los derechohabientes se diferencia de acuerdo a si se es titular o beneficiario. Quien es titular tiene la obligación de aportar la cuota correspondiente a la

institución. El beneficiario por su parte es una persona reconocida civilmente a quien el titular extiende la derechohabiencia.

Gráfica 34: Situación de titular o beneficiario de un sistema de salud por los usuarios de los consultorios de conveniencia



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

El grupo de titulares de la derechohabiencia al IMSS son quienes más usuarios aportan a los CC con un 40.89%. Los beneficiarios del IMSS constituyen en este ramo al 26.32%, y casi en igual proporción los titulares de la derechohabiencia en el Seguro Popular (23.89%).

Luego de varios años, Fundación Best ha logrado identificarse entre la población como un proveedor de servicios capaz de competir contra el sistema oficial en los renglones de accesibilidad geográfica, atención administrativa, accesibilidad de precios y calidad de la atención médica por lo cual en esta investigación se les menciona como

“consultorios de conveniencia” y que entre la población se conocen como “Consultorios Similares”.

En la ciudad existen 57 consultorios de conveniencia (CC) de la Fundación Best. Cada uno de estos consultorios cuenta ya con una base de clientes, que generalmente residen en zonas aledañas a las instalaciones. Las características socioeconómicas de quienes acuden a estos consultorios son diversas así como su tipo de derechohabiencia a servicios médicos.

De acuerdo con la encuesta efectuada, un 58.2% de los usuarios estos consultorios son derechohabientes del IMSS, mientras que un 22.5% lo son del Seguro Popular; el resto de personas son parte del porcentaje de usuarios que no posee derechohabiencia como se explica enseguida.

Si se considera que el 5.65% de la población total de la ciudad equivale a 75,265 habitantes, y que de estos 83% tienen 15 años o más, (62,470 habitantes) entonces puede estimarse que de entre los usuarios de los CC hay 8,327 de ellos que no tienen derechohabiencia y que 62,470 usuarios cuentan con derechohabiencia. El modelo de consultorios de conveniencia estaría actualmente atendiendo a 70,797 personas con edad de 15 años o más, cada dos meses.

Habiendo la posibilidad de atender a 85,500 usuarios cada dos meses, los consultorios están siendo aprovechados al 83% de su capacidad estimada de 25 personas por día, sin embargo faltaría indagar cuántas personas menores a los 15 años se atiende por día, lo que haría aumentar el porcentaje de utilización de los consultorios.

3.2.3 Edad de los usuarios de consultorios de conveniencia

Los datos aquí presentados proceden de personas con edad de a partir de los 15 o más, teniendo como referencia la edad legal para trabajar pero además la capacidad para comprender y contestar a las preguntas de la encuesta.

En los estudios sociodemográficos se considera que la edad es un factor importante para el desarrollo de actividades. Fisiológicamente, el cuerpo humano es capaz de

desarrollar determinadas tareas físicas. Luego de alcanzar la etapa de madurez plena (de los 40 a los 50 años llega una etapa donde decaen las capacidades físicas incluyendo la de la movilización personal.

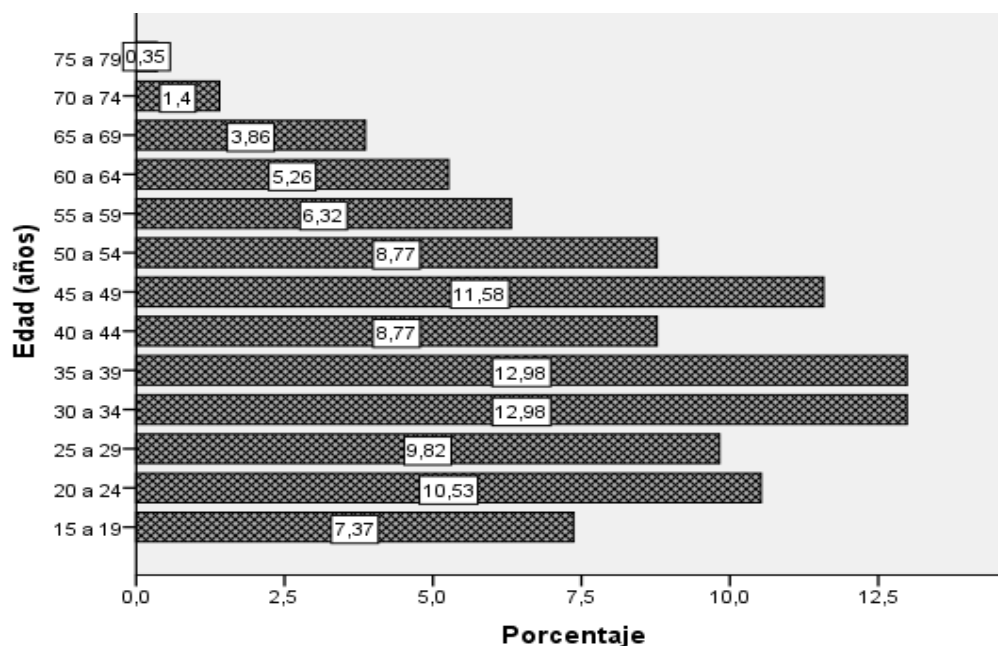
Sobre la accesibilidad física, La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que los sistemas de salud deben considerar esta situación al habilitar instalaciones para la atención sanitaria con factores de accesibilidad para quienes debido a su edad tienen menos facultades de movilidad física.

De acuerdo con la encuesta, los ciudadanos entre los 30 a los 34 años de edad, así como los de 35 a 39 años son quienes acuden con más frecuencia a los CC (12.98% cada grupo) seguidos por el grupo de edad entre los 40 a 49 años (11.6%). El promedio de edad de los usuarios es de 39 años con 9 meses.

Lo anterior se explica parcialmente, según los modelos referidos en el capítulo IV, por la capacidad de movilización física de tales grupos de personas. Por el contrario, si se considera a los grupos de edad más avanzada, se observa que éstos conforman a partir de los 60 años, el 5.6% de quienes pueden acudir personalmente a consulta.

Aunque la edad no explica por sí sola la movilidad de las personas, a esta variable se le considera un buen referente de tal capacidad debido al estado de habilidades físicas asociado con los años de vida.

Gráfica 35: Grupos de edad de usuarios de consultorios de conveniencia

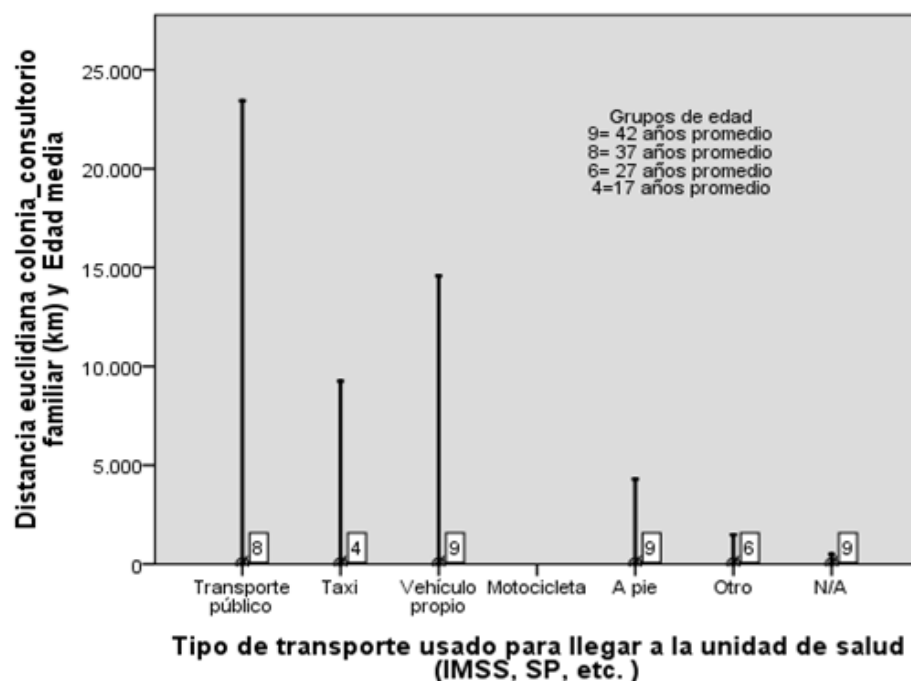


Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

Otros elementos relacionados con la edad y que coadyuvan en la movilidad de las personas son la disponibilidad de transporte público o particular, las redes familiares y la capacidad económica. Tomando como referencia los medios públicos de transportación, los grupos de edad más avanzada son quienes menos participación tienen en la utilización de estos servicios, siendo esto un reflejo de la disminución de las capacidades físico-motrices.

Analizando brevemente los datos básicos sobre la edad de los usuarios y el tipo de transporte utilizado para llegar a la unidad de salud oficial donde se localiza el consultorio familiar, se observa que los usuarios de transporte público tienen una edad media de 37 años y que pueden viajar más de 20 kilómetro para acudir al consultorio familiar.

Gráfica 36: Grupos de edad predominantes según tipo de movilización hacia el consultorio



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

Hay también quienes deciden acudir a pie al consultorio, estas personas recorren menos de 5 kilómetros hogar-consultorio, siendo su promedio de edad de 42 años. Quienes tienen la posibilidad de utilizar un vehículo propio para movilizarse, recorren un máximo de 15 kilómetros hogar-consultorio pero su promedio de edad es el mismo de quienes se mueven a pie: 42 años.

En el cuadro siguiente destaca el hecho de que los grupos de edad a partir de los 60 años son quienes con menor frecuencia acuden a pie a la unidad donde tienen asignada su derechohabencia (menos del 1% de los encuestados) aun y cuando el consultorio se encuentre cerca, mientras que para la población con menos de 60 años es común que existan quienes con frecuencia se movilen a pie hacia la unidad oficial de salud.

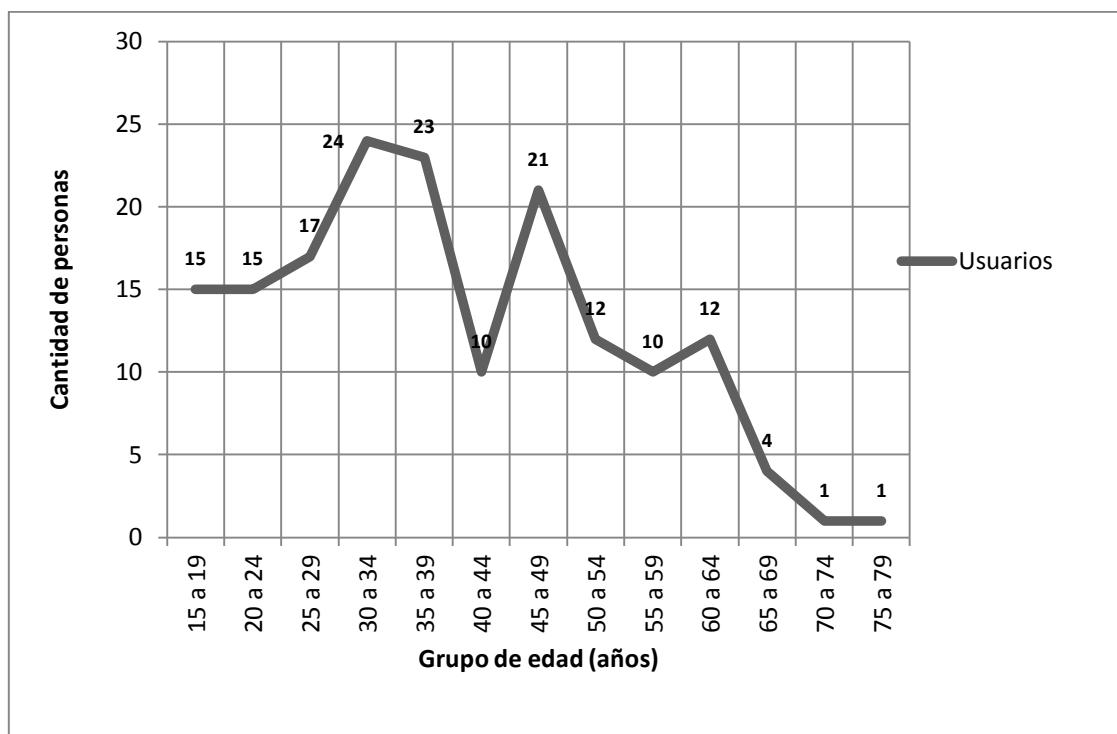
Cuadro 25: Tipo de transporte utilizado para llegar a la unidad pública de salud (IMSS, ISSSTE, SP, etc.) de acuerdo a la edad

Edad (años)		Cantidad de personas según medio de transporte						Total
		Transporte público	Taxi	Vehículo propio	A pie	Otro	Sin derecho-habienencia	
	15 a 19	15	1	3	0	0	2	21
	20 a 24	15	0	6	2	0	7	30
	25 a 29	17	0	7	2	1	1	28
	30 a 34	24	0	9	1	0	3	37
	35 a 39	23	0	3	4	0	7	37
	40 a 44	10	0	7	5	0	3	25
	45 a 49	21	0	7	4	0	1	33
	50 a 54	12	0	8	2	0	3	25
	55 a 59	10	0	3	1	0	4	18
	60 a 64	12	0	1	1	0	1	15
	65 a 69	4	0	2	0	0	5	11
	70 a 74	1	0	2	1	0	0	4
	75 a 79	1	0	0	0	0	0	1
	Total	165	1	58	23	1	37	285

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

Conforme avanza la edad, las redes sociales se vuelven más necesarias para que las personas observen y realicen actividades que preserven, protejan o remedien su estado de salud. De acuerdo con Cassel (1973) el contar con el apoyo de una o más personas es utilidad para concebir y enfrentar situaciones de cambio entre las que se encuentra el estado de enfermedad, la movilidad física y los cambios por hechos vitales.

Gráfica 37: Cantidad de personas que utilizan autobuses urbanos para acudir al consultorio del sistema público según grupo de edad



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

La situación cambia cuando se trata del consultorio de conveniencia ya que la mayoría de los usuarios, sin influencia notable de la edad, acuden a pie a recibir atención médica. Esta situación responde a una de las estrategias de la Fundación Best: cercanía geográfica con los usuarios potenciales de los servicios de salud. En el contexto de desgaste físico, la cercanía al consultorio es sumamente beneficiosa para los grupos de edad avanzada siendo esta característica uno de los factores por los que tales grupos están optando por este sistema de consultorios.

3.2.4 Distribución de género y edad de los usuarios de consultorios de conveniencia

En esta investigación se observó que las mujeres acuden en mayor proporción que los hombres a los CC (66% Vs 34%). Del género femenino, los grupos de edad con mayor afluencia a estos negocios son los de 30 a 34 años y de 35 a 39 años (15.42% de participación cada grupo). En cuanto al género masculino, el grupo de edad que mayor cantidad de usuarios aporta es el de los 40 a 44 años con un 14.47%. En general, hay una

tasa de uso de servicios que favorece a las mujeres con 1.93 usuarias por cada usuario varón.

Cuadro 26: Distribución por edad y género de los usuarios de consultorios de conveniencia

Grupo de edad (años)	Género		Total
	Masculino	Femenino	
15 a 19	6	15	21
20 a 24	8	22	30
25 a 29	11	17	28
30 a 34	8	29	37
35 a 39	8	29	37
40 a 44	10	15	25
45 a 49	14	19	33
50 a 54	7	18	25
55 a 59	7	11	18
60 a 64	6	9	15
65 a 69	8	3	11
70 a 74	3	1	4
75 a 79	1	0	1
Total	97	188	285

Fuente: Elaboración propia con datos de encuesta

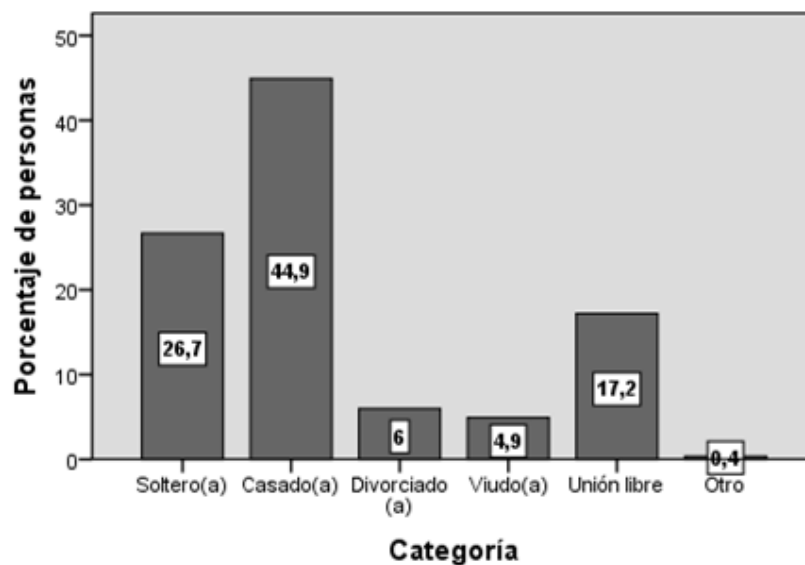
Nuevamente es observado que tanto para hombres como para mujeres, conforme se llega a la senectud, menor afluencia se tiene hacia los consultorios, tanto por los factores ya mencionados como por la disminución de individuos en los grupos de edad avanzada.

3.2.5 Estado civil

Comparando con otras variables, no es mucho lo que los modelos de acceso a los servicios de salud refieren sobre el estado civil. Según Julio Frenk (capítulo IV) es necesario ahondar en los modelos sociológicos relacionados con los servicios médicos, mientras que para Gross (capítulo IV) existen factores sociales que intervienen en la predisposición de los individuos para acudir a recibir la atención médica. Finalmente, en el modelo de Andersen-Newman (capítulo IV) se menciona que existen determinantes sociales e individuales

donde tiene que ver la familia, la edad, el género y el estado civil que influyen en la predisposición del individuo para buscar ser atendido en favor de su salud.

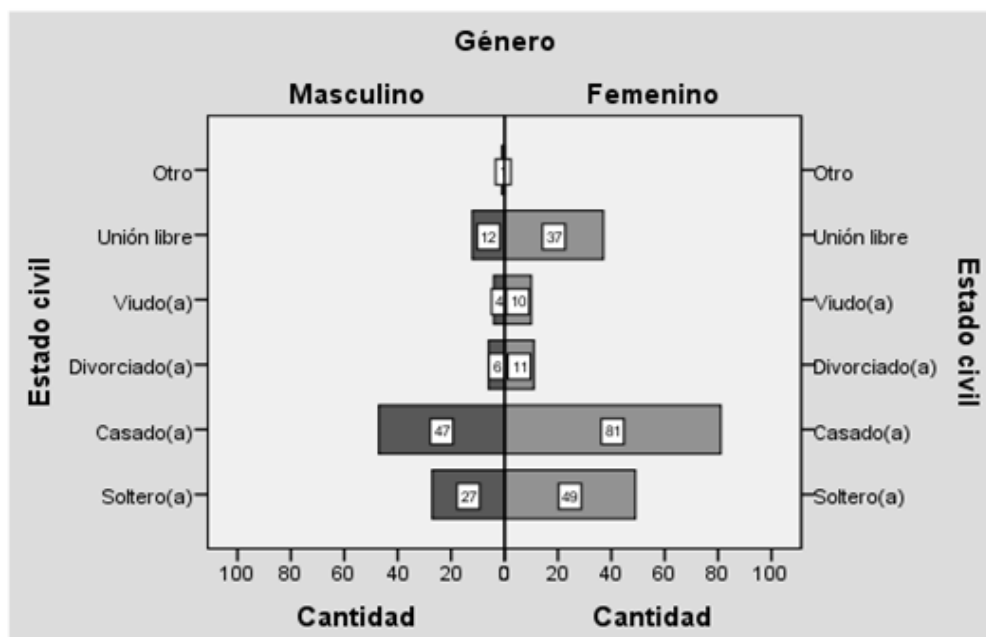
Gráfica 38: Estado civil de los usuarios de consultorios de conveniencia



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

En la encuesta efectuada, el 44.9% de quienes utilizan los CC son personas casadas. Estas personas son la principal fuente de usuarios para los consultorios. Las siguientes categorías en orden de aportación son los solteros con un 26.7% y quienes viven en unión libre (17.2%).

Gráfica 39: Estado civil y género de los usuarios de consultorios de conveniencia



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

La distribución de usuarios por género y estado civil es previsible de acuerdo con los datos recabados en la encuesta que ya señalaban una mayor participación de la mujer en estos consultorios.

En el análisis por género, por cada mujer soltera hay 1.65 que es casada. De las mujeres que viven en pareja, el 31% lo hacen en unión libre y el 69% habiéndose casado civilmente.

En cuanto a los hombres, por cada soltero hay 1.81 casados. De los hombres que viven con su pareja el 24 % lo hacen en unión libre y el 76% habiéndose casado civilmente.

El autocuidado y las actitudes hacia la obtención de atención médica de acuerdo al estado civil son prácticas en las que no mucho se ha avanzado en los estudios de salud pública. Según Pratt (1973) el individuo y la familia pueden llegar a ser reconocidos como el componente básico del sistema social de atención de la salud cuando existen iniciativas individuales y sociales para promover proteger su salud.

Finalmente, la cuestión del estado civil en los estudios sobre los servicios de salud pasa también sobre las formas de apoyo emocional y redes sociales, así, la transición salud-enfermedad, enfermedad salud se ve no solamente influenciada por el agente etiológico sino también por la manera en que individuo, influenciado por el medio social, reacciona ante la enfermedad (Hinkle, 1973).

3.2.6 Tipos de ocupación laboral

La importancia de la ocupación laboral reside en que con ella existe una asociación en diferentes grados con otras variables como con la capacidad económica del individuo, con el nivel de estudios y también con la disponibilidad de tiempo libre para realizar actividades complementarias entre las que se incluye a la de acudir a recibir atenciones para la salud. Estudios más específicos buscan la asociación entre la ocupación laboral y el tipo de afecciones a la salud de los individuos debido al estilo de vida impuesto que incide sobre la actividad física en el trabajo y en el hogar.

Varios investigadores de los fenómenos sociales han indicado que el tipo de ocupación laboral irá determinando cuál es la identidad que irá asumiendo cada individuo como parte de la sociedad, las posiciones que asume ante un hecho y las capacidades para reaccionar ante él.

Speisman & cols. (1964) mencionaron que hay un vínculo entre la categoría ocupacional del individuo y la eficacia para enfrentar problemas de la vida surgiendo por ello diversas formas de respuesta ante los acontecimientos que afectan la forma ordinaria de vivir.

Para Parsons (1951) el tipo de ocupación laboral forma parte del proceso de internalización de la conducta que se expresa en la manera en que se afrontan las situaciones sociales y las demandas hacia ella, como en el caso de los eventos que afectan la salud.

En el caso de esta investigación se desea conocer cuáles son las ocupaciones laborales a las que pertenecen los usuarios de los CC así como las proporciones

correspondientes, describiendo así las tendencias de los grupos laborales en su demanda por servicios para su salud.

De entre las ocupaciones laborales identificadas en la investigación, sobresale la de “ama de casa” con una participación de 28.42% de entre los usuarios de los CC. Fuera del hogar, la ocupación como “operador” contribuye con un 15.79% del total de usuarios.

El puesto de operador es reconocido en el ámbito local como el de aquella persona (hombre o mujer) que labora en la industria maquiladora con un puesto de trabajo básico y que percibe el salario mínimo como remuneración; este grupo cuenta siempre con derechohabiencia en el IMSS además de algunas otras prestaciones.

Hubo un grupo correspondiente al 5.61% de los encuestados que declaró dedicarse a las ventas informales, lo que en esta ciudad equivale a dedicarse a la venta de comida rápida, ropa, calzado y enseres domésticos de segunda mano, a la venta de artículos eléctricos o electrónicos también de segunda mano o que han requerido una reparación.

Entre quienes se dedican a las ventas informales hay beneficiarios de la derechohabiencia que desean obtener sus propios ingresos además de los aportados por el titular; para quienes no tienen derechohabiencia y se dedican a las ventas informales, éstas son el medio principal para la obtención de ingresos ante los problemas por obtener un empleo que les otorgue prestaciones laborales como la seguridad social.

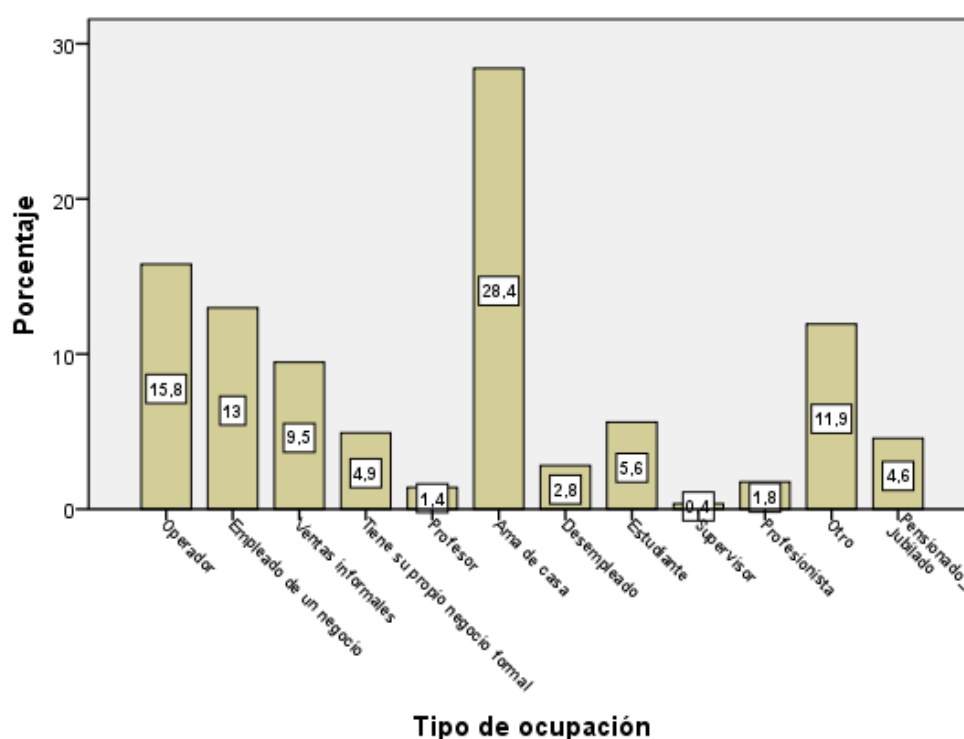
De los encuestados, el 11.93% declaró tener “otro tipo de ocupación”, es decir, una ocupación no especificada; indagando más al respecto, este sector comprende a aquellos individuos que cambian rutinariamente de ocupación (empleados eventuales de la construcción, vendedores callejeros, plomería, quienes buscan ocupaciones en la ciudad de El Paso, e incluso quienes viven de la caridad pública).

Existen también quienes se declararon prácticamente como “desempleado”, es decir, el 2.81% de los encuestados. Formal o informalmente, casi todos los encuestados tienen una actividad laboral por lo que es baja la cantidad de desempleados si se emplea este criterio. No existe una predominancia en grupos de edad para el desempleo debido a que se

tenía un caso por grupo de edad, en otros cero casos y solamente dos casos en el grupo de edad de los 15 a los 19 años.

En cuanto a la ocupación laboral por género, fuera del hogar las mujeres trabajan principalmente como operadoras en las maquilas mientras que en los hombres existe casi una equivalencia respecto a trabajar como operador y trabajar como empleado de un negocio (18.81% y 19.31% respectivamente).

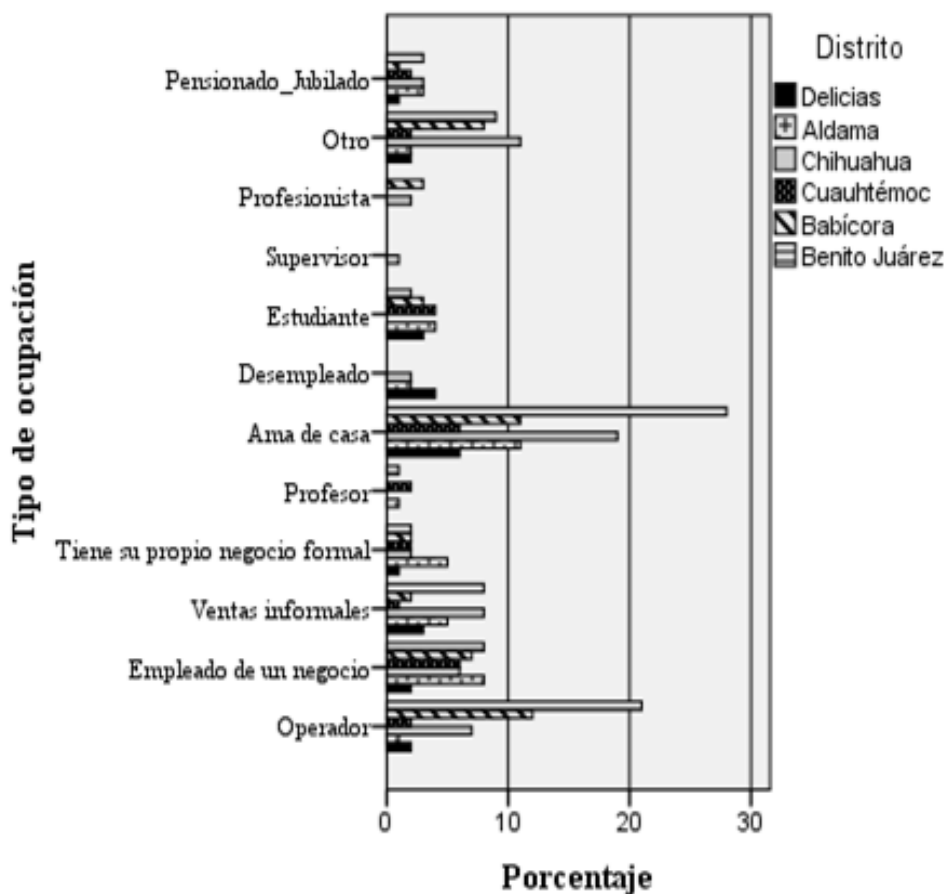
Gráfica 40: Tipo de ocupación de los usuarios de consultorios de conveniencia



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

La distribución territorial de ocupaciones laborales muestra que hay distritos con más dedicación a ciertas actividades, por ejemplo en el distrito Benito Juárez es alta la proporción de quienes son operadores en la maquila, mientras que en el distrito Chihuahua el porcentaje de personas con las ocupaciones no especificadas es mayor que el porcentaje de personas que trabajan como operadores en la maquila.

Gráfica 41: Tipos de ocupación de los usuarios de consultorios de conveniencia según distrito



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

Exceptuando el distrito Babícora, la ocupación más reportada en los demás distritos es la de “ama de casa”. En el distrito Aldama, donde existen bastantes negocios, la segunda ocupación más reportada es el de “empleado de un negocio” así como de personas que poseen un negocio formal. La ocupación de “operador” sobresale en los distritos Benito Juárez y Babícora; en el primero de ellos se reporta la mayor cantidad de personas con este empleo de entre todos los distritos, mientras que para Babícora se trata de la ocupación laboral más reportada, incluso mayor que la de “ama de casa”.

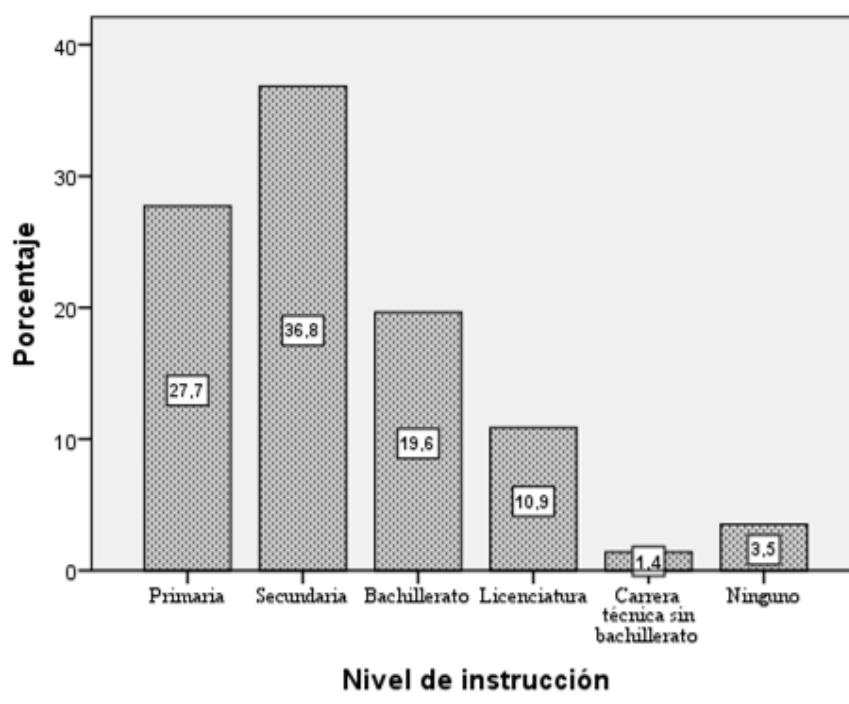
3.2.7 Nivel de instrucción

La educación es un factor que tiene influencia sobre la calidad de vida de las personas pero además, un nivel de conocimientos le permite al individuo tomar decisiones

con base en el juicio de opciones. La educación por lo tanto provee de valores y actitudes respecto a lo que sucede en la sociedad y qué de ello puede ser mejor aprovechado.

En la encuesta llevada a cabo, se encontró que personas de todos los niveles de estudio acuden a los CC, predominando aquellos que cuentan con educación básica, es decir, educación primaria y educación secundaria (64.56% la suma de ambos).

Gráfica 42: Nivel de instrucción de los usuarios de consultorios de conveniencia



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la encuesta

De entre los usuarios de los CC, un 10.88% corresponde a personas con licenciatura o mayor nivel de estudios, mientras que quienes conforman los grupos más pequeños de usuarios son personas que no tienen estudios y quienes tienen una carrera técnica sin bachillerato. Las personas con estudios hasta el nivel de secundaria son el mayor grupo de usuarios con un 36.84%.

Comparando con los datos de INEGI, se observa lo siguiente:

Cuadro 27: Comparativo de niveles de instrucción a nivel nacional, estatal y de usuarios de consultorios de conveniencia (CC)

	Sin instrucción	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Carrera Técnica	Licenciatura o más
México	10.2%	19.1%	18.9%	16.7%	N/A	10.9%
Edo. Chihuahua	5.8%	23.9%	34.2%	15.3	1.3%	10.7%
Usuarios CC en Juárez	3.51%	27.72%	36.84%	19.65%	1.4%	10.88%

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI 2010 y de encuesta propia

Como se observa, los datos sobre nivel de instrucción de los usuarios de los CC se aproximan a la distribución de niveles de instrucción observados para el país y más para el estado de Chihuahua.

3.2.8 Lugar de residencia y división por distritos

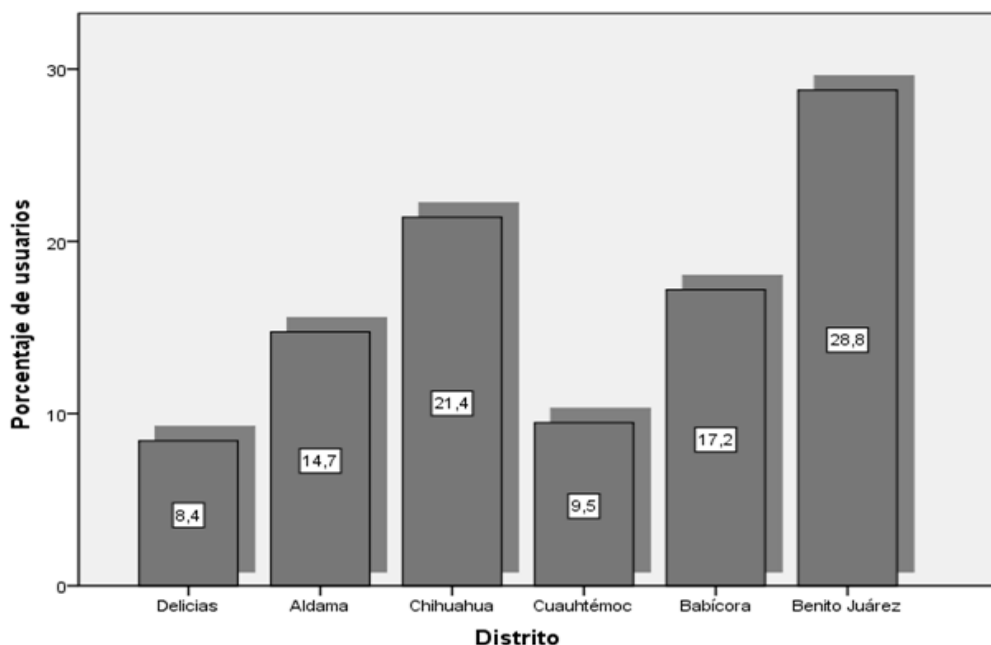
Los usuarios de los CC provienen prácticamente de todas las zonas de la ciudad. Ciertas áreas en particular como el extremo sur oriente (hacia Ciudad Universitaria, en el distrito Benito Juárez) o el área aledaña a la Sierra de Juárez (en el distrito Chihuahua) son las que menos usuarios aportan a los consultorios debido principalmente a que en tales espacios aún no existen consultorios de la Fundación Best. Quienes residen en tales lugares acuden ya sea a los consultorios ubicados sobre Avenida de Las Torres o a la zona Centro de la ciudad, respectivamente.

En la investigación se mencionaron como lugar de residencia a 158 colonias de la ciudad de las más de 250 existentes de acuerdo con el IMIP. Las colonias que más usuarios reportaron fueron la Azteca, Melchor Ocampo y Horizontes del Sur con porcentajes correspondientes a 2.8 para las dos primeras y de 2.45 para la tercera. Los CC se encuentran instalados en casi todas las zonas de la ciudad y con expectativas de abrir nuevos locales en los lugares donde se carece de los mismos pero que a la vez cuentan con redes de transporte público.

Tomando en cuenta la división por distritos empleada por las autoridades municipales y descrita por el IMIP, se observa que la mayoría de los usuarios de los CC

residen en el distrito Benito Juárez, el cual se localiza al sur oriente de la ciudad y en donde se concentra la mayoría de las unidades habitacionales de nueva creación en los últimos 20 años.

Gráfica 43: Usuarios de los consultorios de conveniencia según distrito



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

Los distritos con menos aportación de usuarios para los CC son el Delicias y el Cuauhtémoc. Estos distritos son muy distintos socioeconómicamente ya que en el primero predominan las clases socioeconómicas baja y muy baja mientras que en el segundo predominan las clases alta y muy alta.

3.2.9 Nivel socioeconómico

Los datos sobre nivel socioeconómico aquí presentados se atribuyen al lugar de residencia, profesión y nivel de ingresos de los usuarios de consultorios de conveniencia. Los usuarios provienen de todas las clases sociales, siendo los de clase baja quienes más acuden a los mismos y en segundo término las personas de clase media.

Para la epidemiología es de interés determinar en qué medida el nivel socioeconómico de las personas en las ciudades se ha asociado con la ocurrencia de

padecimientos específicos como las enfermedades crónicas o las incapacidades físicas, llamados “enfermedades de la civilización”.

De acuerdo con Lefkowitz (1973), en el nivel socioeconómico de las personas podrán percibirse conductas o hábitos respecto a la conservación y promoción de la salud que se asocia también con la educación y con la cual se valoran los beneficios de estar sano, pero también una asociación con la posibilidad económica de allegarse de un entorno en favor de la salud.

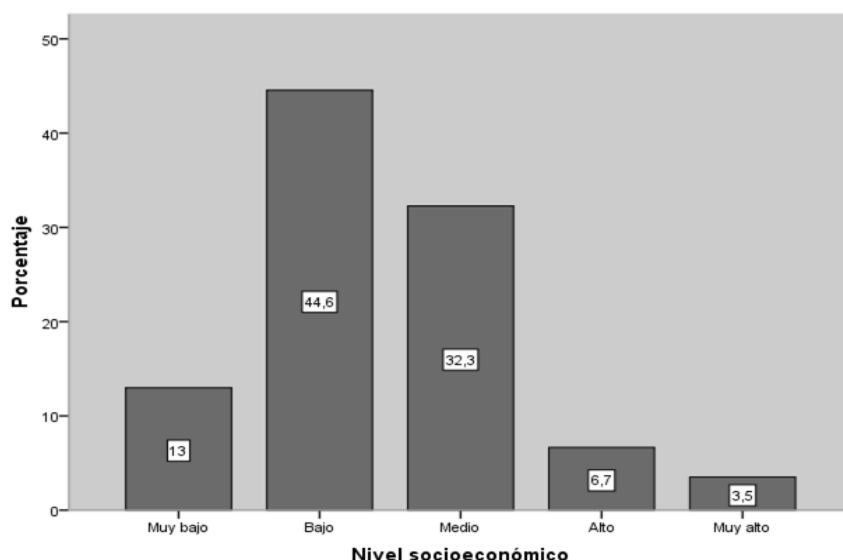
Los padecimientos más serios que pueden asociarse con el estilo de vida de la civilización, sin embargo no son atendidos en forma especializada en los servicios de atención primaria sino más bien se les atiende en una forma de conllevar el problema hasta su conducción a un nivel superior de atención.

Para poder acudir con regularidad a los CC se necesita disponer de al menos 35 pesos. La mayoría de las personas además de pagar la consulta deben desembolsar dinero para la compra de los fármacos prescritos por el médico.

En situaciones diametralmente opuestas se encuentran las clases alta-muy alta y la clase muy baja. Las clases alta-muy alta observan que es posible acceder a servicios médicos por los cuales debe pagarse más, desistiendo de utilizar al consultorio de conveniencia. La clase social muy baja también desiste pero por su pobre capacidad para pagar por el servicio, de ahí que este grupo conforme a la mayoría de los derechohabientes del Seguro Popular.

Quienes se han adecuado mejor al requerimiento citado son las clases sociales baja y media debido a su capacidad para contar con ciertos ingresos que les permiten contemplar la opción de un servicio alternativo pero que al mismo tiempo no sea oneroso.

Gráfica 44: Nivel socioeconómico de los usuarios de consultorios de conveniencia



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

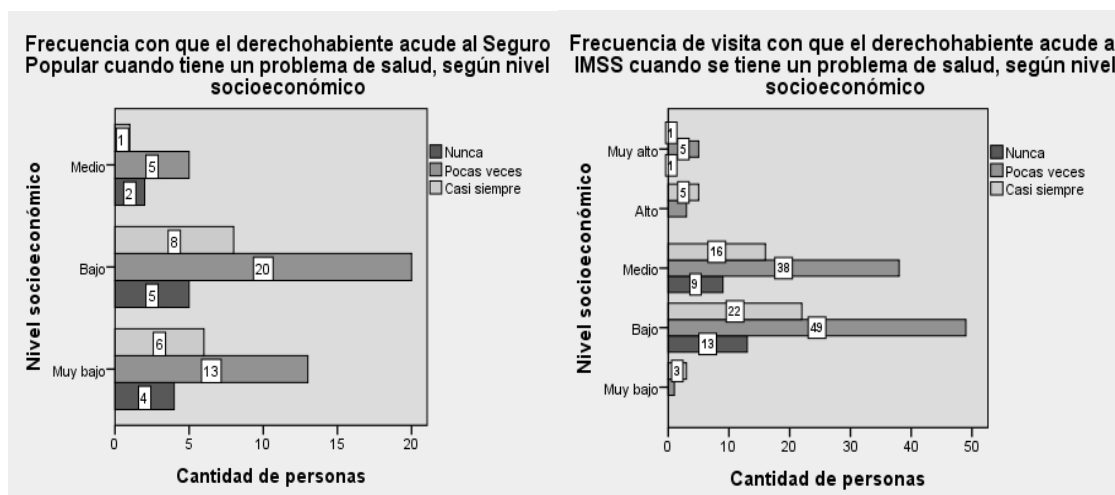
La clase social tipo muy baja sólo aporta el 13% de los clientes de estos consultorios, su preferencia y generalmente única opción es la de acudir al Seguro Popular a pesar de los inconvenientes de distancias, transporte, tiempo y problemas administrativos ante la saturación de los servicios pero ahorrando costos de traslado, atención y medicinas.

