



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ARQUITECTURA
UNIDAD DE POSGRADO

DIMENSIONES DE LA SALUD
COMO PROBLEMA URBANO
UN CASO: EL VALLE DE CHALCO

T E S I S

Que para obtener el grado
de Maestría en Urbanismo

P R E S E N T A

Jesús Enciso González

Ciudad Universitaria, México D.F. 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A Elena, gracias por tu amor
Con gratitud imperecedera para
Una gran y generosa mujer

Para Saraí, realidad y utopía
Promesa de que los jóvenes
Pueden ser una existencia
Superior

A la Dra. Carmen Valverde y a la
Mtra. María de los Ángeles Zárate
Contando con su calidad humana
Siempre será posible avanzar

INDICE

PRESENTACIÓN	10
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I CONSIDERACIONES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS EN TORNO A LA SALUD COMO PROBLEMÁTICA URBANA	15
1.1, La salud en el discurso y la práctica urbanística	15
1.1.1 La salud y los orígenes de la medicina social en el pensamiento urbano. Dos visiones relevantes: Le Corbusier Y Manuel Castells	16
1.2 La frontera de conocimiento en la investigación urbana de la salud	21
1.2.1 La construcción teórico metodológica de la investigación sobre la salud en las ciudades	26
CAPÍTULO II VALLE DE CHALCO: IRREGULARIDAD Y DESARROLLO URBANO CAPITALISTA	31
2.1 Los asentamientos irregulares: una discusión	31
2.2 Perfil de las Acciones sanitarias en asentamientos irregulares	34
2.3 El Valle de Chalco su ubicación	40
2.3.1 Las etapas del asentamiento	43
2.3.1.1 El auge: 1979 a 1982	44
2.3.1.2 La restricción de 1982 a 1984	47
2.3.1.3 Control y regulación: 1985 y 1986	48
2.3.1.4 Los años de 1986 y 1987	48
2.3.1.5 De 1988 a 1990	51
2.3.1.6 Formación legal del municipio 1994	53
2.3.2 Consolidación del asentamiento 1995-2006: Una década de lucha y olvido de la salud	53

CAPÍTULO V DIMENSIONES SOCIALES DE LA SALUD	127
5.1. Economía y Salud	128
5.1.1 Salud y Desarrollo Económico	130
5.1.2 Contradicciones en el Valle de Chalco	132
5.2. Ideología y salud	136
5.2.1 El "Secreto Profesional" y la visión Popular	139
5.2.2 Sistema de Necesidades, Capacidades y Calidad de Vida	140
5.3 Acerca de la Gestión Social de la Salud	142
5.3.1 Sistema de Actores y Juego Político	142
5.3.2 Gestión comunitaria de la Salud	146
CONCLUSIONES	158
BIBLIOGRAFÍA	165

Cuadro 26	Condiciones de vivienda	117
Cuadro 27	Correlación de variables en la vivienda	122
Cuadro 28	Elementos de habitabilidad de la vivienda	125
Cuadro 29	Inversión en salud en el Estado de México	135
Cuadro 30	Oportunidades y retos del movimiento de ciudades y/o municipios saludables.	152

INDICE DE MAPAS

Mapa 1	Ubicación del Valle de Chalco en el Estado de México	40
Mapa 2	Ubicación del Valle de Chalco en la región	40
Mapa 3	Grado de marginación en el Estado de México	41
Mapa 4	Ejidotes originarios del valle de Chalco	43
Mapa 5	Valle de Chalco y su región	45
Mapa 6	Estructura reticular de la traza urbana	49
Mapa 7	Las etapas de crecimiento	51
Mapa 8	Ubicación del equipamiento público de salud	86
Mapa 9	Dotación de agua por habitante en I a ZMCM 1989	112

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Dos versiones de la historia demográfica	62
Gráfico 2	Distribución de población por colonias	65
Gráfico 3	Pirámides poblacionales 1970-2006	75
Gráfico 4	Modelo de Igun	84
Gráfico 5	Propuesta de Newman y Andersen	86
Gráfico 6	Modelo de Aday y Andersen	88
Gráfico 7	Concentración de Ozono durante el día	113
Gráfico 8	Variabilidad del ozono y partículas	114

Presentación

La presente investigación, cuyo tema general es la salud, es un ejercicio de análisis urbano que toma como base teórico-metodológica la medicina social (en sus ámbitos de estudio epidemiológico, de psicología ambiental y de antropología de comunidades) y la teoría del urbanismo (de las estructuras urbanas, el análisis socioespacial de los servicios de salud y el fenómeno de la gestión).

La tesis tiene entre sus finalidades, la de analizar las diferentes dimensiones o aspectos de la salud tomando como referente un asentamiento humano que ha dado mucho de que hablar en los últimos años: el Valle de Chalco.

La situación vivida allá, en referencia al fenómeno de la sanidad, es un caso paradigmático de lo que ocurre a nivel nacional: una ciudad producto de una “irregularidad controlada” (como la ciudad de México), un sistema de salud dividido, ineficiente y en manos de un grupo de poder que establece políticas sanitarias acordes a sus intereses; una comunidad afectada por un perfil epidemiológico producto de sus condiciones ambientales, de vivienda y laborales... y que de paso ha visto limitadas sus posibilidades de autogestionar sus servicios de salud por razones de desconocimiento técnico y de falta de organización política.

Casi diez años de haber trabajado en la comunidad de los vallechalquenses me han llevado a concebir que allá, como en cualquier zona empobrecida, la salud es un problema transversal que recorre la vida biológica y social de sus habitantes. Y también me han mostrado que la gestión social de los servicios de salud puede no ser una utopía, sino algo factible si reconocemos la historia y la lógica de los asentamientos que, no sin cierto grado de error, han sido llamados “irregulares”.

Así, la presente investigación es, también, una deuda largo tiempo guardada para con mis intereses políticos y profesionales. Una deuda que yo hubiera querido saldar, en su tiempo, con los habitantes del Valle de Chalco, quienes me reafirmaron que la paciencia y el tesón marcan el devenir de los pueblos.

De esta manera, transité de la educación formal a la docencia e investigación participativa informal en el contexto de la promoción en un Centro de Desarrollo Comunitario. Habían pasado ya los años de las grandes movilizaciones. En esta década, los 90, privaba una realidad distinta en el asentamiento: era la época de la regulación de la tierra y de la "marea de asfalto". Mientras, colonos y autoridades de lo que menos se preocupaban era de la salud de la población. Esto contrastaba con el discurso oficial, en donde el punto de partida era precisamente la salud, y de ahí la "prioridad" de introducir agua y drenaje. Eran en realidad más fuertes las presiones de grupos de fraccionadores y grupos políticos cuyas necesidades de allegarse poder económico y político eran muy claras.

El objetivo general de la presente investigación es diagnosticar el problema de la salud del Valle de Chalco, retomando una perspectiva emparentada a la medicina social y a la geografía crítica, aunque enraizada directamente en un enfoque urbano.

Han sido un sinnúmero de preguntas las que nos han guiado en la búsqueda de información: ¿Cómo se manifiesta la problemática de la salud en el asentamiento y cuál es su relación con el territorio y las clases sociales? Y explicamos por qué partir de la historia del asentamiento para determinar cómo las variables socioeconómicas y políticas determinan la problemática sanitaria. También nos preguntamos cuál es la cobertura, calidad y pertinencia de los servicios de salud; por cuáles etapas epidemiológicas ha transitado el asentamiento y cuál es su correspondencia con la cantidad y características de estos servicios.

En referencia específica al juego de actores nos cuestionamos qué intentos desde la sociedad civil se han realizado para gestionar la salud pública. Asimismo nos interesa reconocer qué papel jugaron programas políticos como Solidaridad y qué filosofía y moralidad impusieron a la urbanización en el Valle de Chalco y, en su aspecto contestatario, qué contracultura tratan de establecer las ONG's en el asentamiento.

Así, este ejercicio, en su capítulo primero se ubica en un alto grado de generalidad. Recoge fundamentalmente los lazos establecidos entre el

La salud-enfermedad, vista con un enfoque social y útil al investigador urbano, es el corolario de un complejo proceso en el que intervienen factores de orden general (como las políticas nacionales en vivienda, en epidemiología, en empleo y en nutrición entre otras); factores de orden local en lo urbano ambiental y factores de orden cultural plasmados en cómo las clases sociales desarrollan de manera diferenciada hábitos concretos de patrones de uso en servicios de salud, formas de habitar la vivienda, hábitos de higiene en el trabajo, dietas y formas de ejercer la sexualidad.

Así, la salud en el Valle de Chalco se encuentra en crisis. La raíz de esta crisis hay que buscarla en su historia como asentamiento, en la evolución de su estructura urbana, de su demografía y su correspondiente estructura de clases sociales, de su epidemiología y de su economía, siendo todas estas las variables del hábitat que alimentan esta crisis. La superación de esta situación implica necesariamente medidas de gestión comunitaria.

En cuanto a la metodología aplicada, señalamos que estudiar la salud siempre implica toparse con el problema de la falta de información.

Aún y cuando la zona de estudio es el Valle de Chalco, no retomamos datos de todas las colonias ni nos concentramos en un periodo en específico, pues esto implicaría un estudio que los epidemiólogos llaman longitudinal. Tales estudios son muy costosos e involucran a un sinnúmero de personas.

Nuestra propuesta, va en la línea de rescatar (analizando su vigencia para el Valle de Chalco) los estudios ya hechos sobre el tema por el Colegio de México, La Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco e Iztapalapa, por el mismo municipio en diversas fechas y por mí mismo en mi labor de maestro y promotor comunitario en los años de 1990 a 1999.

Las conclusiones responderán las preguntas inicialmente planteadas y confirmarán o en su caso corregirán las hipótesis señaladas en este trabajo.

Introducción

Fue hasta muy recientemente, que el investigador urbano hizo de la salud un objeto de estudio. Anteriormente la salud no dejaba de ser una referencia de "humanidad" en la búsqueda de un análisis en favor de una política urbana justa. Y en tanto "referencia" meta o pretexto, el análisis urbano apoyaba las concepciones superficiales que veían en las redes de drenaje y agua las únicas alternativas de involucramiento del urbanista en el mejoramiento sanitario de los asentamientos humanos.

Cierto es que para los investigadores de la Ciudad, el tema de la salud es difícil por naturaleza: tantos años ha sido monopolio de la medicina en su visión biológica. Difícil también porque alrededor del problema sanitario pululan muchos métodos de investigación que van desde los longitudinales hasta los transversales, interdisciplinarios o transdisciplinarios. Nuestra muy particular visión de las cosas es que un enfoque que puede aportar mucho es aquel cuyo fundamento es a la vez lógico e histórico. Y es que además, en tanto objeto de estudio, la salud conlleva una profunda dimensión filosófica. En una panorámica colectiva, la salud es un momento de la libertad. En consecuencia, no hay mejor forma de recortar los derechos humanos de una nación que limitarle su derecho a una vida saludable.

Los motivos de interés por el tema (la salud) y por la zona (el Valle de Chalco) son eminentemente de labor profesional, pues trabajé en ese lugar durante casi diez años en el rubro de la educación dentro de un Centro Comunitario. Mi tránsito de la Educación formal al estudio en investigación de la salud fue producto de la labor de promoción social que llevó a cabo ese centro desde inicios de los años noventa.

En efecto, si en un principio la población del lugar demandó de sus maestros de Educación básica conocimientos netamente escolares, posteriormente los habitantes de la comunidad demandaron de estos maestros líneas educacionales, en forma de consejos y asesorías, ligadas al ámbito de la educación informal: autocuidado de la salud, economía doméstica, gestión de servicios urbanos y cuidado ambiental.

De esta manera, transité de la educación formal a la docencia e investigación participativa informal en el contexto de la promoción en un Centro de Desarrollo Comunitario. Habían pasado ya los años de las grandes movilizaciones. En esta década, los 90, privaba una realidad distinta en el asentamiento: era la época de la regulación de la tierra y de la "marea de asfalto". Mientras, colonos y autoridades de lo que menos se preocupaban era de la salud de la población. Esto contrastaba con el discurso oficial, en donde el punto de partida era precisamente la salud, y de ahí la "prioridad" de introducir agua y drenaje. Eran en realidad más fuertes las presiones de grupos de fraccionadores y grupos políticos cuyas necesidades de allegarse poder económico y político eran muy claras.

El objetivo general de la presente investigación es diagnosticar el problema de la salud del Valle de Chalco, retomando una perspectiva emparentada a la medicina social y a la geografía crítica, aunque enraizada directamente en un enfoque urbano.

Han sido un sinnúmero de preguntas las que nos han guiado en la búsqueda de información: ¿Cómo se manifiesta la problemática de la salud en el asentamiento y cuál es su relación con el territorio y las clases sociales? Y explicamos por qué partir de la historia del asentamiento para determinar cómo las variables socioeconómicas y políticas determinan la problemática sanitaria. También nos preguntamos cuál es la cobertura, calidad y pertinencia de los servicios de salud; por cuáles etapas epidemiológicas ha transitado el asentamiento y cuál es su correspondencia con la cantidad y características de estos servicios.

En referencia específica al juego de actores nos cuestionamos qué intentos desde la sociedad civil se han realizado para gestionar la salud pública. Asimismo nos interesa reconocer qué papel jugaron programas políticos como Solidaridad y qué filosofía y moralidad impusieron a la urbanización en el Valle de Chalco y, en su aspecto contestatario, qué contracultura tratan de establecer las ONG's en el asentamiento.

Así, este ejercicio, en su capítulo primero se ubica en un alto grado de generalidad. Recoge fundamentalmente los lazos establecidos entre el

fenómeno de la salud y el urbanismo a nivel de discurso y de puesta en acción en las políticas públicas en asentamientos irregulares. Para profundizar en nuestra propuesta teórico metodológica hacemos un balance del Estado de conocimiento de la salud en la perspectiva urbana. Este balance nos permitirá dar una respuesta metodológica al problema de cómo integrar en un sólo campo teórico las dimensiones de la salud en los asentamientos humanos.

En el segundo capítulo se iniciará a trabajar propiamente la historia del asentamiento, poniendo énfasis en los puentes tendidos entre la salud, la demografía y la política a lo largo de la historia del lugar. Como se demostrará en el primer capítulo, esta metodología histórica es un adecuado preámbulo para establecer una integración de aspectos.

El tercer capítulo tiene la intención de avanzar en el análisis para entroncarse con lo planteado en las primeras dos partes. Si allá se describieron algunos fenómenos históricos de la salud, aquí se van a analizar desde la perspectiva médica, sociomédica y socioespacial.

Por su parte, el cuarto capítulo rescata básicamente el efecto del hábitat natural y construido sobre la salud. De igual manera, en este mismo capítulo se realizará un análisis de cuáles son las características que hacen habitable la vivienda y como es que al no cumplirse con estas características se presentan alteraciones en la salud física o en la armonía de las relaciones familiares.

Por último, en el capítulo quinto reflexionamos sobre los aspectos de orden social que influyen sobre la salud. Derivado del problema económico se desprende un problema de justicia social que se inserta directamente en la dimensión ética y filosófica. El capítulo termina con un balance de la gestión comunitaria de la salud: los actores sociales, sus coincidencias y divergencias. En este último aspecto la discusión acerca de la ideología será crucial para determinar las posibilidades de los actores sociales en su camino de llegar a acuerdos respecto a la gestión de la salud desde la práctica comunitaria y la cobertura político financiera municipal.

Las hipótesis que guían el trabajo son a la vez sencillas teóricamente y de una complejidad extrema en la práctica:

La salud-enfermedad, vista con un enfoque social y útil al investigador urbano, es el corolario de un complejo proceso en el que intervienen factores de orden general (como las políticas nacionales en vivienda, en epidemiología, en empleo y en nutrición entre otras); factores de orden local en lo urbano ambiental y factores de orden cultural plasmados en cómo las clases sociales desarrollan de manera diferenciada hábitos concretos de patrones de uso en servicios de salud, formas de habitar la vivienda, hábitos de higiene en el trabajo, dietas y formas de ejercer la sexualidad.

Así, la salud en el Valle de Chalco se encuentra en crisis. La raíz de esta crisis hay que buscarla en su historia como asentamiento, en la evolución de su estructura urbana, de su demografía y su correspondiente estructura de clases sociales, de su epidemiología y de su economía, siendo todas estas las variables del hábitat que alimentan esta crisis. La superación de esta situación implica necesariamente medidas de gestión comunitaria.

En cuanto a la metodología aplicada, señalamos que estudiar la salud siempre implica toparse con el problema de la falta de información.

Aún y cuando la zona de estudio es el Valle de Chalco, no retomamos datos de todas las colonias ni nos concentramos en un periodo en específico, pues esto implicaría un estudio que los epidemiólogos llaman longitudinal. Tales estudios son muy costosos e involucran a un sinnúmero de personas.

Nuestra propuesta, va en la línea de rescatar (analizando su vigencia para el Valle de Chalco) los estudios ya hechos sobre el tema por el Colegio de México, La Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco e Iztapalapa, por el mismo municipio en diversas fechas y por mí mismo en mi labor de maestro y promotor comunitario en los años de 1990 a 1999.

Las conclusiones responderán las preguntas inicialmente planteadas y confirmarán o en su caso corregirán las hipótesis señaladas en este trabajo.

RESUMEN O ABSTRACT

La tesis en cuestión retoma, desde el punto de vista del análisis urbano, el problema de salud que se presenta en un asentamiento del oriente del Estado de México: el Valle de Chalco. Las dimensiones o aspectos que se estudian son los siguientes: las consideraciones metodológicas, el enfoque médico biológico, lo urbano ambiental y las condicionantes sociales (en las cuales se incluyen variables económicas, políticas e ideológicas). Los resultados de este análisis arrojan que existe en esta área una crisis urbana reflejada particularmente en la condición de salud de sus habitantes. Asimismo, manifiesta que los servicios sanitarios de esta localidad no son suficientes, en cantidad y calidad , para atender a la población en su totalidad. Finaliza el trabajo, realizando consideraciones generales acerca de la posibilidad de la gestión colectiva de los servicios sanitarios en el asentamiento como una solución a esta crisis.

CAPÍTULO I

CONSIDERACIONES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS EN TORNO A LA SALUD COMO PROBLEMÁTICA URBANA.

Introducción

Ya se han planteado dos caminos para estudiar a la salud. El primero de ellos es a través de una diversidad de enfoques dado que la salud-enfermedad es el resultado de un complicado proceso donde participan factores de diferente naturaleza. El segundo camino es establecer los nexos de estos diversos enfoques por medio de categorías históricas de suficiente alcance explicativo, lo cual nos permite reconstruir el objeto de estudio en su diversa gama de aspectos.

La realidad es una sola, pero nosotros por un proceso mental de análisis la separamos en diversas dimensiones. De ahí algunas propuestas metodológicas de avocarse al problema de salud estudiando por separado sus determinantes (Schteingarth 1997). Sin embargo, consideramos que la recomposición de la totalidad tiene que venir, necesariamente, de un proceso mental de reconstrucción histórica.

1.1 La salud en el discurso y la práctica urbanística

Es importante observar que en la historia del discurso urbano en México, al menos hasta la década de los ochentas, el asunto de la salud siempre sale a relucir: o como una suposición o como una meta a la cual llegar, pero no como un objeto de estudio en sí mismo (Garza 1999). Y esto es fácil de entenderlo si recordamos que, por diversos factores, siempre se nos ha hecho creer que la salud es responsabilidad teórica y práctica de los profesionales de la medicina. Y sin embargo, repetimos, la salud siempre está en la argumentación urbana como suposición, justificación o meta. Cabría preguntarse si no es útil al urbanista retomar este tema como objeto de estudio y así encontrar caminos más eficientes para su labor teórica y práctica.

Así, en el nacimiento y evolución de las ciudades capitalistas, la salud es un componente, atendido o no pero fundamental, de las acciones urbanas. Fue con la Revolución industrial en el siglo XVIII que la relación condiciones de vida y salud se expresó en sus formas más dramáticas. No es casual que ya en 1790 haya surgido uno de los pioneros de la medicina social: Johan Peter Frank, y que posteriormente a mediados del siglo XIX hubiera surgido un grupo de reformadores higienistas entre los que se encontraban Guerin en Francia y Virchow en Alemania(Blanco Gil 1994).

El surgimiento del capitalismo implicó, en su fase originaria y aún en su fase avanzada, una explotación extrema de la fuerza de trabajo y sin cuidado alguno de la salud. Por ello ésta última es una preocupación (explícita o implícita) de los análisis urbanísticos en cualquier época. Para ilustrar lo anterior, pondremos dos ejemplos paradigmáticos de cómo ha sido una constante el fenómeno sanitario en los estudios de la ciudad durante el siglo XX, un siglo que definió el tipo de ciudades que vivimos actualmente.

Dentro de las construcciones teóricas que más apelan a la salud, como fundante de la acción urbana, queremos pasar revista a dos enfoques que son polos cronológicos del urbanismo en el siglo XX: Le Corbusier en los años treinta y Castells en los años noventa.

La “Carta de Atenas ” de Le Corbusier es un documento, presentado en un Congreso Internacional de Arquitectura Moderna en la Ciudad de Atenas en 1933 y marca un momento importante en el papel asignado a la salud desde la perspectiva urbana. Haciendo una lectura cuidadosa del documento se localizan al menos treinta referencias a la salud en su interpretación de lo que deberían ser los principios del urbanismo.

Respecto de la propuesta que nos hace Le Corbusier (concebido por algunos arquitectos de su tiempo como un visionario en asuntos de urbanismo), nos importa recalcar que concibe al urbanismo desarrollado hasta esa época como propulsor de las vías de circulación, en detrimento de los demás aspectos.

Bajo estas consideraciones, la Carta de Atenas, es un primer documento que señala las claves del urbanismo y que pone al problema de la salud como uno de los factores fundamentales a tomar en cuenta en cualquier acción urbana que se lleve a cabo.

A partir de la Carta de Atenas, Le Corbusier ejerce una influencia considerable en los urbanistas de la Europa del siglo XX. Efectivamente, pensadores del urbanismo en otros países europeos y pensadores norteamericanos pusieron a Le Corbusier como uno de sus parámetros en la propuesta de un urbanismo que en todo momento se convirtiera en algo justo para sus habitantes.¹

La historia de las ciudades europeas o latinoamericanas en los años cuarentas y cincuentas en mucho reproduce los temores de Le Corbusier. Tales temores no eran otros que la degradación de los espacios urbanos por efectos de las guerras o de otros eventos no bélicos así como el anteponer las necesidades del mercado al bienestar de los habitantes de las ciudades.

Esta línea de investigación en salud, bosquejada por Le Corbusier con tintes utópicos si se quiere, no fue seguida ni mucho menos exployada en la historia de la investigación en México. En nuestro país, la explosión de la investigación de la Ciudad se da en los cincuenta ubicando como temas básicos el fenómeno de las inmigraciones y los asentamientos espontáneos desde una perspectiva de sus prácticas políticas y su acceso al suelo urbano (Ver investigaciones de Jorge Montaña 1976, Jorge Alonso 1980 y Larissa Lomnitz 1975) . Así, dentro del muy numeroso volumen de documentos no se trata el problema de la salud sino, como ya se dijo, asuntos como la apropiación, el uso y la organización del espacio urbano y las formas de acceso, producción y distribución de los bienes públicos vinculados con el espacio urbano y su organización (Duhau Emilio 1997).

A partir de los años sesentas, con el advenimiento del capitalismo tardío (Mandel 1979), las ciudades empezaron a cambiar. Fue un momento de auge

¹ Nos referimos a los urbanistas que hasta la fecha han seguido con la tradición de los Congresos Internacionales de Arquitectura o CIAM.

interesa comentar : *Local y Global. Gestión de ciudades en la sociedad de la información* de Manuel Castells (Castells 2000).

Bajo un enfoque más holístico y con un lenguaje moderno, Manuel Castells parece refuncionalizar los planteamientos de Le Corbusier, y defender un urbanismo humanista que haga frente a la ola globalizadora y posmoderna de los años noventa a nivel mundial. Para ello, realiza un rescate del papel promotor de los gobiernos locales en las políticas urbanas, entre las cuales no olvida las políticas de salud.

A diferencia de Le Corbusier, y seguramente por la complejidad del fenómeno de las modificaciones sociales y territoriales de las megaciudades globales, Castells pone menos énfasis en el problema sanitario como un elemento transversal de las políticas urbanas, pero es frecuente su mención de la salud como un factor indispensable. Así encontramos su preocupación por la salud en párrafos como este

“ La sostenibilidad es también integración social. Las grandes bolsas de desempleo y pobreza, las grandes masas de población excluidas, hacen imposible el desarrollo urbano sostenible tanto por los riesgos medioambientales y de salud que comportan como por la incapacidad de ofrecer un medio social pacífico y democrático. Las políticas sociales que tienden a la integración de las poblaciones a través de la educación, el empleo, el acceso a la vivienda, el control del crecimiento demográfico y la salud etc., no pueden separarse de los procesos para conseguir un desarrollo sostenible “ (Castells , 2000)

Así, es patente que la globalización y sus consecuencias le han querido quitar a las ciudades y a los gobiernos locales control sobre sus procesos internos. Desde este punto de vista las ciudades en lo individual, y más aún los ciudadanos, han perdido la posibilidad de gestionar sus soluciones a problemas como la economía local, la salud o la tecnología por lo que se mantienen enganchadas al movimiento global de intereses económicos transnacionales.

de la clase obrera en Inglaterra. Ésta última, una obra clásica escrita también a mediados del siglo XIX y que señala las consecuencias de los cambios en las condiciones de vida y salud de los trabajadores que trajo la revolución industrial en territorio inglés.

Sin embargo, en esta Europa convulsionada por la Revolución Industrial, los nuevos conocimientos bacteriológicos fueron causa de un olvido de la medicina social y un repunte de la medicina científica con sus antiguos métodos de “policía médica” y salud urbana.

Y no fue sino hasta la segunda mitad del siglo XX, más precisamente a finales de la década de los sesenta que sobrevino una fuerte oleada del pensamiento médico crítico y con él vino también la apertura para retomar y sistematizar el estudio entre las condiciones de vida y la salud. La característica principal de esta oleada es precisamente asumir hasta sus últimas consecuencias un principio de reordenamiento del conocimiento epidemiológico que aborde el problema de las condiciones sociales bajo las que se produce, desarrolla y difunde el proceso salud enfermedad.