3.2.9.1. Nivel socioeconómico y frecuencia de uso de consultorios de conveniencia

La modificación de patrones de conducta ha generado que grupos de personas conciban ya a los CC como la base para su atención en necesidades primarias de salud.

Cambiar de decisión implica haber observado una ventaja en el servicio elegido por sobre las condiciones que el mismo impone para ser utilizado, así, para aprovechar los servicios de un consultorio particular se necesita una inversión inmediata de dinero que no todas las personas pueden aportar constantemente. Al final, las personas deciden la frecuencia con que es conveniente utilizar un consultorio alternativo.

Gráfica 45: Comparativo de frecuencia de visita para atención médica SP Vs IMSS según nivel socioeconómico



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

Debido a que la misma situación de obtener respuestas de un usuario de CC excluye la posibilidad de que se aproveche siempre el servicio del consultorio familiar oficial es que tal respuesta no se encuentra en las gráficas de frecuencia.

La respuesta “nunca” determina que el usuario ha decidido nunca utilizar los servicios del consultorio familiar y tomar como base a los CC. En cuanto a los derechohabientes al Seguro Popular, el 31% de las personas de nivel socioeconómico muy bajo declaró nunca utilizar sus servicios, mientras que en el nivel socioeconómico bajo el 25% de los derechohabientes se encuentra en la misma condición.

La situación en el IMSS cambia en el nivel socioeconómico muy bajo ya que en el mismo no hay derechohabientes que hayan decidido el nunca utilizar estos servicios. En el nivel socioeconómico bajo mientras tanto, un porcentaje del 45% de las personas son las que han declarado nunca utilizar el consultorio familiar del IMSS.

Los resultados permiten conocer que en el IMSS, al elevarse el nivel socioeconómico de sus derechohabientes se incrementan las posibilidades de que estos dejen de utilizar el consultorio familiar como base de atención médica. Una situación particular de estos derechohabientes es que la mayoría son de clase baja y media.

En el Seguro Popular, siendo la mayoría de sus derechohabientes las personas de nivel socioeconómico muy bajo, hay menos cambio relativo hacia la preferencia por los CC debida principalmente a una menor disponibilidad de recursos económicos.

Comentarios finales sobre características sociodemográficas

El análisis que se acaba de presentar ha permitido conocer características sociodemográficas importantes de los usuarios de los CC.

Los datos muestran que la mayoría de los usuarios provienen de los niveles socioeconómicos bajo y medio, que una gran mayoría se transporta a pie a estos lugares y que 66% de los usuarios son mujeres.

La situación de derechohabiencia también ha sido importante en este análisis. Se ha conocido gracias a los datos aportados en la encuesta que 58.25% de los usuarios de CC tienen derechohabiencia en el IMSS y otra porción de 22.46% tiene su derechohabiencia en el Seguro Popular. Se presenta entonces el hecho de que las personas desisten de hacer efectivo su derecho a la salud, esto es, se desaprovechan los servicios que el Estado otorga, y se prefiere el servicio de los consultorios privados.

La mayoría de los encuestados tiene un nivel de instrucción hasta la educación secundaria (36.84%) y sólo el 3.51% declaró no tener nivel alguno de estudios. Es conocido que mayores niveles de estudio permiten mejores niveles socioeconómicos y con ello la posibilidad de buscar servicios médicos más costosos pero de mejor cobertura. En el caso de esta investigación, el mayor nivel de instrucción reportado fue el de licenciatura para el 10.88% de los usuarios.

Finalmente, las ocupaciones laborales más reportadas fueron la de “ama de casa” y “operador(a)”, ocupaciones que tienen que ver con la actividad en el hogar juarense y con las oportunidades locales de empleo para una población que en su mayoría tiene niveles básicos de instrucción escolar. Los empleos para este tipo de población brindan prestaciones de seguridad social al tiempo que los ingresos les permiten buscar opciones económicas en la APS pero difícilmente abría la posibilidad de emplear constantemente los servicios de hospitales privados o médicos especialistas particulares.

3.3 Perfil de salud de los usuarios de consultorios de conveniencia

La información presentada en este subtema se refiere a las condiciones generales de salud de los usuarios de consultorios de conveniencia (CC) de la Fundación Best, de sus principales problemas de salud para demandar atención médica y de la interacción de estas variables con aquellas de índole sociodemográfico como lo son el género, la edad y el lugar de residencia.

En el capítulo destinado a los consultorios de Fundación Best se mencionan por completo las características del servicio brindado. Quienes acuden a los CC reconocen los alcances y limitaciones de este servicio: la atención médica se centra en el nivel de atención primaria que se complementa con la prescripción de medicamentos ofertados a un costo considerablemente menor que aquellos con registro de patente.

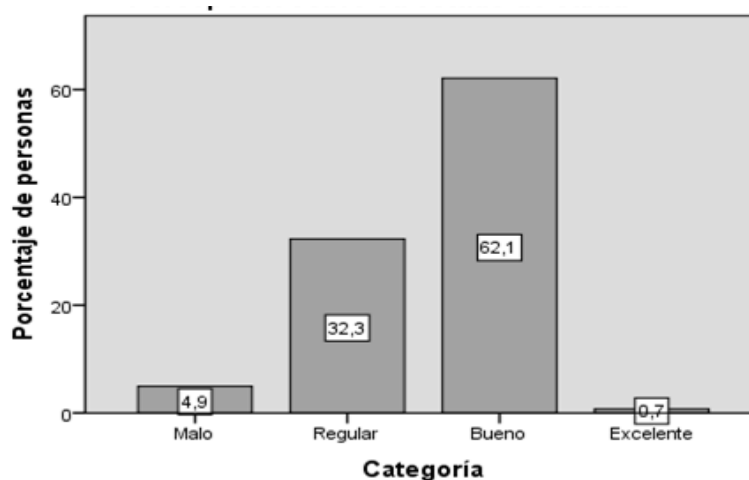
Para dar atención al público, Fundación Best contrata médicos titulados y les ofrece también capacitación, esto es, un sistema de subrogación. De acuerdo con la eficiencia percibida en el servicio general, las personas pueden entregar su confianza al médico en turno del consultorio de conveniencia, de modo que se tiene ya a quienes los consideran como sus médicos de cabecera.

3.3.1 Percepción sobre el estado de salud

En la encuesta levantada se hizo la pregunta sobre cómo percibe la persona su estado actual de salud, ello para determinar si de acuerdo con el grado de salud concebido la gente decide acudir al consultorio de conveniencia o bien al consultorio familiar.

De acuerdo con la encuesta, menos del 1% de los usuarios de los CC se considera a sí mismo con un excelente estado de salud, pero es notorio también que hasta un 62.1% de los encuestados considera que tiene un buen estado de salud.

Gráfica 46: Percepción sobre su estado de salud



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

3.3.1.1 Estado de salud por distrito

En las observaciones por distrito se distingue el hecho de que es en el distrito Cuauhtémoc donde hay mayor porcentaje de gente que se percibe con mejor nivel de salud seguido por el distrito Aldama, sin embargo es en este mismo distrito donde hay mayor porcentaje de mujeres con una mala percepción sobre su estado de salud.

Los distritos Delicias y Chihuahua son los que reportaron mayor porcentaje de personas con una mala percepción de su estado de salud. Estos distritos concentran en su mayoría a personas con niveles socioeconómicos bajo y muy bajo.

En los datos por distrito que se muestran a continuación no se percibe que el género sea determinante para considerarse en mal estado de salud debido a que en los distritos Delicias, Chihuahua y Benito Juárez son los hombres quienes más se perciben con mala salud, pero lo contrario sucede en los distritos Babícora, Cuauhtémoc y Aldama en donde son las mujeres quienes más se conciben con mala salud.

Cuadro 28: Percepción sobre su estado de salud por género y distrito

Distrito			Masculino (%)	Femenino (%)
Delicias	Percepción sobre su estado de salud	Malo	10.0	7.14
		Regular	50.0	57.14
		Bueno	40.0	35.71
Aldama	Percepción sobre su estado de salud	Malo	0.00	11.54
		Regular	43.75	11.54
		Bueno	50.00	76.92
		Excelente	6.25	0.00
Chihuahua	Percepción sobre su estado de salud	Malo	13.04	5.26
		Regular	34.78	31.58
		Bueno	52.17	60.53
		Excelente	0.00	2.63
Cuauhtémoc	Percepción sobre su estado de salud	Regular	12.50	15.79
		Bueno	87.50	84.21
Babícora	Percepción sobre su estado de salud	Malo	0.00	5.71
		Regular	40.00	20.00
		Bueno	60.00	71.43
Benito Juárez	Percepción sobre su estado de salud	Malo	4.00	1.75
		Regular	32.00	42.11
		Bueno	64.00	56.14

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

El mayor porcentaje de mujeres que se considera en mal estado de salud reside en el distrito Aldama (11.54%). Por los hombres, es en el distrito Chihuahua donde hay más porcentaje de quienes se consideran con mala salud (13.04%).

3.3.2 Razones de salud por las que se acude a los consultorios de conveniencia

Los servicios de los consultorios de conveniencia se remiten a la atención primaria ambulatorio o externa. Las personas están conscientes de que problemas mayores de salud

requieren de una atención más especializada que a la vez conllevan un costo económico relativamente mayor si se sigue el esquema de la medicina privada.

Los padecimientos por los que se solicita mayor atención en los CC son las enfermedades respiratorias y las infecciones estomacales. Para este tipo de atenciones la mayoría de las personas declaran haber sido prescritos con medicamentos y también declaran el haber acudido al considerar que no vale la pena pasar por los requisitos para poder ser atendido en la unidad correspondiente de atención pública sanitaria.

En la muestra de usuarios destaca el caso de que el 20.4% de ellos decidieron acudir a consulta al CC para que se les prescribieran medicamentos, incluso de estos usuarios algunos recibieron con antelación un servicio en las unidades oficiales.

En el trabajo de campo se indagó también si las personas estaban sufriendo alguna condición particular que incidiera constantemente sobre su salud y que no necesariamente se relacionara con el motivo de asistencia al consultorio de conveniencia. Estas condiciones se catalogaron como aquellos padecimientos que se vuelven recurrentes o permanentes en el individuo como son el padecer de diabetes, hipertensión arterial o incapacidad motriz, entre otros.

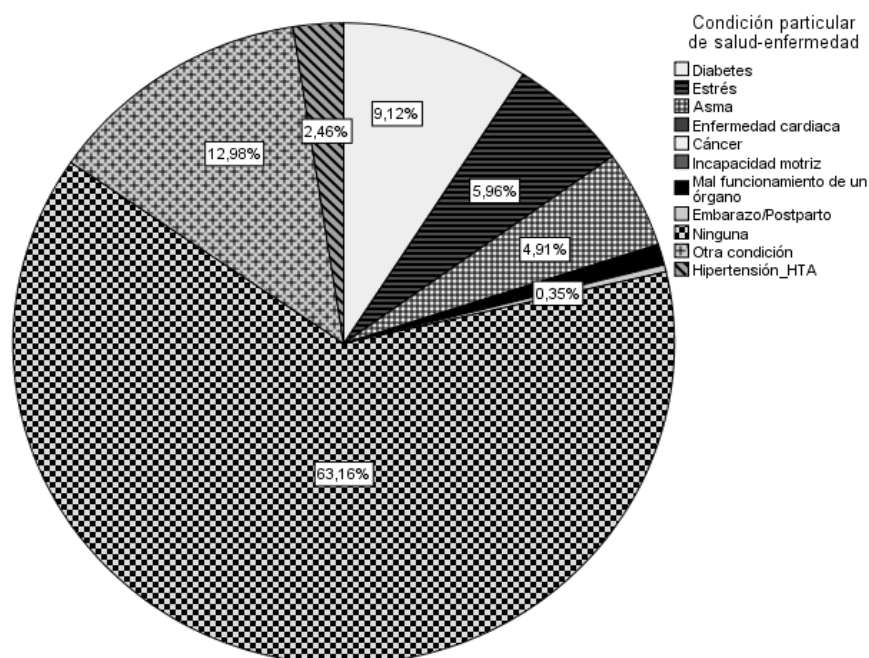
Cuadro 29: Principales motivos de atención para la salud por los que se acude a los consultorios de conveniencia

Motivo de la atención	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Infección respiratoria	160	56,1	56,1
Lesiones	5	1,8	57,9
Infección estomacal	28	9,8	67,7
Embarazo/Postparto	1	,4	68,1
Migraña	8	2,8	70,9
Diabetes	4	1,4	72,3
Vacunación	1	0,4	72,6
Dolor de espalda	1	0,4	73,0
Comprar medicina	58	20,4	93,3
Otro	19	6,7	100,0
Total	285	100,0	

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

La mayoría de las personas (63.16%) asume no tener condición particular alguna que afecte regularmente a su salud. Este dato es importante ya que revela que la mayor parte los usuarios de los CC son personas que en su mayoría se asumen como sanas y sólo acuden a los mismos por problemas menores de salud como se puede observar en la gráfica sobre causas principales de consulta.

Gráfica 47: Condiciones particulares que afectan la salud de los usuarios de consultorios de conveniencia



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la encuesta

Entre los usuarios de los CC hay una prevalencia de 9.1% de diabetes mellitus y un 6% en el caso del estrés. Estas mediciones tienen correspondencia con lo señalado en el capítulo III respecto a la posición preponderante, en el caso de la diabetes mellitus, como causante de mortalidad en la ciudad, y el estrés como una consecuencia del estilo de vida urbano.

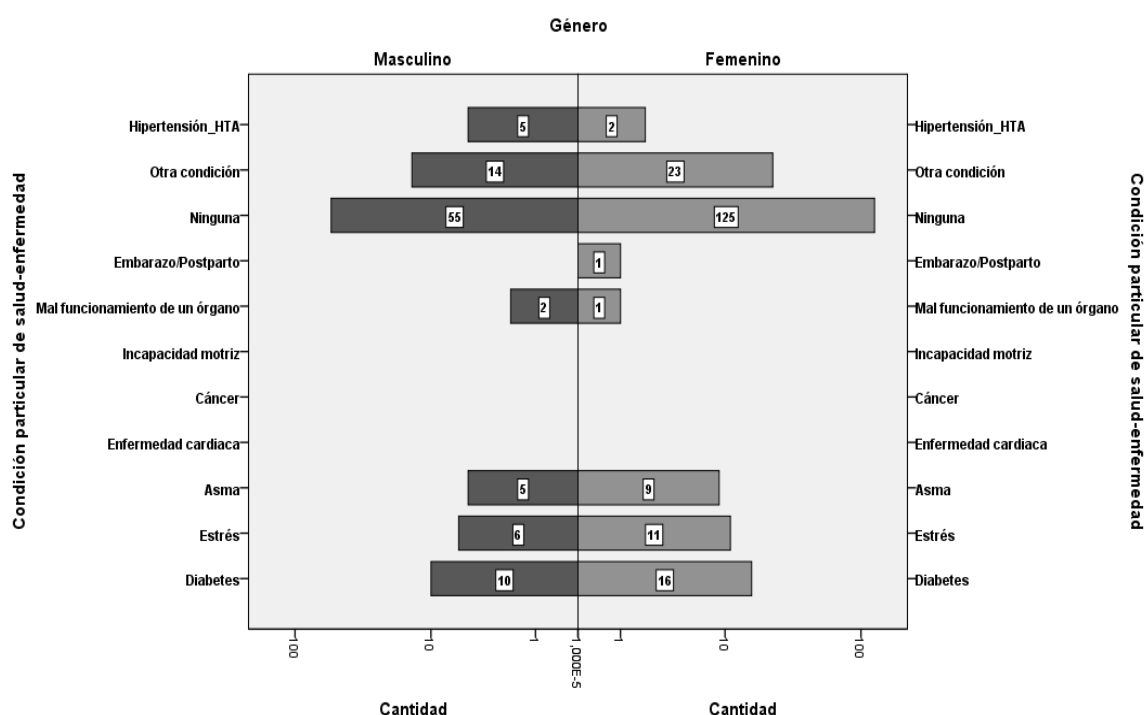
Una porción de 13% declaró por su parte el padecer otro tipo de condición que afecta a su salud. Indagando al respecto, esta variedad corresponde a los individuos que padecen dolores corporales recurrentes, que perciben afectaciones en alguno de los

sentidos, trastornos de la personalidad o estados variables de capacidad física. Tales malestares, para inconveniencia de los afectados, no han sido identificados plenamente por un médico por lo cual las personas permanecen en la incertidumbre por mencionar con exactitud cuál es su padecimiento. Por otra parte y en un término positivo, el 63.2% de los encuestados no reportó padecer alguna condición particular que esté afectando constantemente a su salud.

3.2.3 Género y salud

Por lo que respecta al género, se sigue observando que el principal problema de salud es la diabetes mellitus tanto para hombres como para mujeres, y que el estrés ocupa la segunda posición.

Gráfica 48: Condición particular que afecta a la salud según género



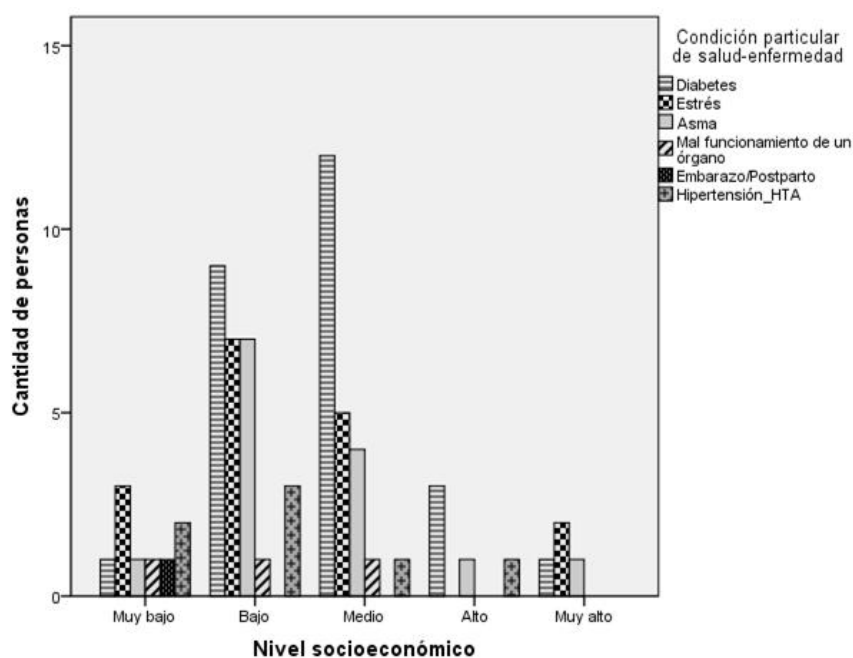
Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta. Nota: escala logarítmica

Tanto para hombres como para mujeres, diabetes mellitus y estrés son los principales condicionantes de su salud. La diferencia es observada en la tercera condicionante de salud ya que en las mujeres esta condición es el asma, mientras que en los hombres el asma comparte posición con la hipertensión arterial.

3.2.4 Salud y nivel socioeconómico

En el capítulo correspondiente al perfil de salud de los juarenses se conoció el hecho de que la diabetes es uno de los grandes problemas de salud pública en la ciudad. En el grupo muestra aquí analizado el impacto de la diabetes es notorio en casi todos los niveles socioeconómicos.

Gráfica 49: Condición particular que afecta a la salud, según nivel socioeconómico



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

Excepto para el nivel socioeconómico muy alto, la diabetes es la principal condición diagnosticada que afecta a la salud de los usuarios de CC.

Actualmente, los servicios de salud deben considerar que existe un problema de indefinición de diagnóstico para muchas personas y que de diagnosticarse correctamente contribuirán a modificar los datos presentados. En la encuesta, el 13% de las personas afirmó tener un padecimiento pero no supo definir con exactitud cuál era. Una característica de este grupo de personas fue la baja posibilidad económica de tener acceso a los servicios de salud, combinada con una edad avanzada.

El comportamiento de los factores que inciden sobre la salud de acuerdo con las clases sociales o los niveles socioeconómicos es otro de los cruces de variables regularmente efectuados en los perfiles de salud de la población. Respecto a los niveles socioeconómicos y la salud, existe la hipótesis planteada por Syme (1976), de que hay una mayor susceptibilidad generalizada a la enfermedad cuando se pertenece a las clases sociales más bajas debido a la vulnerabilidad.

De acuerdo con los datos de la encuesta, y contrario a lo que ocurriría en situaciones de vulnerabilidad según Syme, en Ciudad Juárez no se observa que exista predominancia de algún problema para la salud sobre alguna clase o nivel social en particular, así, enfermedades como la diabetes o el estrés tienen prevalencia alta en todos los niveles socioeconómicos pero también es notoria la cantidad de personas que manifiesta no tener problemas que afecten su salud.

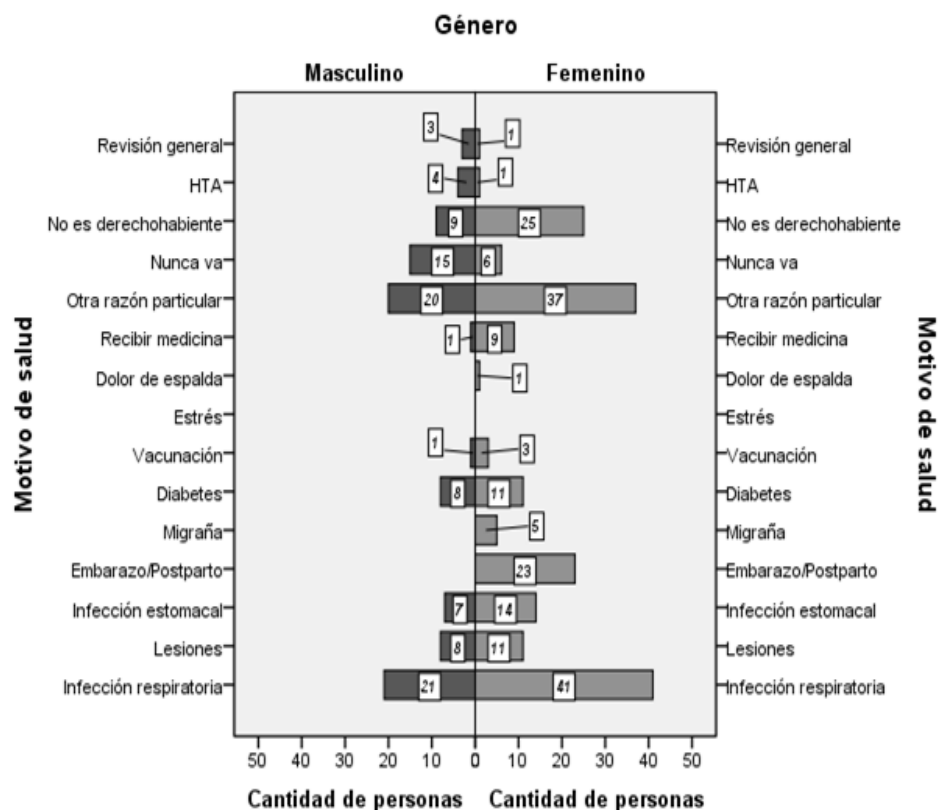
El estrés, por su parte, se ubicó como la segunda condición diagnosticada que afecta la salud de los usuarios según la encuesta y en el nivel socioeconómico muy alto es el padecimiento de mayor impacto, sin embargo se considera que habría que efectuar un análisis específico sobre este grupo para comprobar el impacto de tal padecimiento

3.2.5 Razones de salud por las que se acude al consultorio oficial de atención primaria

Como parte de la investigación se desea conocer las principales razones de salud por las que los usuarios del consultorio de conveniencia acuden a recibir atención médica en el consultorio oficial de atención primaria cuando tienen derecho al mismo. En el análisis por género, la principal razón para acudir al consultorio oficial tanto para hombres como para mujeres es la de ser atendido de infecciones respiratorias siendo esta también la razón principal para acudir a los CC.

Las lesiones y la diabetes son la segunda causa diagnosticada por la que las personas de la encuesta acuden al consultorio oficial, mientras que para las mujeres la segunda causa diagnosticada es la situación de embarazo/postparto.

Gráfica 50: Principal motivo de salud para acudir al consultorio oficial de atención primaria según género

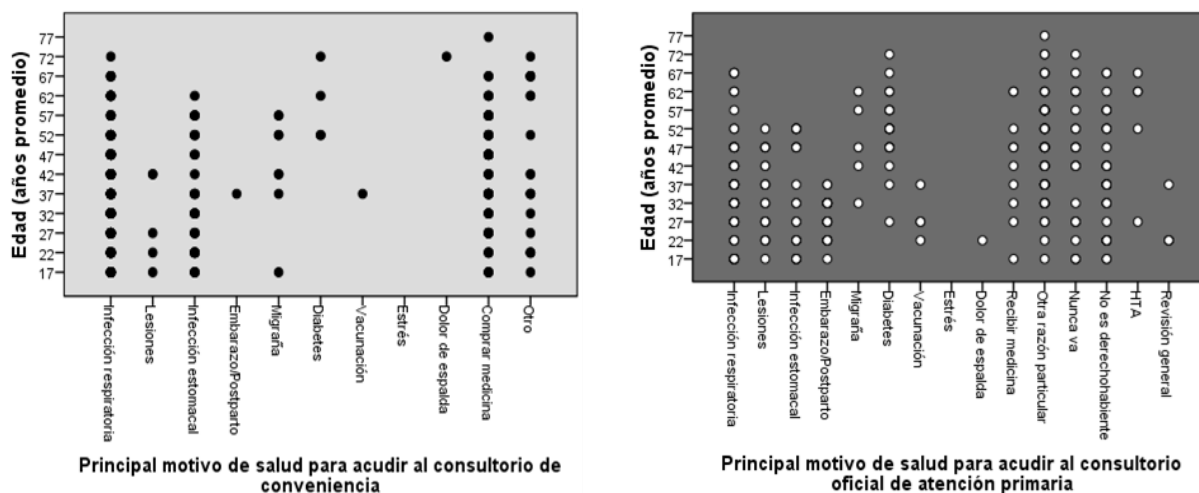


Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

El hecho de que las infecciones respiratorias, lesiones, infecciones estomacales y diabetes sean las causas principales por las que se acude a recibir atención en el consultorio oficial, y de que en los CC se puede también recibir atención para tales problemas de salud, representa para el usuario la posibilidad de comparar ventajas y desventajas de cada uno de estos servicios.

En el caso de las mujeres en situación de embarazo/postparto, prácticamente no hay duda en ellas de que la atención debe ser recibida en el consultorio oficial de atención primaria y de que debe desistirse de acudir al consultorio de conveniencia puesto que de 24 mujeres en tal situación, sólo una de ellas decidió llevar consultas de control con el médico del consultorio de conveniencia. La edad mínima de embarazo reportada fue de 17 años, y la máxima de 37 años.

Gráfica 51: Comparativo de motivos principales de salud para acudir al consultorio CC Vs CF



Fuente: Elaboración propia con dato de la encuesta

Las infecciones respiratorias como causa para demandar atención médica se presentan prácticamente en todas las edades según los datos obtenidos. Las personas que manifestaron acudir por lesiones al consultorio tuvieron una edad mínima de 17 años y una máxima de 52. Las principales causas de lesiones según los encuestados fueron las actividades en el trabajo y en el hogar. La diabetes se presenta en las personas de esta encuesta a partir de los 27 años y alcanza a los grupos de edad avanzada (72 años el máximo reportado aquí).

3.2.6 Comparación de cobertura de servicios otorgados por el consultorio

El patrón de cobertura de servicios, de acuerdo a las dos gráficas anteriores, es más amplio en el consultorio oficial de atención primaria. Al disponer de ambas opciones de consultorios, las personas deben considerar cuál es la más conveniente de acuerdo a su estado de salud, así, para las situaciones de embarazo y control de diabetes se prefiere acudir al consultorio oficial de atención primaria, pero para enfermedades tales como infecciones respiratorias e infecciones estomacales las personas están prefiriendo utilizar los servicios del consultorio de conveniencia.

Cuando las personas tienen una lesión, optan por acudir al consultorio oficial, esto se explica en parte por las recomendaciones de solicitar incapacidades o días de reposo a

través de la seguridad social. Como se informó, las personas que presentan lesiones se encuentran en el rango de edad laboral.

Otra causa de atención y por la que se tiene preferencia por el consultorio oficial es la vacunación la cual debe registrarse en el documento correspondiente de control de pacientes. Si se desea realizar la vacunación en un consultorio de conveniencia, el usuario debe afrontar gastos por la vacuna misma, la jeringa y la consulta. Las personas de la encuesta y que acudieron a vacunación solicitaron vacunas para infecciones respiratorias y tétanos.

Comentarios finales sobre estado de salud de los usuarios de CC

La mayoría de quienes utilizan los CC tienen un estado de salud que a su juicio consideran como bueno. Los tres principales motivos de atención son más bien padecimientos comunes como las infecciones respiratorias, infecciones estomacales y migrañas.

El consultorio familiar del sistema oficial ofrece una mayor variedad de servicios, pero las personas no consideran necesario utilizarlos sino hasta que se concibe como más seria la situación concerniente a su salud, como puede ser un embarazo o la atención periódica programada por diabetes e hipertensión arterial.

Los usuarios de los CC pertenecen en su mayoría a los niveles socioeconómicos medio y bajo contando con un empleo gracias al cual poseen derechohabencia en el IMSS, esto que representa una ventaja en términos de oportunidades para ser atendidos pero también de una cobertura por incapacidades.

El hecho de que una porción amplia de personas busque los servicios del consultorio de conveniencia con el fin de que se le surta de medicinas es señal de que el sistema oficial no ha logrado dar una cobertura total en este rubro, faltando aún por conocer con qué frecuencia el derechohabiente está dispuesto a adquirir los medicamentos para recuperar o mantener su estado de salud.

Al final, lo que se evidencia es que las personas buscan soluciones sencillas a problemas de salud sencillos en la medida de las posibilidades económicas, lo que se logra con la atención brindada por los CC según considera la mayoría de sus usuarios.

3.3: Comparación, Consultorios de conveniencia Vs Consultorio familiar

En este subtema se muestran los resultados de opinión de los usuarios acerca de los servicios oficiales de atención primaria de la salud (consultorio familiar del IMSS y Seguro Popular) y de los servicios de los consultorios de conveniencia (CC) de la Fundación Best.

La información presentada en este capítulo es necesaria para tener un panorama más completo sobre la interacción de factores sobre los cuales cada persona determina en qué sistema desea ser atendido.

Los principales factores que cada persona tiene en cuenta son la rapidez de la atención, la cercanía del servicio, el costo implicado, medios de traslado, disponibilidad de horarios y la calidad de la atención médica.

Se ha mencionado ya que la presencia de los CC representa una opción que puede hacer desistir a los derechohabientes de utilizar los servicios oficiales de APS. Añadiendo a lo anterior, gracias a la presencia de estos consultorios los servicios oficiales logran una descarga de responsabilidades y aún más cuando las personas desconocen cuáles son todos los beneficios y atenciones alternas que representa el poder ser atendido por un esquema completo de profesionistas dedicados a la prevención y cuidado de la salud.

Las características de los individuos y la metodología para recabar la información se han descrito en el apartado metodológico. Del total de personas encuestadas, el 85% supo opinar sobre la atención en consultorio del sistema público, principalmente en IMSS y Seguro Popular; otros menos en Pensiones Civiles, ISSSTE. Las personas participantes son de 15 o más años de edad, siendo el máximo reportado de 77 años. Las personas residen en los distritos de la ciudad. Los niveles socioeconómicos predominantes son bajo y medio sumando 76.9% ambos. Los distritos Chihuahua y Benito Juárez aportan el 50% de

individuos elegidos al azar. Respecto al nivel de instrucción, hay un predominio de la educación secundaria entre los encuestados.

Quienes han tenido la oportunidad de utilizar un servicio oficial y también la oportunidad de acudir a los CC tienen la posibilidad de comparar experiencias en lo que respecta a la accesibilidad geográfica (distancias, tiempos, transporte y vialidades), además, han podido comparar la calidad de la atención médica y los costos implicados en cada tipo de servicio.

Se conoce que en promedio cada consultorio de conveniencia tiene la capacidad de otorgar 25 consultas diariamente según los horarios de trabajo y el tiempo dedicado a cada paciente. La muestra por consultorio es de cinco personas. Hubo un consentimiento informado para poder obtener los datos de cada persona. Se empleó como instrumento la hoja para encuesta mostrada en el capítulo sobre metodología con la cual se hizo una prueba piloto (30 personas) para mejorar la comprensión de las preguntas, agilizar las preguntas por el encuestador y verificar el comportamiento de los datos al ser analizados.

Las calificaciones se marcaron en una escala Likert donde el valor 1 representa a la peor calificación y el valor 5 a la mejor calificación. Hubo también que agregar algunos casos de personas que no pudieron asignar una calificación (valor 6). Fueron nueve las preguntas que se hicieron en forma pareada, es decir, tanto para el consultorio familiar oficial como para el consultorio de conveniencia.

La aplicación hacia cada persona tuvo una duración promedio de 5 minutos teniendo en cuenta que había otras preguntas no pertenecientes a la parte de comparar los servicios de salud. La distribución de preguntas tiene la siguiente estructura:

1. Sobre la calidad de la atención médica. Aquí se consideran las siguientes preguntas:

- a) ¿Cómo califica la calidad de la atención médica recibida?
- b) ¿Encontró los medicamentos necesarios?
- c) ¿Cómo califica la mejoría en su salud gracias al consultorio médico?

2. Sobre la accesibilidad administrativa. Aquí se consideraron las siguientes preguntas:

- a) ¿Cómo considera la disponibilidad de horario del consultorio?

b) ¿Qué le parece la rapidez para pasar a consulta con el médico?

3. Sobre la accesibilidad geográfica. Aquí se consideraron las siguientes preguntas:

a) ¿Qué le parece la distancia desde su hogar hasta el consultorio médico?

b) ¿Cómo califica la facilidad para transportarse hasta el consultorio médico?

c) ¿Cómo califica el gasto de tiempo que debe invertir para llegar al consultorio?

4. Sobre el costo implicado de la atención médica.

a) ¿Cómo califica la cantidad total de dinero gastado para su visita al consultorio?

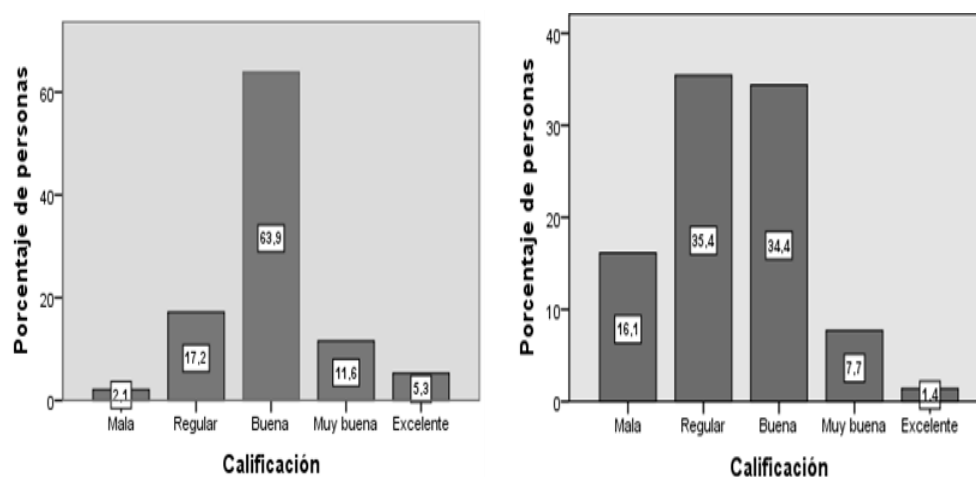
3.3.1 Calidad de la atención médica

La comparación de la calidad de la atención médica entre el consultorios de conveniencia (CC) y el consultorio familiar (CF) tiene que ver con lo que el paciente espera del médico no solo respecto a su eficacia para atender el problema de salud sino a la forma en que establece una interacción con el paciente.

La utilización de servicios en consultorio, de acuerdo con Bice y White (1967) se realiza para obtener un diagnóstico y un tratamiento a partir de dos situaciones específicas: primero, el usuario percibe que hay un problema respecto a su salud y segundo, que el modelo de atención del consultorio médico es capaz de brindar un diagnóstico y tratamiento en favor de la salud personal.

En las gráficas de resultados para la encuesta con 285 personas, las barras de porcentajes para los consultorios de conveniencia (CC) se encuentran a la izquierda y las de los consultorios familiares (CF) a la derecha.

Gráfica 52: Comparación de la calidad de la atención médica CC Vs CF



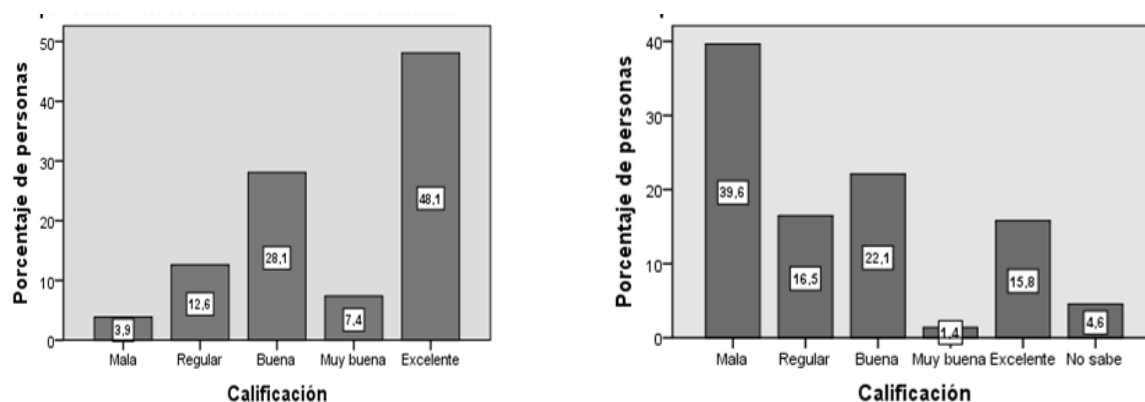
Fuente: Elaboración propia con base en datos de la encuesta

La calificación de la calidad de la atención médica favorece a los CC gracias al 63.9% de las personas que opinan así, mientras que para los servicios oficiales esta calificación llega solo al 34.4%.

En cuanto a la peor calificación posible, sólo el 2.1% de las personas considera como mala la calidad de la atención médica en los CC, pero esta cifra llega hasta un 16.1% cuando se habla del consultorio familiar oficial.

La excelencia en calificación también favorece al consultorio de conveniencia con un 5.3% Vs un 1.4% para el consultorio familiar oficial.

Gráfica 53: Comparación de eficiencia en el surtido de la receta médica CC Vs CF

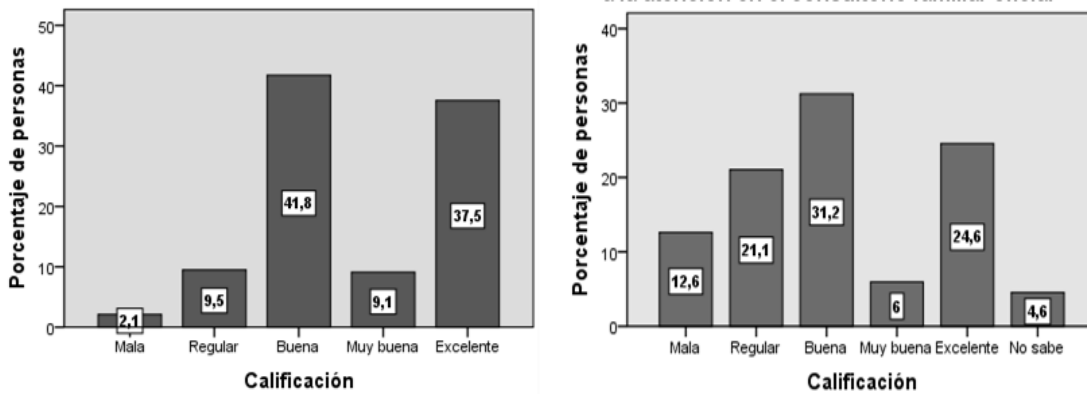


Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

Hay una diferencia en opinión a favor del consultorio de conveniencia respecto a su eficacia para surtir completamente los medicamentos que el paciente necesita si se observa que para los mismos la calificación llega a un 48.1% en el nivel de excelencia mientras que sólo un 15.8% de personas otorgó tal valor y habiendo sido atendidos en el consultorio familiar oficial.

La peor calificación posible (mala) le fue asignada al consultorio de conveniencia por un 3.9% de las personas contra un 39.6% para los servicios oficiales, es decir, diez veces más gente con una peor percepción para el sistema público.

Gráfica 54: Comparación de la mejoría en el estado de salud gracias a la atención médica CC Vs CF



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

Recordando que las personas han tenido la oportunidad de emplear ambos servicios, se vuelve a observar nuevamente que el consultorio de conveniencia obtiene mejores calificaciones que el consultorio familiar oficial.

La calificación más baja (mala) sólo es asignada un 2.1% de las veces al consultorio de conveniencia por un 12.6% al consultorio familiar oficial, esto es, una tasa de diferencia de 6 opiniones malas para este sistema contra una sola hacia el sistema privado referenciado.

Aunque en sus trabajos teóricos sobre los modelos médico-paciente Parsons (1951) sugiere que el médico debe ser objetivo y emocionalmente desapegado (neutralidad afectiva), en este trabajo de campo se conoció que las personas también le dan importancia

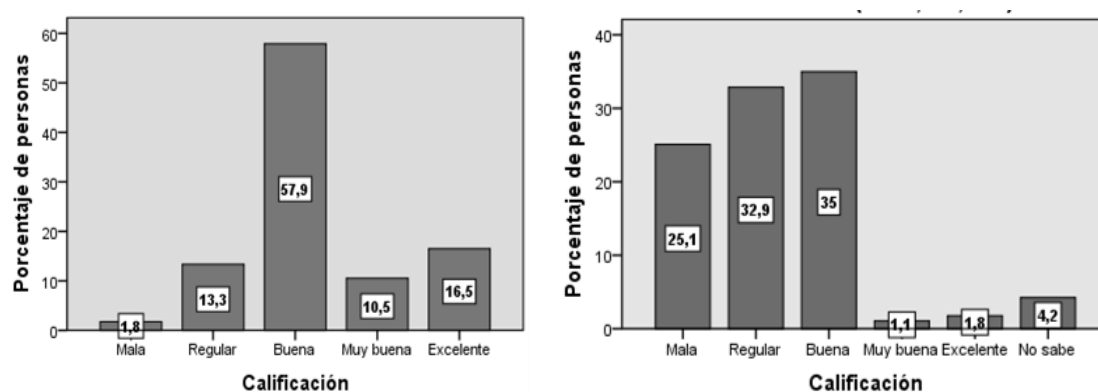
al vínculo afectivo generado por el médico hacia el paciente, siendo esta una característica presente en los CC, además de lo ya mencionado sobre las competencias profesionales del médico.