Respecto al reordenamiento del conocimiento epidemiológico de los sesentas, es interesante observar las tareas que los médicos llevaron a cabo:

a) Demostrar las limitaciones de los diferentes modelos y técnicas epidemiológicas para dar cuenta de los fenómenos colectivos de salud enfermedad y explicar sus determinaciones. Hay aquí una reivindicación del carácter histórico- social del proceso salud enfermedad.

b) Plantearse el problema de la distribución y determinación social de proceso salud-enfermedad. Es aquí donde la medicina social tiene la necesidad de asumir al materialismo histórico como marco conceptual para abordar el objeto de estudio. Al no hallar una categoría del materialismo histórico que abarque el fenómeno global de la salud, se generaron diversas líneas de trabajo al interior de la medicina social.

Fue hasta 1987, en el V congreso Mundial de Medicina Social en Medellín, Colombia que las condiciones de vida y salud empiezan ya a deslindarse como objeto de estudio específico.

Así fue cómo hasta los años 90, el análisis de las condiciones de vida y salud se convierte en una línea de investigación más precisa. Los trabajos que han alimentado la línea de investigación ya en su consolidación son:

1.- El Centro de estudios y Asesoría en Salud CEAS de Quito Ecuador, ocupados del análisis sociohistórico de la morbimortalidad. Son estudios que se han preocupado por entender los grandes procesos generales económicos y la salud, como por ejemplo la acumulación por la producción petrolera y la enfermedad. Sin embargo no han podido mostrar de manera convincente el cómo opera la determinación de la salud enfermedad por procesos históricos particulares.

2.- Investigaciones sobre patologías específicas. Particular mención hacemos de los estudios sobre enfermedades tropicales y condiciones de vida, y en particular en la vivienda (Franco, *Malaria y factores económicos, sociales y culturales. Su expresión en la vivienda 2000.*)

3.- Asimismo hay estudios que ponen su atención en la distribución de la enfermedad en espacios territoriales precisos. Tales espacios territoriales pueden ser fábricas y centros de trabajo o áreas más amplias como ámbitos urbanos y regionales. Esto ha generado una subárea de investigación más precisamente llamada espacio y salud (es decir la expresión territorial de los procesos salud enfermedad colectivos). En esta interpretación, la segregación clasista del espacio urbano es un fenómeno fundamental de análisis. La categoría fundamental en este enfoque es la de clase social pues consideran que en las clases sociales se sintetizan las condiciones de trabajo y de consumo que determinan la calidad de vida y la salud.

4.- Podemos observar que actualmente se plantean estudios sobre la distribución y determinación del proceso salud enfermedad en la ciudad y en

atención sanitaria. Programas como las *Healty Cities* o los Municipios saludables de la OPS en América Latina (OPS, 1997). Estas líneas, al igual que algunas corrientes de la medicina cubana ha puesto énfasis en la medicina preventiva que a fin de cuentas es fomento de la salud y no de la terapia contra la enfermedad. En este sentido estos organismos y experiencias se han encarado a la salud desde un enfoque positivo: es decir no como ataque a la enfermedad sino como preservación del estado saludable.

Una vez que hemos definido el estado del arte o frontera de conocimiento en cuanto a los estudios urbanos en salud, procederemos a explicar la metodología usada en el presente trabajo a fin de abordar el problema general de las dimensiones de la salud como problema urbano.

1.2.1 La construcción teórico metodológica de la investigación sobre la salud en las ciudades

Estudiar la salud desde el punto de vista urbano, representa realizar un aporte metodológico, toda vez que como ya se vio anteriormente no hay muchos estudios al respecto debido precisamente a una laguna de metodología en su tratamiento.

Los rubros que seguimos en esta tesis a efecto de clarificar la metodología propuesta para abordar problemas de salud con un enfoque urbano son los siguientes: el planteamiento del problema, las categorías a utilizar, la formulación de hipótesis y la metodología de recolección de datos y análisis de los mismos.

Respecto al planteamiento del problema, existe una coincidencia en autores estudiosos del fenómeno sociomédico (Blanco Gil, Cristina Laurell, Almada Bay, Rojas Soriano y Ricardo Cuéllar entre otros) en referirse al estudio de la salud como el análisis de sus “dimensiones”. A pesar de ello, no desarrollan de manera extensa qué y cuáles son estas dimensiones.

se realizan dependen de la visión teórica que se establezca. El marco teórico de origen y que vertebra esta investigación es de origen marxista y de allí se desprenden sus vertientes de análisis urbano capitalista y medicina social. Ambos, aplicaciones del materialismo histórico a casos específicos. El problema planteado se dirige precisamente a establecer cómo se manifiesta el problema sanitario en un espacio concreto, y en un período histórico preciso, que en este caso se refiere, dada la juventud del asentamiento, a los años que van de su nacimiento en 1979 a su consolidación en el año 2000. Aunque, por la disposición de mapas y cifras oficiales tendemos a dar información hasta 2006.

Para la delimitación de las categorías a utilizar, esta tesis hace uso de categorías generales, intermedias y conceptos operativos. Como se explicó anteriormente, entendemos por categorías generales aquellas que son estrictamente de carácter marxista y que propiamente no tienen una determinación y cuantificación empírica sino más bien son base del análisis histórico. En estas categorías generales incluimos la Reproducción Social (donde se contextualizan los procesos globales de producción, distribución, cambio y consumo, así como la formación social y el desarrollo capitalista), la Clase social y el problema de la crisis.

Llamamos categorías intermedias aquellas que no son de orden precisamente marxista sino que pueden venir de otros cuerpos teóricos y que nos permiten abarcar más procesos y fenómenos en la explicación. Los cuerpos teóricos usados para establecer las categorías intermedias son aquellos de la teoría urbana y la medicina social. Las categorías seleccionadas son: proceso salud enfermedad, transición epidemiológica, transición demográfica, Estructura Urbana, Ciudad, Crisis urbana, situación de clase, nivel de vida y Unidad socioespacial de consumo. Estas, categorías que son susceptibles de ser observadas en la historia local del territorio seleccionado.

Finalmente, utilizamos conceptos operativos que, como su nombre lo indica, son susceptibles de ser observados empíricamente e incluso pueden ser medidos cuantitativamente o valorados cualitativamente. Estos conceptos se

el de ir avanzando en el fenómeno de la salud, explicando sus dimensiones a través de categorías que las relacionen y las expliquen en un cuerpo único. Al respecto, consideramos que la categoría central y fundante para el problema que estudiamos es Reproducción social y que de ahí de derivarían todas las demás.

A fin de manejar los conceptos operativos (es decir aquellos susceptibles de convertirse en variables e indicadores estadísticos) se han retomado trabajos ya realizados en el Valle de Chalco en los años de estudio (Schteingarth 1997 y Colegio de México 1995). De estos trabajos y de estudios propios, a su vez se han tomado cuatro instrumentos de recolección de datos:

1.- La Encuesta **Hábitat y Salud**, cuyos resultados se incluyen en el profundo estudio denominado *Pobreza, Condiciones de Vida y salud en la Ciudad de México* (Schteingarth 1997). De este trabajo rescatamos los datos levantados por un conjunto de investigadores de diversas disciplinas como economistas, antropólogos, médicos, ambientalistas y sociólogos. Esta encuesta fue aplicada a 2000 familias de 4 colonias de la Zona metropolitana de la Ciudad de México, una de ellas una colonia perteneciente al Valle de Chalco.

2.- La Encuesta denominada **Niños Sibilantes**, la cual fue una segunda encuesta, aplicada por el grupo de investigadores arriba mencionado y coordinado por Martha Schteingarth, y cuyo fin era determinar los daños a la salud por motivos de contaminación ambiental. Se retoman los indicadores compuestos que presenta este grupo de investigación y se contrastan con la metodología propuesta por Blanco Gil en su estudio *Espacio y Salud*.

3.- Los datos arrojados por una **Guía de Observación** del funcionamiento y ubicación de los servicios de salud en el Valle de Chalco. Esta guía de observación fue actualizada al año 2000.

3.- Los resultados de la Encuesta denominada **Habitabilidad de la Vivienda** realizada por nosotros en el año de 1998.

CAPÍTULO 2

VALLE DE CHALCO: IRREGULARIDAD Y DESARROLLO URBANO CAPITALISTA

Introducción

Estudiar los asentamientos irregulares tomando como marco teórico el materialismo histórico, implica retomar algunas categorías que son antecedentes y que han sido sometidas a críticas e incluso a supuestas modernizaciones y adaptaciones (Alonso 1980). Nos referimos especialmente a la categoría genérica de *acumulación de capital* como categoría derivada de la reproducción social en la formación capitalista. La acumulación de capital, según la explicación clásica, implica los siguientes problemas para los menos favorecidos: desigualdad, pauperización, empobrecimiento, desempleo y, en términos de la urbanización de países latinoamericanos, la formación de asentamientos irregulares.

Las explicaciones latinoamericanas no marxistas respecto al fenómeno de la irregularidad en los asentamientos han pasado por la interpretación del Dualismo Económico de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y del Marginalismo como dos de las posturas más estructuradas (Schteingarth 1997). Ambas teorías sin embargo no tuvieron, según la medicina social, la capacidad de explicar situaciones de salud en los asentamientos espontáneos de México.

2.1 Los asentamientos irregulares: una discusión

Varios han sido los autores de orientación marxista que han tratado de explicar de manera indirecta o directa el fenómeno de la irregularidad usando el instrumental teórico del materialismo histórico. Al respecto podemos señalar los estudios de Federico Engels, Henry Lefebvre, Topalov, Paul Singer, Pradilla Cobos, Jorge Alonso y Carlos Toranzo.¹

Asimismo hay autores que sin declararse abiertamente marxistas han estudiado el fenómeno de la irregularidad retomando enfoques más ortodoxos de análisis urbano territorial (Hiernaux 1995 y Bazant 2001 y 2003)

¹ Nos referimos a estudios como *Acerca del Problema de la Vivienda* (Engels 1985), *El Derecho a la Ciudad* (Lefebvre 1973), *La urbanización capitalista* (Topalov 1985), *Economía Política de la urbanización* (Singer 1992), *Estado y Vivienda en América Latina* (Pradilla Cobos 1987), *Lucha Urbana y Acumulación de Capital* (Alonso 1980) y *Notas sobre la Teoría de la Marginalidad Social* (Toranzo 1977).

Dentro de estos costos particularmente hablaremos de aquellos de orden económico y aquellos de orden sanitario.

Tal vez la práctica de la autoconstrucción sea el origen de los elevados costos económicos que representan los asentamientos espontáneos para sus habitantes. Es común que los colonos carguen con los gastos de la urbanización: pavimentaciones, canales, cableados, obras deportivas y de salud entre otras. El esquema frecuente es evidentemente el tequio o la faena comunitaria o familiar. Comúnmente tales eventos, y a lo largo de los años, son causantes de traumatismos y daños a la salud aunque inicialmente alivien financieramente a las familias.

A estos costos en mano de obra habrá que añadir, cuando se autoconstruye en la vivienda particular, los gastos por multas y sobornos a fin de que los inspectores locales no clausuren la obra por falta de permisos de construcción.

El Estado una vez que “descubre” la irregularidad de los asentamientos espontáneos, se monta en las obras realizadas comunalmente presentándolas como suyas, las regulariza y con una mínima inversión las integra legalmente a la mancha urbana cumpliendo con su labor de legitimación y de apoyo a la acumulación de capital (O’Connors 1988). De esta manera, una vez regularizados los predios, se incrementan las erogaciones de los habitantes a fin de pagar impuestos y servicios.

Asimismo la regularización implica una apertura del mercado de tierra y un fomento de la especulación inmobiliaria. Y este es básicamente uno de los mecanismos principales de integración a la economía metropolitana: la venta del suelo.

En lo referente a los costos sanitarios, importa señalar no sólo los problemas de orden traumático por las faenas comunitarias que obligan a mujeres, niños y hombres no habituados al trabajo de la construcción a desarrollar labores para las que no están preparados físicamente. También contribuyen a deteriorar la salud la baja calidad en agua y aire, así como la proliferación de fauna canina y los basureros a cielo abierto.

Al igual que con las obras generales de infraestructura, en su labor regularizadora, el Estado implementará acciones sanitarias a fin de garantizar que la zona pueda seguir

La discusión principal del mito de la irregularidad no es precisamente el factor jurídico (Scheingart 1997), pues es obvio para todo mundo el fenómeno de la ilegalidad. La discusión se ha centrado más bien en que se argumente la falta de intencionalidad por parte del Estado y de las autoridades urbanas. Y respecto de tal discusión encontramos evidencias, en el caso del Valle de Chalco, de un velado fomento a la irregularidad (Espinoza de la Torre 1993). Este velado apoyo se relaciona, como ya habíamos argumentado anteriormente con establecer las condiciones generales para el desarrollo del capital en las economías urbanas de las metrópolis.

Entroncando esto último con las acciones de salud en asentamientos espontáneos, motivo principal de este apartado, queremos presentar una cita nos permite comprender cómo la salud de los habitantes es sólo una condicionante, un supuesto (“condiciones generales de la producción” dicen los marxistas) en la introducción de los servicios de agua y drenaje:

“ Dentro de la producción del espacio periférico, la dotación de servicios urbanos ha sido una de las cuestiones medulares. Antes que todo es preciso recalcar que la importancia de los servicios urbanos no responde exclusivamente a los mecanismos de subsistencia y reproducción de la vida de los colonos, sino también a la potencialidad de ejercer actividades económicas de la zona. El primer tema, el más común en la bibliografía especializada, surge desde los enfoques de salubridad correspondiendo a la posición oficial del siglo pasado en los países desarrollados (véase la experiencia francesa e inglesa al respecto) así como de las tendencias reivindicativas de los grupos populares organizados en los países subdesarrollados: el acceso al agua potable, el alcantarillado sanitario y la luz eléctrica, constituyen las tres facetas centrales de las reivindicaciones así como lo mínimo sugerido de “bienestar” manejado desde las esferas del financiamiento internacional... la disponibilidad de agua es también condición básica para la aparición o por lo menos para el funcionamiento adecuado de las pequeñas empresas.” (Hiernaux Nicolás, Daniel en Martha Scheingarth 1991).

Así, observamos que la preocupación por la salud es paralelamente una necesidad de sanear la economía de la zona e integrarla a la producción económica de la región. Sin embargo, importa preguntarse: ¿Porqué el Estado asume los costos de introducir estos servicios que resultan tan engorrosos y caros? Particularmente en virtud de su condición de Estado. Es decir, porque la institución pública tiene control más amplio

En lo referente a los enlaces del agua, el saneamiento y la segregación urbana, cabe destacar que finalmente, una zona con servicios es un área en la cual se le ha inyectado una inversión económica, por lo que esto se refleja en un incremento de la renta territorial. Así, la población de bajos recursos que ocupaban zonas centrales han tenido que desplazarse hacia zonas donde la renta es más baja. De igual manera, con la finalidad de apropiarse de más terrenos hay mucha gente que, una vez dentro los servicios, venden la tierra y se van a invadir otros predios esperando seguir el mismo proceso. Por otra parte, la dotación de servicios de agua y saneamiento promueve la implantación de fuentes de trabajo en el área de la industria, los servicios o algunas actividades primarias

También queremos recalcar que las evidencias históricas en los asentamientos irregulares nos señalan que hay una relación directa entre el disfrutar de servicios de agua y de saneamiento con los ingresos de los habitantes.

Es notorio que en los barrios consolidados, como bien señala Vazconez (Perlo 1990), son los trabajadores con seguridad laboral e ingresos estables los que parecen tener la posibilidad de acceder a mejores condiciones de consumo de estos servicios. Por otro lado, si pensamos en las relaciones establecidas entre la presencia de servicios de agua y saneamiento con la tenencia de la vivienda podemos advertir que la situación de dominio y tenencia de la casa puede ser condicionante del acceso a estos servicios. El hecho de contar con escrituras o de realizar pagos prediales es una variable que predispone al uso de estos servicios.

También interesa dejar constancia de que, como menciona Vasconez en el texto ya citado, “ las condiciones de abastecimiento y consumo de agua, las formas de desalojo de las aguas servidas y las formas de saneamiento doméstico golpean a la mayoría de los habitantes de los barrios populares, quienes no sólo deben afrontar las precarias condiciones sanitarias de su lugar de residencia, sino que, adicionalmente deben asumir un inevitable derroche de energía en el aprovisionamiento, acarreo , almacenamiento y utilización del agua...” (Perlo 1990-85)

Finalmente, no queremos omitir los nexos establecidos entre el goce de servicios de agua, el saneamiento, el carácter de las reivindicaciones y el clientelismo político. La necesidad física no es una necesidad social, para que ello ocurra dicha necesidad debe

aumentos de hasta 43% . Sin embargo, de 1991 en adelante se observa un salto de hasta 100%.

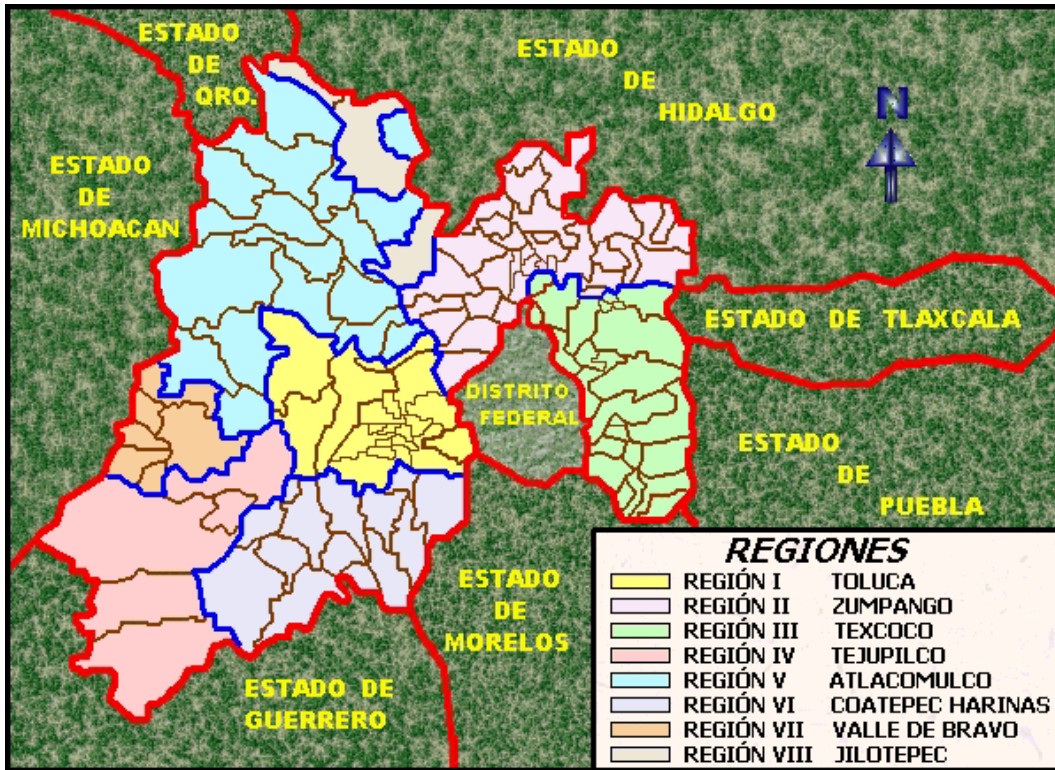
Interesa señalar que 1991 marca la fecha en la cual se tendieron las redes de agua y drenaje en el valle de Chalco. Esto, aunado a la acción de la Comisión Reguladora para la Tenencia de la Tierra (CORETT) de escriturar, en ocasiones de manera indiscriminada y promoviendo con esto un sinnúmero de demandas por despojo, dio también la pauta para que arribara un buen contingente de personas al asentamiento. Propietarios de los terrenos, que ya venían dedicándose a la venta, dejaron elevar los precios hasta cantidades sólo vistas en predios muy cercanos al D.F., de ahí que nos preguntemos si las redes de servicios fueron sólo apoyos a la salud, como lo repetían una y otra vez los funcionarios del programa de Solidaridad. En los hechos sirvieron para enrarecer los procesos de especulación inmobiliaria.

También hay que poner atención en el número de establecimientos comerciales los cuales tienen un incremento de 36% de 1990 a 1991 manteniéndose a partir de ahí un incremento constante de 25% en cada año subsecuente. Una interpretación que correlacione ambas filas de datos, nos dejaría ver que es efectivamente la introducción de agua y drenaje en 1991 la que dispara una parte del mercado interno y de la economía local: precisamente aquella referida al mercado de la tierra y a los comercios al menudeo.

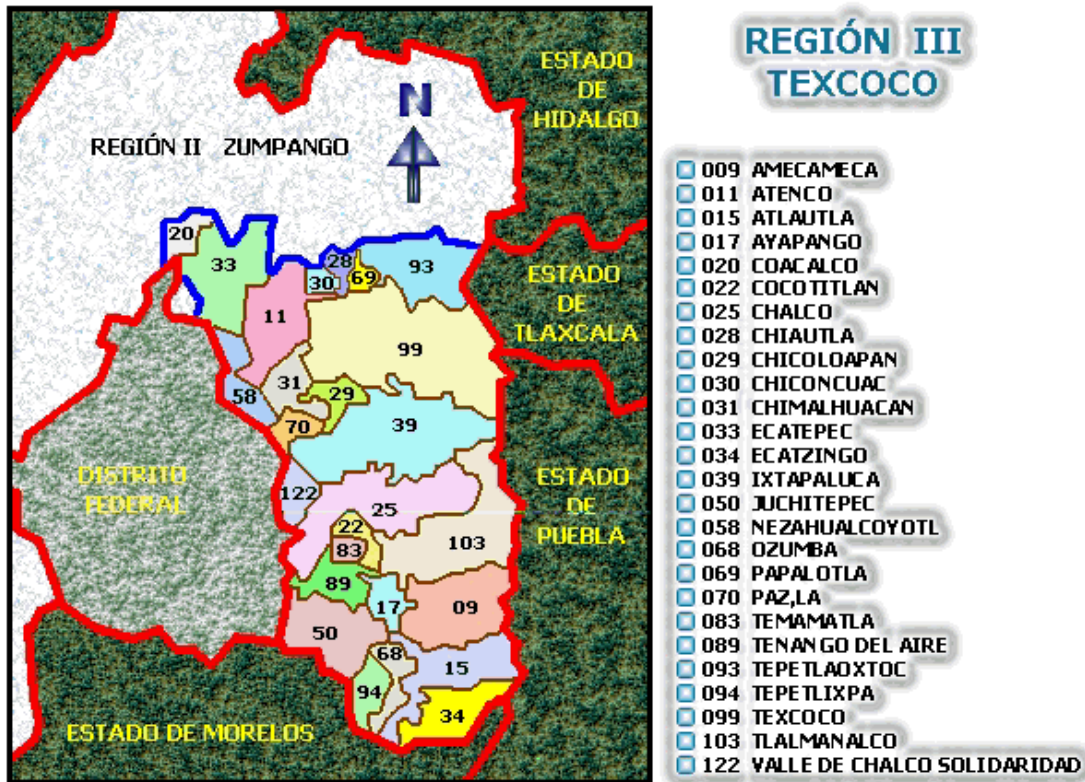
Una segunda acción oficial de salud en el Valle se refiere al establecimiento de servicios de salud como consultorios y clínicas públicas y privadas. Estos servicios tuvieron una gran importancia en términos curativos y de hecho jugaron un papel muy importante en términos preventivos (Garrocho 1995). Compartimos con Garrocho la observación de que toda dotación de servicios de salud tiene como fundamento una posición política e ideológica la cual se manifiesta en la selección de los espacios donde se ubican, en la cantidad asignada y en el perfil de los servicios mismos.

En conexión con lo anterior, queremos indicar que en el Valle de Chalco ,como en cualquier colonia popular, cuatro elementos afectaron la eficacia de los servicios públicos de salud. Por un lado su *pureza* y por otro lado la naturaleza geográfica de los mismos en relación a *Jurisdicción, accesibilidad y externalidades*. La definición de

MAPA 1 Ubicación del Valle de Chalco en el Estado de México



MAPA 2 Ubicación del Valle de Chalco en la Región



Fuente : Instituto de Salud del Estado de México 2005

(comúnmente desde posiciones encontradas) la visión epidemiológica pero pierden de vista las demás determinantes.

De esta manera el enfoque que adoptaremos en este primer balance histórico rescatará en lo posible los tres niveles: general, particular e individual. Lo general viene dado por las políticas a nivel nacional, lo particular por aquello que vive la comunidad del asentamiento y lo individual se refiere al rescate de algunas historias paradigmáticas de cómo vive el habitante medio los problemas del asentamiento. Ello es posible dados los datos disponibles y las fuentes de primera mano: entrevistas, testimonios, estadísticas e informes oficiales.

Los puntos fundamentales que guiarán este apartado serán inicialmente una periodización de la evolución del asentamiento y, posteriormente en cada período, pistas epidemiológicas demandas y reivindicaciones y finalmente acciones públicas o privadas de protección a la salud.

2.3.1 Las etapas del valle de Chalco

Hay una necesidad inmanente de periodizar para concretar todo intento por sintetizar un fenómeno de la historia social. Ello es así en la consideración de que plantear cortes sugiere reconocer momentos de cambio en nuestro objeto de estudio. Consideramos útil una periodización cuyos criterios sean la ocupación del suelo y las estrategias de actuación de los habitantes de la zona.. Coincidimos con la Arquitecta Espinoza Dorantes (1991) en reconocer, en el origen del asentamiento, en el Valle de Chalco cinco momentos de formación:

- 1) El auge, de 1979 a junio de 1982
- 2) La restricción de 1982 a 1984
- 3) El control y regulación de 1985 a 1986
- 4) Los años de 1986 a 1990
- 5) Formación física y Legal del municipio 1990 a 1994
- 6) Consolidación del asentamiento 1995-2006

industrial. La razón era clara: la crisis agrícola había obligado a los ejidatarios y a sus hijos a rentar sus parcelas e irse a trabajar como obreros en fábricas como la Ayotla Textil.