3.3.2. Sobre la accesibilidad administrativa

Desde su creación, los modelos de atención a la salud pública han debido atender el problema de disminuir las desigualdades en el acceso a los servicios. Las facilidades administrativas otorgadas por el sistema son tomadas en cuenta por el usuario quien juzga con base en las inconveniencias previas a la atención médica, inconveniencias que afectan sus patrones ordinarios de empleo de tiempos.

Quienes ofrecen los servicios se interesan en estos aspectos para poder ir eliminando trabas burocráticas e ineficiencias de personal. Según Mechanich (1968) en la prestación de los servicios intervienen tanto la organización formal como informal dentro de la institución con la posibilidad de que las mismas formen redes complejas de actitudes de personal que dificultan en lo administrativo la obtención de las metas para las que las instituciones de salud han sido creadas.

Gráfica 55: Comparación de la disponibilidad de horario CC Vs CF



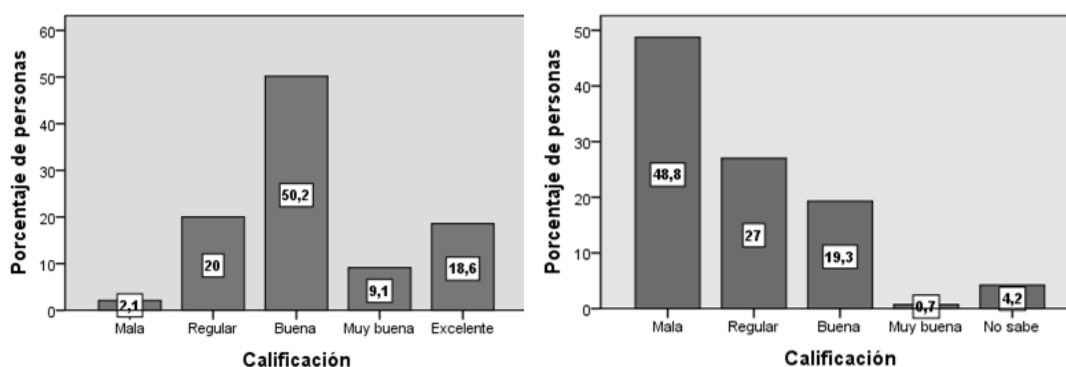
Fuente: Elaboración propia con base en datos de la encuesta

Los CC han sabido aprovechar las oportunidades para atender a cada vez más personas. Estos consultorios trabajan todos los días del año con un horario de 9 de la mañana a 9 de la noche e incluso uno de los consultorios en Ciudad Juárez, localizado sobre la Avenida Juárez, trabaja las 24 horas del día. El sistema IMSS, por su parte, tiene

horarios de 8 de la mañana a 8 de la noche en dos turnos y de lunes a viernes. A cada derechohabiente se le asigna un turno de atención. Actualmente, las clínicas 56 y 67 han ampliado la atención dando servicios los días sábado. Los consultorios familiares del IMSS no trabajan en días feriados.

El caso del Seguro Popular es más complejo ya que los derechohabientes deben primero obtener su cita personalmente (en el IMSS es posible vía llamada telefónica) acudiendo al Centro Comunitario correspondiente que abre a las 7 de la mañana. Ante la demanda de servicios la mayoría de las personas (incluyendo ancianos, mujeres embarazadas o niños) debe acudir desde al menos una hora antes y permanecer en el exterior para ser atendido más rápidamente de acuerdo a la ficha de registro.

Gráfica 56: Comparación de la rapidez para pasar al consultorio médico CC Vs CF



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

Casi la mitad de los encuestados (48.8%) calificaron como mala a la rapidez con que pasan al consultorio familiar. Los comentarios al respecto son sobre largos tiempos de espera en la sala donde una secretaria o una enfermera se dedica a regular las entradas de los pacientes al consultorio. Al tramitar una cita en el IMSS, al derechohabiente se le menciona la hora a la que será atendido, sin embargo la mayoría de las personas menciona que la hora asignada por lo regular no se respeta y el tiempo de espera en la sala se alarga.

En la encuesta, ninguna persona calificó como excelente la rapidez del proceso para pasar a consulta en el IMSS, Seguro Popular, ISSSTE u otra institución oficial.

En la comparación de la rapidez para pasar a ser atendido en el consultorio, a la Fundación Best se le asignó una calificación de excelencia por el 18.6% de las personas. Para esta clase de consultorios, la calificación más repetida es la de “buena” con un 50.2% de frecuencia.

Para ser atendido en el consultorio de conveniencia de Fundación Best basta con arribar a cualquier hora y hacer fila en común acuerdo con los demás usuarios. Las personas admitieron que de un tiempo a la fecha la atención médica en estos consultorios es un poco más tardada debido al incremento de la demanda de sus servicios.

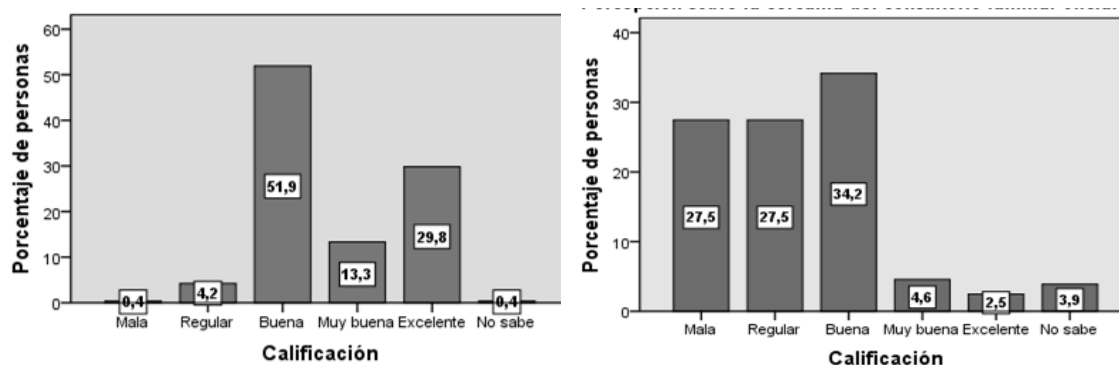
En estos consultorios hay dos turnos con el cambio correspondiente de médico. No siempre hay una persona que esté llevando controles en el exterior del consultorio. Varias personas manifestaron estar ya eligiendo un horario en el que se encuentre el médico que se ha ido ganando su confianza.

3.3.3 Sobre la accesibilidad geográfica

La accesibilidad geográfica es la variable de mayor interés en esta investigación y en la cual convergen la planificación urbana y los servicios de APS mediante dotación de equipamientos para esta función y la aparición de agentes que quieren participar en la misma obteniendo beneficios capitales.

Los indicadores de la accesibilidad geográfica (distancia hogar-consultorio, tiempo de traslado necesario, disponibilidad de medios de transporte) son comparados y calificados por los usuarios que han tenido la oportunidad de utilizar los servicios oficiales así como los de la Fundación Best.

Gráfica 57: Comparación sobre la cercanía del hogar al consultorio CC Vs CF

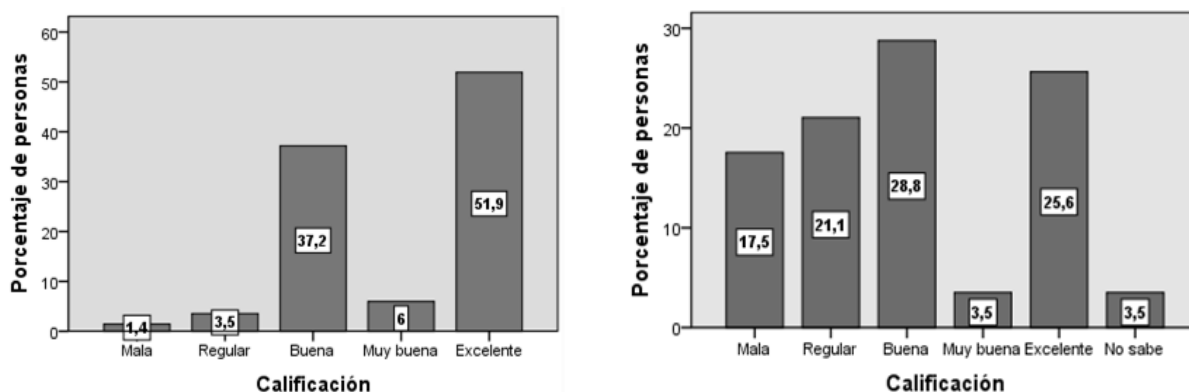


Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

La calificación que las personas asignaron a la cercanía del consultorio familiar tiene una distribución similar entre las categorías de “mala” y “regular”. La calificación más favorecida con el 34.2% de las personas fue la de “buena”. Solamente un 2.5% de las personas considera como “excelente” la cercanía del consultorio al que tiene derecho.

Para el 29.8% de los usuarios la cercanía de los CC es excelente. Para estos consultorios la calificación predominante hacia su cercanía es la de “buena” con un 51.9% de personas. Quienes otorgaron una calificación de “mala” fueron principalmente los usuarios residentes en las zonas donde todavía no hay esta clase de consultorios y que además tienen dificultades de movilidad.

Gráfica 58: Comparación de facilidades para transportarse al consultorio CC Vs CF



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

Para transportarse al consultorio familiar, las personas no perciben tantos problemas. La distribución de redes de transporte logra dar servicio a la mayoría de los ciudadanos para llevarlos a la unidad de salud oficial.

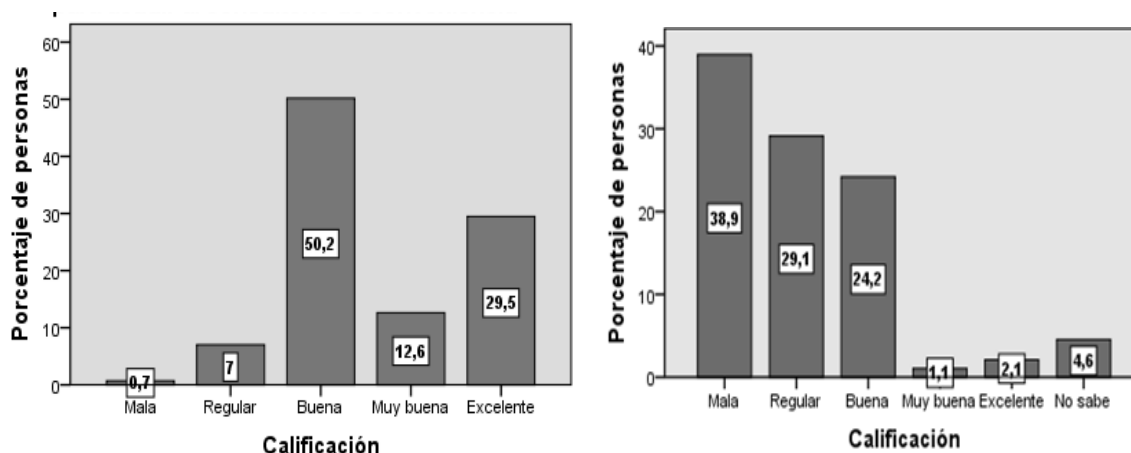
Las calificaciones más bajas en este comparativo fueron otorgadas por algunas personas con derechohabencia a la UMF 67 localizada en la calle Santos Dumont. Al respecto, las personas señalaron que no existen suficientes líneas de transporte hacia tal unidad de salud.

En cuanto al Seguro Popular, la unidad de salud correspondiente a la colonia Águilas de Zaragoza fue catalogada por los usuarios como dificultosa para acceder territorialmente debido a su ubicación ya que no hay suficientes líneas de autotransporte para movilizarse hacia allá directamente. Esta situación general está presente en algunos de los modelos de accesibilidad revisados, en particular en el de Aday y Andersen.

De acuerdo con el modelo de Aday y Andersen (subtema 2.9.4) respecto a la accesibilidad real y potencial, hay un proceso previo al acceso al servicio que va definiendo la toma de decisión de las personas. La transportación, tiempo y grado de necesidad generan la predisposición del usuario potencial. Si el sistema de consultorios correspondiente no otorga facilidades geográficas y administrativas, el usuario potencial buscará opciones alternativas que, desde su perspectiva, son más convenientes.

La facilidad para transportarse al consultorio de conveniencia es excelente para más de la mitad de sus usuarios (51.9%) logrando una mejor calificación que el consultorio familiar oficial. Lo anterior permite fortalecer las observaciones de que la preferencia por el sistema privado de consultorios reside en gran parte por su cercanía y facilidad de acceso. Como se informó con anterioridad, el 54% de las personas llega a pie al consultorio y el 27% lo hacen empleando las líneas de transporte público. Estas condiciones otorgan ventaja a este modelo de consultorios por sobre los asignados por las instituciones oficiales.

Gráfica 59: Comparación sobre el tiempo invertido para llegar al consultorio CC Vs CF



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

En las gráficas anteriores se observó que la disponibilidad de medios de transporte satisface a la mayoría de los usuarios de servicios de salud, sin embargo esta disponibilidad no se ve plenamente acompañada con rapidez de trasportación para el caso de los consultorios familiares. En promedio, los derechohabientes invierten 43 minutos para llegar al consultorio familiar contra 15 minutos promedio invertidos para llegar al consultorio de conveniencia, esto es, un diferencial de casi media hora a favor de estos últimos.

De acuerdo con el modelo de Gross (subtema 2.9.4), el factor de accesibilidad geográfica, involucrando los tiempos invertidos, logrará ir modificando la predisposición de los usuarios si estos consideran que los mismos son adecuados a sus necesidades. Para Aday y Andersen los costos de transportación, tiempos y distancias que invierten los usuarios son parte de lo que puede analizarse en cuanto a qué tanto la organización de un sistema de salud puede facilitar los servicios a la población. De haber tales facilidades de accesibilidad geográfica, los usuarios discriminarían su selección con base en otros factores como la calidad de la atención médica o la accesibilidad administrativa.

Los usuarios recorren menores distancias e invierten menos tiempo para recibir atención en el sistema de consultorios de Fundación Best aunque los alcances de la atención son más limitados a diferencia del sistema oficial donde los derechohabientes podrían aprovechar al máximo la diversidad de atenciones que se ofrece en el consultorio

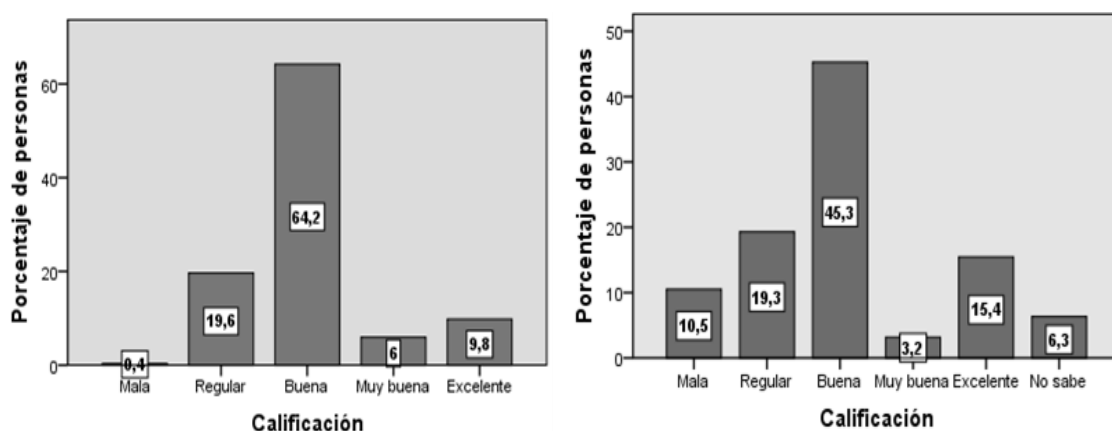
familiar de IMSS, ISSSTE y Seguro Popular, e incluso del hospital Pensiones Civiles del Estado.

Al final, las calificaciones de las personas sobre la cercanía de los servicios, tiempo de traslado y medios de transportación son más favorables para los CC que para los consultorios familiares logrando modificar la decisión sobre dónde ser atendido teniendo en cuenta la seriedad del problema de salud.

3.3.4. Sobre el costo implicado de la atención médica

A continuación se muestra cómo califican los usuarios los gastos hechos al acudir a recibir atención médica. Cuando se acude a las instituciones oficiales el usuario reconoce que no hay un cobro directo por el servicio sino que el mismo se hace a partir de las cuotas correspondientes. Tampoco hay un cobro por medicamentos o material de curaciones. En el consultorio de conveniencia, de inicio el cobro por la atención médica es de 35 pesos. La mayoría de las veces al usuario se le recetan medicamentos, pero cabe aclarar que no es una obligación del médico en turno realizar tal procedimiento.

Gráfica 60: Comparación de opinión sobre el gasto implicado de servicios en el consultorio CC Vs CF



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

Una mayor proporción de personas otorgaron una calificación de excelencia a los costos implicados por ser atendidos en el consultorio familiar (15.4%) por sobre un 9.8% que opina lo mismo de los CC. Si se suman las calificaciones de “buena”, “muy buena” y “excelente”, los porcentajes favorecen al consultorio de conveniencia con un 80% sobre un 63.9% para el consultorio familiar. El modelo de Alonso (capítulo 4) señala que el usuario

identifica las opciones para ser atendido, siendo los factores personales un apartado importante para el criterio de decisión. Si los servicios cumplen con las posibilidades de las personas de acuerdo a su edad, ocupación, estilo de vida y personalidad las personas considerarán favorable el costo que hay que pagar.

Al utilizar el consultorio de conveniencia los beneficios respecto a la edad, y en particular para adultos mayores, son la cercanía y las promociones comerciales. Para quien trabaja no siempre es conveniente suspender actividades para ser atendido en el consultorio familiar, de ahí que la opción de consultorio de conveniencia se convierte en una opción razonable.

Comentarios finales sobre la comparación CC Vs CF

La satisfacción de los usuarios por uno u otro servicio depende de diversos factores relacionados con los usuarios así como con los prestadores del servicio.

Los usuarios de los CC deben aceptar el costo de la atención médica y considerar la compra de las medicinas prescritas, pero en cambio pueden acceder al servicio en cualquier momento del horario dispuesto. Los derechohabientes del IMSS tienen una mayor gama de beneficios no solamente iniciando con los costos que tienen un menor impacto inmediato en lo económico.

Las instituciones públicas y privadas ofrecen servicios con características de calidad de la atención, eficiencia administrativa y accesibilidad geográfica, pero son las personas quienes deciden cuál de ellos es el más apropiado de acuerdo al nivel de necesidad de su estado de su salud y las posibilidades de movilidad, habiendo quienes prefieren desistir de su derecho a la seguridad social y aprovechar la oferta de los CC.

3.4. Indicadores de disponibilidad de consultorios de atención primaria de la salud

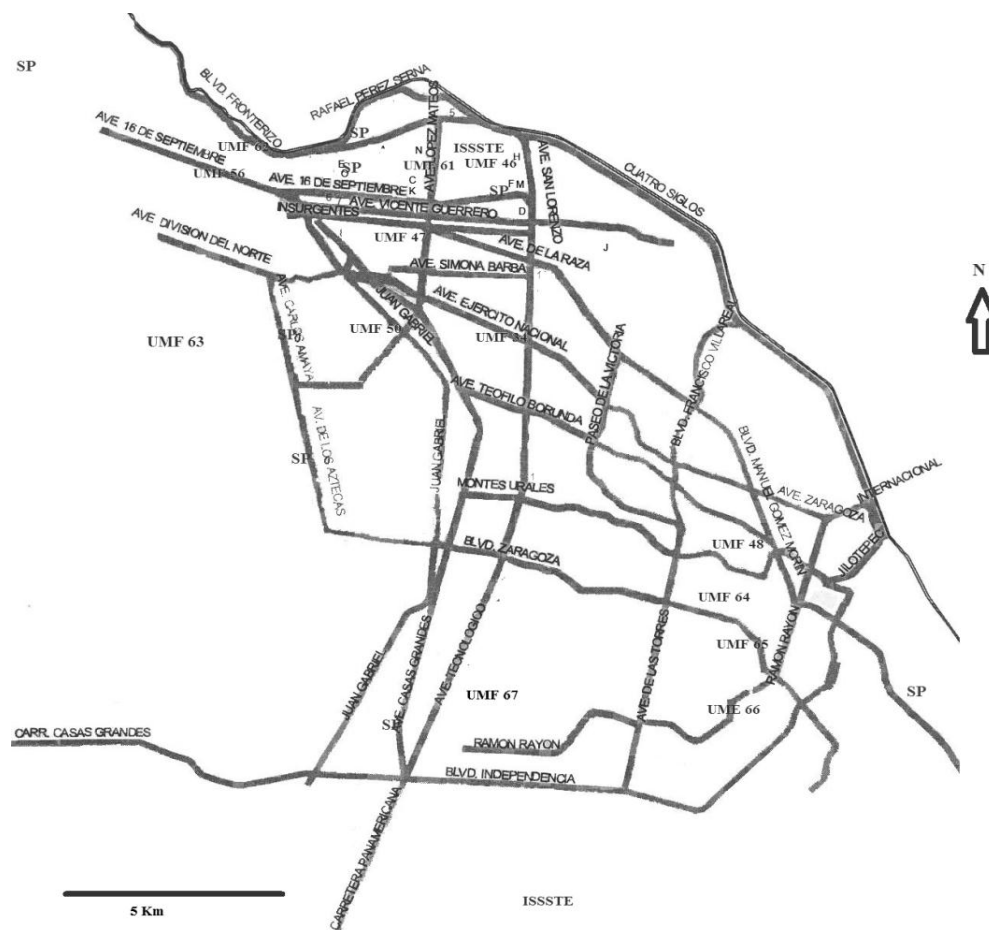
En este subtema se exponen los datos recabados y calculados sobre la disponibilidad y distribución territorial de consultorios públicos y privados para la atención primaria de la salud (APS) así como la localización de los derechohabientes con el fin de aportar evidencia de que *la distribución actual de equipamientos para la atención primaria de la salud ha generado un problema de accesibilidad geográfica a los consultorios*, problema que se agrava con la distribución administrativa de derechohabientes y por lo cual las personas buscan opciones con mejor accesibilidad para ser atendidos.

El principal análisis a mostrar de acuerdo con lo propuesto es la tasa de consultorios de las Unidades de Medicina Familiar (UMF) del IMSS, del Seguro Popular y de los CC de la Fundación Best. Se compara la tasa de consultorios por distrito de acuerdo a la cantidad de habitantes (como lo señala la OMS). En este caso se toma en cuenta la cantidad de habitantes de cada distrito y también de acuerdo a los derechohabientes por cada equipamiento que son los usuarios reales.

Las unidades para la APS deben alcanzar varias metas de oferta de servicios para la población. Las metas son fijadas por las autoridades como “indicadores”, es decir, parámetros de evaluación. Los servicios deben distribuirse lo mejor posible para que haya equidad en las oportunidades de acceso. Uno de los indicadores más importantes para la cuestión de la equidad es la tasa de consultorios por cada 1000 habitantes o derechohabientes. De acuerdo con la OMS, esta tasa debe ser de 1 consultorio por cada 1000 habitantes.

La unidad central de análisis para esta tasa es el consultorio familiar de seguridad o asistencia social, que es el lugar donde se recibe la atención primaria, y tiene un equivalente con los CC aquí indagados así como el resto de los consultorios de atención primaria de los hospitales privados.

Gráfica 61: Distribución de equipamientos oficiales para la atención APS en Ciudad Juárez (SP, ISSSTE y UMF-IMSS)



Fuente: Elaboración propia con plantilla del Instituto Tecnológico de Ciudad Juárez

De acuerdo con los datos obtenidos, la distribución y cantidad de equipamientos oficiales para la atención primaria de la salud en Ciudad Juárez no responde actualmente a las necesidades de cobertura para la población debido a que existen grandes diferencias en las tasas de disponibilidad de consultorios por cada distrito o área de la ciudad.

En la práctica, los derechohabientes no se benefician por una alta tasa de consultorios en el área de residencia ya que se tiene derecho a solamente uno de ellos, esté cerca o esté lejos.

3.4.1 Consultorios de las Unidades de Medicina Familiar del IMSS: distribución territorial

Las revisiones a los planes de desarrollo urbano sobre la distribución de las Unidades de Medicina Familiar (UMF) del IMSS (donde se ofrece el nivel de atención primaria), mostraron que hay un rezago en la dotación de este tipo de equipamientos sobre las nuevas zonas habitacionales de la ciudad. La situación se agrava si se considera que los derechohabientes no siempre están adscritos a la unidad más cercana, pero incluso al estar adscrito a la unidad más cercana, es común que el usuario deba realizar largos recorridos hogar-consultorio familiar.

Las UMF ofrecen un servicio de consulta externa, es decir, no se hospitaliza a las personas, por ello a la atención médica se le llama “consulta ambulatoria”. El consultorio es el lugar de atención primaria y desde donde se inicia el proceso de intervención para mantener o mejorar la salud del derechohabiente. Para el Sistema Nacional de Salud, la disponibilidad de consultorios es uno de los indicadores más relevantes en la atención primaria.

A nivel nacional, se dispone de 5.17 consultorios por cada 1000 habitantes, ello teniendo en cuenta a instituciones públicas y privadas. Respecto al IMSS, su tasa nacional de consultorios por cada 1000 habitantes es de 0.337 mientras que para el ISSSTE es de 0.476, pero para el Seguro Popular los datos disponibles no permiten definir con precisión esta tasa.

Cuadro 30: Tasa de consultorios por cada 1000 derechohabientes en las UMF de Ciudad Juárez, 2013

UMF	Cantidad de derechohabientes	Población titular asegurada	Cantidad de consultorios	Consultorios por cada 1,000 derechohabientes
UMF 34	454,059	239,863	14	0.030
UMF 46	155,519	81,757	25	0.160
UMF 47	192,870	103,472	27	0.139
UMF 48	156,994	69,795	9	0.057
UMF 56	53,608	29,046	7	0.130
UMF 61	36,005	25,986	6	0.166
UMF 62	38,578	20,002	7	0.181
UMF 63	12,226	5,100	3	0.245
UMF 64	46,593	26,554	6	0.128
UMF 50	ND	ND	2	ND
UMF 67	ND	ND	10	ND
UMF 65	ND	ND	10	ND
UMA 66	ND	ND	14	ND

Fuente: Elaboración propia con datos de la Maestría en Salud Pública, UACJ

La tasa de consultorios por cada 1000 habitantes es un indicador general debido a que no todos los habitantes tienen derecho a acudir regularmente a los consultorios familiares del IMSS. Para precisar la tasa de consultorios, se tiene en cuenta el número de derechohabientes de la unidad correspondiente. Los datos muestran que la UMF 34 es la que tiene menor tasa de consultorios por cada 1000 derechohabientes, independientemente de los datos desconocidos de otras unidades.

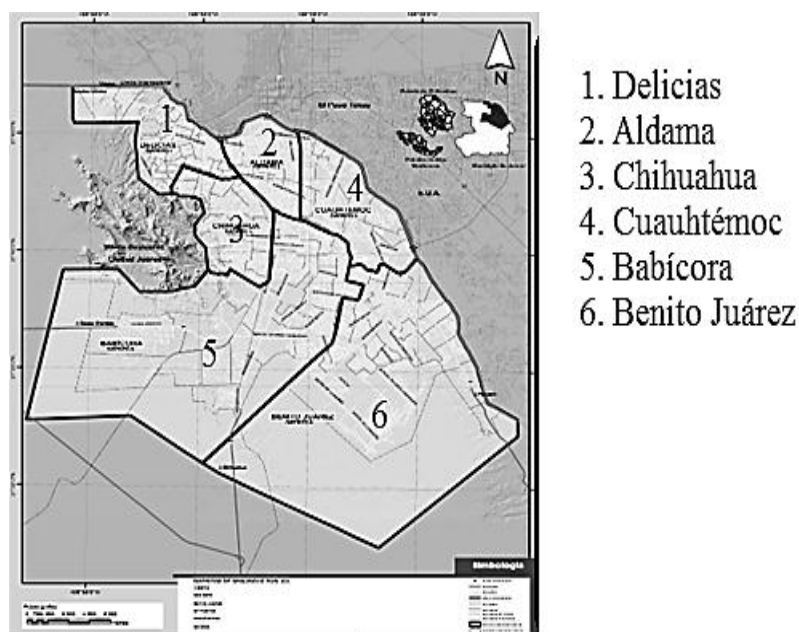
Teniendo en cuenta la división territorial por distritos en la ciudad, los consultorios de las UMF del IMSS se concentran mayoritariamente sobre los distritos Aldama y Chihuahua. Como se explicó en el capítulo sobre equipamiento urbano para la salud, la mayor concentración de unidades de medicina familiar se relaciona con la antigüedad de cada área de la ciudad, así, las áreas comprendidas por los distritos Chihuahua, Delicias y Aldama que son más antiguas son las más beneficiadas al haberseles dotado de equipamientos para la salud desde hace más de dos décadas.

3.4.2 Tasa de consultorios por distrito

Cuando el cálculo se realiza sobre la cantidad existente de derechohabientes por distrito hay un aumento en la tasa de consultorios disponibles. Esta forma de medición es

más real en cuanto a la utilización de los consultorios por las personas que sí tienen derecho a esta acción.

Gráfica 62: Distritos administrativos de Ciudad Juárez



Fuente: Observatorio Ciudadano de Ciudad Juárez

La tasa recomendada por la OMS es de 1 consultorio por cada 1000 habitantes, sin embargo en México es de solamente 0.5 por cada 1000 habitantes.⁵¹ Sin tener en consideración cómo se distribuyen administrativamente los derechohabientes del IMSS, son evidentes las diferencias en la tasa de disponibilidad de consultorios para los derechohabientes de cada distrito. La concentración actual de equipamientos para la salud en la ciudad ha privilegiado al distrito Aldama, lo que se refleja en la alta tasa de consultorios disponibles.

⁵¹ De acuerdo al informe de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Primer Semestre 2009

Cuadro 31: Distribución de UMF y tasa de consultorios por distrito en Ciudad Juárez

Distrito	Área de la ciudad	No. de habitantes	Clínicas del IMSS	Consultorios por UMF	Proporción correspondiente de derechohabientes (52.35%)	Tasa de consultorios por cada 1000 habitantes	Tasa de consultorios por cada 1000 derechohabientes por distrito
Delicias	Norponiente	183,625	UMF 56	7	96,128 derechohabientes	0.0762	0.1456
			UMF 62	7			
Aldama	Centro antiguo	104,305	UMF 34	14	54,627 derechohabientes	0.4314	0.8237
			UMF 46	25			
			UMF 61	6			
Cuauhtémoc	Nororiente	110,363	Ninguna	0	57,775 derechohabientes	0	0
Chihuahua	Cara norte de la Sierra de Juárez	231,775	UMF 63	3	121,334 derechohabientes	0.138	0.263
			UMF 47	27			
			UMF 50	2			
Babícora	Ave. de las Torres y hacia el surponiente	305,946	UMF 64	6	160,163 derechohabientes	0.0522	0.0998
			UMF 67	10			
Benito Juárez	Avenida de las Torres y hacia el Valle de Juárez y suroriente	384,990	UMF 66	14	201,542 derechohabientes	0.0857	0.163
			UMF 65	10			
			UMF 48	9			

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI, IMIP e IMSS

Quienes residen en el distrito Aldama tendrían una notoria ventaja sobre el resto de los habitantes de la ciudad al disponer de 0.8237 consultorios por cada 1000 derechohabientes, esta tasa es incluso superior a la tasa nacional de consultorios del IMSS por cada 1000 derechohabientes que es de 0.337

Otro distrito relativamente antiguo y que dispone de la segunda mejor tasa de consultorios es el Chihuahua, donde hay 0.263 consultorios por cada 1000 derechohabientes. Esta tasa se aproxima más a la establecida a nivel nacional.

3.4.3 Tasa de consultorios y efectividad de adscripción al consultorio más cercano

La información obtenida permitió comprobar lo propuesto en el capítulo metodológico: que no todos los derechohabientes están adscritos a la clínica más cercana.

Debido a esta situación, una tasa relativamente alta de consultorios disponibles en la zona de residencia no es necesariamente útil para cada derechohabiente por el hecho de tener que transportarse a otra zona (clínica) donde sí se tiene derecho al consultorio pero con una tasa que podría ser menor. En este caso, dos factores están incidiendo sobre la decisión de los usuarios: la competencia por un espacio para consulta y la distancia que hay que recorrer hacia el consultorio, según lo referido por el modelo de accesibilidad de Aday y Andersen.

La migración hacia otras zonas de la ciudad ha afectado también el aspecto de la cercanía al consultorio que se había asignado. Las zonas de más reciente desarrollo como Babícora, Cuauhtémoc y Benito Juárez presentan una baja tasa de consultorios y con habitantes que han llegado de otros distritos donde se localiza aún su derechohabiencia. Ante este problema, el Seguro Popular ha efectuado algunas medidas para ofrecer servicios más cercanos a la población.

El sistema del Seguro Popular logra una mayor efectividad que el IMSS en el aspecto de ofrecer cercanía a sus derechohabientes, sin embargo la cantidad de unidades (centros comunitarios) para consulta es menor y la cantidad de usuarios es potencialmente mayor. En el Seguro Popular los derechohabientes pueden enfrentar el problema de la “canalización”, es decir, acudir al consultorio familiar más cercano pero desde el cual luego se les solicitará acudir a otra unidad, generalmente en el centro de la ciudad o en el área de Pronaf.

Cuadro 32: Usuarios de consultorios de conveniencia con derechohabiencia: porcentaje de adscripción a la unidad oficial más cercana de atención primaria

Tipo de derechohabiencia			¿El lugar de derechohabiencia corresponde al consultorio más cercano?			Total	Efectividad en adscripción más cercana (%)
			Sí	No	Sin derechohabiencia		
IMSS	Distrito	Delicias	10	5	-	15	66.67
		Aldama	10	12	-	22	45.45
		Chihuahua	9	19	-	28	32.14
		Cuauhtémoc	2	10	-	12	16.67
		Babícora	12	20	-	32	37.50
		Benito Juárez	17	41	-	58	29.31
	Total		60	107	-	167	35.93
ISSSTE	Distrito	Aldama	1	0	-	1	100.00
		Chihuahua	1	1	-	2	50.00
		Cuauhtémoc	3	0	-	3	100.00
		Benito Juárez	2	1	-	3	66.67
	Total		7	2	-	9	77.78
Seguro Popular	Distrito	Delicias	5	3	-	8	62.50
		Aldama	1	6	-	7	14.29
		Chihuahua	14	8	-	22	63.64
		Cuauhtémoc	3	2	-	5	60.00
		Babícora	3	4	-	7	42.86
		Benito Juárez	11	2	-	13	84.62
	Total		37	25	-	62	59.68
Pensiones Civiles	Distrito	Delicias	1	0	-	1	100.00
		Aldama	1	0	-	1	100.00
		Chihuahua	1	0	-	1	100.00
		Cuauhtémoc	1	0	-	1	100.00
		Babícora	1	0	-	1	100.00
	Total		5	0	-	5	100
Cía. Aseguradora	Distrito	Cuauhtémoc	1	0	-	-	100.00
		Babícora	0	0	-	-	N/A
	Total		1	0	-	-	N/A
No es derechohabiente	Distrito	Aldama	N/A	N/A	11	11	N/A
		Chihuahua	N/A	N/A	8	8	N/A
		Cuauhtémoc	N/A	N/A	5	5	N/A
		Babícora	N/A	N/A	7	7	N/A
		Benito Juárez	N/A	N/A	8	8	N/A
	Total				39	39	N/A

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta.

Analizando primero a los derechohabientes del IMSS, se observa que sólo el 35.93% de ellos se encuentra adscrito a la UMF (clínica) más cercana. En el análisis por distritos, la eficiencia en adscripción a la unidad más cercana es mejor para los distritos Delicias (66.67%), Aldama (45.45%) y Babícora (37.50%). La eficiencia en los distritos Delicias y Aldama se explica por el hecho de que en estos distritos hay más equipamiento para la atención primaria y que los residentes son personas que prácticamente no han cambiado de lugar de residencia y por lo tanto no se han alejado de su consultorio.

Los distritos Chihuahua, Benito Juárez y Cuauhtémoc tienen menor eficiencia en la adscripción más cercana de sus derechohabientes (32.14%, 29.31% y 16.67% respectivamente). Aunque en el distrito Chihuahua hay tres UMF-IMSS, se presenta el problema de la distribución de derechohabientes. A pesar de esta situación, las distancias recorridas son relativamente menores a las que deben recorrer los derechohabientes de distritos como Babícora y Benito Juárez.

El distrito Benito Juárez, que es de los de más reciente desarrollo, cuenta también con tres UMF. En este distrito residen personas que han cambiado de domicilio con la adquisición de un terreno para construir vivienda o con la compra de una vivienda de interés social. Con el cambio de zona de residencia, una porción de estas personas experimentaron la obligación de tener que cubrir mayores distancias para llegar a la UMF donde ya se tenía derechohabiencia, que son unidades con mayor antigüedad.

El distrito Cuauhtémoc tiene la menor eficiencia de derechohabientes adscritos a la UMF más cercana (16.67%). Este distrito es el de mejor nivel socioeconómico en la ciudad pero no dispone de equipamientos del IMSS. La posesión de automóvil facilita a los residentes de este distrito el poder acudir a un consultorio a recibir atención médica. Las mejores posibilidades económicas de los residentes de este distrito contrarrestan de diversas formas el problema de movilidad hacia las clínicas del IMSS, así, los residentes tienen mayores posibilidades de buscar atención en consultorios particulares del área, solicitar al médico particular que acuda personalmente visitar un paciente, o trasladarse en automóvil hacia la unidad de adscripción.

En el caso de las instituciones ISSSTE y Pensiones Civiles del Estado se observa una adscripción de 100% a la unidad más cercana, sin embargo este es el resultado del escaso equipamiento disponible, es decir, prácticamente no hay opciones de elección.

Para quienes son derechohabientes al ISSSTE y residen hacia el sur y suroriente de la ciudad, lo conveniente es ser atendidos en la unidad localizada en la colonia Hacienda de las Torres Universidad (junto a la Universidad Tecnológica). La otra unidad del ISSSTE (y principal) se localiza sobre el área de Pronaf y sus servicios son generalmente para derechohabientes de los distritos Aldama, Chihuahua, Delicias y parte de Babícora.

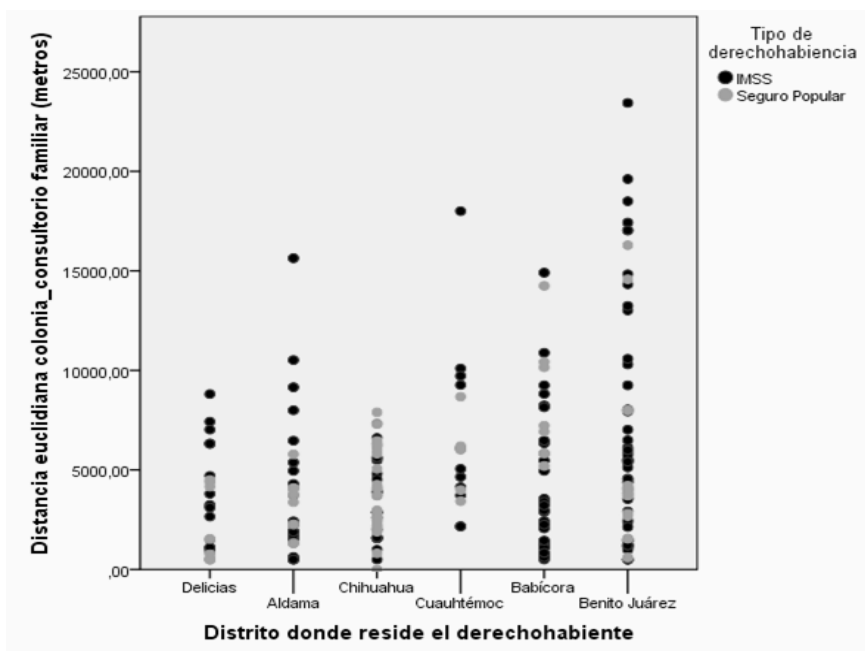
Sobre la disponibilidad de consultorios en el ISSSTE, prácticamente no hubo quejas por parte de sus derechohabientes quienes logran un 77.77% de adscripción a la unidad más cercana, sin embargo, habiendo solamente dos unidades disponibles, deben recorrer generalmente mayores distancias que los derechohabientes de IMSS o Seguro Popular.

Los derechohabientes del sistema Pensiones Civiles del Estado deben movilizarse hasta la unidad localizada sobre Paseo Triunfo de la República y Mequiades Alanís. Este es el único hospital que el sistema ofrece. Los derechohabientes de este sistema no tienen problemas de movilidad debido a la posesión de vehículo propio y al uso de ambulancias cuando el caso lo requiere.

3.4.4 Disponibilidad y cercanía de consultorios del IMSS y del Seguro Popular

La cercanía del consultorio al lugar de residencia es parte de la disponibilidad de servicios. En este rubro, quienes se ven más beneficiados son los derechohabientes al Seguro Popular e IMSS que residen en el distrito Delicias (centro histórico de la ciudad y hacia norponiente) al estar adscritos a unidades cercanas por lo cual los recorridos son más cortos. El distrito Chihuahua también se caracteriza por beneficiar a los derechohabientes de ambos sistemas con menores distancias de recorrido al consultorio.

Gráfica 63: Distancia euclidiana colonia-consultorio familiar por distritos de residencia



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

El caso del distrito Aldama es particular: este distrito es de alta concentración de equipamientos para la atención primaria pero también hay derechohabientes que están adscritos a unidades más lejanas (hasta los 16 kilómetros de distancia de la UMF-IMSS) sin tener así la oportunidad de hacer uso de esta buena concentración de servicios en su área de residencia.

En los distritos Benito Juárez y Babícora, los derechohabientes deben recorrer las mayores distancias hasta el consultorio familiar, resultado de la incorrecta distribución administrativa de derechohabientes (cuadro 3) y la baja tasa de consultorios que provoca que el sistema de salud correspondiente otorgue a los derechohabientes espacios de consulta en lugares más lejanos.

Como se había anticipado, el distrito Cuauhtémoc tiene una tasa nula de consultorios familiares disponibles, así que sus habitantes deben trasladarse a otros distritos a recibir la atención médica de primer nivel. Los residentes de este distrito pueden en su

mayoría solventar la situación al disponer de recursos económicos puesto que se trata en su mayoría de personas de clase socioeconómica alta o muy alta.

3.4.5 Tasa de consultorios de la Fundación Best

La cantidad de CC es notoriamente inferior a la ofrecida por el IMSS. Actualmente, Fundación Best tiene 57 CC distribuidos en la ciudad, por 140 consultorios familiares localizados en las UMF. Los consultorios de conveniencia atienden a personas sin importar si tienen o no derechohabiencia en el sistema oficial. A nivel nacional, la tasa de consultorios para quienes no tienen derechohabiencia es de 0.35 consultorios por cada 1000 personas.

Cuadro 33: Comparación de tasas de consultorios de conveniencia e IMSS por distrito

Distrito	Cantidad de consultorios de conveniencia (CC)	Habitantes	CC Tasa X 1000 hab	IMSS: Tasa X 1000 derechohabientes	Razón CC: CF (redondeada)
Delicias	5	183,625	0.027	0.145	1: 5
Chihuahua	9	231,775	0.039	0.263	1:7
Cuauhtémoc	7	110,363	0.063	0	NA
Aldama	11	104,305	0.105	0.823	1:8
Babícora	8	305,946	0.026	0.099	1:4
Benito Juárez	17	384,990	0.044	0.163	1:3

Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI e IMSS

El sistema de CC se distribuye en la ciudad si no en alta tasa de unidades por habitante, sí en cercanía a los potenciales usuarios. El distrito Benito Juárez destaca por tener a tres de cada diez consultorios de este tipo. El distrito Cuauhtémoc, que no cuenta con consultorios familiares del IMSS, tiene a su disposición 7 consultorios de conveniencia.

Al comparar las tasas empleando como denominador a los usuarios potenciales (habitantes para el consultorio de conveniencia y derechohabientes para el IMSS) las cifras

son favorables a la institución oficial excepto en el distrito Cuauhtémoc. En el distrito Aldama, por ejemplo, hay 8 consultorios familiares por cada consultorio de conveniencia; en el distrito Benito Juárez, por cada consultorio de conveniencia hay 3 consultorios familiares.

Si hay más disponibilidad de consultorios del sistema IMSS que del sistema de Fundación Best, ¿por qué los derechohabientes desisten de su derecho a utilizar el sistema oficial? La respuesta se encuentra en la distribución más organizada de los CC, la cual logra reducir notablemente las distancias hogar-consultorio a comparación del IMSS.

Las distancias, a su vez, se relacionan con el tiempo de traslado que es generalmente menor cuando el mismo se efectúa hacia el consultorio de conveniencia. Este hecho se verifica en el capítulo de análisis sobre accesibilidad geográfica.

Comentarios finales sobre indicadores de disponibilidad

Varios hechos fueron confirmados con la información arriba presentada:

En primer término, la tasa de consultorios por cada 1000 derechohabientes del sistema IMSS es muy baja para esta ciudad, sin embargo la tasa de CC es aún más baja.

En segundo término, el 35.93% los derechohabientes del IMSS y que utilizan los consultorios de conveniencia, están adscritos a una UMF que no es la más cercana. El consultorio de conveniencia, por el contrario, se encuentra casi siempre cerca o en la zona donde se reside.

Finalmente, la adscripción al consultorio familiar del IMSS o del Seguro Popular puede representar el tener que recorrer hasta aproximadamente 23 kilómetros lineales desde el hogar. La longitud de recorrido aumenta considerablemente si se estiman los trayectos reales de acuerdo a las vialidades de la ciudad, y a los recorridos de retorno al hogar.

La distancia hasta el consultorio familiar provoca que los derechohabientes consideren la posibilidad de recibir atención médica en un consultorio más cercano aunque haya un cobro por el servicio, pero como se mostró en el capítulo sobre el perfil de salud de los usuarios de los CC, cuando el tipo de padecimiento es más serio o cuando se trata de

procedimientos requeridos laboralmente, no importan las distancias hasta la unidad oficial de servicio médico.

Para quienes no son derechohabientes, el consultorio de conveniencia es una oportunidad de servicio que ofrece calidad y cercanía. La distancia hogar-consultorio no es la principal limitante para acudir al consultorio de conveniencia, sino la capacidad de pagar los servicios de consulta y receta de medicinas, por ello la mayoría de sus usuarios son las personas de clase social baja y media, y no la clase social muy baja.

3.5 Accesibilidad a los equipamientos de atención primaria de la salud en Ciudad Juárez

En este capítulo se muestran resultados sobre el análisis de accesibilidad geográfica a los equipamientos para la atención primaria de la salud (APS) de IMSS y Seguro Popular donde se encuentran los consultorios de atención ambulatoria o externa para la población derechohabiente. Se contesta también la pregunta de investigación. Los datos pertenecen a los 285 usuarios de CC que fueron encuestados.

Los indicadores de accesibilidad que se tomaron en cuenta con base en las referencias teóricas y de los cuales se exponen resultados luego del trabajo de campo son: distancia euclidiana hogar-consultorio, disponibilidad de medios de transporte, tiempo de recorrido hogar-consultorio y costos de fricción. Estos datos se comparan con los la accesibilidad correspondiente a los CC de la Fundación Best.

Los servicios de consultorios de atención primaria del IMSS son ofrecidos en las Unidades de Medicina Familiar (UMF) y por el Seguro Popular en los centros comunitarios y clínicas llamados Centros de Salud Urbano (CSU), también localizados en distintos puntos de la ciudad.

El propósito principal al exhibir esta información es demostrar que en Ciudad Juárez existe una desigualdad de accesibilidad geográfica a los servicios oficiales de APS, por lo cual las personas optan por aquellos con mejores condiciones de accesibilidad siendo en este caso los consultorios de conveniencia.

3.5.1 Cobertura de servicios de consultorio Vs Accesibilidad

La cobertura de servicios médicos se refiere a la disponibilidad de recursos por cierta cantidad de habitantes o derechohabientes, es decir, las tasas correspondientes de médicos, camas, clínicas, gabinetes de exploración, enfermeras y también consultorios de atención primaria. Las tasas por cantidad de habitantes son más bien una aproximación que no concuerda precisamente con la realidad acerca de quiénes pueden utilizar los servicios, por eso existen también las tasas por cantidad de derechohabientes.

En el subtema 3.4 (indicadores de disponibilidad) se demostró que la tasa de cobertura de servicios del consultorio familiar del IMSS es superior a la correspondiente a los CC teniendo en cuenta las tasas de consultorios por cada 1000 personas de la población en general o específicamente de derechohabientes como indica la OMS, pero una buena cobertura en el área de residencia no es tan útil en tanto no se esté adscrito a un consultorio de la misma área, siendo ello una razón importante para desistir de los servicios del consultorio familiar oficial al que se tiene derecho.

La cobertura de servicios de consultorios tanto del sistema oficial como del privado es insuficiente de acuerdo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud que solicita sea una tasa de 1 consultorio por cada 1000 personas. Una tasa potencial implica tener en cuenta a todas las personas sean o no sean derechohabientes, mientras que una tasa real tiene en cuenta solamente a los derechohabientes de un sistema.

Por parte del sistema de CC, su tasa de consultorios por cada 1000 personas es aún menor que la tasa de consultorios tanto de IMSS como de Seguro Popular, no obstante ello, este sistema privado ha logrado convertirse en el lugar por el que optan utilizar personas que bien pudieran aprovechar su adscripción a la asistencia o a la seguridad social.

Los datos obtenidos han permitido conocer también que más de la mitad de los usuarios de CC se encuentran adscritos a la seguridad o a la asistencia social. La utilización de los CC por estas personas, que son en su mayoría de clase socioeconómica baja y media, se hace cuando se requiere atención médica para malestares comunes y de ordinario tratamiento como lo son las infecciones respiratorias agudas, infecciones estomacales, heridas e incluso la solicitud de prescripción de fármacos.

Los usuarios han creado un patrón de *cercanía de servicios-nivel de necesidad de atención-capacidad económica* puesto que para ser atendidos para malestares que consideran de mayor seriedad, el factor distancia hacia el consultorio oficial no es de relevancia mayor, como tampoco lo es la calidad de la atención ya que de acuerdo con la encuesta, las personas consideran que los médicos de los CC son tan aptos como los del sistema oficial para atender los malestares y situaciones arriba mencionados.

Si hay en existencia más consultorios del sistema oficial que del sistema privado pero las personas tienden a utilizar este último, entonces otro hecho que aclara esta situación es la accesibilidad de los servicios. Esta forma de observar el cómo se opta por un sistema de consulta tiene en cuenta a la cobertura (tasa de consultorios) y a la accesibilidad y sobre los cuales las personas de acuerdo con sus características sociodemográficas hacen su elección de servicios.

Los modelos de utilización que se han descrito en capítulos anteriores dan cuenta del hecho de que la utilización de servicios médicos depende en gran medida de su cercanía o de los medios para que las personas se acerquen a ellos (Rosenberg y Hanlon, 1996).

La distribución actual de equipamientos para la APS se ha rezagado si se observa el crecimiento de la mancha urbana y ya no se relaciona con las características de distribución de los habitantes, los grupos de edad predominantes y transición epidemiológica.

Actualmente, la distribución de equipamientos ha adquirido la característica de centralidad y formación de corredores como señala la teoría de Christaller (citado por Getis y Getis, 1966) sobre el desarrollo con base en un lugar central. En el caso de esta ciudad, los distritos más beneficiados son Aldama y Delicias, donde se encuentra la mayoría de los centros de actividades de diversa índole, mientras que el principal corredor de servicios para la salud se localiza sobre la Avenida Paseo Triunfo de la República (Pronaf).

La centralidad y formación de corredores no debe representar un problema si a cambio se logra la disposición de medios de transporte, vialidades y espacios públicos propios para la movilidad urbana que se conjugan con la calidad y cobertura de servicios.

Para las autoridades, sin embargo, no es tan sencillo estar construyendo equipamientos que cumplan con la cercanía requerida por la población debido a que se tiene que estimar la disponibilidad de suelo, las características epidemiológicas de los usuarios potenciales así como sus características sociodemográficas. Lo anterior conduce a la funcionalidad de los equipamientos.

Con la funcionalidad de los equipamientos, lo que interesa no es tanto que haya cercanía de servicios sino que los mismos sean aprovechados por las personas gracias a que en ellos se brinda verdadera solución a sus problemas de salud, así, lo relevante no es la facilidad para acudir a los consultorios de atención primaria sino la respuesta favorable de los mismos ante las demandas de los usuarios por mantener o recuperar la salud.

Las condiciones anteriores derivan en la necesidad de analizar si los equipamientos para los fines citados son efectivamente aprovechados por los ciudadanos y cuál es el papel que juegan las condiciones de accesibilidad física-geográfica.

3.5.2 Accesibilidad a los servicios de atención primaria de la salud y normatividad

Existen diferentes tipos de accesibilidad a los servicios de atención a la salud teniendo en cuenta las características sociodemográficas de los usuarios, las condiciones administrativas y finalmente, las características físicas geográficas (modelo de Phillips, 1990 y modelo de Aday-Andersen, 1974).

En este caso, se analizará el comportamiento en Ciudad Juárez de los indicadores de la variable *accesibilidad geográfica* a los servicios de atención primaria para la salud (consultorios de atención ambulatoria o externa) con base en la información provista por quienes en la encuesta eran derechohabientes del sistema público.

De acuerdo con los modelos pertinentes, los indicadores de esta variable son la distancia, el tiempo, características de trayecto, medios de transporte e incluso costos de fricción. Por su importancia, el análisis se remite principalmente a las Unidades de

Medicina Familiar (UMF) del IMSS, a las unidades de atención primaria del Seguro Popular (Centros de Salud Urbanos, CSU) y a los CC de la Fundación Best.

Los tiempos estimados se obtuvieron de la encuesta de usuarios, al igual que los datos sobre medios de transporte y costos implicados para estimar la fricción, mientras que las distancias se calcularon desde los centroides de la colonia de residencia hacia la ubicación del consultorio correspondiente.

3.5.2. Distancias, rango de influencia territorial y normatividad

De acuerdo con el Sistema Normativo de Equipamiento Urbano (SEDESOL, 2000) la localización de unidades médicas de los distintos niveles debe ser de acuerdo a distancias lineales de influencia territorial respecto a los derechohabientes (kilómetros radiales) y tiempos deseables de recorrido (minutos) desde el hogar. Los equipamientos oficiales de atención primaria para una ciudad como Juárez son:

- Centro de Salud Urbano, unidades de consulta externa (SES, Seguro Popular)
- Unidad de Medicina Familiar (UMF-ISSSTE)
- Unidad de Medicina Familiar (UMF-IMSS)

Otros equipamientos y que no son de atención primaria son los hospitales con camas (segundo y tercer nivel), hospital regional (IMSS, ISSSTE) y hospitales de especialidades del Sistema Estatal de Salud-Seguro Popular y del IMSS.

La importancia de la Unidad de Medicina Familiar y consultorios de atención primaria, de acuerdo al IMSS, es que en ellos se resuelve el 85% de la atención médica que demandan los derechohabientes de cada institución y consiste en:

- Medicina familiar
- Planificación familiar
- Fomento a la salud
- Orientación nutricional
- Medicina preventiva
- Odontología

- Laboratorio
- Radio diagnóstico
- Urgencias
- Farmacia

El cuadro de servicios de atención primaria de los CC es más limitado, como se señaló en el capítulo VI, correspondiente a la descripción de la Fundación Best y su sistema de CC. Pocos de estos consultorios pueden acercarse a la diversidad de servicios que se obtienen siendo derechohabiente del consultorio familiar del IMSS o del Seguro Popular.

Existen sin embargo condiciones que hacen que los derechohabientes del sistema oficial elijan los servicios del consultorio de conveniencia obteniendo un beneficio a cambio de un costo económico, cuestión que se muestra a continuación.

Cuadro 34: Sistema Normativo de Equipamientos, radios de influencia y cobertura de consultorios

Elemento	Radio de servicio urbano recomendable	Tiempo recorrido recomendable	Población usuaria potencial	Unidad Básica de Servicio (UBS)	Capacidad de la UBS/Día
UMF-IMSS	5 kilómetros	10 minutos	50% de los habitantes (100 de derechohabientes)	Consultorio familiar	48 consultas
UMF-SSSTE	N/A	30 minutos	11% de los habitantes (100% de los derechohabientes)	Consultorio familiar	32 consultas
Centro de Salud (Incluye hospitalización)-SES-SP	Localizarse en el centro de la ciudad. Radio de 5 a 15 kilómetros	60 minutos	Población no derechohabiente de la seguridad social (40% de la población aproximadamente)	Consultorio/ Cama	56 consultas
Centro de Salud Urbano SES-SP	1 kilómetro	30 minutos	Población no derechohabiente de la seguridad social (40% de la población aproximadamente)	Consultorio	56 consultas

Fuente: SEDESOL/Salud y Asistencia Social

La normatividad de SEDESOL permite analizar en qué medida con la localización del equipamiento en Ciudad Juárez se ha logrado que los usuarios se encuentren dentro del rango de influencia territorial o de tiempo de recorrido solicitado.

El rango adecuado de influencia territorial de una UMF a nivel urbano es de 5000 metros a la redonda, mientras que para los Centros de Salud Urbanos (Seguro Popular) es de 1000 metros a la redonda. En el siguiente cuadro se muestra qué porcentaje de las personas encuestadas, usuarias de los CC, se encuentra dentro del rango de influencia territorial de acuerdo a la unidad de salud a la que se tiene derechohabencia.

Cuadro 35: Cantidad y porcentaje de usuarios que se encuentran dentro o fuera del rango de influencia territorial según tipo de derechohabencia

Tipo de derechohabencia		Rango de influencia territorial			Total
		Dentro del rango de influencia	Fuera del rango de influencia	N/A	
IMSS	Cantidad de personas	104	66	0	170
	Porcentaje de personas	61.17%	38.83%	0	100%
ISSSTE	Cantidad de personas	0	0	8	8
	Porcentaje de personas	0%	0%	N/A	100%
Seguro Popular	Cantidad de personas	9	50	0	59
	Porcentaje de personas	15.25%	84.74%	,0%	100%
Pensiones Civiles	Cantidad de personas	N/A	N/A	6	6
	Porcentaje de personas	0%	0%	100%	100%
Cía. Aseguradora	Cantidad de personas	0	0	3	3
	Porcentaje de personas	,0%	,0%	100%	100%
No es derechohabiente	Cantidad de personas	0	0	39	39
	Porcentaje de personas	,0%	,0%	100%	100%
Total	Cantidad de personas	117	119	49	285
	Porcentaje de personas	41.05%	41.75%	17.2%	100,0%

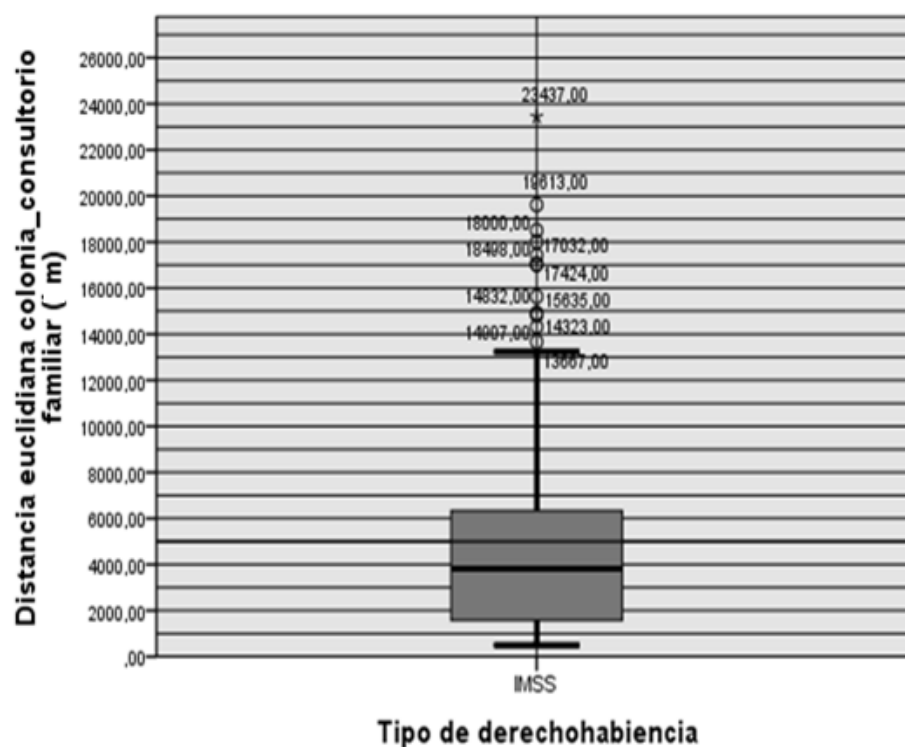
Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema Normativo de Equipamientos de SEDESOL y datos de la encuesta

De acuerdo con la normatividad, el 38.83% de las personas que tienen derechohabencia en el IMSS se encuentra fuera del rango de influencia territorial, es decir, del hogar a la UMF-consultorio familiar correspondiente hay una distancia mayor a 5

kilómetros. Hay casos de personas que se encuentran a distancias mayores a los 10 o 15 kilómetros de la UMF de derechohabencia.

En la siguiente gráfica se muestra cómo se distribuyen las distancias desde el lugar de residencia de los derechohabientes hasta la UMF del IMSS donde se localiza el consultorio familiar. Todos son a la vez usuarios de los consultorios de conveniencia.

Gráfica 64: Distribución por cuartiles de las distancias colonia de residencia-consultorio UMF-IMSS



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

La media de la distancia hogar-UMF del IMSS se ubica en los 4.92 kilómetros mientras que de acuerdo a la mediana, el 50 % de los derechohabientes reside a una distancia menor a los 4 kilómetros. El 38.83% de los derechohabientes se ubica a una distancia mayor de 5 kilómetros del consultorio, esto es, 265,040 derechohabientes del total reportado por el Anuario Estadístico de Chihuahua (2012).

Las distancias comprendidas entre el 25 % y el 50 % de la muestra tienen una menor dispersión que las distancias comprendidas entre el 50% y 75% de la misma muestra

de derechohabientes del IMSS y que son usuarios de CC, lo que significa que a mayores distancias, mayor varianza hay entre las mismas.

Casos extremos son los de aquellas personas que residen a más de 14 kilómetros de distancia lineal de su UMF, mientras que un caso atípico es el de un derechohabiente que reside en Riberas del Bravo a más de 23 kilómetros de su consultorio ubicado en una UMF más allá del centro histórico, esto es, al norponiente de la ciudad.

Varias de estas personas son derechohabientes que no han querido hacer su cambio de consultorio debido a la satisfacción con el mismo, otros debido a la posibilidad de quedarse con un familiar en la zona correspondiente, también quienes recientemente cambiaron de lugar de residencia pero además quienes han encontrado dificultades en el proceso administrativo para ser reubicados en un consultorio más cercano ya que se trata de una operación que involucra a los miembros de la familia.

La norma para los Centros de Salud Urbanos manejados por el Seguro Popular es más estricta en cuanto al radio de influencia territorial. Al solicitarse que la influencia se ejerza en un radio de 1000 metros a la redonda, sólo un 15.75% de los derechohabientes residen dentro del radio estipulado, esto es, 23,375 derechohabientes.

Para el sistema ISSSTE no hay una norma específica respecto a un rango territorial de influencia. Las recomendaciones se remiten al tiempo de recorrido hasta la UMF.

3.5.3 Población dentro del rango de influencia territorial según distrito

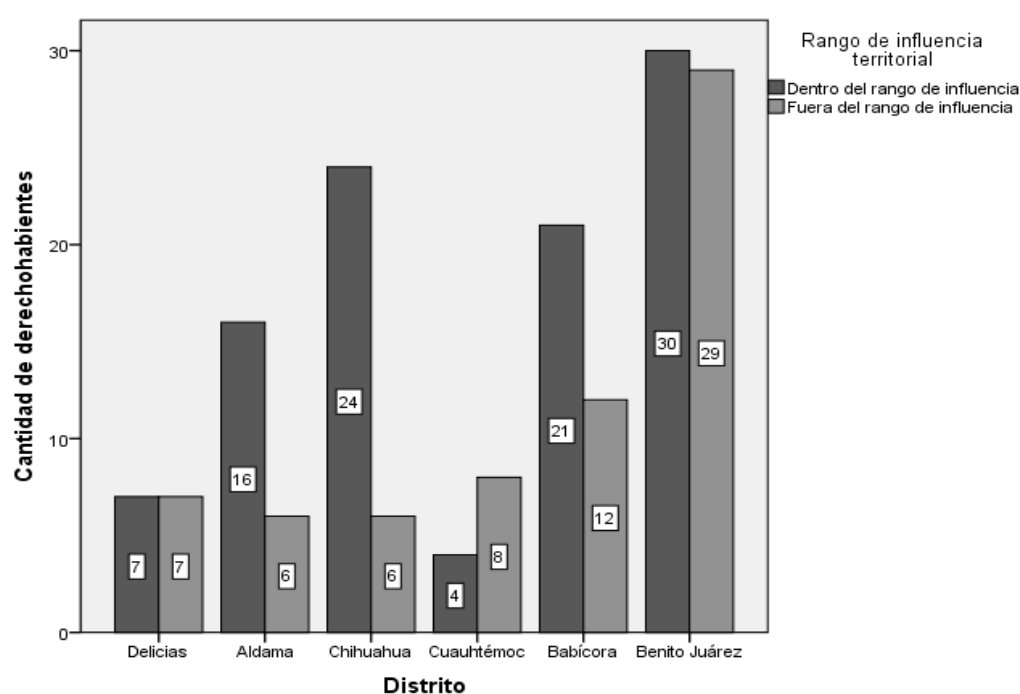
Al tomar en cuenta la división por distritos que se hace de la ciudad, se observa nuevamente que algunos de ellos tienen cierta ventaja por el hecho de haberseles dotado de equipamientos logrando así que mayores proporciones de derechohabientes se encuentren dentro de los rangos de influencia territorial recomendados para instituciones de salud.

El distrito Chihuahua es el que logra una mejor relación de derechohabientes del IMSS dentro-fuera del rango de influencia territorial (4:1). El distrito con la peor relación de derechohabientes en el rango es Cuauhtémoc donde por cada derechohabiente dentro del rango hay dos fuera de él. Exceptuando los distritos Delicias y Cuauhtémoc, en el resto

de los distritos las UMF logran que la mayoría de las personas se encuentre dentro del rango de influencia territorial.

La tarea para los administradores es lograr que más derechohabientes estén cerca de la UMF correspondiente pero ello depende de que se liberen espacios o se aumente la cantidad de consultorios.

Gráfica 65: Cantidad de derechohabientes del IMSS que se encuentran dentro o fuera del rango de influencia territorial según distrito



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

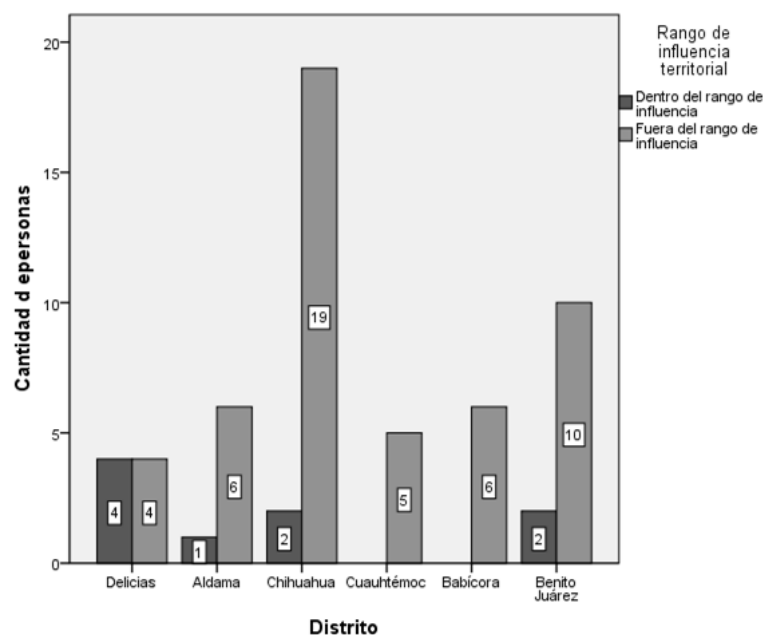
La selección al azar arrojó el resultado de una mayor cantidad de derechohabientes del IMSS habitando en el sector Benito Juárez, que es el de más reciente desarrollo en la ciudad. De acuerdo con el análisis, en este distrito casi la mitad de derechohabientes (49%) tiene su hogar a una distancia mayor de 5 kilómetros de la UMF-consultorio asignada mientras que el 51% se encuentra a 5 kilómetros o menos de su UMF-consultorio asignado.

En la mayoría de los distritos la distribución administrativa de derechohabientes IMSS ha logrado que haya más derechohabientes residiendo a distancias menores a los 5

kilómetros pero debido a la cantidad de derechohabientes que maneja, aun así son bastantes los que tienen que recorrer distancias mayores a los 10 kilómetros. En el caso del Seguro Popular la norma es más estricta por lo que esta institución no cumple fácilmente con lo estipulado por SEDESOL.

La administración del Seguro Popular enfrenta la situación de que el rango de influencia territorial solicitado es más estrecho (1 kilómetro a la redonda) a la vez de que hay pocos equipamientos realmente funcionales en la ciudad, lo que deriva en el hecho de que la mayor parte de los derechohabientes residen fuera del rango mencionado.

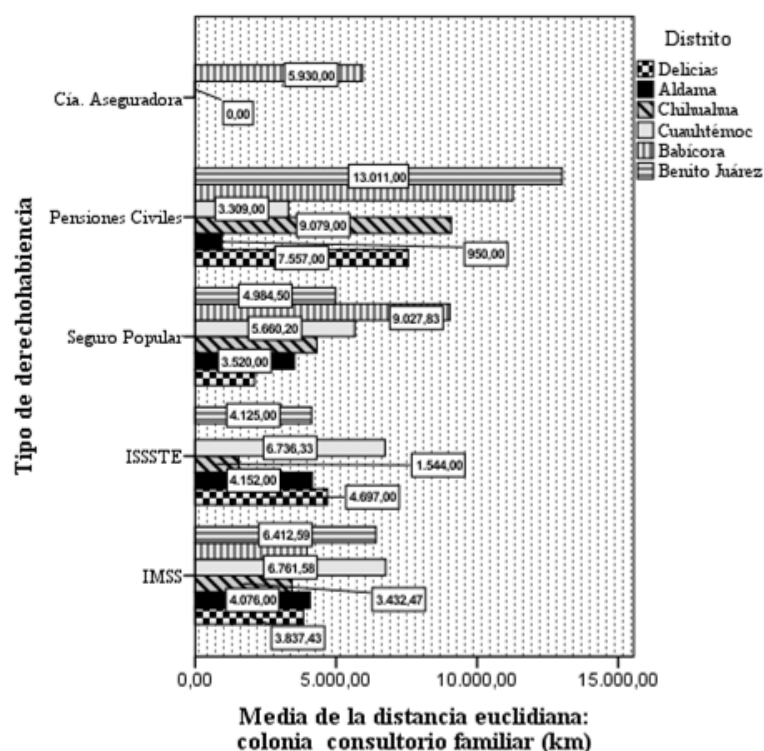
Gráfica 66: Cantidad de derechohabientes del Seguro Popular que se encuentran dentro o fuera del rango de influencia territorial según distrito



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

En ninguno de los distritos el Seguro Popular logra una ventaja en la relación de usuarios dentro-fuera del rango de influencia territorial. Si bien en los distritos Babicora y Cuauhtémoc todas las personas residen a una distancia mayor a 1000 metros de la unidad de atención (CSU), es en el distrito Chihuahua donde la diferencia es más notable debido a la cantidad de derechohabientes.

Gráfica 67: Medias de distancia euclidiana desde la colonia de residencia al consultorio de derechohabencia por distrito y tipo de derechohabencia



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

Aunque las personas en general no están al tanto de las normatividades que solicitan una cercanía determinada de los equipamientos para la salud, sí se crea en ellas una idea sobre qué unidades de atención se encuentran más próximas. Para los derechohabientes del IMSS que residen en el distrito Cuauhtémoc la media de distancia al consultorio familiar es la mayor con 6.76 kilómetros de recorrido.

En el caso del Seguro Popular, son los residentes del distrito Babícora quienes tienen el mayor promedio de distancia recorrida (9.02 kilómetros) hacia el consultorio donde se declaró tener derechohabencia.

Los datos permiten comprobar que en el aspecto de distancia hogar-consultorio como indicador de la accesibilidad geográfica, los CC se encuentran por lo general a menores distancias que los consultorios provistos tanto por el IMSS como por el Seguro Popular en sus clínicas y centros de salud urbanos.

En distritos como Delicias y Aldama las distancias medias de recorrido hacia el consultorio oficial son notoriamente menores que en los consultorios oficiales de los distritos Cuauhtémoc, Benito Juárez y Babícora pero aun así siguen teniendo ventaja los CC por sus menores promedios de distancia.

El resto de servicios de atención primaria (ISSSTE, Pensiones Civiles, Hospitales Privados) no pueden competir con los CC en el aspecto de la distancia debido al bajo número de equipamientos distribuidos sobre el territorio de la ciudad.

El sistema de CC logra finalmente que las personas los cataloguen como un servicio al que es fácil de acudir debido a su cercanía desde casi cualquier punto de la ciudad. En promedio, los consultorios de este tipo se encuentran a 751 metros de distancia de los usuarios según la encuesta donde se ubicaron los lugares de residencia de los usuarios y los lugares donde se encuentran los consultorios.

3.5.4 Tiempos de recorrido hacia el consultorio oficial y al consultorio de conveniencia

El tiempo de recorrido es otro indicador de accesibilidad a los servicios de salud. Varios hechos pueden incidir en el aumento o la disminución de los tiempos de recorrido, estos hechos son la existencia de vialidades, tráfico, disponibilidad de transporte público e incluso el contar con un vehículo propio.

Los modelos de accesibilidad señalan que también la edad afecta los tiempos de recorrido, sobre todo si se trata de personas que van a pie a las unidades de atención. Por lo anterior, las distancias cortas no siempre representan una ventaja real, así como las distancias largas no siempre representan dificultades que no se puedan sortear por los usuarios.

Retomando las referencias del Sistema Normativo de Equipamientos (cuadro 1), se recomienda que los usuarios efectúen un tiempo de recorrido de hasta 10 minutos cuando se trasladan a la Unidad de Medicina Familiar del IMSS. Para el traslado al Centro de Salud Urbano (Seguro Popular) se recomienda un tiempo no mayor de 30 minutos.

En el caso del ISSSTE sí existe en este caso una normatividad, la cual es de un tiempo de recorrido de hasta 30 minutos a la Unidad de Medicina Familiar. Para los tres casos, la unidad básica de servicio sigue siendo el consultorio de atención primaria externa.

Cuadro 36: Cantidad y porcentaje de usuarios que se encuentran dentro o fuera del rango de tiempo de recorrido según tipo de derechohabencia

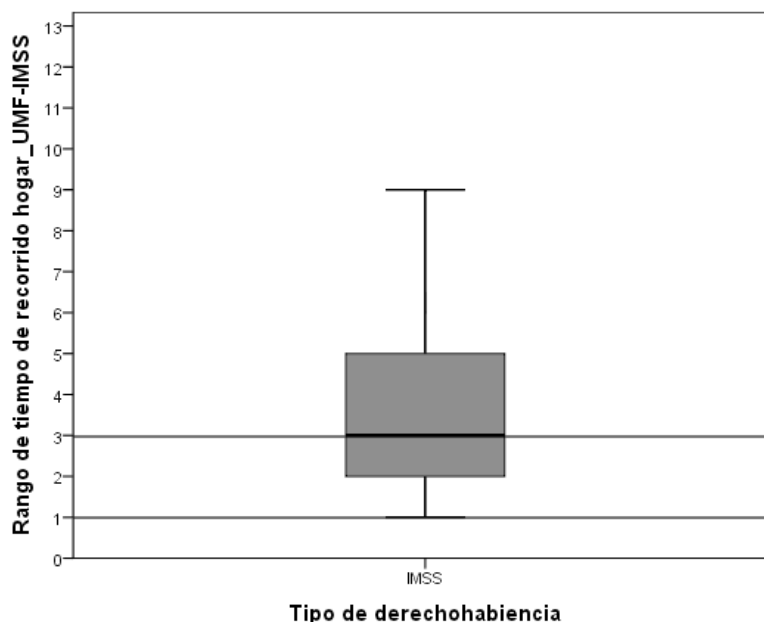
			Rango de tiempo de recorrido			Total	
			Dentro del rango de tiempo	Fuera del rango de tiempo	N/A		
Tipo de derechohabencia	IMSS	Cantidad	54	116	0	170	
		Porcentaje	31,8%	68,2%	0,0%	100,0%	
	ISSSTE	Cantidad	8	0	0	8	
		Porcentaje	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	Seguro Popular	Cantidad	33	26	0	59	
		Porcentaje	55,9%	44,1%	0,0%	100,0%	
	Pensiones Civiles	Cantidad	0	0	6	6	
		Porcentaje	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	
	Cía. Aseguradora	Cantidad	0	0	3	3	
		Porcentaje	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	
	No es derechohabiente	Cantidad	0	0	39	39	
		Porcentaje	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	
Total		Cantidad	95	143	47	285	
		Porcentaje	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

En el caso de los tiempos de recorrido recomendados, la norma es más severa con las UMF del IMSS que con los Centros de Salud Urbanos del Seguro Popular, es decir, lo contrario respecto al rango de influencia territorial. Debido a lo anterior, un 68.2% de los derechohabientes del IMSS se clasifican como fuera del rango de tiempo de recorrido recomendado al requerir de más de 10 minutos para llegar a la unidad correspondiente.

Al establecerse una norma de hasta 30 minutos recomendados para transportarse al Centro de Salud Urbano, los datos de la encuesta muestran que se alcanza un 55.9% de derechohabientes dentro de este rango mientras que el 44.1% de los encuestados necesita 31 minutos o más para llegar al CSU de derechohabencia.

Gráfica 68: Distribución por cuartiles de los tiempos de recorrido a las UMF-IMSS



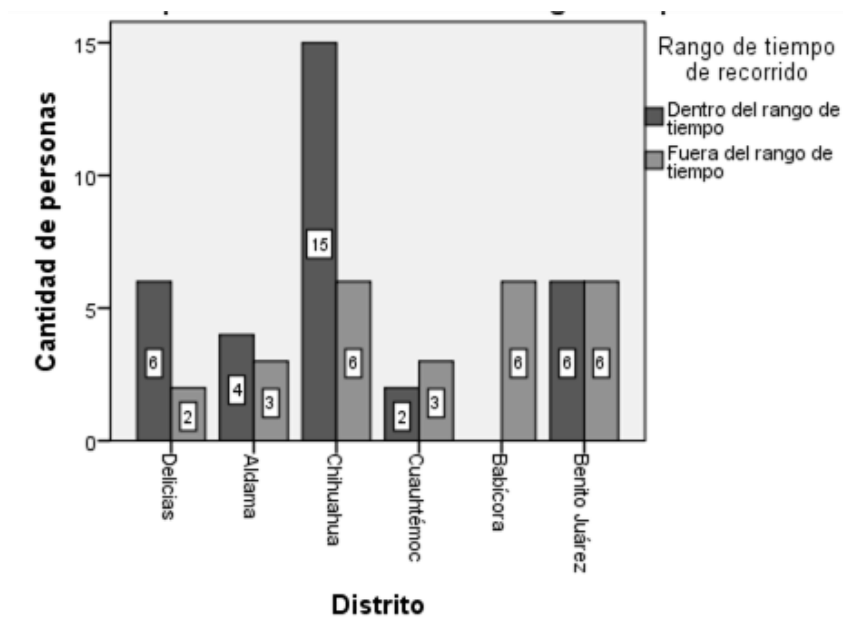
Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

Los rangos de tiempo establecidos en el programa estadístico muestran que el 50% de las personas emplean 29 minutos o menos para llegar a la UMF (rango 3). A partir de los 30 minutos, los tiempos de recorrido son más dispersos. El 75% de los derechohabientes requiere de 49 minutos o menos para llegar de su casa a la UMF (rango 5). La posición del bigote en el rango 9 indica que hay personas que emplean de 90 a 99 minutos de recorrido.

Mientras que los datos de tiempo de recorrido fueron proporcionados por las personas que participaron en la encuesta, otro ejercicio de mayor precisión fue el de realizar el recorrido *de motu proprio* y registrar el tiempo aunque con un número bajo de repeticiones de viaje.

Siguiendo el mismo orden de análisis, se muestran enseguida las cantidades de personas por distrito que están dentro o fuera del rango de tiempo solicitado por la norma para el Seguro Popular.

Gráfica 69: Cantidad de derechohabientes del Seguro Popular dentro o fuera del rango de tiempo de recorrido por distrito (30 minutos o menos)



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

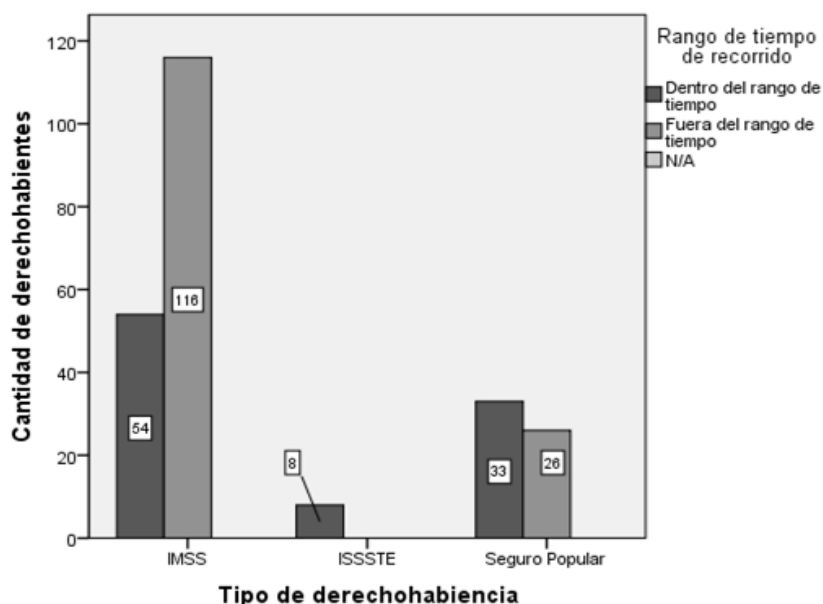
Debido a que la norma sugiere un tiempo de recorrido de hasta 30 minutos para llegar a la unidad de salud, es que el Seguro Popular logra que la mayoría de sus derechohabientes estén dentro del rango de tiempo.

En el distrito Benito Juárez la cantidad de personas que están dentro de este rango es igual a la cantidad de personas que están fuera del mismo. El distrito Chihuahua destaca por su mayor cantidad de derechohabientes; en este distrito la cantidad de personas dentro del rango de tiempo es poco más del doble de la que está fuera del mismo (15:6).

Es solamente en el distrito Cuauhtémoc donde hay más personas fuera de rango que dentro de rango.

Otra institución oficial que presta servicios de salud es el ISSSTE, el cual tiene en la ciudad dos unidades de atención distanciadas entre sí por más de 15 kilómetros. Todas las personas que declararon tener derechohabiencia en esta institución realizan tiempos de recorrido dentro del rango de tiempo establecido por la norma (30 minutos como máximo).

Gráfica 70: Cantidad de derechohabientes dentro o fuera del rango de tiempo de recorrido según derechohabiencia



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

En promedio, los derechohabientes encuestados del ISSSTE recorren 4.85 kilómetros hacia la unidad correspondiente, ya sea a la zona Pronaf o hacia la colonia Hacienda Torres Universidad en el distrito Benito Juárez. La posesión de vehículo propio es un factor que ayuda a disminuir los tiempos de recorrido. De entre los derechohabientes a las distintas instituciones, los correspondientes al ISSSTE en su mayoría son poseedores de vehículo propio (tres de cada cuatro personas).

Los equipamientos oficiales para la salud donde se localizan los consultorios de atención primaria tienen dificultades para lograr que los derechohabientes se encuentren dentro de los rangos de distancia territorial o de tiempos de recorrido debido a la distribución administrativa de derechohabientes y a la insuficiente tasa de cobertura de consultorios. ¿Qué sucede mientras tanto con los CC? A continuación se analizan las distancias recorridas y tiempo necesario para que los usuarios arriben a estas unidades de atención médica.

Se conoce que los CC se encuentran distribuidos territorialmente en casi toda la ciudad (subtema 1.5). Esta distribución hace suponer que las personas buscan ser atendidas en uno de estos consultorios de acuerdo a su cercanía, a diferencia de lo que sucede con el consultorio oficial (IMSS, ISSSTE, Seguro Popular) al que se tiene derecho donde la asignación no siempre corresponde al consultorio más cercano (subtema 1.2).

En cuanto a la distancia hacia el consultorio de conveniencia, el 90% de los encuestados reside a 1000 metros o menos del consultorio de los mismos, con un promedio de distancia de 751 metros. Quienes deben recorrer mayores distancias son los habitantes aledaños a la Sierra de Juárez (en el distrito Chihuahua) y los habitantes de los nuevos fraccionamientos hacia el sur oriente y rumbo a la Ciudad Universitaria que pertenece al distrito Benito Juárez. Estas áreas son las de menor densidad de CC en la ciudad.

Cuadro 37: Comparación de promedios de distancia desde el lugar de residencia hacia el consultorio

Tipo de servicio	UMF-IMSS	UMF-ISSSTE	CSU-Seguro Popular	Consultorio de Conveniencia
Distancia promedio (kilómetros)	4.921	4.856	4.650	0.751

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

Si bien hay derechohabientes que recorren distancias mayores a los 10 kilómetros al consultorio familiar, los promedios de distancia al mismo son menores a los 5 kilómetros mientras que el promedio de distancia al consultorio de conveniencia es seis veces menor.