En este sentido, nos interesa señalar los grupos sociales que dieron origen al asentamiento y que marcarán un primer perfil epidemiológico según clase social. Efectivamente, los primeros pobladores del Valle eran trabajadores del campo que ya no les resultaba rentables sus tierras y obreros que había perdido su trabajo.

Posteriormente, y una vez que el asentamiento se había “fundado”, es decir se había reconocido por la población como un lugar para vivir, empezarán a llegar grupos de desempleados de zonas industriales y de servicios. Según estudios realizados (UAMX 1990) los lugares de donde provenían estos contingentes del “ejército industrial de reserva” era: Ciudad Nezahualcóyotl y Chalco Viejo (del mismo Estado de México), asimismo los Estado de Veracruz y Michoacán eran los segundos proveedores de migrantes. Esta situación nos indica dos situaciones: la primera es que el asentamiento irregular se nutre de desempleados y la otra es que antiguos asentamientos irregulares serán alimentadores de nuevos asentamientos irregulares.

Así, el cierre de la fábrica Ayotla Textil en 1982 desata el fenómeno de venta del suelo ejidal (a veces voluntario y a veces obligado y violento) a través de la colusión con fraccionadores profesionales, burócratas del gobierno local y ejidatarios rentistas.

Este grupo llega a tener una fuerza, económica y política a nivel regional, superior a la fuerza priísta del Estado de México.

Así, el grupo en el poder del Estado de México decide romper esta competencia encarcelando a los fraccionadores y sus compinches por el delito de fraude tipificado y especulación de terrenos ejidales. Con ello el PRI se desarticula y surgen nuevos grupos de poder. Ya en esa época el Valle tenía la siguiente configuración en la región.

Importa señalar que en esta época las formas de control de los colonos se ejercían vía selección de “equipamiento urbano” según fuera conveniente para las ganancias de los fraccionadores. Podemos mencionar por ejemplo, que proliferaron los mercados (uno o dos por colonia), en donde los fraccionadores vendían o rentaban los puestos. Igual situación pasó con las escuelas, donde el Director y el Presidente de la Asociación de Padres eran a su vez fraccionador y “corredor” o vendedor de lotes. La ganancia provenía de las labores y cuotas de autoconstrucción de las escuelas y la “tramitación” de documentos.. Evidentemente que no hay siquiera un solo centro de salud, toda vez que su construcción es costosa y la gente tiene el servicio en la cabecera municipal.

Los datos que arroja el Centro de Salud y Urgencias de Chalco de Díaz Covarrubias nos hablan de enfermedades propias de zonas insalubres, infecciones respiratorias y una alta tasa de mortalidad en la población infantil (niños menores de 5 años). En esa época, Chalco es un pueblo pequeño y tranquilo, con algunos rasgos pintorescos que no coinciden con los datos de la violencia urbana, alcoholismo, abortos... la razón era lógica: estos datos no provienen de usuarios del pueblo, sino del asentamiento que se empieza a consolidar en la zona este de la cabecera municipal. Pero a pesar de este problema, la salud sigue siendo una demanda sentida que no se ha transformado en reivindicación. Y cómo lo iba a ser si para el grupo en el poder local de esos años, lo que importaba era obtener dinero de los mercados, de las escuelas y de la venta de lotes.

2.3.1.2 La restricción de 1982 a 1984

El encarcelamiento de fraccionadores y la desestructuración del PRI en la zona, ocasionó que llegaran al Valle grupos de izquierda y otras fracciones priístas y que se abriera un espacio en donde las demandas sentidas se transformaban en reivindicaciones. Y la salud no fue una excepción. Según los datos de los Centros de salud de la cabecera municipal (que en ese entonces empezaba a hacer trabajo de medicina preventiva en cuanto a vacunaciones) nos señalan un aumento alarmante de infecciones respiratorias y gastrointestinales. El Valle de Chalco seguía siendo aquella masa de paredes grises que en días de vientos se convertían en remolinos y en días de aguas en lagunas.

Con CORETT, de nueva cuenta las reivindicaciones por lograr espacios de atención a la salud se veían frustrados. Después de una lucha agraria, finalmente CORETT expropia varios ejidos y además respeta las áreas de equipamiento... pero después de tal conflicto ya era mucho pedir que tales áreas se ocuparan: no había financiamiento para la salud. Los datos de la época nos señalan que, no hay un cambio en el perfil epidemiológico. Lo que hay es una ampliación territorial (cuando no una agravación) del perfil establecido años atrás: enfermedades transmisibles propias de la miseria.

El otro evento fundamental de estos años es la lucha por la electrificación del asentamiento. La estrategia de electrificación, en los hechos significaba quitarles el poder que tenían los corredores sobre los colonos por la cuestión de los tableros y los “transformadores fraude”. Sin embargo, como era una propuesta priísta y además promovida originalmente por instituciones de gobierno, las organizaciones de izquierda (CONAMUP principalmente) la rechazaron, y con ello rechazaron también la participación de la izquierda en el Valle. La electrificación fue un hecho y de paso quedaron fuera las fuerzas izquierdistas.

Ya para ese entonces el Valle era una zona de casi 90 hectáreas que se distribuían en las orillas de la carretera México Puebla. Estas hectáreas albergaban a al menos 15 colonias.

Por la historia del asentamiento y por la ingerencia de las actividades y los profesionales, es notorio que el asentamiento “espontáneo” más bien fue planeado. Esto es claro desde que observamos la participación de funcionarios menores y mayores que, coludidos con fraccionadotes y ejidatarios , generan un asentamiento reticular.

Así, tenemos un asentamiento con una cuadrícula bien definida, lotes tipos de superficies homogéneas, y una zona que todos veían como marginal y deprimida pero ya estaba prevista para que fuera el centro y allí se asentaran los poderes municipales

El mapa que presentamos a continuación nos señala esta situación:

2.3.1.5 De 1988 a 1990

1988 marca una fecha importante en la política nacional y en la del Valle de Chalco en particular: el ascenso del cardenismo y la caída estrepitosa del priísmo. En este año Salinas de Gortari y Cárdenas visitan el Valle. Salinas se para media hora en la entrada de una colonia pegada a la autopista y oye a los representantes de fraccionadores y corredores... luego se va a la cabecera municipal y pronuncia su discurso pidiendo perdón a los pobres. Por su parte, Cárdenas entra en las colonias invitado por los ejidatarios productores.

El triunfo salinista en las elecciones federales y el que el Valle era una zona cardenista, provoca que el ejecutivo, por medio del municipio por fin construya dos clínicas: una en la colonia Cerro del Marqués y otra en la Colonia Alfredo Baranda; la modalidades son : SSA e IMSS. Ninguna de las dos cubrieron expectativas, pues contaban con 2 consultorios, 2 médicos y 2 enfermeras. Aparte de esto, el 95% de la población era no derechohabiente. Y sin embargo, el proceso había empezado al menos. Los activistas políticos pensaron que no había cambiado el perfil epidemiológico, lo que ha cambiado, decían, es el intento por robustecer el clientelismo.

En el mapa que presentamos a continuación , se establece la historia del asentamiento según etapas de crecimiento hasta el año 1998. De este mapa observamos que en 1976 el asentamiento tiene su origen en Tlalpizahuac. Posteriormente hacia 1979 se extiende al sur y al oriente formando un triángulo de mayores dimensiones y empezándose a poblar la zona extrema sur posteriormente llamada Xico las Lagunas. Pero es en 1982 cuando se empieza a extender al suroriente y mayoritariamente al lado sur de la carretera México Puebla (tendencia contraria a años anteriores donde había más territorio y población en la zona norte de la Autopista) .

1984 es un año donde el asentamiento empieza a crecer por pequeñas manchas dispersas, aunque importa señalar que empieza a extenderse el asentamiento de Xico la Laguna hacia el occidente y pasando las vías del tren. Y ya en 1985 empieza a poblarse la zona centro del Valle. Evidentemente años atrás era previsible que se poblaran las áreas cercanas a las autopistas al norte y al sur, pues representan salidas naturales del asentamiento. El que se pueble el centro es síntoma no sólo del crecimiento poblacional sino de que el valle empieza a ser autosuficiente por lo que es

2.3.1.6 Formación legal del municipio:1990 a 1994

Las reivindicaciones en salud en este período son mediatizadas por el mismo gobierno municipal: ordenes del ejecutivo federal determinan que se levanten 3 unidades médicas más: dos del IMSS (en las colonias María Isabel y Providencia) y el Hospital General (a poca distancia de la clínica del Cerro del Marqués).

Como se observa, estas iniciativas pueden considerarse una maniobra del priísmo en su afán de control local. ¿Para qué dos clínicas de derechohabientes si el 90% son no afiliados? ¿Para qué un Hospital General de segundo nivel (60 camas y algunas especialidades) si las dolencias siguen siendo de medicina General? ¿ Y por qué la ubicación de esta infraestructura donde no hay influencia política cardenista?.

Sin embargo, las unidades se usaron al máximo, a tal grado que la comunidad María Isabel logró que se cediera en comodato a la SSA la clínica instalada en esa colonia. Los perfiles epidemiológicos no cambiaron... pero los aumentos poblacionales superaban exageradamente las iniciativas públicas de atención a la salud. 1990 marca también la entrada del Centro de Desarrollo Comunitario Juan Diego a la zona. Y también dentro del “Centro Urbano Solidaridad”. En este mismo Centro Urbano se instalarían años después el palacio municipal, el DIF con atención a niños y embarazadas... ahí, donde el PRI local decidió que era “su” territorio.

2.3.2 Consolidación del asentamiento 1995-2006. Una década de lucha y olvido de la salud

Dos hechos fundamentales han venido a replantear la importancia de la salud en el asentamiento. En 1999, la construcción de un gran hospital para los maestros y sus familias (ISEMyM), lo cual ha dado a pensar al vallechalquense que los logros en salud deben de arrancarse a las autoridades a fuerza de movilizaciones. El otro evento es el recientemente ocurrido (principios de junio del 2000) referido al desbordamiento del río y la inundación de varias colonias.

CUADRO 2 ETAPAS EPIDEMIOLÓGICAS Y DE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

CATEGORÍAS	Población Total Estimada	Status de la Salud	Servicio Privado	% de Uso	Servicio Público	% de Uso	Pista Epidemiológica
ETAPA							
1976-1983	De 302 a 73,872	Necesidad Física	-Huesero -Partera -Yerbera	90	-Cruz Roja de Chalco	10	-Contracturas -Enfermedades Transmisibles
1982-1984	Crecimiento a 82,872	Demanda sentida	-Enfermera -Partera	80	-Cruz Roja y SSA de Chalco	20	-Enfermedades Transmisibles
1986-1987	De 90,000 A 200,000	Integrada a la movilización	-Médico Tláhuac y Chalco	70	-Cruz Roja y SSA de Chalco	30	-Enfermedades Transmisibles
1988-1990	De 250,000 A 350,000	Integrada a la movilización	-Médico en V. de CH. -Templos	50	SSA en Valle De Chalco - IMSS	50	-Enfermedades Transmisibles
1990-1994	Hasta 400,000	Reivindicación mediatizada por Solidaridad	-Médico en V. de CH. -Templos	50	-SSA -IMSS - Hospital G.	50	-Enfermedades Transmisibles
1994-1999	Hasta 450,000	Evaluación crítica de los Servicios Públicos	-Médico en V. de CH. -Templos	30	-SSA -IMSS - Hospital G.	70	-Enfermedades Transmisibles
Fuentes: Elaboración propia en base a los datos vertidos en Espinoza Dorantes (1991), Espinoza de la Torre (1992)							

CAPÍTULO III DIMENSIÓN MÉDICA DE LA SALUD

El objetivo del presente capítulo es realizar un diagnóstico de salud en el Valle de Chalco que retome de manera conjunta elementos de orden epidemiológico, demográfico y de servicios de salud. Para ello el punto de partida obligado es la definición del proceso salud enfermedad, ya que la salud no es un estado estacionario... y de alguna manera tanto el enfoque médico-biológico como el sociomédico coinciden en este carácter procesual de la salud.

3.1 Acerca del proceso salud enfermedad

3.1.1 La visión Médico Biológica

En la perspectiva médico biológica, la salud es un fenómeno que ocurre en sujetos determinados. Es una situación de ausencia de enfermedad que se da en individuos que han superado trastornos orgánicos.

“ La salud y la enfermedad en este tipo de concepción resultan fenómenos ajenos a la sociedad. Su historia se refiere exclusivamente a los medios (tanto instrumentales como terapéuticos, que son los que aparecen como producidos por importantes “descubrimientos” de personajes diversos.) con los que ha contado la medicina en su “noble” lucha contra la enfermedad y su objetivo, en cambio, aparece como ahistórico ya que la salud se considera como un bien cuya definición es absoluta y no se modifica históricamente: como si se tratara de un bien al que el hombre aspira siempre y desde siempre.” (Cuellar Ricardo et al 1985).

Concepciones más avanzadas que ésta, ven a la salud enfermedad como el “modo específico como en el grupo se da el proceso biológico de desgaste y reproducción, destacando como momentos particulares la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable como consecuencia para el desarrollo regular de las actividades cotidianas, eso es, la enfermedad. Así definido el proceso salud enfermedad se manifiesta de varias maneras. Por una parte se expresa en indicadores como la expectativa de vida, las condiciones nutricionales y la constitución somática, y por otra, en las maneras específicas

Este autor también señala que en el enfoque social “ el deseo de ir más allá del enfoque biológico dominante...hace que se desprecien el conjunto de los fundamentos de lo verdaderamente biológico y no sólo la traducción a mecanismos fisiopatológicos que de él ha efectuado el enfoque médico”. Por ello llama la atención sobre el hecho de que el camino metodológico para resolver el problema de la salud enfermedad no se encuentra aniquilando lo biológico o reduciéndolo a categorías del materialismo histórico, ni se encuentra privilegiando lo social, sino que se halla contextualizando ambos campos.