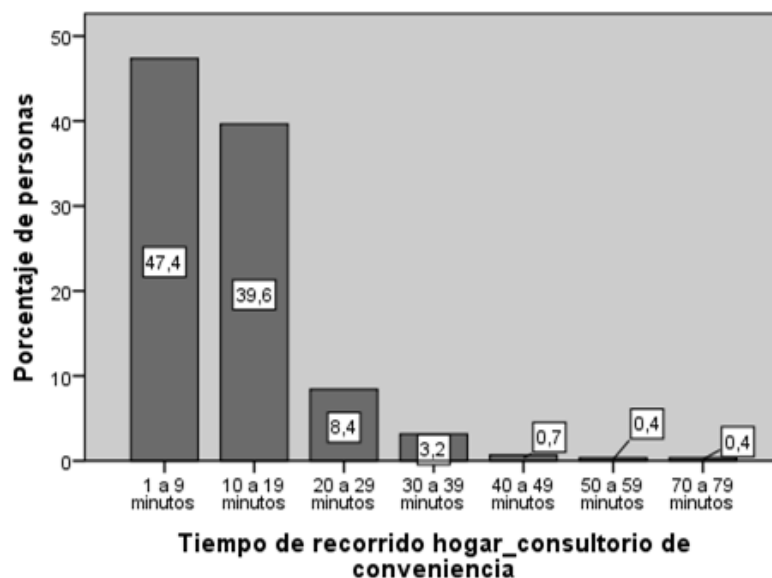
Cuadro 38 : Comparación de promedios de tiempos de recorrido desde el lugar de residencia hacia el consultorio. Viaje sencillo

Tipo de servicio	UMF-IMSS	UMF-ISSSTE	CSU-Seguro Popular	Consultorio de Conveniencia
Tiempo promedio (minutos)	36	25	38	17

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

Sobre los tiempos de recorrido del hogar al consultorio, de acuerdo con las estadísticas el 87% de los usuarios de CC tarda 19 minutos o menos para llegar al mismo, y el 8.4% tarda hasta 29 minutos. Sólo cuatro personas cubren el trayecto en 40 minutos o más pero es debido a que el consultorio se encuentra cerca de su centro laboral.

Gráfica 71: Tiempos de recorrido hogar_consultorio de conveniencia



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

Se concluye que los CC se localizan a distancias en promedio más cercanas a los usuarios, a comparación de los consultorios de los sistemas oficiales lo que al mismo tiempo influye en la reducción de tiempos de recorrido.

3.5.5 Disponibilidad de medios de transporte

Un indicador más de la accesibilidad geográfica a los equipamientos es la disponibilidad de medios de transporte en caso de que las distancias o características de trayecto no sean lo bastante apropiados para hacer el recorrido a pie. Algunos de los modelos de accesibilidad que toman en cuenta esta condición son el de Young, citado por Coreil en 2010 (costos de transporte), Tucker y Sanjur en 1988 (disponibilidad de tiempo y tipos de transporte) así como las referencias generales del modelo de Julio Frenk para el Instituto Nacional de Salud Pública.

En Ciudad Juárez puede considerarse que la cobertura territorial de transporte público es buena para la mayoría de las zonas si se tiene en cuenta la cantidad de líneas de a las que se les ha concesionado este servicio, aunque para las zonas más nuevas y a la vez más alejadas de los centros de actividades se requiere una mayor provisión de este tipo de servicios, estas zonas son las desarrolladas hacia Ciudad Universitaria y Valle de Juárez.

El modelo general de cobertura de transporte público en esta ciudad se asemeja a aquéllas donde el antiguo centro comercial de la ciudad se convierte en el nodo principal de destino y partida de vehículos. Además del centro comercial de la ciudad, otros destinos importantes son las colonias donde reside la población y los parques industriales. El trayecto a tales lugares contempla el paso por lugares como las escuelas, oficinas de gobierno y unidades para la atención de la salud.

La mayoría de los derechohabientes al IMSS y al Seguro Popular utilizan el transporte público para acudir al consultorio de atención primaria. Por su parte, todos los derechohabientes encuestados que pertenecen al ISSSTE utilizan vehículo propio para el mismo propósito.

Cuadro 39: Tipo de transporte usado para llegar a la unidad de salud oficial-consultorio

Tipo de derechohabencia	Tipo de transporte usado para llegar a la unidad de salud						Total
	Transporte público	Taxi	Vehículo propio	A pie	Otro	N/A	
IMSS	68,8%	0,5%	20,0%	10,0%	0,0%	0,0%	100,0%
ISSSTE	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Seguro Popular	69,5%	0,0%	20,3%	10,2%	0,0%	0,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

En Ciudad Juárez, la posesión de un vehículo propio es más factible para personas con ingresos no muy altos dadas las condiciones del mercado para la compra y venta de vehículos de segundo uso que por lo general son importados de los Estados Unidos. El costo de este tipo de vehículos es sensiblemente menor que los vehículos nuevos comercializados en las agencias nacionales.

Cuadro 40 : Porcentajes de posesión de vehículo propio según derechohabiencia de los usuarios de consultorios de conveniencia

Tipo de derechohabiencia		Posesión de vehículo propio		Total
		Sí	No	
	IMSS	39,4%	60,6%	100,0%
	ISSSTE	75,0%	25,0%	100,0%
	Seguro Popular	30,5%	69,5%	100,0%
	Pensiones Civiles	100,0%	0,0%	100,0%
	Cía. Aseguradora	100,0%	0,0%	100,0%
	No es derechohabiente	30,8%	69,2%	100,0%
Total		39,3%	60,7%	100,0%

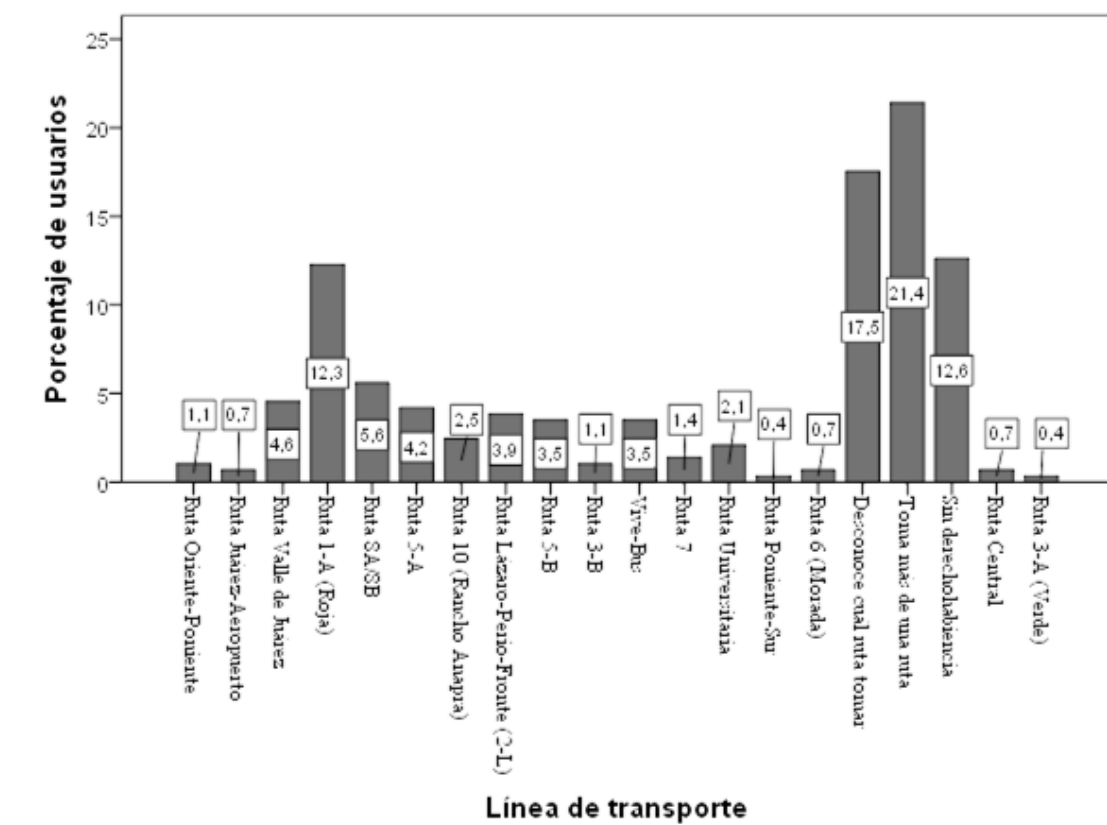
Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

Al comparar la posesión de vehículo propio y el tipo de transporte utilizado para acudir al consultorio, se observa que no siempre los poseionarios de un vehículo emplean el mismo y que en su lugar prefieren el transporte público, así, el 39.4% de los derechohabientes del IMSS tiene vehículo propio pero sólo el 20% lo emplea en su movilización a hacia esta institución.

Siguiendo este análisis, el 30.5% de los derechohabientes del Seguro Popular posee vehículo propio pero sólo el 20.3% de ellos lo utiliza en su movilización. De acuerdo con los encuestados, el hecho de preferir el transporte público sobre el vehículo propio se debe al ahorro en los rubros de gasto de combustible y pago de estacionamiento.

Las líneas de transporte solucionan la necesidad de movilizarse a la unidad de salud a la que se tiene derechohabiencia cuando no se utiliza un vehículo propio, sin embargo los usuarios deben estar dispuestos a tolerar ciertas inconveniencias como los tiempos de recorrido, malas condiciones mecánicas del autobús, falta de disponibilidad de lugares para personas con desventajas físico-motrices, periodicidad así como la saturación interna de espacios.

Gráfica 72: Porcentajes de utilización de las líneas de transporte público para acudir al consultorio de derechohabencia

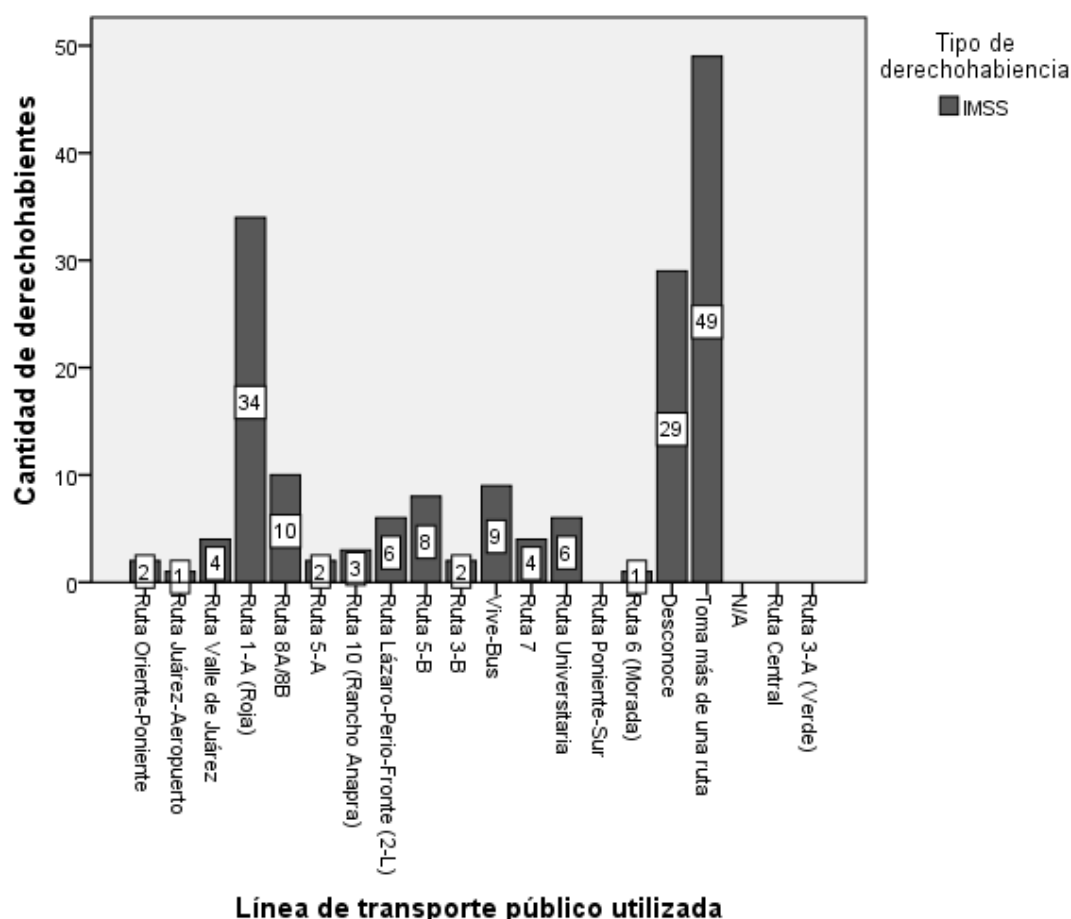


Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

De entre quienes utilizan el transporte público, hay un 21.4% que debe utilizar más de un autobús para cumplir con el recorrido hacia la unidad de salud. Las líneas de transporte con más frecuencia de uso son la Ruta 1-A (12.3%), Ruta 8A/ 8B (5.6%), Ruta Valle de Juárez (4.6%), Ruta 5-A (4.2%), y Ruta 2-L (3.9%).

El moderno sistema de transporte público llamado Vive Bus es utilizado solamente por el 3.5% de las personas con derechohabencia, preferentemente hacia las UMF del IMSS localizadas en Estación Babícora y colonia Manuel Valdez que se encuentran sobre el trayecto correspondiente al Blvd. Zaragoza. El sistema también puede acercar a las personas a la unidad del Seguro Popular localizada en el cruce de Vicente Guerrero y Juárez en el centro histórico.

Gráfica 73: Cantidad de derechohabientes del IMSS por línea de transporte público



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

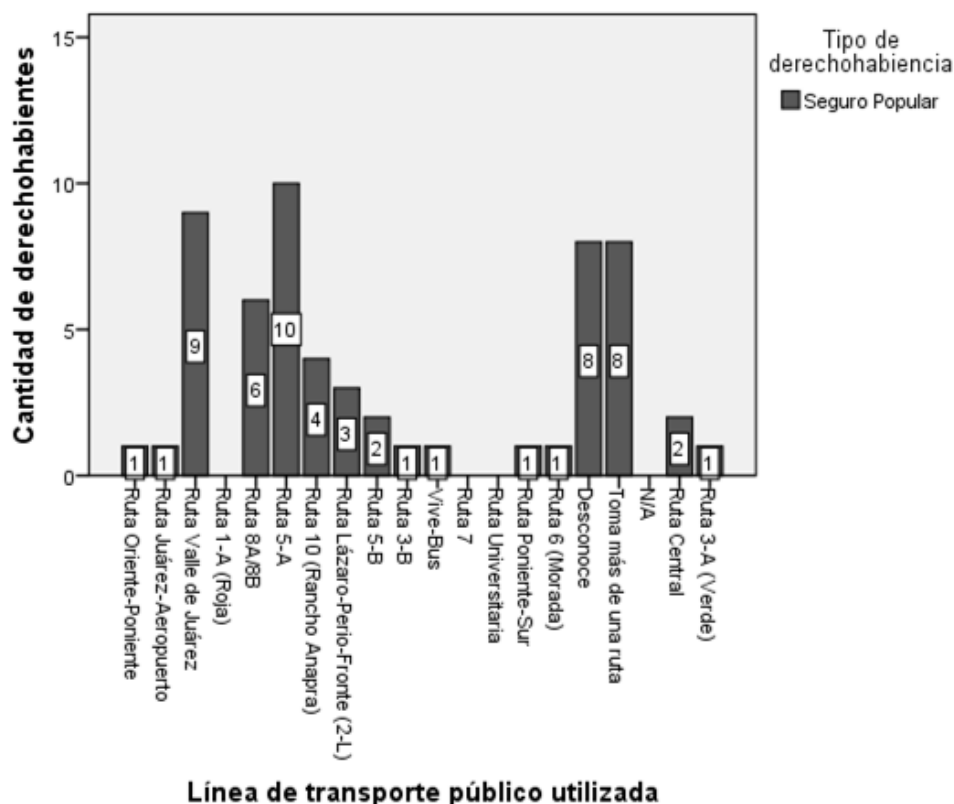
Para los derechohabientes del IMSS, la línea de transporte público más utilizada es la 1-A. Esta línea es multi troncal, es decir, tiene diversas ramificaciones conforme se aleja del punto de partida. Gracias a su trayecto, la línea acerca a las personas a las UMF localizadas en Ave. Manuel J. Clouthier, Villas Salvárcar y Babícora principalmente.

La cobertura de las líneas de transporte es insuficiente sin embargo para el 28.82% de los derechohabientes del IMSS quienes deben usar por lo menos dos autobuses en el viaje de ida a la UMF. Esto se repite en el viaje de retorno al hogar.

Quienes no saben con certeza qué línea de transporte los lleva a la UMF son las personas que se transportan a pie o que utilizan un vehículo propio. Este segmento corresponde al 17% de los derechohabientes.

La disponibilidad de transporte para llegar a las unidades del Seguro Popular también tiene características importantes debido a la manera en que se han distribuido territorialmente los equipamientos de esta institución.

Gráfica 74: Cantidad de derechohabientes del Seguro Popular por línea de transporte público



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

La línea de transporte público más utilizada por los derechohabientes del Seguro Popular es la 5-A, cuyo trayecto puede acercar a las personas a los Centros de Salud Urbanos (CSU) localizados en la colonia Santa María, colonia Hermenegildo Galeana y unidad Altavista (Guerrero y Juárez) así como la unidad de Femap en Ave. Malecón.

La unidad del Seguro Popular localizada en la colonia Águilas de Zaragoza otorga cobertura a los derechohabientes que residen hacia Zaragoza. La línea de transporte que lleva a los derechohabientes a esta unidad es la llamada “Valle de Juárez”, sin embargo luego de bajar del autobús, las personas deben caminar cerca de 300 metros, lo que es un inconveniente para quienes no se encuentran en aptitud física para tal tarea.

En el otro extremo de la ciudad hacia el norponiente, la unidad localizada en Rancho Anapra es capaz de dar servicio a los residentes de esa colonia y aledaños como Felipe Ángeles, Ladrillera y Altavista. Para llegar a esta unidad es necesario transportarse en la línea llamada “Ruta 10” que hace su recorrido desde el centro de la ciudad, luego sobre el Blvd. Bernardo Norzagaray y después de tomar una porción del Camino Real, entrar a la colonia Rancho Anapra.

En la ciudad hay más de 20 líneas de transporte público para llevar a las personas hacia casi cualquier destino, incluyendo los equipamientos oficiales de APS. Las líneas otorgan una mejor cobertura a los distritos más antiguos (Delicias y Aldama) y por ende a los equipamientos ahí localizados (centro histórico y zona Pronaf).

Cuadro 41: UMF-IMSS cubiertas por las líneas de transporte público

Unidad	UMF 46	UMF 47	UMF 56	UMF 34	UMF 50	UMF 64	UMF 48	UMF 61	UMF 62	UMF 63	UMF 65	UMF 67	UMA 66
Línea /Calles, colonias	Henry Dunant, Pronaf	Libertad, Col.Chaveña	Hidalgo, Col. Durango	V. Fuentes, Inf. Casas Grandes	Cartagena, Col. El Mirador	Henequén, Col. Salvárcar	M.J. Clouthier (Jilotepec)	Carlos Villarreal, Pronaf	Para y Gama, Col. Fco. I. Madero	Coatepec, Col. Díaz Ordaz	Ejido Galeana, Col. Manuel Valdez	Santos Dumont, Fcc. Panamericano	Lote Bravo, Horizontes del Sur
Oriente Poniente	✓	⊗	✓	⊗	⊗	⊗	⊗	✓	✓	⊗	⊗	⊗	⊗
Jrz-Aerop.	✓	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	✓	⊗	⊗	⊗	✓	⊗
Valle de Jrz.	✓	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	✓	⊗	⊗	⊗	✓	⊗	⊗
1-A	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	✓	✓	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	✓
8A/8B	✓	⊗	⊗	✓	✓	⊗	⊗	✓	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
5-A	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
Ruta 10	⊗	⊗	✓	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	✓	⊗	⊗	⊗	⊗
2-L	✓	⊗	✓	⊗	⊗	⊗	⊗	✓	✓	⊗	⊗	⊗	⊗
5-B	⊗	✓	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
3-B	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	✓	⊗	⊗	⊗
Vive-Bus	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	✓	⊗	⊗	⊗	⊗	✓	⊗	⊗
Ruta 7	⊗	✓	⊗	⊗	✓	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
Universitaria	⊗	⊗	⊗	✓	⊗	✓	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
Poniente-Sur	✓	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	✓	⊗	⊗	⊗	⊗	✓
Ruta 6	⊗	⊗	⊗	✓	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
Ruta Central	✓	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	✓	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
3-A	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	✓	⊗	⊗	⊗
Mercado Abastos	⊗	✓	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
Transportistas Unidos	⊗	✓	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
1-B	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	✓	✓	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗

Fuente: Elaboración propia con base en recorridos sobre las rutas correspondientes

Algunas clínicas del IMSS tienen mejor cobertura por parte de las líneas de transporte público, destacando las localizadas en el área Pronaf (UMF 46 y UMF 61). La UMF 67 localizada en el área llamada “Kilómetro 20” es la clínica con la menor cobertura de líneas de transporte público, lo que representa un problema de accesibilidad para los derechohabientes que no pueden acudir a pie o carecen de vehículo propio.

En cuanto a las líneas de transporte público, son la Poniente Sur y la Ruta 1-A las que más UMF-IMSS tocan durante su trayecto. La primera, transportando gente a las unidades localizadas en las colonias Durango, Francisco I. Madero y Valentín Fuentes; la segunda transportando gente a las unidades que se encuentran en la colonia Salvárcar, Ave. M.J. Clouthier y la UMA en Lote Bravo. Otra línea que destaca por la cantidad de UMF-IMSS que toca en su trayecto es la 2-L, que transporta personas desde la colonia Fronteriza Baja hasta Pronaf, pasando por el centro histórico. Esta línea es utilizada por los derechohabientes de las UMF 46, 56, 61 y 62.

Debido a la diferente disponibilidad de líneas de transporte público, la accesibilidad a las UMF-IMSS es variable. Se puede llegar fácilmente a las unidades localizadas en el área Pronaf y distrito Delicias debido a la amplia cantidad de autobuses que transitan estas zonas con destino o proveniencia. A medida que las UMF se encuentran más lejanas y hacia el sur oriente, la oferta de autobuses así como su periodicidad de paso disminuye.

Las líneas de transporte público que conducen a las personas a los CSU del Seguro Popular también presentan diferencias en la periodicidad de paso y trayectos. De acuerdo con la investigación, los CSU-SP más utilizados por los derechohabientes son dos: el localizado en el centro de la ciudad (Altavista) y la unidad de consulta externa localizada en Ave. Paseo Triunfo de la República. Otros CSU y clínicas se localizan en distintas colonias, existiendo una mayor tasa de servicios para los distritos Aldama, Delicias y Chihuahua.

Una serie de CSU se localiza sobre la Ave. de los Aztecas, que se convierte en Carlos Amaya y esta a su vez en Belisario Domínguez hasta el centro de la ciudad. Este recorrido es aprovechado por los derechohabientes que pueden utilizar la línea 5-A y que en su trayecto llega hasta el Hospital Femap en Ave. Malecón.

Cuadro 42: Unidades de atención primaria del Seguro Popular cubiertas por el transporte público

Unidad	Altavista	CAAPS Anapra	CSU Galeana	FEMAP	CSU Santa María	CAAPS Águilas	UCE Paseo
Línea /Calles, colonias	Guerrero y Juárez (C.Col. Rancho Anapra	Calle Carlos Amaya, Ave. Malecón	Col. Santa María	Col. Águilas de Zaragoza	Ave. Paseo Triunfo de la República		
Oriente Poniente	✓	⊗	⊗	✓	⊗	⊗	⊗
Jrz-Aerop.	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
Valle de Jrz.	✓	⊗	⊗	⊗	⊗	✓	✓
1-A	✓	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
8A/8B	⊗	⊗	✓	✓	⊗	⊗	✓
5-A	✓	⊗	✓	✓	✓	⊗	⊗
Ruta 10	✓	✓	⊗	✓	⊗	⊗	⊗
2-L	✓	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	✓
5-B	✓	⊗	✓	⊗	⊗	⊗	⊗
3-B	✓	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
Vive-Bus	✓	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
Ruta 7	✓	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
Universitaria	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
Poniente-Sur	✓	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	✓
Ruta 6	✓	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
Ruta Central	✓	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
3-A	✓	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
Mercado Abastos	✓	⊗	✓	⊗	✓	⊗	⊗
Transportistas Unidos	✓	⊗	✓	⊗	⊗	⊗	⊗
1-B	✓	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗

Fuente: Elaboración propia con base en recorridos sobre las rutas correspondientes

A comparación de las UMF del IMSS, para las unidades CSU del Seguro Popular no existe tanta diversidad de líneas de transporte público que otorguen cobertura por varias razones: hay una menor cantidad de equipamientos, la concentración de los mismos es principalmente sobre vialidades de los distritos Delicias, Aldama y Chihuahua habiendo así una mínima cantidad de equipamientos en los distritos Benito Juárez, Babícora y Cuauhtémoc.

Por encontrarse en el centro de la ciudad, la unidad CSU Altavista tiene bastante accesibilidad en cuanto a líneas de transporte, lo mismo sucede con la unidad de consulta externa localizada sobre Ave. Paseo Triunfo de la República.

Como se indicó ya, las unidades del Seguro Popular que se encuentran en las colonias suelen canalizar a sus derechohabientes a las unidades Altavista y Paseo Triunfo, lo que complica la movilización de las personas al incrementarse las distancias de recorrido.

Los usuarios de los CC tienen otro esquema de movilización. La mayoría de ellos (54.7%) se traslada a pie debido a la cercanía. Quienes se atienden en un consultorio de conveniencia lejano a su hogar lo hacen debido a la cercanía con su lugar de trabajo.

Cuadro 43: Formas de movilización de las personas desde su hogar al consultorio de conveniencia

Forma de movilización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje validado	Porcentaje acumulado
Transporte público	78	27,4	27,4	27,4
Taxi	3	1,1	1,1	28,4
Vehículo propio	48	16,8	16,8	45,3
A pie	156	54,7	54,7	100,0
Total	285	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la encuesta

Un 27.4% de los usuarios de estos consultorios emplea el transporte público pero aun así la mayoría de ellos reside en un radio inferior a los 3 kilómetros.

Sólo un 16.8% de los encuestados utiliza un vehículo propio para transportarse al consultorio de conveniencia. Estas personas realizan al mismo tiempo otras actividades como son la compra de despensa en el supermercado o entretenimiento, ello cuando el consultorio se encuentra en un *mall* o aledaño a este, como sucede con los consultorios localizados en el centro de la ciudad, en Río Grande Mall, Galerías Tec y Mall Las Torres.

El 58% de quienes utilizan vehículo propio son de clase socioeconómica media y alta. Aunque los de clase socioeconómica muy alta utilizan también vehículo, es poca la frecuencia con la que acuden a este tipo de consultorios, lo mismo sucede con los de clase socioeconómica muy baja debido a los problemas para costear ya no solo el servicio médico sino el costo de transportarse en auto. La clase socioeconómica baja representa al 30% de los usuarios que utilizan vehículo propio al transportarse al consultorio de conveniencia.

Para realizar una aproximación a los tiempos reales de recorrido del hogar a la unidad de salud, se abordaron varias líneas de transporte público seleccionándolas de acuerdo a la cantidad de unidades que tocan en su recorrido y a la longitud del trayecto.

Los datos se obtuvieron en un horario de 9 de la mañana a 1 de la tarde. Debido a que solamente se abordó una vez cada unidad, no se considera que los datos de tiempo tengan valor estadístico pero hay otros datos importantes como son las características del trayecto, las condiciones de las líneas de transporte.

La Ruta 5-A se caracteriza por tocar en su recorrido a varias de las unidades del Seguro Popular, siendo la más importante el CSU Altavista en el centro de la ciudad (Guerrero y Juárez).

Cuadro 44: Tiempo, trayecto y distancias de recorrido de líneas de transporte público seleccionadas. Ruta 5-A

Línea de transporte	Punto de partida	Trayecto de Smart Oasis a Malecón y Lerdo	Trayecto de Malecón y Lerdo a Smart Oasis	Punto de retorno	Línea de transporte
5-A	Terminal Smart Oasis: Carretera Casas Grandes y Blvd Zaragoza	• Blvd. Zaragoza • Ave. Aztecas • Carlos Amaya • Belisario Domínguez • Terminal centro, Vicente Guerrero • Ramón Corona • Malecón y Lerdo	• Fco. Villa • Mariscal • Vicente Guerrero, terminal centro • Belisario Domínguez • Carlos Amaya • Ave. Aztecas • Blvd. Zaragoza • Smart Oasis	Terminal Malecón y Lerdo	5-A
Desde	A	Tiempo	Desde	A	Tiempo
Smart Oasis	Clínica Santa María	10 minutos	Malecón y Lerdo	Clínica Santa María	35 minutos
Smart Oasis	CSU Galeana	20 minutos	Malecón y Lerdo	CSU Galeana	25 minutos
Smart Oasis	CSU Altavista	35 minutos	Malecón y Lerdo	CSU Altavista	10 minutos
Smart Oasis	Femap	45 minutos	Malecón y Lerdo	Femap	0 minutos

Fuente: Elaboración propia con base en datos recabados durante el abordaje

Tanto el CSU Galeana como la clínica Femap se encuentran a pie de carretera, mientras que la clínica Santa María se encuentra algunas cuerdas al interior de dicha colonia luego de bajar del autobús.

Gráfica 75: Trayecto de la ruta de transporte público 5-A



Fuente: Elaboración propia con plantilla del Instituto Tecnológico de Ciudad Juárez

El recorrido es constante, sin pausas largas. Todas las calles y avenidas se encuentran pavimentadas. El trayecto sobre Ave. Aztecas y Carlos Amaya contempla varias lomas por lo que hay subidas y bajadas. En el trayecto hay un cruce sobre las vías del ferrocarril en Boulevard Zaragoza y Eje Vial Juan Gabriel. Los puntos de mayor flujo de usuarios se encuentran en los centros comerciales Smart y Supermercado González.

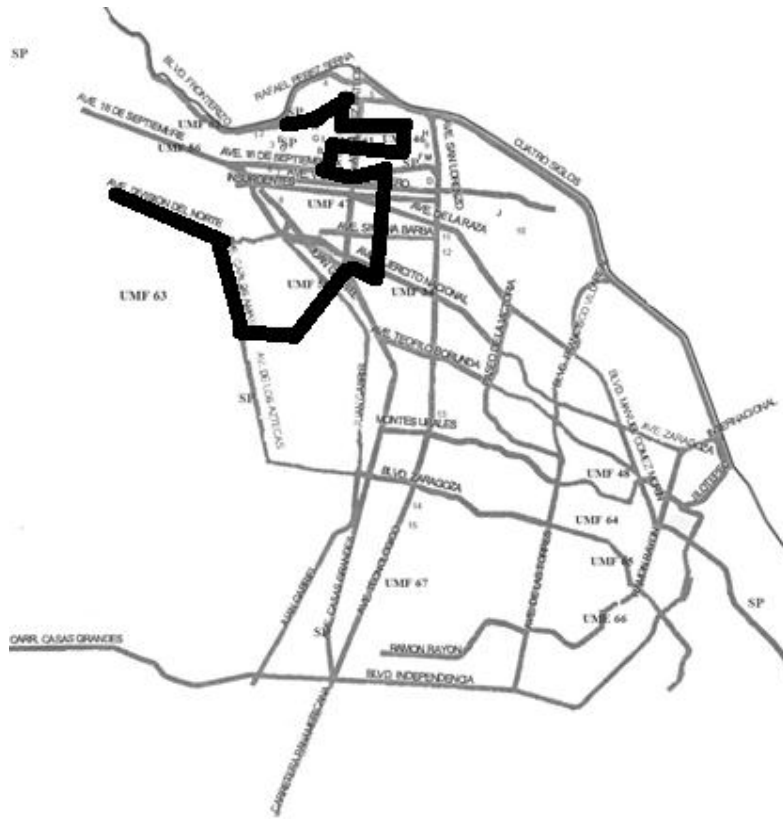
Cuadro 45: Tiempo, trayecto y distancias de recorrido de líneas de transporte público seleccionadas. Ruta 8-A

Línea de transporte	Punto de partida	Trayecto de Col. Emiliano Zapata a Malecón y Lerdo	Trayecto de Malecón y Lerdo a Col. Emiliano Zapata	Punto de retorno	Línea de transporte
8-A	Terminal Colonia Emiliano Zapata	• Municipio Libre • Caros Amaya • Camino Viejo a San José • Plutarco E. Calles • Paseo Triunfo • Pronaf • Ave. Lincoln • Malecón • Terminal Malecón y Lerdo	• Malecón • Ave. Lincoln • Pronaf • López Mateos • Carlos Amaya • Municipio Libre • Col. Emiliano Zapata	Terminal Malecón y Lerdo	8-A
Desde	A	Tiempo	Desde	A	Tiempo
Col. Emiliano Zapata	CSU Galeana	20 minutos	Malecón y Lerdo	CSU Galeana	60 minutos
Col. Emiliano Zapata	UMF 50 El Mirador	30 minutos	Malecón y Lerdo	UMF 50 El Mirador	50 minutos
Col. Emiliano Zapata	UCE Paseo Triunfo	50 minutos	Malecón y Lerdo	UCE Paseo Triunfo	35 minutos
Col. Emiliano Zapata	UMF 61 Pronaf	55 minutos	Malecón y Lerdo	UMF 61 Pronaf	30 minutos
Col. Emiliano Zapata	UMF 46 Pronaf	60 minutos	Malecón y Lerdo	UMF 46 Pronaf	25 minutos
Col. Emiliano Zapata	Femap	80 minutos	Malecón y Lerdo	Femap	0 minuto

Fuente: Elaboración propia con base en datos recabados durante el abordaje

La Ruta 8-A cubre importantes vialidades en la ciudad. El recorrido sufre variaciones en la velocidad de tránsito habiendo lapsos pausados antes de llegar a los puntos de revisión localizados en los cruces de Cartagena con Carlos Amaya, y Camino Viejo a San José con Carretera a Casas Grandes.

Gráfica 76: Trayecto de la ruta de transporte público 8-A



Fuente: Elaboración propia con plantilla del Instituto Tecnológico de Ciudad Juárez

Todas las vialidades están pavimentadas. Los puntos de mayor flujo de usuarios se encuentran en los centros comerciales Smart, Supermercado González y las unidades del Seguro Popular e IMSS en Paseo Triunfo y Pronaf. El paso de esta ruta es aproximadamente cada 15 minutos.

Cuadro 46: Tiempo, trayecto y distancias de recorrido de líneas de transporte público seleccionadas. Ruta Universitaria

Línea de transporte	Punto de partida	Trayecto de Col. Emiliano Zapata a Ciudad del Conocimiento	Trayecto de Ciudad del Conocimiento a Col. Emiliano Zapata	Punto de retorno	Línea de transporte
Universitaria	Terminal Colonia Emiliano Zapata	• Municipio Libre • Ejército Nacional • Paseo de la Victoria • Ave. de Las Torres • Blvd Independencia • Manuel Talamás Camandari • Ciudad del Conocimiento	• Manuel Talamás Camandari • Blvd. Independencia • Ave. de Las Torres • Paseo de la Victoria • Ejército Nacional • Municipio Libre • Terminal Col. Emiliano Zapata	Terminal Ciudad Universitaria	Universitaria
Desde	A	Tiempo	Desde	A	Tiempo
Col. Emiliano Zapata	UMF 34 Inf. Casas Grandes	20 minutos	Ciudad Universitaria	UMF 34 Inf. Casas Grandes	45 minutos
Col. Emiliano Zapata	UMF 64 Blvd. Zaragoza y Ave. de Las Torres	50 minutos	Ciudad Universitaria	UMF 64 Blvd. Zaragoza y Ave. de Las Torres	30 minutos

Fuente: Elaboración propia con base en datos recabados durante el abordaje

La Ruta Universitaria no se caracteriza por tocar muchas unidades de salud en su recorrido sino por lo extenso del trayecto habiendo más de 30 kilómetros lineales desde la colonia Emiliano Zapata hasta Ciudad del Conocimiento, lo que le favorece como abastecedora de personas hacia importantes centros de actividades y hacia las conexiones con otras líneas de transporte público que llevarán a los usuarios a los centros de atención para la salud.

Actualmente esta línea de transporte enfrenta el problema de cruce sobre las vías del ferrocarril en Municipio Libre y Sanders debido al paso del tren por lo que los conductores

Gráfica 77: Trayecto de la ruta de transporte público Universitaria

El paso de esta ruta es constante, aproximadamente cada 10 minutos durante la mañana y tarde.

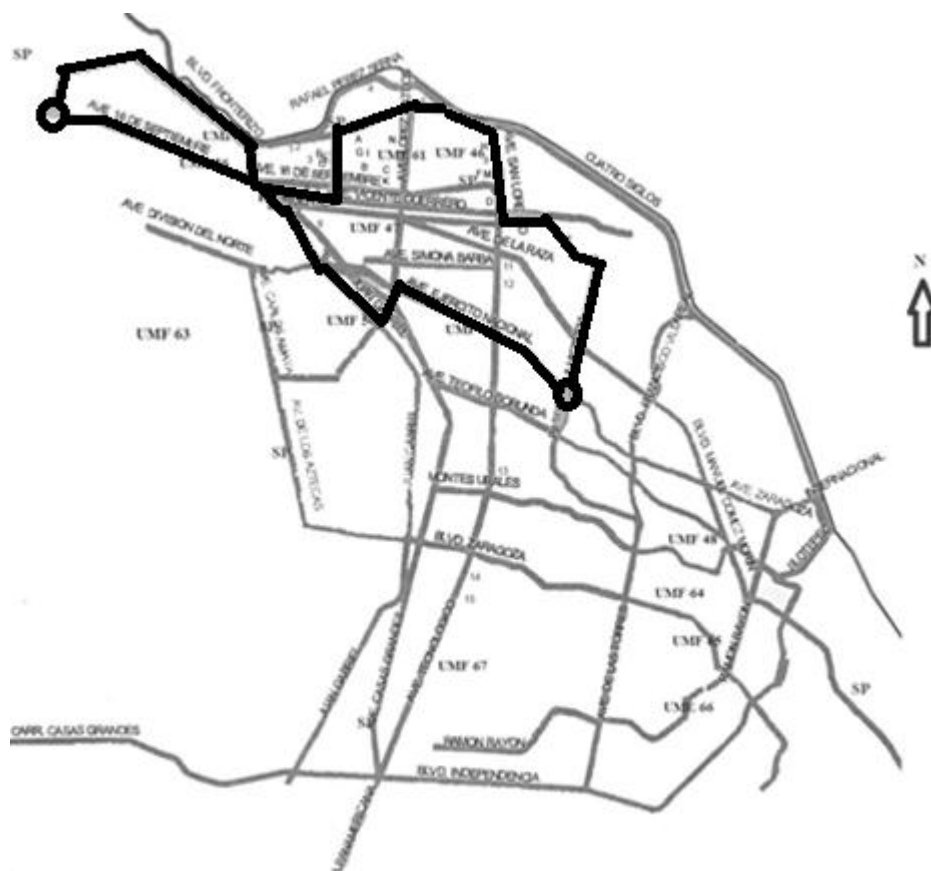
Cuadro 47: Tiempo, trayecto y distancias de recorrido de líneas de transporte público seleccionadas. Ruta Oriente Poniente

Línea de transporte	Punto de partida	Trayecto de Col. Francisco Sarabia hacia Las Misiones		Trayecto de Las Misiones hacia Col. Francisco Sarabia		Punto de retorno
Oriente Poniente	Terminal	• Prolongación 16 de Septiembre • Centro histórico sobre Vicente Guerrero		Paseo de la Victoria con dirección Sur a Norte		Las Misiones: Paseo de la Victoria y Teófilo Borunda
	Colonia Francisco Sarabia	Bifurcación hacia Heroico Colegio Militar • Ramón Corona • Heroico Colegio Militar • Rafael Pérez Sema • Ave. Tecnológico • Vicente Guerrero • Tomás Fernández • Antonio J. Bermúdez • Paseo de la Victoria • Ave. de Las Torres • Terminal Las Misiones	Bifurcación hacia Eje Vial Juan Gabriel • Eje Vial Juan Gabriel • López Mateos • Camino Viejo a San José • Ejército Nacional • Paseo de la Victoria • Terminal Las Misiones	Bifurcación hacia Ejército Nacional: • Ejército Nacional • López Mateos • Eje Vial Juan Gabriel • Centro histórico • Prol. 16 de Septiembre • Blvd Norzagaray • Terminal Col. Francisco Sarabia	Bifurcación hacia Antonio J. Bermúdez: • Antonio J. Bermúdez • Tomás Fernández • Ave. Tecnológico • Rafael Pérez Sema • Heroico Colegio Militar • Francisco Villa • Centro histórico • Prol. 16 de Septiembre • Terminal Col. Francisco Sarabia	
Desde	A	Tiempo		Desde	A	Tiempo
Col. Francisco Sarabia	UMF 56 Col. Durango	20 minutos		Las Misiones	UMF 34 (rumbo a Eje Vial)	30 min
Col. Francisco Sarabia	CSU Altavista (centro)	30 minutos		Las Misiones	Femap (vía Heroico Colegio)	40 min
Col. Fco. Sarabia	Femap (Malecón)	40 minutos (vía Heroico Colegio Militar)		Las Misiones	CSU Altavista	50 min

Fuente: Elaboración propia con base en datos recabados durante el abordaje

La Ruta Oriente Poniente es también de las que abastecen de personas a otras líneas de transporte público. Esta línea se caracteriza por bifurcar su trayecto en el centro de la ciudad al venir de la colonia Francisco Sarabia. Sobre el cruce de Vicente Guerrero y Francisco Villa, un camino se dirige hacia el Eje Vial Juan Gabriel y otro al norte para tomar la Ave. Heroico Colegio Militar.

Gráfica 78: Trayecto de la ruta de transporte público Oriente-Poniente



Fuente: Elaboración propia con plantilla del Instituto Tecnológico de Ciudad Juárez

La terminal de retorno se encuentra en el centro comercial Las Misiones donde el regreso implica una nueva bifurcación para completar el circuito donde luego de transitar sobre el Paseo de la Victoria, un camino se dirige por la Ave. Ejército Nacional hacia Eje Vial Juan Gabriel y otro sobre Antonio J. Bermúdez hacia Heroico Colegio Militar para coincidir nuevamente en el centro de la ciudad y hacia la colonia Francisco Sarabia. De una

terminal a otra hay 15 kilómetros lineales, pero por el tipo de trayecto la distancia recorrida es aún mayor.