Al respecto Breilh (1989) propone que “ el proceso de salud enfermedad constituye una expresión del proceso general de la vida social. Como tal, incluye formas menores de movimiento, de tipo inorgánico (físico) . orgánico (biológico) y social sujetas a un ordenamiento jerarquizado de acuerdo a los principios generales... y a las leyes de los dominios social, biológico y físico. El proceso salud enfermedad, como objeto de estudio y transformación por parte de la ciencia presenta, en su orden jerárquico, los niveles colectivo e individual, cada uno de los cuales demanda para su estudio un marco de referencia de lo general, lo particular y lo individual. En la salud enfermedad por tanto se deben de establecer niveles.”. Como ya se explicó en nuestro primer capítulo, el establecimiento de tales niveles es una metodología prudente.

Existe un reclamo de aquellos con visión sociomédica a aquellos con visión médico biológica. Tal reclamo consiste en considerar que los médicos convencionales anexan datos sociales a sus investigaciones de una manera yuxtapuesta e inorgánica. En este sentido, los datos sociales son decorativos: una especie de cultura general y una bofetada con guante blanco a aquellos que los acusan de no considerar las condiciones sociales. Asimismo se le atribuye el defecto de ser una recopilación de datos de diversa índole que no se encuentran entroncados sino encimados y sin derivaciones teórico-prácticas visibles.

social. Por consecuencia, nos sigue diciendo, su objeto de trabajo está en las clases sociales y fracciones sociales particulares y cómo algunos procesos determinan sus condiciones específicas de salud y enfermedad.

En este sentido, la “vieja” epidemiología no estaba tan errada al abordar la enfermedad por su causalidad y distribución. Sin embargo sus acciones siempre fueron de acuerdo a las necesidades del capital: detección de efectos aparentes, medición o correlación de estos efectos para conocer el estado o potencialidad funcional de la población, para detectar los trastornos en su productividad y para establecer las bases mínimas de protección de los núcleos laborales.

Así, y por lo anteriormente dicho, la epidemiología fue tan sólo (Mc Mahon citado por Breilh, 1989) una extensión de la disciplina de la demografía al campo de la salud enfermedad y no una disciplina que ayudara a descubrir la dinámica de salud poblacional de las sociedades capitalistas.

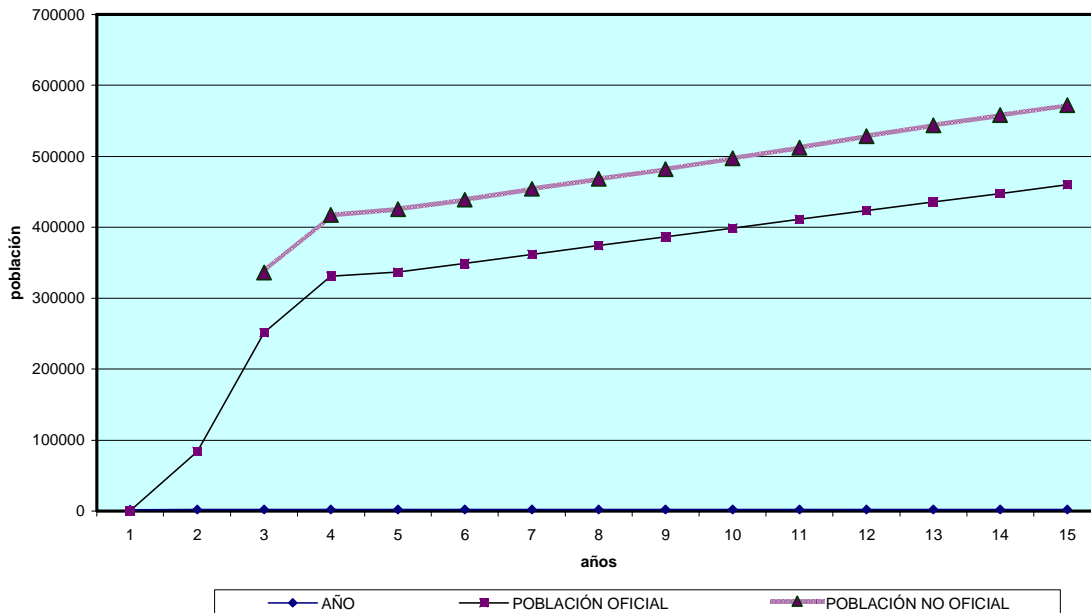
Dada esta identificación entre epidemiología y demografía, (salvando el obstáculo metodológico de detectar tan sólo las causas aparentes) en lo que sigue vamos a mostrar y a comentar los datos más relevantes del Valle de Chalco tanto en el ámbito demográfico como en el epidemiológico.

3.2.1 Comportamiento demográfico del Valle de Chalco

3.2.1.1 Población total hasta 1978 - 2006

Un indicador de lo bien que está planeada la salud en un asentamiento es lo completo de sus bancos de información. Y tal vez uno de los iniciales problemas para entender a cabalidad el estado de salud en los habitantes del Valle de Chalco sea el hecho mismo de no haber conocido con certeza, al menos hasta 1995, el volumen de su población. Este desconocimiento hasta la fecha se conserva. Y es que, en tanto la epidemiología se basa en datos demográficos, son importantes estos datos para la planificación de la salud.

GRÁFICO 1 Dos versiones de la historia demográfica



Fuente: Municipio y Secretaría de Salud del Estado de México

La gráfica y la tabla anterior ponen de manifiesto, como ya se dijo, uno de los problemas básicos de quienes se han involucrado en la investigación de la salud: el problema de la falta de información.

Al respecto de estas diferencias entre lo que informan las autoridades y lo que descubren los investigadores independientes, queremos recordar la frecuente intencionalidad de las fuentes oficiales de falsear los datos a fin de que las propuestas de mejora o las acciones de salud no se vean minimizadas por la gravedad de los problemas. Dada esta diferencia de cifras y teniendo presente esta subestimación, para efectos de este trabajo retomaremos los datos oficiales para aprovechar el grado de consolidación de fuentes como en INEGI, el Instituto de Salud del Estado de México y otras instancias que han contado con los recursos para levantar datos de manera extensiva.

CUADRO 4
POBLACIÓN POR COMUNIDAD SEGÚN SEXO 1990

COMUNIDAD	POBLACIÓN	HOMBRES	MUJERES	INDICE MASC
TOTAL	195396	98278	97188	101.12
GUADALUPANA	16975	8501	8474	100.32
SANTA CRUZ	16230	8058	8172	98.605
SAN ISIDRO	15754	7896	7858	100.48
LA PROVIDENCIA	12308	6134	6174	99.352
NIÑOS HÉROES	10963	5543	5420	102.27
MARÍA ISABEL	10807	5457	5350	102
CONCEPCIÓN	10686	5399	5287	102.12
XICO 2DA SECCIÓN	10634	5330	5304	100.49
INDEPENDENCIA	10019	5063	4956	102.16
SANTIAGO	9544	4836	4708	102.72
XICO 1RA SECCIÓN	8002	4032	3970	101.56
XICO 3RA SECCIÓN	7656	3856	3800	101.47
XICO 4TA SECCIÓN	7417	3714	3703	100.3
XICO 5TA SECCIÓN	6931	3456	3476	99.425
XICO 6TA SECCIÓN	6669	3346	3326	100.6
DEL CARMEN	6054	3091	2963	104.32
AVÁNDARO	5564	2765	2799	98.785
ALFREDO DEL MAZO	5420	2708	2712	99.853
SANTA CRUZ TLALPIZÁHUAC	5362	2692	2670	100.82
JARDÍN	5342	2731	2611	104.6
CERRO DEL MARQUÉS	2178	1063	1115	95.336
SANTA CATARINA 3RA SEC.	1575	963	612	157.35
ALFREDO BARANDA	1551	788	763	103.28
EL TRIUNFO	1387	673	714	94.258
AMP. EMILIANO ZAPATA	368	186	182	102.2
XICO LA LAGUNA (1)	SIN DATO	SIN DATO	SIN DATO	S. D.

(1) INFORMACIÓN CENSAL NO DISPONIBLE EN AGEB 104 2R
FUENTE: GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO, 1994 INFORMACIÓN BÁSICA,
GEOGRÁFICA Y ESTADÍSTICA DEL MUNICIPIO VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD,
VERSIÓN PRELIMINAR IIGECM, TOLUCA MÉX.

De los datos ya presentados en la tabla anterior, interesa observar inicialmente la mayor cantidad de hombres. Asimismo existen algunas cohortes que tienden a decrecer en su participación relativa (particularmente los niños de cero a catorce años) en tanto otros grupos poblacionales crecen de manera galopante: hablamos de los grupos de 15 a 40 años. Es decir, se están incrementando aquellos sectores que requieren empleos o escuelas de educación media superior y superior.

Por otro lado, hay estratos poblacionales cuyo comportamiento se caracteriza más bien por ser constante o estable. En especial esto ocurre con la población de 40 a 59 años. La razón de esta estabilidad probablemente sea la juventud del asentamiento y las emigraciones de personas que ya tienen mejores condiciones económicas por lo que tienden a ubicar su vivienda en el DF, en Nezahualcóyotl, Los Reyes o en Chalco Viejo.

Finalmente, con una tendencia fluctuante aunque creciente, se halla la población que por la edad ya no está en edad productiva como son aquellos de 65 y más años. Sin embargo es notorio el crecimiento porcentual. En otras palabras, la población del Valle envejece.

Con toda seguridad, la problemática de esta configuración poblacional se refiere a que aunque hay una tendencia al decrecimiento de los niños, aún son la población mayoritaria en tanto la población de adultos mayores tiende a crecer. Quienes económicamente sostienen a un extremo y a otro son los jóvenes y adultos en edad productiva. Y si esto lo relacionamos con la falta de empleo o el subempleo de quienes pueblan la zona, la situación se torna problemática.

A fin de observar el comportamiento poblacional de manera panorámica, presentamos en la siguiente hoja las pirámides poblacionales en su dimensión ya no numérica sino gráfica. Con ello advertimos a grandes rasgos los comportamientos poblacionales en el asentamiento a lo largo de su historia.

dependencia que teóricamente debería decrecer. Así, a fin de ver la dinámica de estos cambios respecto a la cuestión de la dependencia (la cual establece una proporción entre la población no productiva y la productiva) veamos inicialmente la evolución de los siguientes índices :

CUADRO 7 ÍNDICES DE DEPENDENCIA

COHORTE	1980	1990	2000	2005	2007
No Productiva	35313	106654	131801	145525	150646
Productiva	5156	13514	205131	253254	272691
Índice de Dependencia	93.2	91.6	64.2	57.4	55.2

Fuente: Cifras del Instituto de Salud del Estado de México 2006

Como ya se mencionó anteriormente, los índices de dependencia disminuyen toda vez que hay una tendencia a un decrecimiento relativo de niños en edades tempranas (aún y cuando hay crecimiento de adultos mayores) y una explosión de jóvenes y adultos en edad productiva.

Para finalizar este apartado, consideramos conveniente presentar datos sobre la relación niños mujer, el cual es un indicador sobre una de las áreas sanitarias más importantes en los asentamientos irregulares: la salud reproductiva. Recordamos que la relación niños mujer es el número de niños menores de 5 años por 1000 mujeres en edad reproductiva en un determinado año. Así, la siguiente tabla nos presenta la relación niños mujer en los años de estudio en el Valle de Chalco:

CUADRO 9 RELACIÓN NIÑOS MUJER 1980-2007

COHORTE	1980	1990	2000	2005	2007
Niños 0-4	13863	41241	38067	40546	41201
Mujeres 15-49	18500	56341	93602	115706	124601
Razón Niños-Mujeres	749.3	731.9	406.7	350.4	330.7

Fuente: Cifras del Instituto de Salud del Estado de México 2006

La gravedad del caso respecto a esta alta tasa de mortalidad infantil nos dice mucho acerca de la ineficacia de las acciones de salud en el Valle de Chalco así como el que los niños siguen siendo una población vulnerable, por lo que las acciones sanitarias tendrían que dirigirse con especial atención hacia estos sectores.

Dado que hubo una significativa baja en los índices de marginación en el Valle de Chalco a raíz de la regularización del municipio¹, sería de esperar que estas elevadas tasas de mortalidad descendieran en años subsecuentes. Observemos el comportamiento de las tasas hasta el año 2007:

CUADRO 11 COMPORTAMIENTO DE LAS TASAS DE MORTALIDAD GENERAL E INFANTIL EN VALLE DE CHALCO 1992-2005

TERRITORIO	1992		2000		2005	
	GRAL	INF.	GRAL	INF.	GRAL	INF.
NACIONAL	4.7	18.8	4.5	18.3	4.3	17.4
ESTATAL	4.5	27.2	4.4	32.7	4.5	31.5
MUNICIPAL	4.1	32.3	4.2	33.47	4.1	33.25

FUENTE: Secretaría de Salud. Estadísticas vitales 1992, 2000 y 2005

* Tasa por 1000 habitantes

De acuerdo a estas cifras, consideramos que no hay una correspondencia entre los niveles de descenso en los índices de marginación del Valle de Chalco con el descenso de la mortalidad infantil.