Cuadro 48: Tiempo, trayecto y distancias de recorrido de líneas de transporte público seleccionadas. Vive Bus

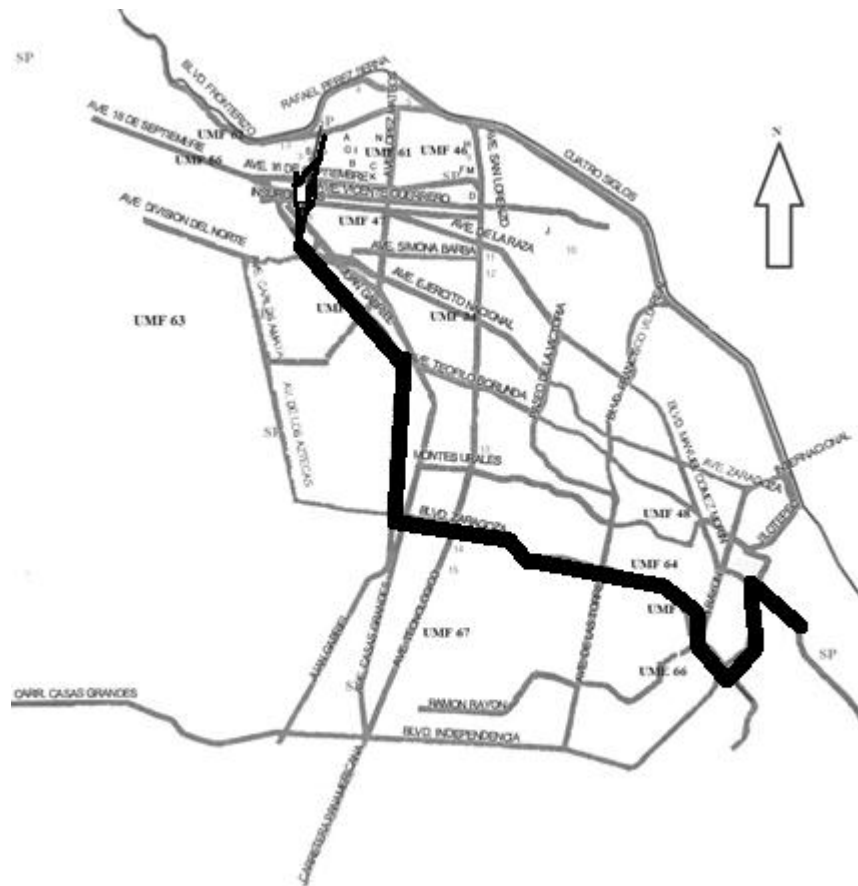
Línea de transporte	Punto de partida	Trayecto Presidencia Municipal a El Sauzal-Tierra Nueva	Trayecto de El Sauzal-Tierra Nueva a Presidencia Municipal	Punto de retorno	Línea de transporte
Vive Bus	Terminal: Presidencia Municipal	• Francisco Villa • Eje Vial Juan Gabriel • Boulevard Zaragoza • Terminal El Sauzal-Tierra Nueva	• Boulevard Zaragoza • Eje Vial Juan Gabriel • Francisco Villa • Terminal Presidencia Municipal	Terminal El Sauzal-Tierra Nueva	Vive Bus
Desde	A	Tiempo	Desde	A	Tiempo
Presidencia Municipal	CSU Altavista (centro)	5 minutos	El Sauzal-Tierra Nueva	CSU Altavista (centro)	55 minutos
Presidencia Municipal	UMF 64 (Col. Salvárcar)	35 minutos	El Sauzal-Tierra Nueva	UMF 64 (Col. Salvárcar)	25 minutos
Presidencia Municipal	UMF 65 (Col. Manuel Valdez)	45 minutos	El Sauzal-Tierra Nueva	UMF 65 (Col. Manuel Valdez)	15 minutos

Fuente: Elaboración propia con base en datos recabados durante el abordaje

Los autobuses del sistema Vive Bus son modernos, se puede viajar con comodidad cuando no se saturan de usuarios. Se cuenta con Internet y aire acondicionado durante el trayecto. Los paradores ayudan a que sea más eficiente la tarea de ascenso y descenso de personas. El autobús cuenta con su carril exclusivo, lo que ayuda a ahorrar tiempo ante embotellamientos de las calles y avenidas.

Este sistema toca en su trayecto solamente a tres unidades de atención, estas son, la del Seguro Popular en el centro de la ciudad (CSU Altavista), la UMF 64 frente a Estación Babícora y UMF 65 en la colonia Manuel Valdez. La queja de las personas ante esta línea de transporte es la forma de cobro (requiere tarjeta prepagada) y la frecuencia de paso.

Gráfica 79: Trayecto del sistema de transporte público Vive Bus



Fuente: Elaboración propia con plantilla del Instituto Tecnológico de Ciudad Juárez

Esta línea sustituyó a la ruta concesionada “Tierra Nueva” y de la que varias personas opinaron tenía buena frecuencia de paso pero no las comodidades del actual sistema Vive Bus.

Sobre los medios de transporte como indicador de la accesibilidad a las unidades de APS se concluye que estos ofrecen mayor cobertura a las unidades localizadas en los distritos Aldama y Delicias (Pronaf y centro histórico) dándoles así mayor accesibilidad, mientras que la cobertura a unidades más alejadas es menor y con una o dos líneas de transporte público.

Hay dos unidades del IMSS que tienen los mayores problemas de accesibilidad vía líneas de transporte público, estas son la UMF 67 en la calle Santos Dumont y la UMA 66 sobre Lote Bravo. Sólo una línea de transporte público se acerca a la UMF 67 y la misma no recorre los fraccionamientos aledaños sino que transita solamente sobre la Ave. Panamericana.

En el caso de la UMA 66, la línea 1-A tiene acceso hasta esta unidad con regular frecuencia de paso. Para los derechohabientes de esta unidad que residen al sur y al poniente de la unidad de salud, allende el Blvd. Independencia, no hay una línea de transporte que los lleve directamente a esta unidad de salud. Estos derechohabientes deben tomar una línea que los lleve de sur a norte sobre Ave. de Las Torres, bajar en el cruce con Ramón Rayón y caminar cerca de 1 kilómetro sobre esta calle rumbo al oriente para llegar a la unidad.

El costo por abordar el transporte público es de seis pesos, así, el precio por kilómetro recorrido puede ser muy bajo a comparación del gasto requerido si se utiliza vehículo propio o taxi pero las condiciones internas de los autobuses no favorecen el traslado de personas con incapacidades motrices o adultos mayores ya que se trata de camiones importados y de segundo uso, tipo transporte escolar.

Las personas pueden considerar qué tan necesario es trasladarse a la unidad de salud donde se tiene derechohabiencia sabiendo de las dificultades a experimentar en la línea de transporte donde además los conductores no se encuentran capacitados para ofrecer atenciones a enfermos, incapacitados, mujeres embarazadas, adultos mayores o al usuario en general.

A comparación de las unidades del IMSS o del Seguro Popular, los CC no requieren de una gran accesibilidad por medio de las líneas de transporte público debido a que la mayoría de los usuarios provienen de un área cercana y por ello pueden hacer el recorrido a pie. La mayoría de las veces, el utilizar el vehículo propio implica aprovecharlo para efectuar una serie de actividades donde el acudir al consultorio de conveniencia es solamente una de ellas.

Para una porción importante de derechohabientes, la distribución administrativa y la localización de las unidades de atención primaria les genera problemas de accesibilidad en términos de distancias por recorrer, disponibilidad de medios de transporte y tiempo invertido.

Por el contrario, hay una ventaja en accesibilidad físico-geográfica para los CC debido a:

- Un menor promedio de distancia a los hogares de los usuarios.
- Menores promedios de tiempo durante el recorrido.
- Mayor posibilidad de movilizarse a pie cuando lo que se busca por las personas es recorrer las menores distancias posibles para ser atendidos si los malestares son considerados como menores.

Las infecciones respiratorias, infecciones estomacales y lesiones, como se demostró en el capítulo sobre perfil de salud de los usuarios, son las principales causas por las que las personas buscan atención médica en los consultorios más cercanos.

El cálculo de costos por fricción toma cuenta lo que se gasta por las personas en los rubros de transporte, atención en el consultorio, dotación de fármacos y material de curación así como gasto por alimentos y bebidas con relación a la distancia recorrida.

Aunque los costos del transporte público son bajos respecto al uso de vehículo propio o taxi, se considera que hay gastos implicados cuando se acude al consultorio oficial, gastos que se verifican a continuación.

3.5.6 Costo de fricción

De acuerdo con Garrocho (2003) es posible calcular el costo en pesos de cada kilómetro recorrido (llamado costo de fricción) cuando se acude a recibir atención médica tomando en cuenta los gastos de transportación, gastos en consulta y medicinas además de gastos en comida y alimentos para una persona, a lo que se le llama “gastos implicados”.

Según Garrocho, pueden incluso tomarse en cuenta los gastos por acompañante y los gastos por objetivo múltiple, es decir, las actividades no relacionadas con los motivos de salud.

En el cálculo propuesto en esta investigación se emplean los promedios de distancia recorrida en viaje redondo según tipo de movilización: a pie, en vehículo propio o en transporte público. Los resultados son útiles para explicar los costos por kilómetro invertidos para cada uno de los tres grupos de movilidad pero no predicen comportamientos si se agregan o quitan individuos de un grupo a otro debido a que si una persona decidiera ya no utilizar un medio de movilización, alteraría el promedio de gastos y distancia del medio de movilización que elija en consecuencia.

Los derechohabientes del IMSS e ISSSTE no pagan directamente cuota alguna por la atención recibida. Los servicios del Seguro Popular, algunas veces tienen un costo pero la mayoría de las veces también son de corte gratuito en el nivel de atención primaria. (Capítulo IV).

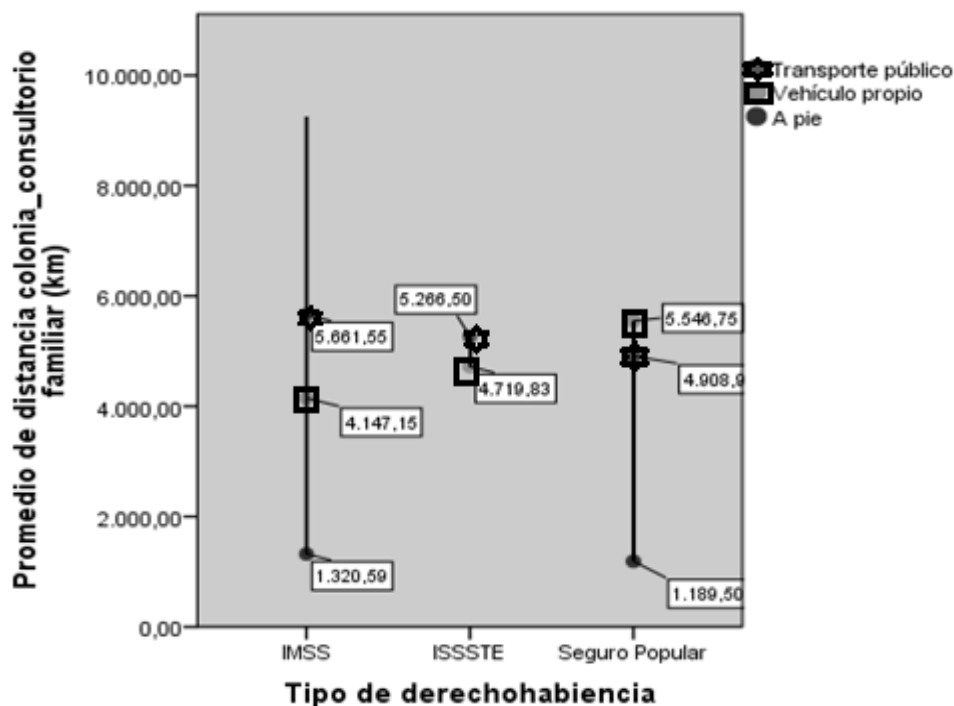
Por parte del consultorio de conveniencia, el costo de atención es de 35 pesos y generalmente se prescriben medicamentos a la persona atendida.

La dotación de fármacos y materiales de curación no tiene costo para los derechohabientes de las instituciones oficiales. De acuerdo con la encuesta, los usuarios de los CC gastan en promedio 134.24 pesos en medicamentos por visita. Agregando el costo de consulta, se gastan en promedio aproximadamente 169 pesos.

Para movilizarse hacia la unidad de atención, la porción de encuestados que utiliza el transporte público sin transbordar paga 6 pesos viaje de ida más 6 pesos vuelta, es decir, 12 pesos viaje redondo, siempre y cuando se utilice una sola línea de transporte ya que hay personas que deben trasbordar.

Enseguida se muestran las distancias recorridas según tipo de derechohabiencia y tipo de medio de transporte.

Gráfica 80: Promedio de kilómetros recorridos al consultorio oficial (IMSS, ISSSTE, SP) según medio de transporte, viaje sencillo



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

Las distancias recorridas linealmente en viaje de ida se distribuyen como sigue:

- Al acudir a la UMF-IMSS en transporte público se recorren en promedio 5.66 kilómetros.
- Al acudir a la UMF-ISSSTE en transporte público se recorren en promedio 5.26 kilómetros, sin embargo el usuario declaró que la mayoría de las veces se transporta en vehículo con un familiar. El promedio de distancia recorrida en vehículo propio es de 4.71 kilómetros
- Al acudir al IMSS a pie, se recorren en promedio 1.32 kilómetros.
- La extensión de recorrido mayor a 5.66 kilómetros para el IMSS se refiere a aquellos derechohabientes que toman más de un autobús para llegar a la UMF correspondiente.

- Cuando se es derechohabiente al Seguro Popular, se recorre en promedio 4.9 kilómetros si se viaja en transporte público, 5.64 kilómetros cuando se utiliza vehículo propio y 1.18 kilómetros si se recorre a pie la distancia hogar-unidad de salud.

Cuadro 49: Gastos implicados y costo por kilómetro recorrido, viaje de ida y vuelta hogar-consultorio

Tipo de servicio	Kilómetros promedio recorridos, ida y vuelta			Costo del transporte (\$)			Gastos implicados		Costo por kilómetro (Pesos/Km)		
	A pie	Vehículo propio	Transporte público	A pie	Vehículo propio	Transporte público	Consulta y medicinas (\$)	Bebidas y alimentos, una persona (\$)	A pie	En vehículo propio	En línea de transporte público
UMF-IMSS	2.64	8.28	11.32	0	80	12	0	30	11.36	13.28	3.71
UMF-ISSSTE	N/A	9.42	10.52	0	100	12	0	20	N/A	14.14	3.04
CSU-SP	2.36	11.28	9.8	0	60	12	0	20	8.47	7.09	3.26
Consultorio de conveniencia	0.990	3.59	2.24	0	50	12	169	0	170.70	240.4	75.44

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

El algoritmo correspondiente al costo de fricción es:

Costo por kilómetro recorrido Ida y Vuelta = (Gastos implicados + Costo del Transporte)/ Kilómetros recorridos

Gastos implicados son:

- Alimentos y bebidas
- Pago de consulta, medicamentos y materiales

El costo del transporte involucra:

- Pago del transporte público en viaje redondo, individual
- Pago de combustible y enseres para el vehículo en caso de utilizar este medio

Se ha considerado aquí que los derechohabientes al IMSS, ISSSTE o Seguro Popular no pagan por la consulta médica ni por los medicamentos abastecidos, aunque se

sabe que para las dos primeras instituciones existe una aportación desde el salario del titular o también un costo módico de inscripción en el caso del Seguro Popular. Los usuarios del consultorio de conveniencia sí pagan directamente la consulta además de los medicamentos, así, los datos de la encuesta señalan que cada usuario gasta en promedio 169 pesos al visitar uno de estos consultorios.

Otros gastos implicados son los realizados para pagar bebidas y alimentos durante la jornada de ida y regreso del consultorio, de corte individual en esta investigación. Los derechohabientes del IMSS gastan en promedio en este rubro 30 pesos por persona, y los de Seguro Popular e ISSSTE gastan 20 pesos. Los usuarios de los CC no hacen gastos en este rubro debido a que la jornada de visita al consultorio es relativamente corta.

El costo de transportación también varía según el medio utilizado. En vehículo propio, los derechohabientes del IMSS gastaron 80 pesos promedio en combustible para el viaje redondo utilizando vehículo propio, los derechohabientes del ISSSTE gastaron en promedio 100 pesos, los derechohabientes del Seguro Popular 60 pesos y los usuarios de los CC gastaron 50 pesos.

El viaje redondo en transporte público cuesta 12 pesos para todo tipo de derechohabiente al sistema oficial o usuario de consultorio de conveniencia mientras que el transportarse a pie no implica gasto de dinero alguno.

Según el tipo de medio utilizado, la suma de gastos es dividida entre el promedio de kilómetros recorridos, así por ejemplo, para un derechohabiente del IMSS que se transporta en vehículo propio, el costo final por kilómetro recorrido se calcula sumando los 80 pesos de combustible y 30 pesos de bebidas y alimentos; esta suma se divide entre los 8.28 kilómetros promedio recorridos en vehículo dando un total de 13.28 pesos por kilómetro en viaje de ida y vuelta.

Para acudir al consultorio familiar del IMSS lo más barato es hacerlo en transporte público debido a que el costo por kilómetro es de 3.71 pesos. Hacer el recorrido en vehículo propio implica el gastar 13.28 pesos por kilómetro debido al ingreso del costo del

combustible. A pie, el kilómetro recorrido tiene un costo de 11.36 pesos debido a que el divisor (kilómetros) es menor.

La participación de cada elemento en el gasto por ir y regresar de la unidad de atención primaria es como sigue:

Cuadro 50: Matriz comparativa de distribución de gastos cuando se acude a la unidad de atención primaria o consultorio de conveniencia

	Viaje redondo hogar-UMF-IMSS				Viaje redondo hogar-CSU-Seguro Popular		
En vehículo propio	Combustible 73%	Alimentos y bebidas: 27%	Consulta y medicinas: 0%		Combustible: 75%	Alimentos y bebidas: 25%	Consulta y medicinas: 0%
En transporte público	Pago de transporte: 29%	Alimentos y bebidas: 71%	Consulta y medicinas: 0%		Pago de transporte: 38%	Alimentos y bebidas: 62%	Consulta y medicinas: 0%
A pie	Pago de transporte o combustible: 0%	Alimentos y bebidas: 100%	Consulta y medicinas: 0%		Pago de transporte o combustible: 0%	Alimentos y bebidas: 100%	Consulta y medicinas: 0%
	Viaje redondo hogar-UMF-ISSSTE				Viaje redondo hogar-Consultorio de Conveniencia		
En vehículo propio	Combustible: 83%	Alimentos y bebidas: 17%	Consulta y medicinas: 0%		Combustible 42%	Alimentos y bebidas: 0%	Consulta y medicinas: 58%
En transporte público	Pago de transporte: 38%	Alimentos y bebidas: 62%	Consulta y medicinas: 0%		Pago de transporte: 7%	Alimentos y bebidas: 0%	Consulta y medicinas: 93%
A pie	Pago de transporte o combustible N/A	Alimentos y bebidas: N/A	Consulta y medicinas: N/A		Pago de transporte o combustible: 0%	Alimentos y bebidas: 0%	Consulta y medicinas: 100%

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del cuadro 16

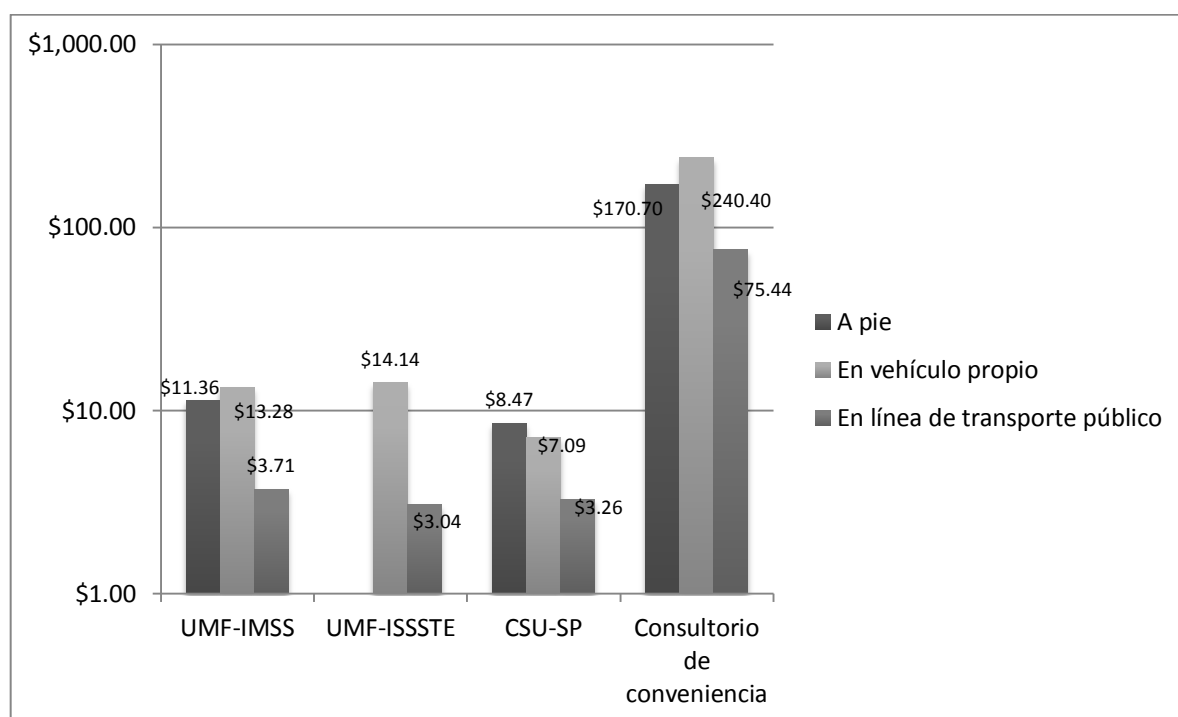
La movilización en vehículo propio hacia la unidad oficial de derechohabencia representa el mayor porcentaje del gasto durante la jornada. Cuando esta acción se realiza en transporte público, el mayor porcentaje de gasto corresponde a las bebidas y alimentos que el derechohabiente consume. En contraste con lo anterior y sin importar la modalidad de transporte, el precio de consulta y medicamentos representa siempre la mayor parte del gasto ejercido cuando se acude al consultorio de conveniencia.

Acudir en vehículo propio al consultorio oficial o de conveniencia incrementa notablemente el costo total por lo que su uso está determinado por la distancia a recorrer, la comodidad solicitada de viaje o la necesidad de utilizar menos tiempo.

En todos los casos, acudir a pie es lo más económico pero esta acción tiene un límite de distancias como se demostró en la gráfica 12.

Los gastos en alimentos y bebidas tienen mayor impacto en el bolsillo de los derechohabientes cuando el traslado es a pie a hacia la unidad oficial de atención primaria.

Gráfica 81: Costo por kilómetro recorrido a la unidad correspondiente según modo de transporte



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

Como se observa, el transportarse a pie hacia el consultorio familiar oficial es lo más económico al tener en cuenta otras variables más, pero en el caso del consultorio de conveniencia, cada kilómetro recorrido a pie tiene un costo de 170.70 pesos mientras que en transporte público el costo es de 75.44 pesos por kilómetro. El hecho de que las personas prefieran ir a pie a pesar del costo se explica en el sentido de que el recorrido que se hace es

muy corto (0.990 kilómetros en promedio) por lo que se pagan 169 pesos a cambio de ahorrar tiempo.

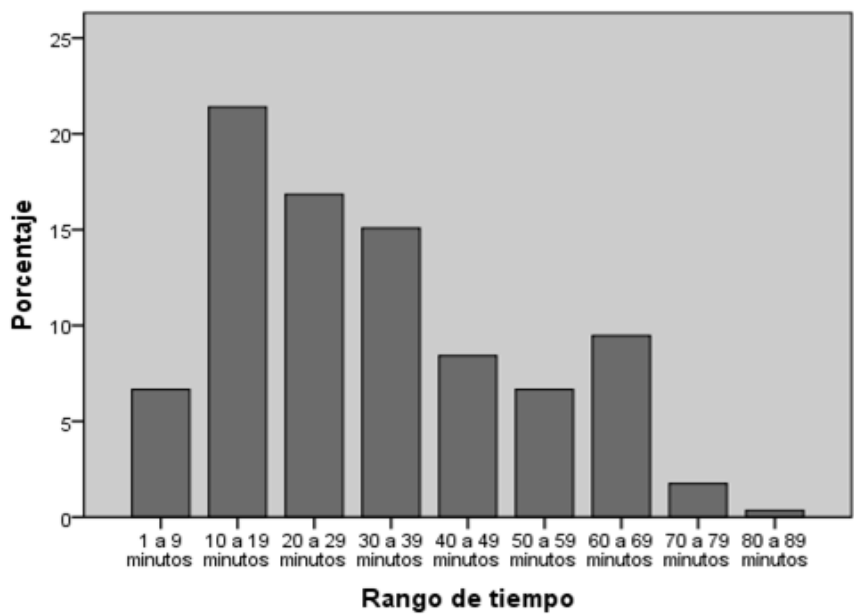
A medida que aumenta la distancia, los usuarios del consultorio de conveniencia utilizarán vehículo propio (3.59 kilómetros en promedio) o transporte público (2.24 kilómetros en promedio), así, la conveniencia en reducción de precio por kilómetro se logra debido al incremento de la distancia recorrida en viaje redondo (costo/distancia) pero contemplando estar aún dentro de un margen de cercanía relativa del servicio ya que de acudir a un consultorio más lejano habrá de gastarse más dinero en combustible o invertirse más en tiempo de traslado si es a pie.

El movilizarse en transporte público al consultorio de conveniencia tiene un costo de 75.44 pesos por kilómetro ya que los gastos implicados son de 181 pesos y se recorren 2.24 kilómetros en promedio de viaje redondo. Hay un ahorro al no pagar por gasolina y hay un beneficio al recorrerse una mayor distancia pero aún dentro de magnitudes que permiten ahorrar tiempo a las personas si se compara con el viaje al consultorio oficial.

El alto costo relativo del kilómetro recorrido hacia el consultorio de conveniencia se debe al precio de la consulta y al costo de los medicamentos prescritos. Dos hechos se presentan para incidir sobre la elección de los derechohabientes a favor del consultorio de conveniencia a pesar del alto costo por kilómetro recorrido:

i) La necesidad de ahorrar tiempo con base en distancias cortas hacia el consultorio. En tiempos de recorrido, sólo se invierten en promedio 34 minutos de ida y vuelta al consultorio de conveniencia pero para acudir a la UMF-IMSS se necesita 1 hora con 12 minutos y para el Seguro Popular 1 hora con 16 minutos. Si se toman en cuenta todas las instituciones oficiales, el tiempo de ida y vuelta es en promedio de 1 hora con 37 minutos. Existe además la situación de que en el sistema público (IMSS, ISSSTE, SP) no se puede obtener una cita inmediata sino que hay que solicitarla con al menos 24 horas de anticipación.

Gráfica 82: Distribución de tiempos de ida a la unidad oficial de atención primaria



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

ii) La incapacidad del sistema oficial para dotar a los derechohabientes con los suficientes medicamento. Sólo para el 16% de los derechohabientes encuestados, su sistema de salud cubre con excelencia la dotación de medicamentos, a diferencia de un 48% de los usuarios de los CC que los consideran como excelentes en el mismo rubro.

Cuadro 51: Opinión sobre los trámites para obtener una cita en la unidad de atención primaria (IMSS, Seguro Popular, ISSSTE)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Malos	139	48,8	48,8	48,8
Buenos	102	35,8	35,8	84,6
Excelentes	1	,4	,4	84,9
No sabe	43	15,1	15,1	100,0
Total	285	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

Las comparaciones anteriores permiten conocer que el costo por kilómetro recorrido a pie hacia un consultorio de conveniencia es hasta 20 veces mayor que el costo por kilómetro recorrido a pie hacia un CSU del Seguro Popular. Al mismo tiempo, se paga 15 veces más por acudir a pie al consultorio de conveniencia que al consultorio familiar del IMSS.

Cuadro 52: Relación de costo por kilómetro recorrido (\$) viaje redondo, Consultorio de Conveniencia (CC) Vs Consultorio oficial

Relación de Costo (\$)			
Instituciones	A pie	En vehículo propio	En línea de transporte público
CC Vs UMF-IMSS	15:1	18:1	20:1
CC Vs UMF-ISSSTE	N/A	17:1	25:1
CC Vs CSU-Seguro Popular	20:1	34:1	23:1

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

El costo por kilómetro recorrido utilizando vehículo propio o en transporte público también es más costoso cuando se acude al consultorio de conveniencia pero una vez más, se hace notar que el usuario de esta modalidad sólo paga una fracción de ese alto costo al recorrer cortas distancias.

Aunque es más económico acudir al Seguro Popular, ISSSTE o IMSS debido a que hay menos gastos implicados y las distancias son mayores, el tiempo necesario para ir y regresar es notablemente mayor y sin la plena seguridad de recibir una dotación completa de medicamentos.

3.5.7 Comentarios finales y pregunta de investigación

Luego de analizar los datos aportados por la encuesta de usuarios de consultorios de conveniencia, es posible realizar las siguientes afirmaciones:

- Comparando con el promedio de distancia hogar-consultorio familiar, el promedio de distancia hogar-consultorio de conveniencia es hasta 6.5 veces menor (cuadro 4).

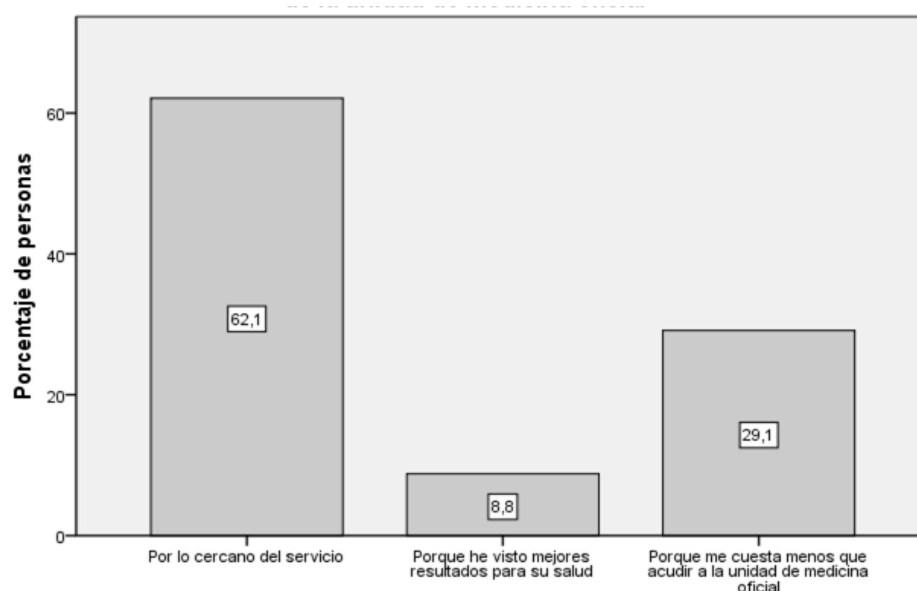
- b) En viaje sencillo, el promedio de tiempo de recorrido del hogar al consultorio familiar llega a ser poco más del doble de tiempo que el requerido para trasladarse del hogar al consultorio de conveniencia (Cuadro 5).
- c) La mayoría de los derechohabientes al consultorio familiar utiliza el transporte público (Cuadro 6), mientras que los usuarios del consultorio de conveniencia se trasladan a pie a este lugar (Cuadro 10).
- d) No hay una accesibilidad homogénea mediante transporte público a los consultorios familiares: los equipamientos localizados en los distritos Chihuahua, Delicias y Aldama tienen ventaja en este rubro debido a un mayor tránsito de autobuses sobre sus calles y avenidas.
- e) Resulta más barato ser atendido en los consultorios familiares que en los consultorios de conveniencia, por eso las personas deben juzgar si es posible costear el gasto en la atención y en el medicamento.
- f) La mayoría de quienes deciden utilizar los servicios del consultorio de conveniencia tienen estas condiciones: clase socioeconómica baja o media (capítulo sobre perfil sociodemográfico), y un problema de salud más bien sencillo: infección respiratoria, infección estomacal o migraña (capítulo sobre perfil de salud).
- g) Quienes tienen menores posibilidades económicas, acuden a ser atendidos al Seguro Popular y casi nunca al consultorio de conveniencia (capítulo sobre perfil socioeconómico).

Al realizar la pregunta de investigación *“¿Qué es lo que más influye para que una persona decida ser atendida en un consultorio de conveniencia (Consultorios Similares) y no en el consultorio de atención primaria (IMSS-ISSSTE-SES-Seguro Popular) al que tiene derecho?”* se consideró necesario indagar si la accesibilidad geográfica es el principal influyente en la decisión de las personas, pero teniendo como otras posibilidades a la calidad del servicio médico, e incluso el costo.

Estadísticamente, se comprobó que la mayoría de las personas prefiere al consultorio de conveniencia por la cercanía al hogar, es decir, influye más el indicador de

accesibilidad geográfica (62.1%), y en segundo término la cuestión del ahorro en dinero. Solamente un 8.8% contestó que la preferencia se debía a la calidad (mejores resultados para su salud).

Gráfica 83: Razón por la que prefiere acudir al consultorio de conveniencia por sobre el consultorio familiar al que tiene derecho



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta

Esta respuesta se deriva de la serie de hechos que se conjugan para determinar la preferencia de los usuarios, como se ha venido explicando, sin embargo no debe perderse de vista el tipo de demanda en servicios de salud que los usuarios hacen a los consultorios de conveniencia: casos de enfermedad que no son complicados, atenciones de urgencias por traumatismos y consultas con el fin de recibir una prescripción de medicamentos.

Aunque no se manifestó como respuesta primaria de las personas, generalmente una respuesta alternativa fue la correspondiente a los trámites administrativos para ser atendidos, a diferencia del IMSS, ISSSTE y Seguro Popular. El proceso logra desalentar a las personas que necesitan una atención inmediata habiendo entonces solamente la opción del servicio de urgencias pero que tampoco presenta la inmediatez requerida por los derechohabientes.

Capítulo IV: Conclusiones y sugerencias

1. El desarrollo urbano y el mercado privado de la salud

Con la información mostrada en esta investigación, se ha evidenciado que con el desarrollo urbano logrado a través la planificación propuesta e implementada por las autoridades y grupos de inversión, Ciudad Juárez ha sido provista de infraestructura y equipamiento de diversa índole lográndose una distribución en cantidad y calidad que actualmente beneficia más a unos sectores territoriales que a otros.

La disparidad en la distribución de equipamientos es debida a varias razones, estas son, el costo del suelo que en unos lugares es más caro que en otros, el desarrollo privilegiado de algunas áreas para convertirlas en centros de actividades, la rápida aparición de nuevas zonas habitacionales con servicios básicos para la vivienda pero carentes de equipamiento urbano (escuelas, hospitales, centros comunitarios, etc.) y la falta de un seguimiento propio de las directrices técnicas emanadas de los planes de desarrollo urbano elaborados por especialistas en la materia.

La manera en que se distribuyen actualmente los equipamientos para la APS es un reflejo de las disparidades arriba indicadas, que genera inequidad en el acceso a los mismos.

Con la promoción para el desarrollo de zonas habitacionales, la provisión de este tipo de equipamientos fue quedando en el rezago, así, mientras se aportaba más suelo para una urbanización que generaría zonas habitacionales y parques industriales, poco era el aporte para la construcción de clínicas, hospitales y centros de salud, iniciando de esta manera los problemas que enfrentan los ciudadanos para acudir a recibir atención médica,

La división político territorial de la ciudad en distritos permite observar cómo el desarrollo urbano ha privilegiado mayormente a los distritos más antiguos en materia de equipamientos tales como clínicas, hospitales y centros de salud, pero esto es una consecuencia del rápido crecimiento y expansión tanto en población como en territorio de los demás distritos, ante lo cual las autoridades y grupos de inversión no siguieron el paso para abastecer también de los equipamientos correspondientes en los nuevos lugares donde

se iban asentado cada vez más ciudadanos a pesar de las recomendaciones emanadas de estudios realizados por especialistas en desarrollo urbano.

Tanto el rezago en la cantidad de equipamientos como una diferenciada distribución territorial acarrearán problemas a los ciudadanos cuando existe en ellos la necesidad de recibir atenciones para su salud. El acto de movilizarse hacia los equipamientos correspondientes representa diversas inversiones, estas son, el esfuerzo físico, el dinero y el tiempo. A cambio, el usuario debe suponer que recibirá una atención expedita y con la suficiente calidad como para generarle un bienestar en su salud.

Desde el momento en que las condiciones urbanas presentes en la ciudad obligan a los ciudadanos a trasladarse a locaciones donde debe invertirse mayor esfuerzo físico, tiempo o hasta dinero, es que se empieza a considerar si la opción de acudir a un lugar (clínica, hospital, centro de salud) para ser atendido por el sistema público es redituable en la medida de la necesidad específica de atención para la salud personal.

La existencia de un sistema público de atención primaria para la salud (social o asistencial) logra en cierta forma que la inversión en dinero se minimice en cuanto al desembolso inmediato por la atención médica, por lo que no hay un impacto súbito a la economía de la persona, permaneciendo entonces las consideraciones sobre el esfuerzo físico, la distancia y el tiempo a invertir, además de la calidad del servicio.

El mercado privado de la salud es conocedor de este conjunto de factores que entran en juego en la decisión de las personas por lo que poner a disposición de los ciudadanos un sistema de atención médica básica puede generarles ganancias económicas a la vez que a los ciudadanos se les ofrece otra forma de aliviar su necesidad por la atención médica sin tener que asumir las condiciones impuestas por el entorno urbano y las disposiciones administrativas del sistema público.

Durante los últimos años, han surgido empresas privadas en el ramo de la atención médica básica en la modalidad de consultorios-farmacias, por ejemplo Farmacias del Ahorro, Farmacias Populares y Farmacias Similares, siendo esta última empresa la de

mayor expansión en Ciudad Juárez, actualmente con 57 locaciones cuya distribución cubre casi toda la ciudad.

Aunque no en todas las ciudades del país podría existir el rezago en materia de equipamientos para la atención de la salud, este hecho presente en Ciudad Juárez le permite a los consultorios privados de emergentes tomar ventaja de la necesidad de las personas por condiciones de cercanía y ahorro de tiempo, convirtiéndose así en consultorios médicos de conveniencia.

El hecho de que las personas decidan no aprovechar los equipamientos públicos para la atención de la salud significa que las condiciones logradas por la planificación urbana de la ciudad no logran satisfacer el derecho a la ciudad, y el derecho a la salud garantizado constitucionalmente.

El Estado, considerado como el garante de los derechos constitucionales, promueve con sus acciones ya sea en forma deliberada o inconsciente, la participación de agentes que buscan la capitalización, hecho que sucede también en los ámbitos del servicios para la atención de la salud.

En Ciudad Juárez, las acciones específicas respecto al desarrollo urbano están otorgando una ventaja comparativa a aquéllos agentes que son capaces de ofertar atención médica con algún costo económico pero dando a cambio accesibilidad urbana y un aceptable grado de calidad médica.

Este modelo de atención, está siendo ya plenamente utilizado por tanto por la población abierta como por los mismos derechohabientes a la seguridad y la asistencia social para la salud por lo que este hecho no debe pasar inadvertido por las autoridades que se dedican a la planificación urbana.

2. Las decisiones de las autoridades y los grupos capitalistas

Los ciudadanos juarenses deben experimentar las condiciones favorables y desfavorables que son producto del desarrollo urbano elegido por los grupos de poder, es decir, las autoridades políticas y los grupos de inversión capitalista.

El modelo de urbanización de la ciudad ha buscado prioritariamente la capitalización con la creación de zonas habitacionales y parques industriales; por otra parte, con intervención de las autoridades sanitarias es que se ha constituido el sistema actual de equipamientos públicos para la APS.

Las decisiones sobre dónde dotar de equipamientos para la atención de la salud en sus distintos niveles fueron adecuadas hasta antes de que detonara la expansión territorial y el crecimiento demográfico de la ciudad, ello como consecuencia de la atracción de nueva población por parte de la industria maquiladora.

La presencia de más habitantes en la ciudad, más fuentes de empleo y más crecimiento territorial abrió la oportunidad de planificar mejor el uso del suelo urbano e incluso se creó una instancia municipal para este y los demás asuntos concernientes al uso del suelo urbano, el IMIP, cuyos estudios incluyeron detalladas recomendaciones con base en las normas del urbanismo.

La falta de un reglamento que obligara a las autoridades políticas a seguir las recomendaciones hechas por el IMIP derivó en que éstas no atendieran en forma precisa lo que se les solicitaba en los planes de desarrollo urbano, y por el contrario hubo una alineación hacia los intereses de la urbanización capitalista.

Si bien existió un periodo de anarquía respecto a la dotación de suelo para la vivienda (durante las invasiones populares de los años 70's y 80's), con la implementación de reglamentos desde la instancia federal hasta la local se lograron crear instituciones y mecanismos para la construcción de la vivienda de interés social destinada a los nuevos habitantes de la ciudad.

En la asignación de suelo para la construcción de la vivienda de interés social se empezaron a advertir los intereses creados entre las autoridades y los grupos de inversión del orden inmobiliario y sin tener plenamente en cuenta las recomendaciones del IMIP sobre dónde y cómo urbanizar; así, se crearon zonas habitacionales cada vez más aisladas, con insuficiente infraestructura y equipamiento pero eso sí, poniendo a disposición de los habitantes medios de transporte que facilitaran el traslado hacia los parques industriales.

Quienes habitaron esas nuevas zonas habitacionales pronto empezaron a experimentar las inconveniencias debidas al aislamiento: la falta de un transporte público más constante hacia otros centros de actividades que no fueran las laborales, la carencia de equipamientos e incluso contingencias debidas a los fenómenos meteorológicos.

Equipar las nuevas zonas habitacionales con escuelas, hospitales y unidades administrativas habría representado para las compañías inmobiliarias y para el mismo gobierno incrementar el precio de venta de las viviendas, lo cual dificultaría las posibilidades de ser adquiridas por la clase trabajadora; por el contrario, lo que se construyó fueron viviendas al por mayor con condiciones mínimas de calidad de materiales y de amplitud de espacios que con la estrategia crediticia harían aumentar las ganancias de los vendedores.

Luego de varios años, la paulatina urbanización de los espacios vacíos ha creado un contínuum de lugares habitados con lo que se ha ido disminuyendo la percepción de que las zonas donde se construyó vivienda de interés social se encontraban aisladas de la estructura principal de la ciudad.

Con las políticas para una constante producción de vivienda se logró el vínculo territorial entre algunas zonas habitadas, pero persistió la carencia de equipamientos, situación que hoy afecta a las personas en la tarea de movilizarse hacia los lugares donde necesitan efectuar actividades, entre ellas la de solicitar atención médica.

Al haberse promovido la extensión de la mancha urbana con base en la construcción de vivienda de interés social, pero sin proveer de suficientes equipamientos, es que hoy los habitantes de la periferia experimentan mayores problemas de accesibilidad a la atención médica, que es también una forma de segregación socioespacial.

Las oportunidades que se otorgan para la atención de la salud están siendo condicionadas por las características de la ciudad, que impone a los ciudadanos la necesidad de invertir mayores cantidades de tiempo, recorrer mayores distancias y el tener que aceptar la oferta de transporte público y redes viales deficientes.

3. Políticas para el fomento de la salud

Durante cada administración de gobierno, ya sea federal, estatal o municipal, se han elaborado e implementado programas que emergen de las políticas para el fomento de la salud. En Ciudad Juárez, los programas han seguido diversas estrategias, estas son, la acción ante contingencias ambientales, las campañas de prevención y de educación en materia de salud así como la ampliación de la cobertura médica hacia la población abierta.

Según la información mostrada en esta investigación, actualmente más del 80% de la población juarense cuenta con algún tipo de derechohabencia en materia de salud. El hecho de ampliar la cobertura del tipo seguridad social y asistencia social implica asignar mayores recursos económicos y humanos para satisfacer la demanda de los usuarios.