En el cuadro que presentamos a continuación se señalan las principales causas de mortalidad en el Estado de México en 1992. Observamos que siguen siendo predominantes las muertes por enfermedades de orden infeccioso y parasitario sobre todo en la población infantil menor a 1 año. No es ocioso afirmar que un patrón similar sigue el Valle de Chalco:

¹ Según datos de la CONAPO (2007) Valle de Chalco fue el municipio que más puntos porcentuales bajó en los índices de marginación en La década 1990-2000.

3.2.2.1 Percepción del Estado de salud de los habitantes

En lo siguiente vamos a presentar el balance de salud que, de una colonia del Valle de Chalco, hace José Antonio Rivera Márquez en su estudio “Condiciones de salud enfermedad en las colonias populares” (Schteingarth 1997). Tal estudio retoma 3 variables fundamentales respecto a como se comporta la enfermedad en el asentamiento en estudio. Para hacer el análisis se tomó una muestra en la colonia Maria Isabel, situada en la zona occidente del Valle de Chalco en los linderos con la Delegación Tláhuac. Las variables a las que anteriormente se hizo referencia son:

- a) La percepción del estado de salud de la familia
- b) Los perfiles de morbilidad
- c) La multimorbilidad por sexo, grupos de edad y colonia

En un intento por superar la muy socorrida práctica del encimamiento de datos, este análisis privilegia la correlación de los mismos. Así, determina tres momentos analíticos

- 1.- La descripción de los datos aportados por la encuesta en términos de las variables señaladas.
- 2.- La comparación de los datos de la zona estudiada con la Encuesta Nacional de salud y con otras investigaciones.
- 3.- La explicación de algunas relaciones entre condiciones de vida y salud utilizando para esto algunos indicadores compuestos.

Entrando en materia, una de las primeras cuestiones a evaluar en la encuesta de Rivera Márquez fue saber cuál es la percepción del Estado de salud familiar de los vallechalquenses.

Dado que la cuestión de la “percepción” implica un proceso de índole ideológica², se consideraron como obstáculos para recavar respuestas precisas

² Entendemos en el presente trabajo la dimensión ideológica como el conjunto de ideas, creencias, valores, prejuicios y sistemas de pensamiento religioso, político o filosófico que guían la conducta de un

en mucho tal vez por la época en que se levantó la encuesta. En segundo lugar, se ubicaron las enfermedades gastrointestinales.

Como se recuerda, el estudio de Rivera Márquez es comparativo. De las colonias populares estudiadas, la colonia María Isabel perteneciente al Valle de Chalco, en referencia a las demás colonias tiene menores índices en cuanto a las infecciones respiratorias aunque mayores en cuanto a las gastrointestinales. Respecto a los trastornos de orden no transmisible, también se detectaron como algo significativo. El nivel de percepción de estas enfermedades fue mayor en las colonias menos precarias (no así en la colonia María Isabel).

En el sector poblacional de mujeres, estos padecimientos fue detectado, en nuestra colonia, en un 15%; en tanto en los hombres fue detectado en un 9.9%. Tales padecimientos no transmisibles se tratan de problemas del aparato digestivo, de enfermedades de las glándulas endócrinas, de la nutrición del metabolismo y trastornos a la inmunidad, trastornos osteomusculares y del tejido conjuntivo y cardiovasculares. Asimismo hay un subregistro de trastornos metales ocasionados fundamentalmente por el alcoholismo (sobre todo en población masculina).

En conclusión, lo que encontró este grupo de investigadores de El Colegio de México es que la gran mayoría de familias percibe a la patología transmisible y en especial a las infecciones respiratorias agudas como las causas más frecuentes de morbilidad. Es de llamar la atención dos hechos significativos: en primer lugar que es en las colonias con mejores condiciones donde se perciben los problemas por infecciones no transmisibles, lo cual nos habla de que es en las localidades con mejores condiciones en donde existe mayor percepción sobre problemas de salud más complejos (ibídem 1997). Y en segundo lugar, que en ninguno de de los asentamiento populares se entienden los problemas de adicciones (alcoholismo y farmacodependencia) y de violencia o accidentes como un asunto sanitario. Y cabe detenerse en estos puntos.

Chalco centro
Barrio San Fco.
Barrio la Conchita
Barrio san Antonio
Barrio san Sebastián
Santa Cruz Amalinalco

Fuente: El consumo de drogas en el Valle de Chalco CIJ 1995

Asimismo se menciona que desde la edad de 10 años que ya existen estos padecimientos en el Valle de Chalco. Los agentes protectores son las instituciones de orden sanitario, familiar o escolar.

Respecto a los accidentes y violencias como problema sanitario, es interesante el estudio realizado por Luis Chías Becerril (1997) "Los accidentes de tránsito como problema de salud". Al respecto rescatamos su observación acerca de que, sólo podemos quitarle su mito de ser azarosos los accidentes y violencias urbanos si los interpretamos bajo el lente de la salud pública.

Para ir aterrizando sobre el diagnóstico de salud en el asentamiento, cabe preguntarse ¿Cuál es el perfil de morbilidad en el Valle de Chalco?

Es evidente que no es igual un sondeo de la percepción a un balance de lo que en realidad ocurre. En el apartado anterior se determinaron cuestiones de percepción de los habitantes. En este apartado corresponde hacer un estudio más profundo en términos de perfilar una interpretación al margen de lo que piensan los habitantes. De igual manera" dado que se trata de un segundo nivel de aproximación para identificar las causas de morbilidad más importantes,... sólo se explora la distribución de la enfermedad en la colonia, edad y sexo sin que hasta el momento se establezcan las correlaciones con otro tipo de variables (Rivera Márquez 1997).

Como antecedentes para dar inicio a este perfil, señalaremos que hemos seleccionado el estudio Rivera Márquez toda vez que la Colonia María Isabel representa un caso típico del habitante medio en el Valle de Chalco. Así, retomaremos el análisis de morbilidad por grupos de edades que se realizó en esta colonia.

respiratorias agudas como en la patología gastrointestinal. En la morbilidad no transmisible los problemas dentales aportan la mayor carga. En este rubro, también son importantes los problemas de índole alimenticia: la desnutrición crónica.

Perfil de morbilidad de la población de 15 a 24 años

Hay una disminución de las tasas de morbilidad transmisible de estos grupos respecto a los anteriores. Es notorio, sin embargo que la vulnerabilidad de la mujer se hace más alta. En consecuencia se presentan tasas mayores de enfermedades no transmisibles. “Esta situación es normal en tanto que la edad ha sido considerada como “factor de riesgo para su desarrollo, especialmente si se trata de los trastornos de tipo crónico degenerativo” (Rivera Márquez 1997: 563) . La morbilidad no transmisible, manifestada en enfermedades tales como los dentales, osteoarticulares y crónico degenerativos, es mayor en las mujeres . En el caso de la población masculina lo que más afecta son los trastornos mentales y de estrés.

Perfil de morbilidad en población de 25 a 44 años

“El análisis de perfil de morbilidad en esta población muestra que las prevalencias de enfermedades transmisibles son muy cercanas en hombres y mujeres... las cifras son ligeramente más altas para el sexo masculino” (ibídem) Si comparamos este grupo con el anterior, advertiremos que las tasas por enfermedades no transmisibles aumentaron para los individuos de 25 a 44 años. Persisten también los problemas de orden crónico degenerativo, osteoarticulares, dentales y los relacionados al estrés. Accidentes y violencias aumentan y reportan valores relativamente iguales para ambos sexos.

Perfil de morbilidad en población de 45 a 64 años

En este grupo se reducen las infecciones gastrointestinales aunque hay altas prevalencias por patologías de infecciones respiratorias agudas. “...es en esta población se aprecia una importante presencia de morbilidad no transmisible y nuevamente las mujeres presentan prevalencias altas” (ibídem). En las

fluoración. Estos servicios son proporcionados por el Centro de Salud Comunitario de San Miguel Xico, la Casa de Salud de la Colonia Alfredo del Mazo y las clínicas 180 y 181 del IMSS. Son servicios muy deficientes. En cuanto a los servicios médicos privados se sabe que existen cuatro consultorios instalados por la Fundación Mexicana para la Planificación Familiar, 19 consultorios médicos, 3 consultorios dentales y 5 clínicas o sanatorios concentrados en la Autopista México Puebla. Los recursos no profesionales para atender los enfermos también se encuentran presentes, aunque no se conoce con precisión su historia, su magnitud y cobertura; se sabe de la existencia de parteras, queseros y curanderos, así como del uso de remedios caseros y autoatención “ (FAC 1994)

A partir de esta cita, que refleja el sondeo realizado por una ONG a principios de los noventa, se abre un amplio espectro de cuestionamientos. Básicamente aborda el problema del equipamiento urbano en salud desde un punto de vista cuantitativo y cualitativo: no sólo cuántos servicios se dan sino qué tan eficientes y eficaces son. Recordamos que se habla de eficacia como la capacidad de dar solución las acciones programadas para el logro de metas. Eficiencia, define la relación costo beneficio en la realización de las tareas (Breilh Jaime 1989 pág. 7).

3.3.1 Descripción y localización de las Unidades Médicas

Comprender cómo se fue “equipando” de instituciones de salud el Valle de Chalco, nos habla a la vez de los cambios demográficos y epidemiológicos del asentamiento. Es decir, el que se establezcan clínicas, hospitales, consultorios o laboratorios en el asentamiento es un indicador de la demanda de servicios de una comunidad cada vez más amplia y ,tal vez, más enferma o con más daños a la salud.

A continuación definiremos en la siguiente tabla la cuantificación del equipamiento de salud público y privado en el asentamiento en los años que van de 1980 a 2006.

Evidentemente que las clínicas públicas concentran varios médicos y varios servicios, por lo que no es factible comparar un consultorio privado con una clínica pública. Aún así, a nivel clínica en el año 2000 había igualdad de establecimientos y años después ha habido un despegue del servicio público.

Al respecto de la debilidad del equipamiento en salud en el Valle de Chalco, interesa recordar los criterios que en la década de los ochentas e inicios de los noventa seguía la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología a fin de establecer el equipamiento básico en los asentamientos humanos. Recordamos que tales normas (SEDUE 1984) indican que existen 6 tipos de instituciones:

- a) La unidad médica de primer contacto (21390 habitantes)
- b) La clínica (nivel medio de servicio, 17040 habitantes)
- c) Clínica hospital (Nivel intermedio de servicio, 21 450 habitantes)
- d) Hospital General (Nivel intermedio de servicio 111000 habts)
- e) Hospital de especialidades (Regional o estatal 125 000 habts)
- f) Urgencias (Regional, nivel intermedio 80,000 habts.)

Con base en los datos proporcionados, estamos en la posibilidad de responder tres interrogantes: ¿Hay déficit de equipamiento en salud? ¿Está bien ubicado el que existe? Respecto al déficit de equipamiento vemos que en los años 90 las colonias que cuentan con unidades de primer contacto son Alfredo Baranda (1551 habts.), la providencia (15754 habitantes) , María Isabel (10807 habitantes) y finalmente Xico 2ª. Sección con 10,634 hab. Es cierto que cada centro de salud requiere de un estudio particular pero es notorio que los montos de habitantes son superiores a los marcados por las normas, pues por lo menos cada colonia requeriría de un centro de salud. Asimismo el Hospital Regional tendría que atender a la población vallechalquense y además la proveniente de los asentamientos de la zona oriente del Estado: Amecameca, Ozumba, Atlautla y Tepetlixpa.

A fin de reconocer las características de las unidades médicas públicas que actualmente se localizan en el asentamiento, presentamos el siguiente cuadro:

Del cuadro anteriormente mostrado, que señala el equipamiento en salud en 2006, importa recobrar algunos datos de suma importancia para este trabajo.