Los servicios médicos de la seguridad social y de la asistencia social sufren actualmente de una saturación de derechohabientes debido a los programas que han buscado ampliar la cobertura. Los indicadores más relevantes demuestran que han disminuido las tasas de médicos, camas, enfermeras y laboratorios por cada 1000 habitantes. Así mismo, la tasa de consultorios por cada 1000 habitantes es muy pequeña con lo que se afecta la accesibilidad a la atención por esta vía.

Los programas implementados han tenido alcances limitados entre la población, pero además se observa una disminución en la calidad del servicio, siendo ello más evidente en la prolongación de los tiempos para obtener una cita médica, en los problemas de las instituciones para dar continuidad a lo que cada médico recomienda en sus diagnósticos y en las dificultades administrativas producto de la saturación de servicios.

Otro problema de las políticas es la falta de coherencia puesto que, más que destinar los presupuestos oficiales a programas que favorezcan directamente la salud de los ciudadanos, se ha dado lugar a la creación de organismos no gubernamentales cuyo único fin es el diagnóstico de situaciones que ya se han verificado en repetidas ocasiones y que siguen sin respuesta, mientras que a las autoridades sanitarias correspondientes se les disminuye el presupuesto que podría utilizarse en la investigación y diagnóstico que contribuiría a no terciar la información.

Los mayores problemas de morbilidad en la ciudad son las infecciones respiratorias agudas, las infecciones intestinales y las infecciones de las vías urinarias. La incidencia de este tipo de enfermedades puede reducirse notoriamente si se incrementa las acciones de educación para la salud pero también de servicios públicos como el abasto constante de agua potable, disponibilidad de red de drenaje público y una sana alimentación.

Ha habido sin embargo una falta de continuidad en los programas, como puede verificarse en la lista de aquéllos que se han implementado a lo largo de los años, y que fueron trazados con metas específicas a corto y largo periodo pero que actualmente han quedado en desuso. No existe por lo tanto un sistema de verificación de logro de objetivos de los programas que se han implementado pero que luego han desaparecido.

Situaciones como las la variabilidad del clima en la región y la aparición súbita de eventos meteorológicos son difíciles de atender, pero es posible generar programas de prevención. Un atlas sobre zonas de riesgo por contingencias ambientales (fuertes lluvias, sequía, ondas de calor, frío extremo, etc.) ha sido elaborado por el IMIP recientemente. En el atlas se proporcionan guías respecto a las zonas donde deben extremarse medidas para proteger la seguridad de los habitantes.

Las recomendaciones del IMIP no han sido impedimento para que se construyan áreas habitacionales sobre zonas de riesgo y en donde la vivienda es destinada principalmente a la clase trabajadora. Programas como la construcción de barreras para desviar el paso del agua, la dotación de fosas colectoras de agua pluvial o la fumigación de áreas húmedas han sido materializados luego de algunas inundaciones de amplias zonas habitadas.

Se observa así que varios de los programas para la salud y la seguridad de la población son solamente de acción remedial debido a que se implementan cuando las afectaciones están ya presentes en términos de incremento de la morbilidad y daños al patrimonio.

Las principales causas de mortalidad en Ciudad Juárez corresponden con el estilo de vida urbana donde se promueve más la actividad laboral y donde existen pocas

posibilidades de realizar actividades físicas. Las enfermedades isquémicas del corazón, la diabetes mellitus, las enfermedades cerebrovasculares son las principales causas de muerte diagnosticada, además de los homicidios y los accidentes viales. Aunque se han implementado programas para favorecer la actividad física, se necesitan más espacios públicos para tal efecto.

Por otra parte, los programas para combatir la obesidad y la diabetes mellitus enfrentan la situación de que se necesita también un cambio en la dieta del juarense promedio, quien debido a sus ingresos económicos encontraría difícil adquirir con la frecuencia adecuada aquellos alimentos que proveen de vitaminas, minerales y proteínas, (frutas, verduras, carnes y lácteos).

La capacidad económica es una limitante en la calidad de los alimentos, es por ello que el juarense habitualmente elige alimentos más accesibles económicamente y que en su mayoría son los que proveen de lípidos y carbohidratos (tortillas, pan, granos, papas, pastas). El constante consumo de este tipo de alimentos, combinado con la inactividad física puede ser condición para la aparición de las patologías mencionadas al principio.

En las mujeres jóvenes, el incremento en la tasa de embarazos adolescentes ha hecho que se requieran más camas y médicos para la atención durante la gestación y el parto. Entre los hombres adolescentes, el alcoholismo y la drogadicción siguen creciendo como enfermedades que afectan no sólo biológicamente sino también socialmente.

Los programas para controlar la tasa de embarazos adolescentes, la drogadicción y el alcoholismo se han enfocado en la educación impartida en la escuela respecto a la sexualidad, en la provisión de contraceptivos, en las pláticas por parte de las autoridades del orden judicial y en la participación de organizaciones de apoyo a drogadictos y alcohólicos, sin embargo se ha descuidado la educación a este respecto desde el seno familiar.

No es desconocido que bastantes familias carecen de una verdadera comunión debido a las exigencias laborales de los padres, a la existencia de familias uniparentales y a la carencia de recursos económicos. Para estas familias, los programas han debido buscar otorgar verdaderas oportunidades de superación que incluyan la combinación de una

educación gratuita, adscripción a la atención médica e incluso mejores oportunidades laborales. Las autoridades políticas y sanitarias no serían las únicas responsables de esta tarea, siendo su deber el involucrar a más actores sociales como los grupos comunitarios, empresariales y eclesiásticos.

Los programas para el fomento de la salud deben por lo tanto adecuarse a las necesidades primordiales de la población, deben mostrar consistencia pero también deben cumplir con los objetivos para los que fueron creados. La intervención debe originarse desde los diversos frentes de actividades sociales priorizando la atención a los grupos más vulnerables.

3. Inequidad en la accesibilidad a los equipamientos para la atención primaria de la salud

La encuesta de usuarios de los consultorios de conveniencia (CC) ha permitido conocer los siguientes hechos:

- La mayoría de los usuarios de tales consultorios tienen derechohabencia en el sistema oficial de salud, de los cuales el 58.25% corresponde a derechohabientes del IMSS y 22.46% a derechohabientes del Seguro Popular.
- El acudir a estos consultorios privados representa un gasto mínimo de 35 pesos por cobro de consulta.
- La mayoría de los usuarios prefiere acudir a estos consultorios debido a su cercanía pero solamente cuando el motivo de salud no es tan serio a su consideración o cuando las condiciones económicas son favorables para costear el gasto.
- Para ser atendido no se necesita agendar cita.

Las características urbanas de la ciudad dificultan que las personas se movilicen en la búsqueda de la atención médica ante las distancias impuestas hacia las clínicas y centros urbanos de salud. Esto ha originado inequidades en el acceso a los servicios.

Las principales inequidades identificadas son las diferentes tasas de cobertura de consultorios por distrito, las distancias de recorrido y la disponibilidad de medios de transporte público.

Aunado a las inequidades señaladas se encuentran los inconvenientes en la asignación administrativa de la derechohabencia y las trabas administrativas para la solicitud de cita o de cambio de lugar de derechohabencia.

La tasa de cobertura de consultorios es insuficiente ante la creciente cantidad de derechohabientes. Al no haber la suficiente disponibilidad de servicio por parte de una institución, los usuarios deben buscar opciones alternativas, como sucede ahora con la atracción de la demanda hacia los consultorios de conveniencia.

La magnitud de los trayectos recorridos hacia los equipamientos para la APS es apropiada, según las normas, para la mayoría de los derechohabientes de la seguridad social pero hay que tener también en cuenta que otra porción de personas enfrenta serias dificultades para movilizarse por causa de una inapropiada asignación del consultorio familiar y por la falta de transporte público eficiente en la tarea de llegar directamente al lugar pretendido.

El transporte público disponible en la ciudad presenta serios inconvenientes que para los usuarios. Físicamente, las unidades son incómodas en su interior al carecer de asientos limpios y ordenados, además, los autobuses no cuentan con equipo de aire acondicionado.

La cuestión de la educación cívica por parte de los usuarios y los choferes es seria: por lo común, no se respeta la asignación de asientos para adultos mayores y mujeres embarazadas; durante el recorrido, se acostumbra por el chofer llevar música a alto volumen y no es extraño observar a personas al fondo del autobús ingiriendo bebidas alcohólicas.

Sólo algunas vialidades de la ciudad presentan problemas de congestionamiento, pero el incumplimiento en varias de las obras del plan de movilidad urbana está causando que la circulación sea más lenta en varios puntos de importancia como lo es en el Paseo de la Victoria, en el cruce de Eje Vial y Sanders y en Puerto de Palos sobre el libramiento oriente.

Estas condiciones de movilidad deben ser aceptadas por quienes en su recorrido hacia las clínicas y centros urbanos de salud deben tocar tales puntos de la red vial, o encontrar trayectos alternativos que les representan mayor inversión de tiempo e incluso de dinero.

Finalmente, la red de vialidades en Ciudad Juárez carece de un diseño que le permita funcionar con éxito durante los fenómenos meteorológicos: las lluvias torrenciales causan inundaciones y encharcamientos profundos sobre importantes calles y avenidas, las nevadas provocan la cristalización del pavimento y las tolvaneras impiden la visibilidad de los conductores. Estas condiciones que se presentan periódicamente sobre la ciudad afectan la movilidad hacia los centros de actividades y aún más cuando la atención debe darse con urgencia.

4. La sociedad del consumo y el mercado de servicios para la salud en Ciudad Juárez

La industrialización de la ciudad trajo beneficios como el crecimiento de la economía local, mayores oportunidades de empleo y la posibilidad de otorgar seguridad social a más personas por el hecho de pertenecer a la clase trabajadora.

El sector comercial también se vio beneficiado por la industrialización. Las maquilas atrajeron a miles de personas a la ciudad por lo que el crecimiento demográfico se aceleró notablemente. El sector comercial aprovechó la oportunidad de satisfacer las necesidades de consumo de la creciente población. Pronto las cadenas de supermercados aumentaron el abasto interno de sus tiendas e incrementaron el número de locales que se fueron distribuyendo convenientemente de acuerdo a como se iban generando zonas habitadas.

En la industria maquiladora puede laborarse en cualquier turno del día, es decir, por la mañana, por la tarde o por la noche. Al haber personas circulando sobre calles y avenidas a cualquier hora del día, el sector comercio dispuso de tiendas abiertas las 24 horas donde se podrían adquirir productos básicos a un costo relativamente mayor al de los supermercados pero a cambio con la conveniencia de la cercanía, surtido de lo más indispensable y disponibilidad a cualquier momento.

Pronto en la ciudad hicieron acto de presencia los negocios tipo franquicia nacional y trasnacional, destacando las cadenas de restaurantes y de comida rápida, supermercados y centros de materias primas para la construcción.

Varias de las cadenas de restaurantes y de comida rápida tuvieron éxito y permanecen aún en la ciudad. Los juarenses se acostumbraron a acudir ocasionalmente a consumir hamburguesas, pollo frito, sándwiches, burritos o tortas al interior de un local pagando más que lo que se pagaría en los locales “callejeros” y sin renombre. En el ramo restaurantero, sólo algunas franquicias tuvieron éxito constante entre la mayoría de los ciudadanos debido a la preferencia de los juarenses por la comida rápida.

Los centros de materias primas para la construcción contribuyeron en ofrecer mayor variedad de artículos para la construcción y arreglo de la vivienda, pero tal y como sucedió con las tiendas de conveniencia y supermercados, su presencia hizo que disminuyera la cantidad de pequeños negocios en las colonias de la ciudad y que eran el sostén de familias dedicadas a las actividades comerciales.

Las áreas de oportunidad crecieron para quienes podían realizar fuertes inversiones en el sector comercial, una de estas áreas fue la del mercado de los servicios para la salud. Durante la etapa de mayor crecimiento demográfico de la población, en la ciudad se abrieron hospitales y centros de atención médica de corte privado.

Los ciudadanos, de acuerdo con su capacidad adquisitiva, tenían ya la oportunidad de utilizar otro tipo de servicios que no fueran los ofrecidos por las instituciones públicas. El costo de los servicios sin embargo siguió siendo alto para la mayoría de los ciudadanos por lo que los más beneficiados con los hospitales y consultorios particulares fueron las clases socioeconómicas más altas a quienes se les ofrecieron atenciones médicas especializadas, empleo de las mejores tecnologías en la medicina y un trato más personalizado.

No es sino hasta hace unos cuantos años que algunos grupos de inversión capitalista notaron el nicho de oportunidad en la atención médica para clases socioeconómicas más bajas y cuyas demandas derivaban en parte de lo que no era satisfecho por los servicios

médicos de las instituciones oficiales: una atención personal, rapidez en la atención, abasto suficiente de medicamentos y cercanía respecto al hogar a cambio de un costo accesible.

Con la aparición de los consultorios y farmacias en casi todos los puntos de la localidad, en la ciudad se agrega una nueva forma de comercialización gracias al consumo de los servicios para la salud con las características de una tienda de conveniencia. Los ciudadanos pueden hoy acudir a casi cualquier hora a solicitar atención médica y adquirir medicamentos o materiales para su salud sin complicaciones por distancias o procesos administrativos.

En los consultorios de conveniencia, se adquiere atención médica básica y medicamentos para enfermedades cuyo tratamiento no es complicado. Si se necesita de una mayor especialización de servicios y medicina de patente, habrá que acudir a las instituciones oficiales o a hospitales y consultorios privados de mayor jerarquía, lo que implica dos situaciones respectivamente: enfrentar la saturación de los servicios y cumplir con mayores erogaciones.

Los hechos anteriores permiten observar que hay una similitud con lo que sucede en los procesos donde existe una competencia comercial y que define quiénes van a consumir lo que ofrece cada una de las instancias, agregando también la oferta de servicios por parte del Estado.

Los servicios para la salud que se ofrecen por los consultorios de conveniencia tienen un costo generalmente accesible para quienes al mismo tiempo pueden utilizar los servicios de las instituciones oficiales, pero tal costo hace que los responsables establezcan limitantes para que puedan obtenerse algunas ganancias.

El consumo de este tipo de servicios por parte de los juarenses es cada vez más habitual y las ganancias para quienes los habilitan son constantes por lo que ya no solamente se pueden encontrar consultorios y farmacias en las calles de las colonias sino también como parte de lo que se comercializa por los supermercados.

Al proliferar los servicios para la atención de la salud en la modalidad de consultorios de conveniencia, se requieren de mayores controles por parte de las instituciones reguladoras, tanto del comercio como de la salud.

Las regulaciones en el aspecto comercial deben solicitar que los locales cumplan con las especificaciones de construcción y comodidad para los usuarios, registro como negocio y especificaciones sobre precios de aquello que se oferta.

Por parte de las autoridades sanitarias, las regulaciones deben ser aún más estrictas para que se mantenga un nivel aceptable en la calidad de la atención médica, que se especifique qué medicamentos pueden comercializarse y con qué características, debe solicitarse la certificación del personal y establecer las limitantes de la atención médica brindada.

Los consultorios de conveniencia deben participar con las autoridades sanitarias en la entrega de datos sobre enfermedades en la población atendida con el fin de mantener al día los esquemas de vigilancia epidemiológica. Por esta razón, deben crearse mecanismos administrativos que permitan actualizar constantemente los datos sobre morbilidad y consumo de medicamentos de los usuarios de tales consultorios, al margen de los naturales intereses comerciales de la empresa.

Al considerarse que los consultorios de conveniencia pertenecen a un sistema que tiene el interés de lograr ganancias económicas por medio de la prestación de servicios para la salud, es que los usuarios están también en la posibilidad de ser informados sobre sus derechos como consumidor y como persona que busca resultados favorables para su salud.

Actualmente, no se conoce cuáles han sido las acciones de las autoridades para que las personas sean informadas sobre sus derechos tanto en el aspecto comercial como en el sanitario.

El crecimiento constante del mercado de servicios para la salud, sobre todo en aquellos donde se oferta la atención médica básica, debe ser tomado en cuenta por las autoridades para que pueda regularse mejor su participación en el Sistema Nacional de

Salud facilitando el intercambio de información y la colaboración en los programas cuyos objetivos son el proporcionar una atención médica accesible y de calidad para la población.

5. Hacia un modelo de utilización de equipamientos para la atención primaria de la salud

Los datos obtenidos y las referencias sobre modelos de accesibilidad a los servicios para la atención de la salud permiten realizar una aproximación a lo que sucede en el caso de Ciudad Juárez.

Las condiciones para que una persona decida utilizar un sistema público o uno privado son diversas y se conjugan entre sí, pero algunas de estas tienen más preponderancia al momento de la elección. Luego de la encuesta y el análisis de datos, se pudieron verificar las siguientes condiciones:

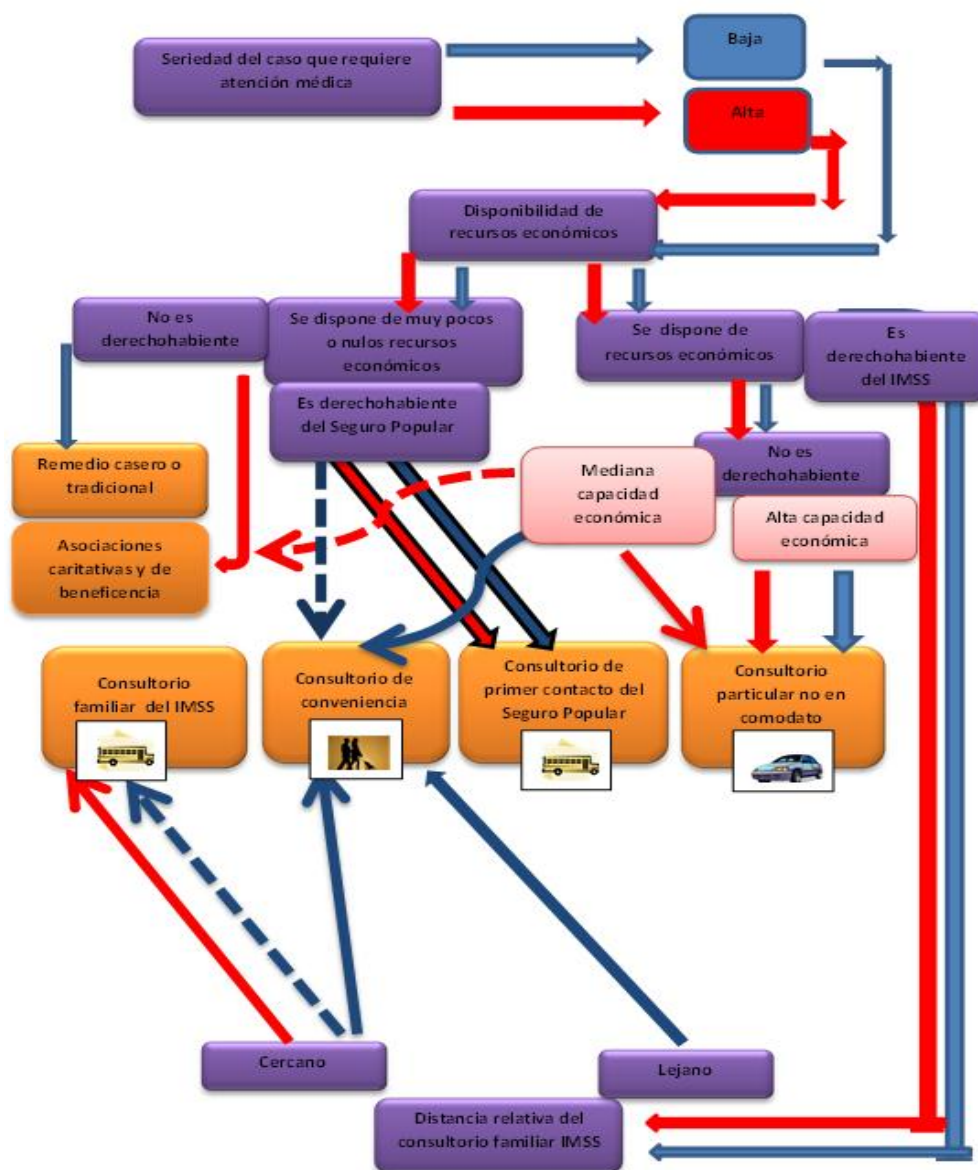
- La mayoría de los usuarios de consultorios de conveniencia son también derechohabientes del IMSS, y en segundo término del Seguro Popular.
- La mayoría de los usuarios de los consultorios de conveniencia son de clase socioeconómica baja o media.
- El tipo de atención médica buscada en los consultorios de conveniencia es la mayoría de las veces para casos de enfermedades infecciosas comunes entre la población o malestares como cefaleas. La profilaxis y acción remedial para estos casos son ya muy conocidas y practicadas por los médicos en turno.
- Quienes son de clase socioeconómica muy baja optan generalmente por los servicios del Seguro Popular al carecer de derechohabencia del tipo seguridad social.
- Las distancias son una condición importante en la determinación de utilizar el sistema público o el sistema privado de consultorios. Si la distancia es relativamente grande, las personas desisten de su derecho a utilizar el consultorio del sistema público, sin embargo, si la persona considera que su necesidad por atención es aún más seria, ya no le importan las distancias ni los gastos de movilización y opta por utilizar los consultorios del sistema público.
- Los costos de movilización y gastos implicados para utilizar los servicios del sistema público de salud son el segundo factor de importancia por el que las personas

deciden utilizar los consultorios de conveniencia. Al respecto, las personas consideran que al final, es más barato acudir a este tipo de consultorios que efectuar la tarea de movilizarse hasta la clínica donde se encuentra su consultorio.

El modelo que se presenta a continuación tiene como punto de partida la seriedad con que se asigna a la necesidad de atención médica por cada persona. Para quienes tienen la opción de utilizar tanto los servicios del consultorio de conveniencia como su derechohabencia al IMSS, el factor de decisión es la distancia relativa del consultorio familiar.

En el modelo, las líneas punteadas representan una menor frecuencia relativa de uso, así por ejemplo cuando el derechohabiente del Seguro Popular considera que la seriedad con que necesita la atención es baja, acude al consultorio del Seguro Popular pero también, y con menor frecuencia, al consultorio de conveniencia.

Gráfica 84: Modelo propuesto sobre la accesibilidad a la atención primaria de la salud en Ciudad Juárez



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la encuesta y de instituciones de salud

Un derechohabiente del IMSS cuyo consultorio familiar se encuentre relativamente cercano, utiliza tanto el consultorio familiar como el consultorio de conveniencia cuando su caso no es tan serio, pero utiliza este último consultorio con más frecuencia.

Quienes tienen una alta capacidad económica prefieren usualmente los consultorios privados no en comodato ya sea para casos serios o para casos no tan serios. Para estas personas el factor distancia no es relevante ya que pueden movilizarse por medio de vehículo propio y sin tener problemas por el gasto de combustible.

Las personas que carecen de derechohabiencia y disponen de muy pocos o nulos recursos económicos buscan la derechohabiencia en el Seguro Popular para atenderse por casos serios o no tan serios. Si no se tiene la derechohabiencia, se recurre a remedios o tratamientos no profesionales, pero si el caso es serio, se buscará la ayuda de asociaciones caritativas o de beneficencia. Cuando no se dispone de recursos económicos, las personas sin derechohabiencia están sujetas a aceptar las condiciones de accesibilidad hacia los equipamientos para la atención de la salud, así, no importa si el lugar es cercano o lejano.

Para ir al consultorio de conveniencia, la mayoría de las veces las personas lo hacen a pie, mientras que el transporte público se utiliza cuando se busca la atención en los consultorios del IMSS o del Seguro Popular. Los usuarios de los consultorios particulares no en comodato (el propietario es quien atiende) utilizan generalmente el automóvil para movilizarse.

Los equipamientos para la APS en Ciudad Juárez sufren de una saturación de derechohabientes. La demanda de servicios rebasa con facilidad la cobertura que se tiene actualmente. Además de esta problemática, la accesibilidad desde el hogar se torna difícil debido a las características urbanas de la ciudad, al clima y a las posibilidades económicas de la mayoría de las personas.

La atención en el consultorio de conveniencia es atractiva ya que gracias a sus servicios se solucionan algunas condiciones de contexto cuando se busca atención médica: ser atendido con rapidez, ahorrar tiempo y esfuerzo.

6. Propuestas

Luego de este análisis sobre la relación entre la planificación urbana y la accesibilidad a los equipamientos para atención primaria de la salud es que se realizan las siguientes propuestas.

- Asegurar la presencia de equipamientos para la atención de la salud en la planificación e implementación del desarrollo urbano de las zonas habitacionales.
- Incrementar las acciones en materia de educación y prevención para la salud con el objetivo de disminuir la demanda de servicios al mismo tiempo que se mejoran los indicadores de salud en la ciudad.
- Que en el Seguro Social se busquen mecanismos que logran una mejor distribución administrativa de los derechohabientes.
- Reconocer la participación de los consultorios de conveniencia como elementos importantes en la atención primaria de la salud en la ciudad. Por ello, debe implementarse el intercambio de información con fines de actualizar los datos sobre vigilancia epidemiológica y de consumo de medicamentos.
- Mejorar las condiciones de funcionamiento de las líneas de transporte público, fijar y hacer respetar espacios para personas enfermas, adultos mayores y mujeres embarazadas.

Las observaciones y propuestas aquí realizadas tienen el fin de contribuir en la resolución de varios de los problemas que se presentan en la ciudad, los cuales se resolverán solamente si las autoridades saben dar seguimiento a lo que se recomienda por parte de las investigaciones dedicadas a analizar las diferentes dimensiones que dan pauta al desarrollo urbano, económico y social de la ciudad.

a) La planificación urbana de Ciudad Juárez

- De acuerdo con la información obtenida en fuentes referenciadas y por la información generada gracias al trabajo de campo, se evidencia que el desarrollo urbano de la ciudad ha carecido de una planificación que tome en cuenta como propósito principal la creación de oportunidades de accesibilidad a los distintos equipamientos donde se satisfacen necesidades básicas como la educación académica, la recreación y la promoción de la salud. A pesar de que se cuenta con instituciones que han realizado estudios y han emitido indicaciones de cómo debe desarrollarse urbanamente la ciudad, las autoridades políticas y grupos de inversión han dado prioridad a sus intereses particulares.
- El ejemplo más claro del punto anterior es el crecimiento inducido de la mancha urbana para favorecer áreas para la construcción de vivienda de interés social y áreas para

los parques industriales. Con las acciones señaladas se ha provocado que los ciudadanos enfrenten problemas de accesibilidad a los equipamientos de diversa índole. La tarea de las autoridades políticas y sanitarias es entonces reducir las inequidades de accesibilidad que han sido generadas en la provisión de servicios de salud.

- Tomando en cuenta el concepto de *accesibilidad geográfica*, las medidas para mejorar los indicadores de la misma deben orientarse a proveer al ciudadano de más y mejores medios de transporte y de redes viales más eficientes. La dotación progresiva de líneas transporte urbano de calidad, como en el caso del “Vivebús”, debe realizarse con estudios previos para trazar las trayectorias más directas hacia los destinos correspondientes y con rutas alimentadoras. En esta tarea deben conciliarse los intereses económicos de los grupos transportistas y los intereses de la sociedad por un mejor sistema de transporte público.
- Se esperaría que con proyectos como el *Plan de Movilidad Urbana*, los ciudadanos puedan transportarse más rápidamente hacia los destinos requeridos. Se considera que es posible hacer un estudio comparativo de tiempos de traslado actuales contra aquellos que serán resultado del mejoramiento en las redes viales de la ciudad gracias al proyecto citado. De reconocerse una diferencia significativa en la reducción de tiempos de traslado, se estará hablando de un mejoramiento en la accesibilidad geográfica gracias a ese plan.
- Actualmente, es poco probable que las autoridades puedan dotar de nuevos equipamientos con las características adecuadas a cada una de las áreas ya urbanizadas de la ciudad, por lo que hay que buscar que se amplíen y mejoren los servicios en los equipamientos ya existentes, para que de esta forma se cuente con instalaciones que brinden mayor cobertura y una mejor eficiencia administrativa. Además es necesario dotar de equipamientos para la atención básica en lugares estratégicos y con mínimas dificultades de traslado.
- De persistir el desarrollo urbano que sólo busca el beneficio de los grupos políticos y grupos de inversión sin la provisión de elementos para cumplir con el *derecho a la ciudad*, la problemática de accesibilidad geográfica irá en aumento como se ha observado ya con el crecimiento de Ciudad Juárez en las décadas recientes. Un nuevo caso-oportunidad para implementar la planificación urbana se estará presentando con el

proyecto de crear desarrollos habitacionales e industriales en la zona de San Jerónimo, al poniente de la ciudad y fuera de la mancha urbana. Las autoridades sin embargo no han especificado cuál será la inversión en materia de equipamientos para la educación y para la salud en tal lugar. Nuevamente se estaría dando preferencia a los grupos industriales maquiladores dejando de lado la atención a la mano de obra que carecería de servicios complementarios para alcanzar una mejor calidad de vida: oportunidades de salud, educación y esparcimiento.

- Empresas privadas y grupos de gobernantes han obtenido beneficios con el desarrollo urbano de la ciudad, a pesar de varios casos donde son graves las consecuencias sobre la calidad de vida de las personas. Algunos ejemplos de afectaciones se dan en colonias como Riberas del Bravo, El Mezquital, Infonavit Casas Grandes, Anapra, Pradera Dorada, etc. Es necesaria la participación de organismos plurales con la capacidad de señalar errores en la planificación urbana y aplicar sanciones a los infractores, ya sean estos grupos de inversionistas o autoridades de gobierno.

b) Equipamiento urbano para la atención primaria de la salud

- El crecimiento inadecuado de la mancha urbana ha generado un déficit en la cantidad de equipamientos necesarios para la atención primaria de la salud de acuerdo a la cantidad de habitantes. El sistema de Seguro Popular ha intentado reducir el déficit de equipamientos mediante la provisión de centros de salud urbanos en algunas colonias de la ciudad. Ahora, lo conducente es tomar en cuenta las propuestas realizadas desde hace años por el IMIP respecto a la dotación estratégica y complementaria de servicios para el cuidado de la salud.
- No existen en la ciudad hospitales públicos de tercer nivel. Las personas que demandan especialidades en la atención médica deben trasladarse a otras ciudades. Es necesario un diagnóstico sobre cuáles son las principales demandas en atención para la salud en este nivel y procurar su oferta en la ciudad, principalmente por el IMSS que es la institución pública con más derechohabientes en la ciudad.
- Si la mayor parte de la demanda de servicios médicos se centra en la consulta básica, las instituciones oficiales de salud deben crear programas permanentes que contribuyan a mejorar la calidad de este nivel de atención, así, deben abrirse más

consultorios y ampliarse tanto horarios como días de atención. Las instituciones deben entonces tener como referencia a sus bases de datos sobre derechohabientes y su lugar de residencia para determinar la cantidad necesaria de consultorios y personal necesario para cubrir adecuadamente la demanda.

- Ciudad Juárez ha experimentado ciclos donde se presenta escasez de trabajo o abundancia del mismo, lo que se relaciona directamente con el crecimiento poblacional y con la tasa de afiliación a la seguridad social y en menor grado a la asistencia social. Aunque una buena medida es ampliar la cobertura de la atención médica (más consultorios y médicos), lo ideal es ampliar los programas de educación para la salud y asegurar su efectividad. Es poco probable que se alcance una cobertura total de servicios, por lo que con la promoción de la salud en escuelas, iglesias y centros comunitarios se estará reduciendo la demanda de servicios médicos sin importar las variaciones en la cantidad de habitantes y cantidad de derechohabientes.

c) Participación de la iniciativa privada en la atención primaria de la salud

- Los servicios de los consultorios de conveniencia han contribuido en desfogar parte de la demanda que se centra en los servicios del IMSS, ISSSTE y Seguro Popular. Se reconoce que los consultorios de conveniencia de diversas empresas cuentan con un nivel aceptable de calidad en la atención médica. Pronto, será necesario estudiar la posibilidad de que parte de los servicios oficiales de APS se canalicen hacia participantes de la iniciativa privada.
- Esta investigación contribuye en mostrar cuáles son las principales causas de salud por las que las personas acuden a los consultorios de conveniencia. Conociendo y ampliando esta información, las instituciones oficiales pueden tener más elementos para la toma de decisiones respecto a qué servicios médicos podrían estar siendo delegados a otras instancias o bien, cuáles deben recibir más mejoras en beneficio de los usuarios.
- Paralelo al déficit en cantidad de consultorios para la APS, existe un déficit de médicos en la ciudad. Si constantemente hay nuevas generaciones de egresados en la carrera de medicina, cabe preguntarse por qué no se cuenta con el abasto suficiente de este tipo de personal. Esta situación da pie a proponer que se establezcan mayores oportunidades para que los egresados en el área de la medicina puedan incrementar sus

capacidades en las instituciones de salud y pronto ocupar las plazas que son necesarias para satisfacer los indicadores de cobertura señalados oficialmente.

- Las empresas privadas están aprovechando las capacidades de los egresados en el área de medicina, pero solamente en el nivel de APS. Con esta acción, tales empresas están logrando, sin que sea su intención principal, reducir el déficit de cobertura médica por cantidad de habitantes. Sin embargo, con este sistema son pocas las oportunidades para que el personal médico incremente sus capacidades y pueda brindar servicios en niveles de atención secundaria y terciaria. Debido a los problemas burocráticos por los que atraviesan hoy en día los servicios públicos para la salud, las empresas privadas deben considerar la necesidad de seguir incrementando las capacidades del personal médico ante la probable oportunidad de ser parte de los servicios oficiales para la atención médica básica y de especialidades.

Anexos

Anexo 1: Encuesta de opinión derechohabientes del IMSS en Ciudad Juárez

La encuesta de usuarios de los consultorios de conveniencia (CC) ha permitido conocer los siguientes hechos:

- La mayoría de los usuarios de tales consultorios tienen derechohabiencia en el sistema oficial de salud, de los cuales el 58.25% corresponde a derechohabientes del IMSS y 22.46% a derechohabientes del Seguro Popular.
- El acudir a estos consultorios privados representa un gasto mínimo de 35 pesos por cobro de consulta.
- La mayoría de los usuarios prefiere acudir a estos consultorios debido a su cercanía pero solamente cuando el motivo de salud no es tan serio a su consideración o cuando las condiciones económicas son favorables para costear el gasto.
- Para ser atendido no se necesita agendar cita.

Para contrastar estas observaciones, se llevó a cabo otra encuesta ahora con derechohabientes del IMSS y que utilizaron los servicios del consultorio familiar en la UMF correspondiente, siendo esta la condición principal de selección, y no necesariamente que hubieran también utilizado los servicios del consultorio de conveniencia.

La muestra total fue de 130 personas, distribuyéndose en 10 personas por cada una de las UMF de la ciudad. Hubo una encuesta piloto con 30 personas a partir de la cual se hicieron ajustes para realizar la encuesta completa. Las personas fueron elegidas al azar y siguiendo el criterio de edad laboral de 15 años o más para poder contestar las preguntas y capacidad para comprender y contestar a los cuestionamientos.

El instrumento empleado fue el utilizado también para la encuesta aplicada en los consultorios de conveniencia. En promedio, cada cuestionario fue aplicado en 5 minutos.

Las calificaciones se marcaron en una escala Likert donde el valor 1 representa a la peor calificación y el valor 5 a la mejor calificación.

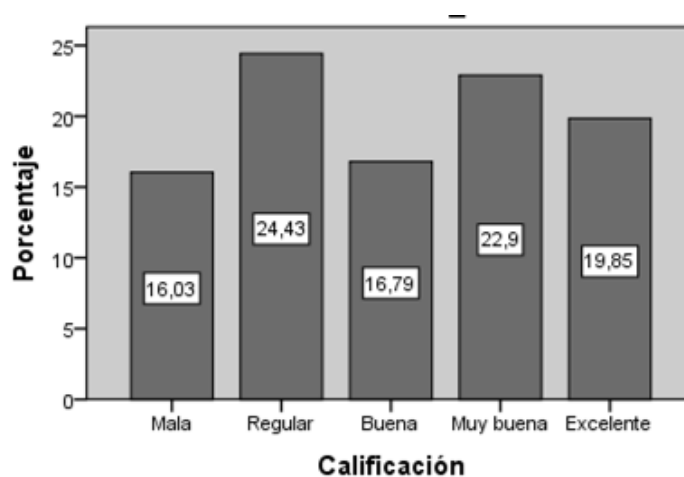
La distribución de preguntas tiene la siguiente estructura:

1. Sobre la calidad de la atención médica. Aquí se consideran las siguientes preguntas:

- a) ¿Cómo califica la calidad de la atención médica recibida?
 - b) ¿Encontró los medicamentos necesarios?
 - c) ¿Cómo califica la mejoría en su salud gracias al consultorio familiar?
2. Sobre la accesibilidad administrativa. Aquí se consideraron las siguientes preguntas:
- a) ¿Cómo considera la disponibilidad de horario del consultorio familiar?
 - b) ¿Qué le parece la rapidez para pasar a consulta con el médico familiar?
3. Sobre la accesibilidad geográfica. Aquí se consideraron las siguientes preguntas:
- a) ¿Qué le parece la distancia desde su hogar hasta el consultorio familiar?
 - b) ¿Cómo califica la facilidad para transportarse hasta el consultorio familiar?
 - c) ¿Cómo califica el gasto de tiempo que debe invertir para llegar al consultorio?
4. Sobre el costo implicado de la atención médica.
- a) ¿Cómo califica la cantidad total de dinero gastado para su visita al consultorio?

A1. 1 Calidad de la atención médica

Gráfica 85: Calificación de la calidad de la atención médica en el consultorio UMF-IMSS



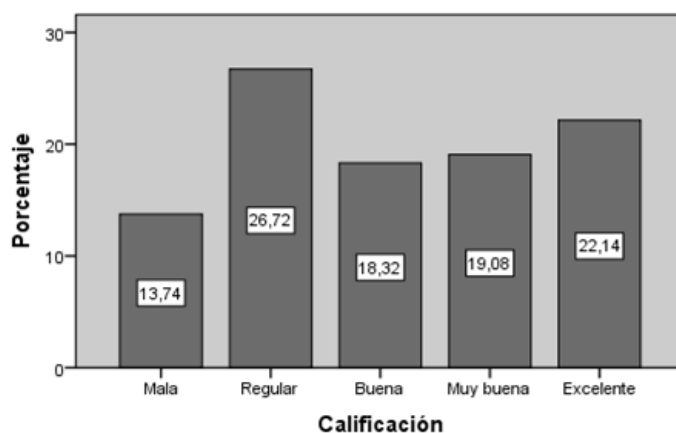
Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta de derechohabientes del IMSS

El porcentaje más alto se obtuvo en la calificación de “regular” (24.43%), mientras que los usuarios de los CC calificaron a este como “bueno” (63.95). Existe sin embargo en los

derechohabientes del IMSS un porcentaje de 42.75% que califica a los servicios como “muy buenos” o como “excelentes”.

b) Eficiencia en el surtido de la receta

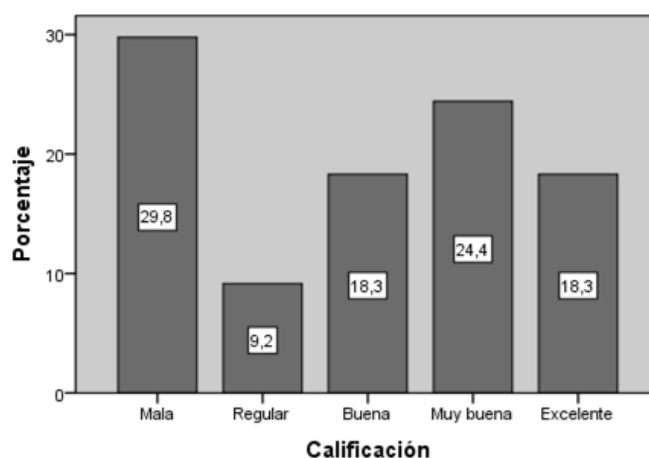
Gráfica 86: Calificación de la disponibilidad de medicamentos en la farmacia de la UMF-IMSS



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta de derechohabientes del IMSS

Sólo el 22.14% de los derechohabientes fue satisfecho con un total surtido de la receta prescrita por el médico del consultorio familiar. En el mismo rubro, los CC alcanzan hasta el 48.1% según sus usuarios. La mayoría de los derechohabientes califica como regular la eficiencia con la que las farmacias del IMSS surten de medicamentos.

Gráfica 87: Calificación de la mejoría en su estado de salud gracias al consultorio familiar UMF-IMSS



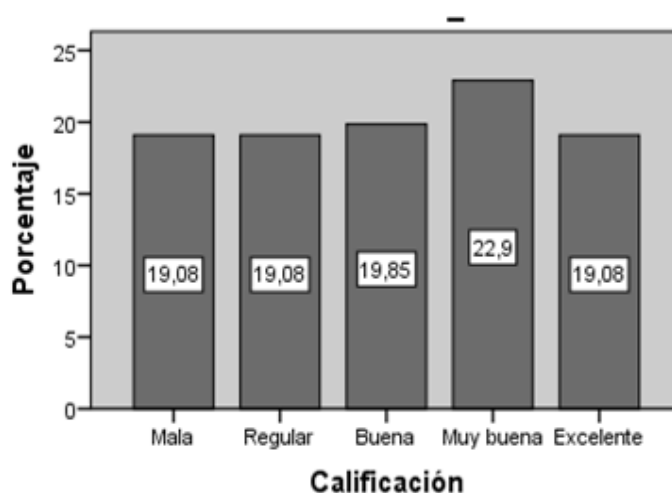
Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta de derechohabientes del IMSS

En este rubro, hay un porcentaje de usuarios que califica a la mejoría en su estado de salud como “mala” o “regular” (39%) y los que otorgan una calificación de “buena” o “excelente” (42.7%), lo que indica que las opiniones son muy divididas aunque individualmente, la calificación de “mala” es la de mayor porcentaje con un 29%.

Por otra parte, sólo un 2.1% de los usuarios de los CC dieron la calificación de “mala” a la mejoría en el estado de salud luego de ser atendidos. La calificación predominante fue la de “buena” con un 41.8%

A1 .2 Sobre la accesibilidad administrativa

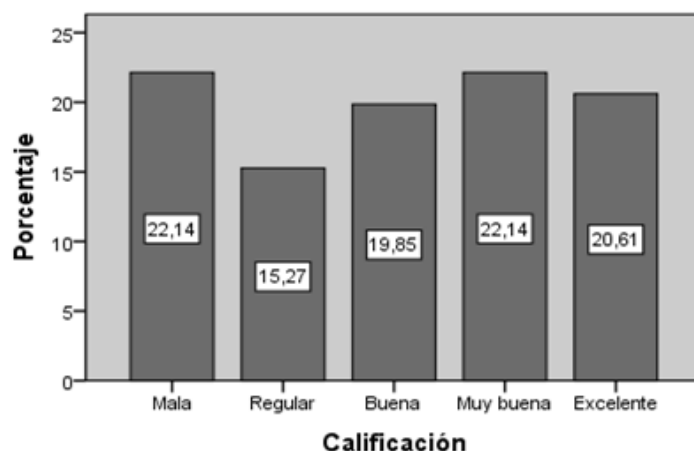
Gráfica 88: Calificación de la disponibilidad de horario en el consultorio familiar UMF-IMSS



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta de derechohabientes del IMSS

Las calificaciones otorgadas por los derechohabientes fueron casi homogéneas, indicativo de que los horarios igual son apropiados para unos e inconvenientes para otros. Los usuarios de los CC por su parte destacaron las calificaciones de “buena” (57.9%) y de “excelente” (16.5%) a la disponibilidad de horario, siendo la causa principal el que no se necesita obtener una cita y no hay un horario predeterminado para el usuario.

Gráfica 89: Calificación de la rapidez para pasar a consulta desde la sala de espera



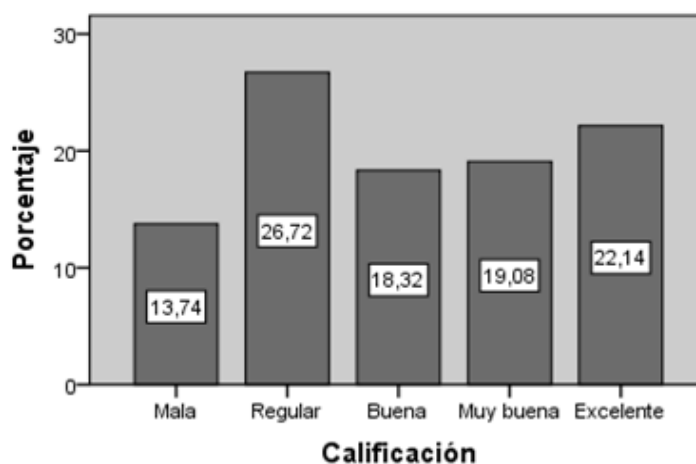
Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta de derechohabientes del IMSS

Las calificaciones predominantes son las de “mala” y “muy buena” con un 22.14% cada una. En la encuesta de usuarios de CC, la calificación predominante para este consultorio fue de “buena” con un 50.2%

Las opiniones más comunes en el servicio prestado por el IMSS son de que no se respeta la hora fijada para la cita y de que se puede perder toda la mañana o toda la tarde en la espera de la atención.

A1.3 Sobre la accesibilidad geográfica

Gráfica 90: Calificación sobre la distancia hogar-consultorio familiar UMF-IMSS

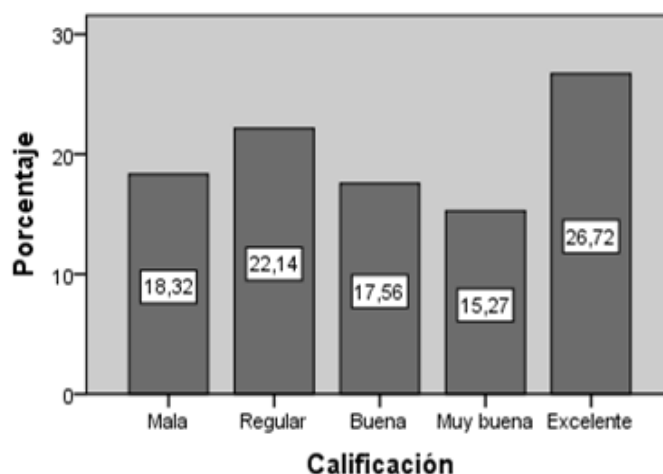


Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta de derechohabientes del IMSS

Las distancias hacia las UMF del IMSS se han convertido en un inconveniente para una porción de los derechohabientes debido a la distribución administrativa y a la falta de más equipamientos en las zonas de más reciente desarrollo en la ciudad.

Sobre la distancia desde el hogar al consultorio familiar de la UMF-IMSS, la calificación que predomina es la de “regular” con un 26.72%, mientras que el 51.9% de los usuarios del consultorio de conveniencia calificaron la distancia a estos consultorios privados como “buena”; la calificación de excelencia se otorgó por el 29.8% de estos usuarios al consultorio correspondiente, por un 22.14% de los derechohabientes al consultorio familiar.

Gráfica 91: Calificación sobre la facilidad para transportarse hacia la UMF-IMSS

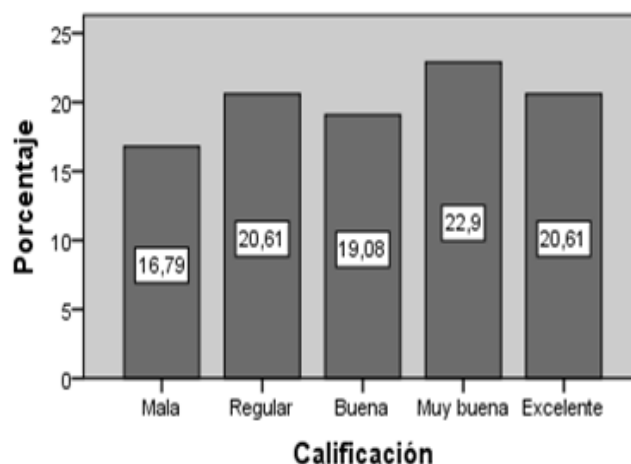


Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta de derechohabientes del IMSS

La distribución de calificaciones sobre la facilidad para transportarse al consultorio familiar en su UMF da cuenta de la distribución administrativa de derechohabientes, donde hay quienes residen en lugares cercanos a su unidad correspondiente y tienen pocas dificultades para transportarse, pero también los hay quienes residen lejos por lo que deben tomar hasta dos autobuses para llegar a la unidad correspondiente.

Los usuarios de CC, por su parte, tienen más facilidades para transportarse a estos consultorios ya que la mayoría lo hace a pie mientras que la mayoría de los derechohabientes del IMSS utiliza el transporte público.

Gráfica 92: Calificación sobre la cantidad de tiempo invertido para llegar al consultorio familiar UMF-IMSS



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta de derechohabientes del IMSS

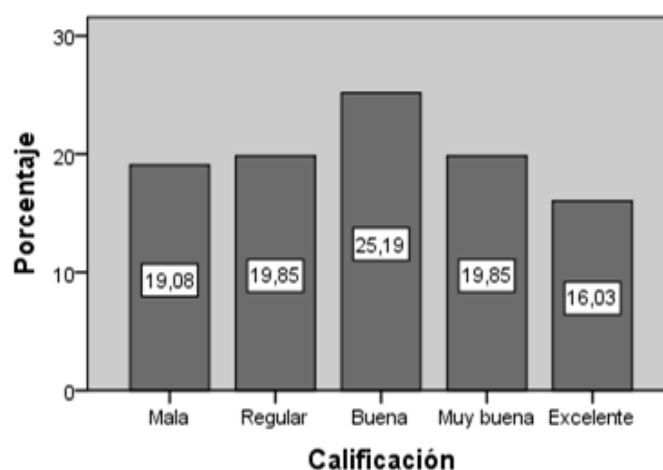
Al igual que en el rubro de facilidad para transportarse hacia el consultorio familiar, en el caso de la calificación al tiempo invertido para efectuar esta operación es variada y con porcentajes cercanos entre cada valor de la escala.

Los tiempos de traslado hacia el consultorio familiar pueden ser muy cortos para un segmento de los derechohabientes, pero hay otros derechohabientes que debido a la distribución administrativa, al cambio de lugar de residencia o a la falta de equipamientos, deben invertir tiempos considerables (más de dos horas en viaje) para completar la jornada de ida y regreso cuando se necesita acudir a la atención médica en el consultorio familiar.

Los usuarios de los CC necesitan en promedio menos tiempo que los derechohabientes del IMSS para llegar al consultorio, siendo clara la estrategia de la Fundación Best por buscar espacios para allegarse de usuarios.

A3.4 Sobre el costo implicado de la atención médica

Gráfica 93: Calificación sobre la cantidad total de dinero gastado para su visita al consultorio familiar UMF-IMSS



Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta de derechohabientes del IMSS

Los derechohabientes del IMSS tienden a reconocer que los gastos implicados son debidos a factores como el uso de vehículo propio o del transporte público o al consumo de bebidas y alimentos.

Excepto cuando el derechohabiente toma dos o más autobuses, la distancia corta o larga implica solamente 12 pesos en viaje de ida y vuelta por persona pero al extenderse la jornada habrá una necesidad de consumir alimentos y bebidas.

Las medicinas y materiales de curación no tienen un costo para el derechohabiente, sin embargo el hecho de que la farmacia del IMSS no logre completar la receta prescrita por el médico familiar puede motivar en algunos casos a que la persona adquiera los faltantes en una farmacia comercial, habiendo así un detrimento a su economía.

Los usuarios de los CC tienen otro tipo de gastos implicados debido a una menor utilización de vehículo propio o de transporte público. Así mismo, el menor promedio de tiempo de estadía durante la visita al consultorio elimina la necesidad de comprar bebidas y alimentos. A cambio, el usuario paga por el servicio de consulta (35 pesos) y los medicamentos prescritos por el médico.

Al final, hay un impacto económico más inmediato al utilizar el consultorio de conveniencia, siendo el pago por persona. El impacto económico en el pago del consultorio familiar es más dosificado y tiene la ventaja de que por el mismo costo se puede otorgar la beneficencia a dos o más personas, no solo a quien aporta la cuota.

Comentarios finales

Ser derechohabiente del IMSS significa el tener la oportunidad de aprovechar una serie de beneficios que van desde la atención primaria básica hasta la seguridad de percibir ingresos económicos ya sea por jubilación o por incidentes laborales del titular.

La atención primaria que se otorga por el IMSS cubre una amplia gama de servicios que se canalizan desde el consultorio familiar pero que los derechohabientes desconocen en su totalidad.

La oferta del IMSS es la de ofrecer instalaciones y servicios de óptima calidad gracias a la aportación de cuotas, a la capacitación constante del personal y a la actualización en tecnologías e infraestructura para la salud así como evaluación constante.

Existen varias condiciones impuestas por la administración del IMSS para la utilización de sus servicios, así, los derechohabientes deben seguir estas mismas y estar dispuestos a aceptar algunas modificaciones en el proceso.

La calidad de la atención, de acuerdo con la encuesta, es aceptable para la mayoría de los derechohabientes y el costo es accesible, entendiendo que el beneficio se extiende a los familiares directos del titular.

Los principales problemas que los derechohabientes deben sortear son el trámite de la cita vía telefónica o personalmente, el traslado hasta la UMF correspondiente, el tiempo de espera en la sala antecedente al consultorio familiar y la probabilidad de que no se le surta completamente de los medicamentos prescritos. Son estos los hechos que el derechohabiente debe considerar para considerar oportuno el acudir al consultorio familiar o bien, tener en cuenta otras posibilidades de atención de acuerdo con las posibilidades de tiempo, dinero y esfuerzo físico.

Anexo 2. Posturas teórico-sociales sobre el proceso salud-enfermedad

Para explicar la transición de la salud a la enfermedad y viceversa han existido diferentes posturas que van desde la antigua concepción de lo mágico y lo psíquico, hasta los modelos sanitarios con base en el método científico. Las teorías sociales abordan también este fenómeno explicando la perspectiva del enfermo y de quien lo atiende. En este anexo se revisan algunas posturas teóricas al respecto y se hace una breve analogía con lo observado en Ciudad Juárez.

En la corriente del materialismo histórico, el fenómeno conjunto de la salud-enfermedad es explicado por el condicionamiento que impone una sociedad cuyo fin es la producción material. La necesidad de producción contempla al individuo como un medio y como un agente de consumo y no como un ser con necesidad de realización personal. Es así como el trabajo se convierte en un valor que debe traducirse en la adquisición de bienes y riquezas que van determinando la creación de las clases sociales (Laurell, 1981).

Las divisiones sociales habrán de generar, según el materialismo histórico, beneficios para los menos y consecuencias negativas para las mayorías. Tales consecuencias son la falta de empleo y el aumento de la pobreza. En cuanto a la salud, las consecuencias son las enfermedades, alcoholismo, drogadicción, estrés, entre otras. Desde el materialismo histórico se está ya haciendo referencia a las enfermedades como consecuencia de las divisiones sociales.

A partir del surgimiento de las sociedades capitalistas, la categorización en clases sociales cobró interés debido a la posibilidad de asociar los estilos de vida con las características situacionales de cada grupo. Carlos Marx hablaba ya de las clases sociales presentes en el sistema capitalista: la burguesía, la pequeña burguesía, el campesinado y el proletariado.

Para cada clase social habría riesgos sociales específicos, incluyendo la posibilidad de adquirir o manifestar cierto tipo de enfermedades. Estas indicaciones han sido fundamentales para que en la actualidad, los estudios epidemiológicos tengan en cuenta la importancia del perfil profesional del individuo. La postura de Marx fue ampliada por

Breihl y Granda (1986) quienes mencionan que hay una asociación entre la mortalidad y la clase social que determina las condiciones de vida.

Si se toma como referencia lo dictaminado por esta postura, se reconocerá que en ciudades altamente industrializadas la clase trabajadora o proletariado que labora en la industria maquiladora y que es la mayor fuerza productiva en cuanto a cantidad de puestos laborales básicos(tipo “operador”), sería la que enfrenta mayores riesgos para la preservación de su salud debido a sus condiciones de vulnerabilidad económica y estilo de vida con pocas oportunidades de superación debido a los bajos salarios, a la calidad de la vivienda y a las condiciones urbanas.

Para explicar los cambios en la estructura demográfica y las variaciones internas de la misma se han expuesto varias teorías, así, Levi-Strauss (1949) mencionó la importancia de analizar a las estructuras sociales y su efecto sobre la sociedades. Por su parte, Bell (1980) hace referencia a los cambios donde los factores influyentes son el dominio técnico-económico así como el sistema político que tiene la función de ejercer el control social.

De acuerdo con San Martín (1989), la situación del *hombre* ha cambiado hasta encontrarse en una etapa crítica y de riesgo biológico, mental y social que dificulta el goce de la salud y que al mismo tiempo conduce hacia la enfermedad, la invalidez y la muerte prematura, lo anterior como producto de la evolución biológica y social. Los cambios advertidos por San Martín involucran a la estructura de las sociedades y sus cambios a partir de las formas de organización del Hombre, la creación de espacios de convivencia.

Una visión más reciente es la aportada por la postura del giro decolonialista que, respecto a la salud, centra su discurso en la crítica a las estructuras de la modernidad, a las instituciones reguladoras de la sociedad y a la imposición del método científico como única fuente de saberes sobre la salud y la enfermedad.

La postura del giro decolonialista critica el hecho de que las acciones derivadas de las leyes y de las políticas públicas tengan intereses comerciales; critica además que desde las instituciones se desconozcan intencionalmente otros saberes que las comunidades pueden emplear para resolver sus problemas de salud. Entre los exponentes de esta crítica

se encuentran Enrique Dussel y Boaventura de Souza (citados por Castro-Gómez y Gosfoguel, 2007).

Otra postura de análisis fue la realizada por Parsons (citado por Almaraz, 2013) quien se refirió al estudio de la salud con base en los sistemas y no en las personas. La postura de Parsons asume la importancia de la salud de la población como una forma de estabilizar al sistema social, de ahí la importancia de que las autoridades promuevan la creación de servicios de salud. A partir de este punto es que la postura de Parsons deriva en el estudio de la planificación y la gestión de los servicios de salud que darán estabilidad en este rubro a las clases sociales sin importar sus condiciones de vida.

Para la epidemiología, el estudio de los fenómenos salud-enfermedad debe realizarse observando todas las posibles interacciones entre el individuo, el medio ambiente y la sociedad, así, no es el individuo el principal objeto de estudio sino el proceso por el cual surge la enfermedad (San Martín, 1989). La epidemiología emplea estrategias para reconocer cómo y dónde surge la enfermedad, así, la epidemiología reconoce la interacción entre las dimensiones social, biológica y medio ambiental.

El equilibrio entre estas dimensiones llega a ser más importante que la misma enfermedad y las atenciones que se les otorgue a cada una de ellas será esencial, por ello las acciones no solo remediales sino preventivas tales como la información a la población, las campañas de limpieza y de vacunación, la prevención de riesgos ambientales y la búsqueda de la armonía entre los individuos.

Varias ciudades de la frontera norte de México son ejemplo de transformación desde una economía que tenía como base al comercio, la agricultura e incluso el turismo, hasta transformarse en una economía sustentada en lo industrial con la llegada de las plantas maquiladoras (Tijuana, Ciudad Juárez, Matamoros, Acuña, etc.). Si bien algunos especialistas no consideran a la maquila como un sector industrial (Bass y col., 2008) los efectos sobre la sociedad se relacionan con los advertidos por los críticos de la sociedad post-industrial.

Los aspectos señalados por San Martín son advertidos en la comunidad de Ciudad Juárez: dentro de los mismos cambios en la estructura demográfica existen variaciones que permiten identificar condiciones específicas por las cuales atraviesan los ciudadanos, estos son los problemas para acceder a mayores niveles de educación, el crecimiento de las familias y la necesidad por mayor espacio habitacional pero que con las condiciones actuales de la vivienda de interés social generan hacinamiento y afectaciones en la salud.

Con el crecimiento de la mancha urbana se generan también problemas como la segregación socioespacial y la inequitativa distribución de oportunidades para satisfacer el derecho a la ciudad.

Los indicadores del surgimiento de este fenómeno en la ciudad son la llegada de personas en edad laboral y que luego de unos años se convierte en el detonante del aumento de la tasa de natalidad aumentando la base de población de edades tempranas, la lógica productivista del trabajo, el crecimiento del consumo de bienes y la direccionalidad de programas de inversión hacia el dominio de la técnica y de la economía en favor de las empresas.

Los programas implementados por las autoridades políticas y sanitarias intentan reducir las inequidades con la reducción de procesos que lleven a la población de la salud a la enfermedad empleando medidas preventivas (educación e intervención para la salud) así como con el logro de mejores tasas de recuperación de la enfermedad a la salud (intervención médica).

Frente al constante crecimiento poblacional, las medidas implementadas deben orientarse preferentemente a la prevención. Esperar a que la población enferme para luego sanarla representa mayores gastos en intervención médica y mayores costos sociales debido a la baja en la productividad de las personas.

Referencias

- Acuña, M.C. (2005). *Exclusión, protección social y el derecho a la salud (documento)*. Unidad de Políticas y Sistemas de Salud. OPS-OMS
- Aday, L. y Andersen, R.(1974). *A Theoretical Framework for the study of Access to Medical Care*. Health Services Research.. Vol 9 (3), pp. 208-220.
- Asociación Fronteriza México-Estados Unidos de la Salud, AFMES. (2002). *Estudios sobre morbilidad y mortalidad en la frontera norte de México*. Tijuana, México.
- Aicher, J. (1998). *Designing Healthy Cities. Prescriptions, Principles and Practice*. 1st Edition. Krieger Publishing Company. Malabar, Florida. USA
- Almaraz, P.J. (2013). *La teoría sociológica de Talcott Parsons*. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid, España.
- Alonso, J. (2009). *Comportamiento del consumidor*. ESIC Editorial. Cádiz, España.
- Andersen, R.M, & Davidson, P.L. (2001). *Improving access to care in America: individual and contextual indicators*. In: Andersen, R.M., Rice, T.H., Kominiski, E.F., eds. *Changing the US healthcare system: key issues in health services, policy and management*. Jossey-Bass, p. 3-30. Ca. USA.
- Andersen RM, Newman JF. (1973). *Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States*. *Milbank Quarterly*. 1973;51(1):95–124. *Pub_Med*. USA
- Andrain (1998). *Public health policies and social inequality*. New York University Press. New York, USA.
- Arredondo L., A. y Meléndez, V. (1992). *Modelo explicativos sobre la utilización de servicios de salud: Revisión y análisis*. *Revista Salud Pública de México*. Vol. 34 (1): 36-48. Cuernavaca, México.
- Ashton, J. (1992). *Healthy Cities*. 1st Ed. Open University Press. Buckingham, UK

- Barcelo, A., Aedo, C., Rajpathak, S. & Robles, S. (2003). *The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean*. Bulletin of the World Health Organization. 2003; 81:19-27
- Bass, S. & Pérez, M. (2008). *Entre el espacio urbano y la violencia doméstica: diagnostic social del sur oriente de Ciudad Juárez*. Coordinación de Investigación y Posgrado del Instituto de Ciencias Sociales y Administración ICSA-UACJ. Ciudad Juárez, México.
- Bass Z., S. (2013). *El crecimiento urbano en Ciudad Juárez, 1950-2010. Un acercamiento sociohistórico a la evolución desordenada de una ciudad de la frontera norte*. En: Chihuahua Hoy, 2013. Coordinador: Orozco, V. Editores: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Universidad Autónoma de Chihuahua, Instituto Chihuahuense de la Cultura. Ciudad Juárez, México.
- Bayley, W. & Phillips, D.R. (1990). *Social patterns of use of health service in the Kingston metropolitan area, Jamaica*. Soc Sci Med.30 (1): 1-12 University of West Indies. Kingston, Jamaica.
- Bell, D. (1980). *Les contradicciones culturales du capitalisme*. PUF. Paris, France.
- Bice, T.W. & White, K.L. (1967). *Factors related to the use of health services: An international comparative study*. Medical Care, Vol. 7. Pp 124-133
- Bird, A. (2002). *Thomas S. Kuhn*. Technos, Madrid.
- Blanco Ortiz, J. (S/F). *Calidad de Vida*. Bases para la planeación del desarrollo humano en la Ciudad de México. Tomo 1. Universidad Autónoma Metropolitana. México, D.F.
- Bradley, E.H., McGraw, S.A., Curry, L., Buckser, A., Kasl, S.V. & Andersen, R. (2002). *Expanding the Andersen Model: The role of psychological factors in long-term care use*. Health Serv. Res. October 37(5): 1221-1242. USA
- Breihl, D. (1980). *Saude na sociedade: Guia pedagógica sobre un novo enfoque do método epidemiológico*. Sao Paolo: Instituto de Saúde. Brasil.

- Camacho Chico, L. (1995). *Evaluación rápida de fuentes de contaminación ambiental en la zona urbana de Ciudad Juárez, Chihuahua*. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez Unidad de Estudios Ambientales
- Campos Vázquez, R.M.; Huerta Wong, J.E. & Vélez Grajales, R. (2012). *Movilidad social en México: Constante de desigualdad*. MS, Centro de Estudios Espinosa Yglesias. México, D.F.
- Carnap, R. (1938). *Logical foundation of the Unified of Science*. En: Carnap y Morris. International Encyclopedia of Unified Science. Chicago University Press, Chicago.
- Carrillo, C.A. (2012). *Consumo de bebidas calóricas y su relación con el índice de masa corporal en estudiantes de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.Tesis*. UACJ. México
- Cassel, J. (1973). *The relation of the urban environment to health: Implications for prevention*. Mt. Sinai Journal of Medicine, Vol.40. Pp 439-450. George James Memorial Issue. New York
- Castro Guzmán, M.; Aguillón León, I.; Piña Ugalde, M. Coords. (2010). *Desarrollo social y calidad de vida*. ICSHU, UAEH, PIFI. Editorial Porrúa. México, D.F.
- Castro-Gómez & Grosfoguel, R. (2007). *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Biblioteca Universitaria, Ciencias Sociales y Humanidades. Siglo del Hombre Editores.
- Cejudo Córdoba, R. (2007). *Capabilities and Freedom: An approximation to Amartya Sen's theory*. Universidad de Córdoba, España.
- Cervera (2005). *Diagnóstico geo-socioeconómico de Ciudad Juárez y su sociedad*. Colegio de la Frontera Norte e Instituto Nacional de las Mujeres. Juárez, México.
- Cervera (2010). *Sistema de Información Geográfica de la Violencia en el municipio de Juárez, Chihuahua: Georeferenciación y su comportamiento espacial en el contexto urbano y rural (SIGVIDA)*. Comisión Nacional para Prevenir y

- Erradicar la Violencia contra las Mujeres (CONAVIM). Secretaría de Gobernación. Ciudad Juárez, México.
- Conejo, A. (2011). Chihuahua Hoy, 2011 (recopilación). Tomo IX. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Universidad Autónoma de Chihuahua, Instituto Chihuahuense de la Cultura. Ciudad Juárez, México.
- Coreil, J. (2010). *Social and behavioral foundations in Public Health*. SAGE Publications Ltd. USA
- Cruz P., R. (1990). *Mercados de trabajo y migración en la frontera norte: Tijuana, Ciudad Juárez y Nuevo Laredo*. Frontera Norte, Vol. 2, Núm. 4, Julio-Diciembre
- Delgado, P. y Salcedo, T. (S/F). *Aspectos conceptuales sobre los indicadores de calidad de vida*. Calidad de Vida en Colombia.
- Diener, E. & Eunkook, S. (1997). *Measuring Quality of Life: Economic, Social, and Subjective Indicators*. Social Indicators Research. Nr. 40
- Donavedian, A. (1973). *Aspects of medical care administration*. Cambridge, Mass. Harvard University Press.
- Dot, O. (1988) *Agresión y Violencia en el Niño y el Adolescente*. Barcelona: Ediciones Grijalbo S.A.
- Durkheim, E. (1895). *On the Normality of Crime*. En: Jones, R. (1986). *Social Theory. Emile Durkheim: An Introduction to Four Major Works*. Tercera Edición, 2000. Pp. 58-69. Beverly Hills, CA: Sage Publications, Inc. Estados Unidos.
- Easterlin, R.A. (1974). *Does economic growth improve the human lot?* In David & Reder (cords.) *Nations and households in economic growth: Essays of Moses Abramovitz*. Academic Press Inc., NY
- El Colegio de la Frontera Norte (2010). *Propuesta para coordinar y focalizar las iniciativas gubernamentales y sociales*. Programa Todos Somos Juárez, Reconstruyamos la Ciudad. Ciudad Juárez, México.

- Esbec, E. /2000). *Evaluación psicológica de la víctima*. En E. Esbec y G. Gómez-Jarabo. Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad. Edisofer. Madrid, España.
- Espín F., J.C.; Valladares G., A.M.; Abad A., J.C.; Presno L., C. y Gener A., N. (2008). *La violencia, un problema de salud*. Revista Cubana de Medicina General Integral. V.24, Núm. 4, Octubre-Diciembre. Ciudad de La Habana, Cuba. Consultada el 20 de Marzo de 2013 en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252008000400009&script=sci_arttext
- Esteban T., A. (1997). *Principios de marketing*. ESIC Editorial. Cádiz, España.
- FECHAC (2006). *Políticas públicas para una ciudad sana*. Presentado en el Foro para el Desarrollo de la salud en Ciudad Juárez: situación actual y perspectivas. Plan Estratégico de Juárez, A.C.
- Fernández, E. (2007). *Políticas de regularización de la tenencia de la tierra: confrontando el proceso de crecimiento informal de las ciudades latinoamericanas*. En A. Larangeira (Org.): Regularización de asentamientos informales en América Latina. The Lincoln Institute of Land and Policy
- Fernández M. , D.E. (S/F). *La rehabilitación en las prisiones: ¿Éxito o fracaso?* Derecho Comparado. Revistas Jurídicas. No. 57. UNAM. México.
- Fernández, M.L. y Fabelo M., V.A. (2003). *Violencia y esquizofrenia, ¿víctimas o victimarios?* Revista Cubana de Medicina General Integral. Vol. 19. No. 5. La Habana, Cuba.
- Flores M., J. y cols. (2010). *Gastrointestinal diseases and causal effects in the Valle de Juárez, Chihuahua, México*. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.
- Flores, E. (1999). *Años de vida potencial perdidos por muerte prematura en Ciudad Juárez: un indicador de priorización de daños a la salud*. Cuadernos de trabajo de la Maestría en Salud Pública. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Ciudad Juárez, México.

- Flores, J.; Ramírez, A. & cols. (2010). *Gastrointestinal diseases and causal effects in the Valle de Juarez, Chihuahua, Mexico*. Ciencias Agropecuarias. Reportes Técnicos de Investigación. UACJ. Ciudad Juárez, México.
- Fresia Ulloa, Ch. (1996). *Violencia familiar y su impacto sobre el niño. (Effects of family violence in children)*. Rev. Chil. Pediatr. 67 (4); 183-187, 1996
- Fuentes Flores, C.M. (2009). *La estructura espacial urbana diferenciada a centros de empleo en Ciudad Juárez, Chihuahua*
- García (2005). *La planeación urbana en Ciudad Juárez*. Dilemas de la Sociedad Fronteriza. RNIU. UACJ, Ciudad Juárez, México
- García Vega, J.J. & Soles Heredia, F. (2012). *Bienestar y Calidad de Vida en México*. Centro de Estudios sobre Bienestar, UDEM; Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (CESOP). Monterrey, México.
- Garrocho, C. (1995). *Análisis socioespacial de los servicios de salud: accesibilidad, utilización y calidad*. El Colegio Mexiquense. Toluca, México.
- Garrocho, C. (2003). *La Teoría de Interacción Espacial como síntesis de las teorías de localización de actividades comerciales y de servicios*. Economía, Sociedad y Territorio. Vol. IV. No. 014, Julio-Diciembre. El Colegio Mexiquense, A.C. Toluca, México.
- Garrocho, C. y cols. (2008). *Exclusión social e inequidad en salud en México: Un análisis socioespacial*. Rev. Salud Pública de México. Vol. 10, supl. 1. Cuernavaca, México.
- Gervás, J.J., Pérez F., M.M. & García S., P. (1987). *Acerca de la atención primaria (forma de trabajo y características básicas) y de los registros*. Los sistemas de registro en la atención primaria de la salud. Díaz de Santos. Madrid, España.
- Gochman, D.S. (1970). *Children's perceptions of vulnerability to illness and accidents*. Public Health Reports, 85, 69-73
- Gould, H. (1965). *Modern medicine folk and cognition in rural India*. Human Organization.

- González P. & cols. (2008). *Exclusión social e inequidad en salud en México: Un análisis socioespacial*. Revista Salud Pública de México. Vol. 10, sup. 1., 15-28. Cuernavaca, México.
- Graizboro, B. y Aguilar, A., (2001). *La distribución espacial de la población. Concentración y dispersión*. En: Conapo, La población en México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI, FCE, México.
- Getis, A, & Getis, J. (1966). *Christaller's Central Place Theory*. Journal of Geography. Vol. 65, Issue 65. USA.
- Gutiérrez C., L. (2007). *Potencial de desarrollo y gestión de la política regional. El caso Chihuahua*. Frontera Norte, Vol. 19, Núm. 38, Julio-Diciembre de 2008. Ciudad Juárez, Chihuahua, México
- Gutiérrez S., M. (2012). *Diagnóstico de la Seguridad Pública en el estado de Chihuahua*. Primer Congreso Internacional de Educación. Universidad Autónoma de Chiapas. México.
- Hancock & Duhl (1988). *Promoting health in the urban context*. FADL Publishers. Copenhagen, Denmark
- Hans, A. (2008). *Epistemología y ciencia social. La contribución de Karl Popper al análisis de las conexiones sociales*. En A.J. Perona: Contrastando a Popper. Biblioteca Nueva, Madrid.
- Hart, J.T. (1971). *The Inverse Care Law*. Lancet, 27 Feb. (1(7696):405-12
- Harvey, D. (1973). *Urbanismo y desigualdad social*. Siglo XXI. Madrid, España.
- Herrera R., L.A. (2008). *Juárez: el desgobierno de la ciudad y la política del abandono*. Miradas desde la frontera norte de México. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. México.
- Híjar M., M., López L., M.V. y Blanco M., J. (1997). *La violencia y sus repercusiones en la salud; reflexiones sobre la magnitud del problema en México*. Salud Pública de México. Vol. 39(6): 565-572. Cuernava, México.

- Hinkle, L.E. (1973). *The concept of "stress" in the biological and social sciences*. Science, Medicine and Man. Vol. 1, Pp 31-48
- Huhn, K. (1981). *Programas de desarrollo urbano en México mostrado en el ejemplo de Ciudad Juárez*. Publicaciones Latinas. 6620 Völklingen. R.F. Alemania
- Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática (1980). *X Censo Nacional de Población y Vivienda*. México
- Jiang, B. (1998). *A space syntax approach to spatial cognition in urban environments*. Position paper for NSF-funded research workshop on Cognitive Models of Dynamic Phenomena and Their Representations, October 29 – 31, University of Pittsburgh. USA
- Jones T., C.G. (2003). *La violencia y los valores: el caso de homicidio en México*. Documento de Trabajo No. 468. . Partido Acción Nacional. Fundación Rafael Preciado. Distrito Federal, México.
- Jones, K. (1986). *Is Kuhn a Sociologist?* The British Journal for the Philosophy of Science.
- Joseph, A. & Phillips, D.R. (1984). *Accessibility and utilization: geographical perspectives on health care delivery*. Harper and Row. New York.
- Kwan M-P, Murray AT, O'Kelly ME, Tiefelsdorf M (2003). ***Recent advances in accessibility research: Representation, methodology and applications***. *Journal of Geographical Systems* 2003, 5:129-138.
- Laurell, A.C. (1981). *La salud enfermedad como proceso social*. Revista Latinoamericana de Salud. Vol. 2 (1). Colombia.
- Lefkowitz, M.J. (1973). *Poverty and health: A re-examination*. Inquiry, 10. Pp 3-13
- Leventhal, H., Singer, R. & Jones, S. (1965). *Effects of fear and specificity of recommendations upon attitudes and behavior*. Journal of Personality and Social Psychology.
- Levi-Strauss, C. (1949). *La enfermedad, la naturaleza y la cultura*. En: Antropología estructural: Mito, sociedad, humanidades. México: Ediciones Siglo XXI.

- Lezama, J. L. (2002). *Teoría social, espacio y sociedad*. El Colegio de México. México, D.F.
- Linares, A. (S/F). *La Leyenda Negra*. Ensayo. Consultado el 30 de Marzo de 2013. Disponible en: www.docentes2.uacj.mx/rquinter/cronicas/narcotr.htm
- López, F. & Aguilar, A. (2004). *Niveles de cobertura y accesibilidad de la infraestructura de los servicios de salud en la periferia metropolitana de la Ciudad de México*. Invest-Geog. No. 53. Abril. Instituto de Geografía, UNAM. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-46112004000100011&script=sci_arttext
- López R., O. (1997). *Efecto de los servicios de salud y de factores socioeconómicos en las diferencias espaciales de mortalidad mexicana*. Salud Pública de México. Vol. 39, No. 1. Enero. Cuernavaca, México.
- Lozano R, Núñez RM, Duarte MB y Torres LM. (2005). *Evolución y tendencias de largo plazo de la mortalidad materna en México: análisis de factibilidad y de efecto potencial de intervenciones seleccionadas para el cumplimiento de las metas del milenio*, en: Zúñiga E (Coord.). México, ante los desafíos de desarrollo del milenio, Consejo Nacional de Población, México, 2005.
- Llera, Francisco y Cols., (2010). *Mercado inmobiliario y administración urbana en Juárez*. Estudios Fronterizos Vol. 11, Julio-Dic, Mexicali, México
- Max-Neef, M. (1997). *Desarrollo a Escala Humana: Una opción para el futuro*. Cepaur, Fundación Dag Hammarsköld. Proyecto 20 Editores. Medellín, Colombia.
- Monárrez F., J.E. (2012). *Violencia extrema y existencia precaria en Ciudad Juárez*. Frontera Norte, Vol. 24, Núm. 48. Julio-Diciembre 2012. Pp. 191-199. El Colegio de la Frontera Norte, A.C. México. Consultado al 25 de Marzo de 2013 en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13623082006>
- Montagu A. (1968). *Hombre y agresión*. Editorial Kairós. Barcelona, España.
- Montagu, A. (1987). *¿Qué es el hombre?* Paidós Ibérica, 2ª. Edición. España.

- Morales C., S.; Rodríguez S., M, y Sánchez F., E. (2013). *Seguridad Urbana y vulnerabilidad social en Ciudad Juárez*. Un modelo desde la perspectiva del análisis espacial. *Frontera Norte*, Vol. 25, Núm. 49, Pp. 29-56. Enero-Junio de 2013. Ciudad Juárez, México.
- Moseley, M. (1979). *Accessibility: the rural challenge*. Methuen and Co. Ltd. London.
- Nemet, G. & Bailey, A. (2000). *Distance and health care utilization among the rural elderly*. *Social Science & Medicine*. ELSEVIER. Vol. 50, Issue 9. University of Leeds, U.K.
- Neurath, O. (1931). *Empiricism and Sociology*. Obras varias. *International Encyclopedia of Unifyed Science*.
- Ochoa L., S.M. (2008). *Apuntes para la conceptualización y la medición de la calidad de vida en México*. *Documento de Trabajo No. 49*. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. Distrito Federal, México.
- Organización de las Naciones Unidas (1992). *Conferencia de las Naciones Unidas para el Ambiente y el Desarrollo. Mandato Mundial*. Agenda 21, Cap. 6. Río de Janeiro, Brasil.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *World Report on Violence and Health*. No. 3, Vol. 3
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (1985). *Proyecto de Ciudades Saludables*. <http://www.paho.org/english/dpi/100/100feature35.htm> Consultado el 10 de Agosto de 2012.
- Orozco, V. (2011). *Chihuahua Hoy, 2011* (recopilación). Tomo IX. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Universidad Autónoma de Chihuahua, Instituto Chihuahuense de la Cultura. Ciudad Juárez, México.
- Ortega H., Ramos R. y Gallegos N. (1992). *Diseño e Implementación de un Programa de Prevención del SIDA con Mujeres que Ejercen la Prostitución*. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 24, No. 1-2 Asociación Fronteriza

- Parsons, T. (1951). *The Social System*. The Free Press. Glencoe, USA.
- Payán, A. (2011). *Ciudad Juárez: La tormenta perfecta*. Migración y seguridad: nuevo desafío en México. Consultado el 24 de Marzo de 2013 en: <http://www.seguridadcondemocracia.org/mys/cap7.pdf>
- Peral, I. (2009). *Urbanismo y Salud Pública. Planificación Urbana Saludable*. Congreso. Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Valencia, España.
- Pérez M., M.I. (2007). *Empleo. La realidad social de Ciudad Juárez*. Tomo I. Claudia Jusidman (Coordinadora). UACJ, INCIDE y Consejo Ciudadano por el Desarrollo Social. Ciudad Juárez, México.
- Phillips, K.A., Morrison, K.R., Andersen, and R. & Aday, L.A. (1998) .*Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization*. Health Serv. Res. August; 33(3 Pt 1): 571–596
- Pineda J.S. y Herrera R., L.A. (2007). *Ciudad Juárez: Las sociedades de riesgo en la frontera norte*. FERMENTUM. Año 17, No. 49, Mayo-Agosto. Mérida, Venezuela.
- Pratt, L. (1973). *The significance of the family in medication*. Journal of Comparative Family Studies. Vol. 2. Pp 13-31
- Precedo (2004). *Nuevas realidades territoriales para el Siglo XXI*. Editorial Síntesis. Madrid, España.
- Ramírez H., J. (2012). *Evaluación de hábitos alimentarios en estudiantes de nivel básico antes y después de la estrategia contra el consumo de alimentos chatarra*. Tesis. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.
- Rawls, J. (1971). *Teoría dela Justicia*. Segunda Edición, México (1995). Fondo de Cultura Económica. México, D.F.
- Rein, M. (1969). *Social class and the health service*. New Society 14 (November 20): 807-810

- Robles, H. (2010). *Ciudad Juárez: donde ser mujer es vivir en peligro de muerte*. Papeles de relaciones ecosociales y cambio global. No. 109, pp. 95-104. México. Consultado el 26 de Marzo de 2013. Disponible en: http://www.fuhem.es/media/ecosocial/file/Paz/Observatorio%20de%20conflictos/ciudad%20Juarez_H.ROBLES.pdf
- Rodríguez-G. , J. (1985). *El acceso a la salud, la eficacia hospitalaria y los beneficios de la salud pública*. Cuadernos de economía. Vol. 22, Edición 66. Pontificia Universidad de Chile.
- Rodríguez-G. , J. (1985). *El acceso a la salud, la eficacia hospitalaria y los beneficios de la salud pública*. Cuadernos de economía. Vol. 22, Edición 66. Pontificia Universidad de Chile.
- Rojas, M. (2005). *El bienestar subjetivo en México y su relación con indicadores objetivos*. En: Calidad de vida y bienestar subjetivo en México. UDLA, CECABI, ISQOLS. Plaza y Valdés (comps.) México, D.F.
- Rosenberg, M.W., & Hanlon, N.T. (1996). *Access and utilization: A continuum of health service environments*. Social Science & Medicine, 43, 975–983.
- Rosenwaike, I. (1987). *Mortality differentials among persons born in Cuba, Mexico and Puerto Rico residing in the United States, 1979-81*. Am J Public Health 603–606.
- Salado G., M.J. (2004). *Localización de los equipamientos colectivos, accesibilidad y bienestar social*. SIG y localización óptima de instalaciones y equipamientos (Sendra y Moreno). Madrid, España.
- San Martín y Pastor (1989). *Economía de la salud*. McGraw-Hill, Interamericana. Madrid, España.
- Sánchez R., H., Albala B., C. y Mera L. (2005). *Años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP) en adultos del Gran Santiago ¿Hemos ganado con equidad?* Revista Médica de Chile. Vol. 133, No. 5, Mayo. Santiago, Chile.
- Sen, A. (1987). *Commodities and capabilities*. Oxford University Press. New Delhi, India.

- Syme, S.L. (1976). *Social class, susceptibility and sickness*. American Journal of Epidemiology. Vol. 104. Pp1-8
- Soberón, G.; Zurita, B.; Ramírez, T. y Torres, J.L. (S/F). *La violencia como un grave problema de salud pública*. Caleidoscopio de salud. Consultado el 27 de Marzo de 2013. Disponible en: <http://www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/03%20LaViolenciaGraveProblema.pdf>
- Speisman, J. C.; Lazarus, C.R. & Davison, L. (1964). *Experimental reduction for stress based on ego-defense theory*. Journal of abnormal and Social Psychology, Vol. 68. Pp 367-380
- Topalov, C. (1973). *La urbanización capitalista. Algunos elementos para su análisis*. Editora Edicol. México, D.F.
- Tucker, K. y Sanjur (1988). *Maternal employment and child nutrition in Panama*. Social Science and Medicine. 26:605
- Tyler, G. (1962). *Organized Crime in America*. University of Michigan Press. United States
- UNDP (2010). *The Human Development Report on Indigenous Peoples in Mexico: the Challenge of Inequality of Opportunity*. Geneva, United Nations Program for Development.
- Valencia M, A. & Bertozzi, S. (2008). *Un modelo predictivo de la utilización de servicios de salud ambulatorios curativos en México*. Revista Salud Pública de México. V. 50 N. 5. Sept/Oct. Cuernavaca, México.
- Wells, K.B., Golding, K.B. Hough, R.H., Burnam, R.A. & Karno, M. (1989). *Acculturation and the probability of use of health services by Mexican Americans*. Health Serv Res. June; 24(2): 237–257.PMCID. USA
- Whyte F., W. (1971). *La sociedad de las esquinas*. Editorial México. México.
- Wilson, A.G. (1980). *Geografía y planeamiento regional*. Oikos-Tao. Barcelona, España.

- Wolinsky, F.D. (1982). *Assessing the effects of predisposing, enabling and illness-morbidity characteristics on health service utilization*. J. Health Soc Behav.
- Ybañez Z., E. (2000). *Algunas características demográficas de la población de la frontera México-Estados Unidos*. Frontera Norte, Vol. 12 Núm. 24. Julio-Diciembre.
- Ziccardi, A. (2008). *Procesos de urbanización de la pobreza y nuevas formas de exclusión social (compilación)*. Siglo del Hombre Editores. CLACSO. Colombia.