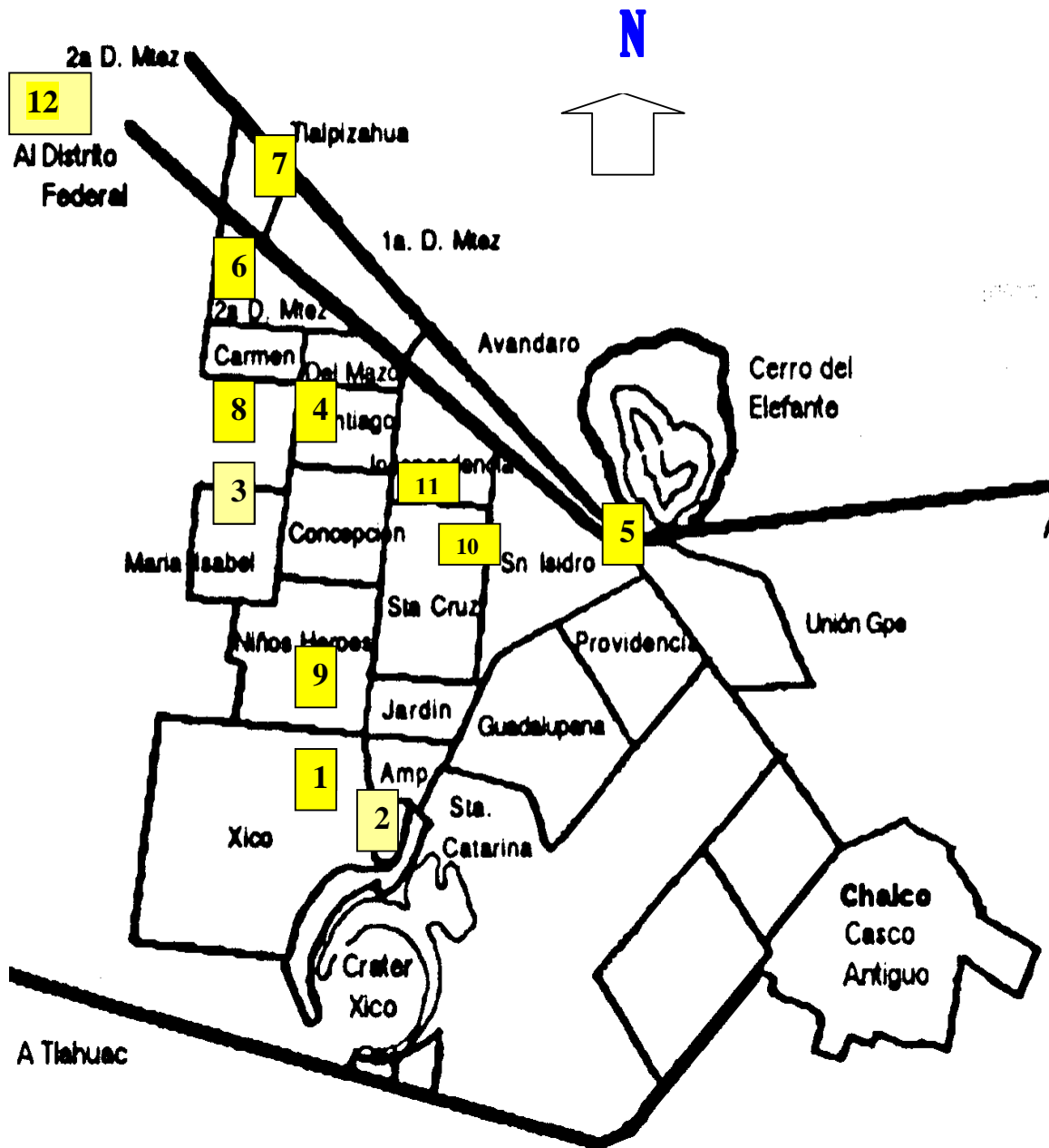
Inicialmente interesa recalcar que ha habido un incremento en la oferta pública de servicios de salud. Este incremento en las instituciones sanitarias, que a pesar de todo sigue siendo insuficiente dado el aumento poblacional, tiene la característica de que ha llevado a que se incorpore a los servicios a personal dedicado a la Atención Primaria.

Recordamos que la Estrategia de la Atención Primaria a la Salud es una propuesta surgida de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la conferencia celebrada en Alma-Ata (Rusia) en 1978. Dicha estrategia sugiere que la APS es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. Así, entonces, la APS representa el primer nivel de contacto de los individuos, familia y comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (Lara y Mateos 1997).

Es en este sentido que consideramos que la emergencia sanitaria del Valle de Chalco durante los ochentas y noventas llevó a retomar estrategias de orden preventivo y curativo que involucraran a la población y disminuyeran gastos. Por ello hay que observar que la configuración de personal de las instituciones de salud en el actual Valle de Chalco cuenta con más personal técnico y de enfermería que personal médico y administrativo, lo cual nos parece a fin de cuentas un acierto.

En el apartado siguiente evaluaremos la ubicación de este equipamiento de salud.

MAPA 8 UBICACIÓN DEL EQUIPAMIENTO PÚBLICO DE SALUD



NOTACIÓN:

- | | |
|---|---------------------------------|
| 1) San Miguel Xico Hospital General SSA | 7) San Juan Tlalpizahuac ISEMYM |
| 2) San Miguel Xico Clínica SSA | 8) Del Carmen ISEMYM |
| 3) María Isabel Clínica ISEMYM | 9) Alfredo Baranda Clínica IMSS |
| 4) Santiago ISEMYM | 10) Santa Cruz ISEMYM |
| 5) San Isidro IMSS | 11) Santa Cruz Cruz Roja |
| 6) Darío Martínez IMSS | 12) Hospital Psiquiátrico |

Y es que precisamente tales modelos han tratado de explicar alternativamente conductas de la persona en función de su psicología y su situación individual; otros modelos han incluido variables sociales pero observables en localidades completas y, finalmente hay modelos cuya explicación parte de procesos macrosociales como las políticas de salud. Es indudable que los tres tipos de modelos son fundamentales y no se contraponen sino que estudian dimensiones diferentes del fenómeno.

Así pues, en lo siguiente haremos un planteamiento general acerca del modelo o modelos que explican los patrones de utilización de servicios de salud en el Valle de Chalco.

La población del Valle, por sus condiciones de vida y por el carácter político de sus estrategias para superar las limitaciones del asentamiento, tienden a poner en juego sus valores culturales y su psicología en la atención a sus problemas de salud. Recordemos que el propósito básico de los modelos de comportamiento es precisamente el identificar el proceso cultural y psicológico que llevan los individuos para:

- a) Reconocer un problema de salud
- b) Escoger la estrategia para recobrar su salud incluyendo la utilización de clínicas y hospitales.
- c) Evaluar los tratamientos disponibles y resultados obtenidos
- d) Reevaluar la situación y las fuentes de atención disponibles.

Así, viendo la perspectiva individual, y en consulta directa con las historias de vida⁷, es claro que los habitantes del Valle de Chalco establecen su decisión de usar los servicios de salud según el patrón de Igún. Esta propuesta (ver Esquema 6) nos ofrece una descripción de la secuencia de eventos y acciones asociadas a la búsqueda de atención médica.

⁷ Ver Maria Luisa Lindón (1998)

Las siguientes fases se desencadenan bajo diversos estados de tiempo. La selección de tratamiento, el tratamiento como tal y la evaluación de resultados son momentos donde comúnmente se involucran una mayor cantidad de miembros de la familia o de la microcomunidad a fin de revisar el progreso del tratamiento implementado. De ahí la importancia de que la educación para la salud en este tipo de poblaciones cuide el asunto del cómo se involucran familias completas.

Finalmente, la etapa de *rehabilitación y restauración de la salud* es una fase de conciencia, de equilibrio y también de evaluación del fenómeno biológico y de aprendizaje sobre los obstáculos a nivel social: hay un cambio en la psicología del habitante.

Analizando este modelo y su aplicación al problema de salud el Valle de Chalco, no omitiremos recalcar que una parte de las intervenciones de las Organizaciones no Gubernamentales rescatan este proceso. Así, observamos que parten de la detección de cómo perciben los habitantes su situación de salud y adicionalmente buscan a los grupos de mujeres como portadoras casi naturales del fenómeno sanitario en las familias.

Dada la enorme soledad y desamparo en que comúnmente se vive en estas “zonas marginales”, las intervenciones de estas organizaciones rescatan el autocuidado de la salud que es una estrategia que en su nivel primario se relaciona con el mantener una constante vigilancia (o percepción conciente) del estado de salud. También implementan mecanismos de medicina tradicional basados en la explicación del funcionamiento fisiológico del cuerpo a fin de explicarle el uso y la efectividad de la herbolaria, la microdosis y otras terapias naturales. Con ello, están brindando un acompañamiento que va desde la etapa de percepción hasta la rehabilitación la cual se ve coronada por un aprendizaje sobre la gestión del cuerpo.

Sin embargo, también destacamos que este modelo explica una parte del problema, es decir su dimensión individual. Para explicarnos la particularidad

Evidentemente que este modelo ha dejado fuera fenómenos tan importantes como la diferencia entre los accesos potenciales (probables) y los accesos reales (o comprobados), los cuales son una variable fundamental para explicar la eficacia de los servicios de salud en el Valle de Chalco.

En descargo de quienes hicieron los modelos, y para cerrar los enfoques a través de una variable de orden *General* vale señalar que, investigadores y planificadores socioespaciales de los servicios de salud, incluyeron estas variables a fin de afinar y precisar la propuesta de Andersen-Newman. Se le conoció a este modelo como de Aday y Andersen y sugiere, como ya lo explicamos, una estructura conceptual para el estudio de la accesibilidad de los servicios (ver gráfico 6)

Dicho modelo relaciona dos cuestiones: la política Nacional de salud y el funcionamiento del sistema local. Así, nos plantea que hay que partir de la política nacional de salud para analizar correctamente el funcionamiento de los sistemas.

Paralelamente, cualquier análisis de utilización debe considerar el concepto de accesibilidad en un enfoque mucho más amplio que la mera disponibilidad. De esta manera, se explica que los servicios son accesibles sólo si son utilizados oportunamente por las personas que los requieren y si los usuarios encuentran satisfactoria la experiencia de su utilización. Es por esto que dos variables claves de este modelo son la accesibilidad potencial y la accesibilidad real.

La accesibilidad es una probabilidad definida por las características del sistema de salud y de los usuarios (las ya vistas de predisposición, capacidad y necesidad). Por otro lado, la accesibilidad potencial se transforma en accesibilidad real cuando hay indicadores objetivos y subjetivos como:

**CUADRO 18 INDICADORES DE CALIDAD
POR INSTITUCIÓN**

(Opiniones del usuario medidas en Puntos Porcentuales)

INSTITUCIÓN	Buena	Regular	Mala
CDCJD	48.6	32.0	19.4
María Isabel	35.4	41.1	23.5
San isidro	33.1	55.2	11.7
Xico-IMSS	28.3	35.2	36.5
Darío Mtz.	25.3	32.1	42.6
Clínica 181	22.0	30.2	47.8
Clínica 180	21.2	34.6	44.2
SSA XICO	18.0	46.8	35.2
Providencia	16.4	55.4	30.2
San Juan T.	15.8	53.0	31.2
Hospital Gral	11.2	61.2	27.6
Psiquiátrico	3.0	25.0	72.0

Fuente: Datos propios con base en encuestas levantadas en 2000

A partir de estos datos se observa que las instituciones que obtienen más altos puntajes son aquellas que dentro de sus esquemas de trabajo han establecido estrategias de Atención Primaria a la Salud y que, por consecuencia, en su organización interna cuentan con personal técnicamente competente en la “medicina comunitaria”.

Recordamos que la APS es una estrategia donde el usuario se involucra en el problema sanitario desde su vivienda; asimismo reconoce la raíz y el mecanismo de sus dolencias y conjuntamente con otros pacientes, con la promotora de salud, la enfermera o el médico encuentran soluciones médicas y

capitalismo y su eventual “derrumbe”, teoría que implicaría un trabajo puntual en el ámbito del análisis económico).

Aquí en particular, y respondiendo la pregunta de este apartado, creemos que hemos mostrado que existe una crisis de salud en el Valle de Chalco. Esta crisis de salud, como ya vimos, se manifiesta en la persistencia de enfermedades “de la pobreza” las cuales ya son paralelas con las enfermedades de la prolongación de la vida o las crónico degenerativas. Asimismo existe una situación que es ya preocupante en la salud materno infantil y la salud reproductiva, ello toda vez que las tasas de mortalidad no han disminuido al parejo con la urbanización y la supuesta disminución de la marginalidad.

A esta situación epidemiológica, que aún no ha llegado a ser de emergencia sanitaria, pero que pudiera ser dados los patrones de crecimiento demográfico y la poca inversión en salud, habrá que añadir que las unidades de salud no son suficientes y los esquemas de utilización tienen que mejorarse incluso desde una política sanitaria que venga desde las políticas federales (ello a fin de romper con la perniciosa derechohabiencia, en un territorio de no derechohabientes).

En el siguiente capítulo estudiaremos las influencias que ejercen la estructura urbana y el problema ambiental sobre la salud.

CAPÍTULO 4 LA DIMENSIÓN URBANO AMBIENTAL DE LA SALUD

Introducción

Tal vez no sea una exageración decir que la salud sólo puede arraigar cuando el hábitat le favorece (Césarman 1994)¹. Es decir, cuando el entorno construido (dígase lo urbano) y el entorno natural (dígase lo ambiental) se conjugan a fin de preservar la vida humana. Por ello, el objetivo del presente capítulo es analizar los elementos del hábitat que influyen en el proceso salud enfermedad. Para esto, partiremos de una categoría que pensamos esencial: la estructura urbana. Y de ahí derivaremos consideraciones acerca de los daños a la salud por accidentes, violencias, baja calidad en agua y aire así como trastornos sociales por efectos de la deficiente habitabilidad de las viviendas.

Han sido varias las interpretaciones que se han dado sobre la estructura urbana. Respecto a esta problemática conceptual, señala Perló Cohen (1981) que el concepto de estructura urbana sirve en el actual estado de conocimientos que tenemos sobre el tema, para preparar el análisis de una situación concreta, más no para explicarla. Así, nos parece fundamental partir de una definición muy descriptiva a fin de iniciar una caracterización de la estructura urbana del Valle de Chalco, para explicar la situación que allá se vive.

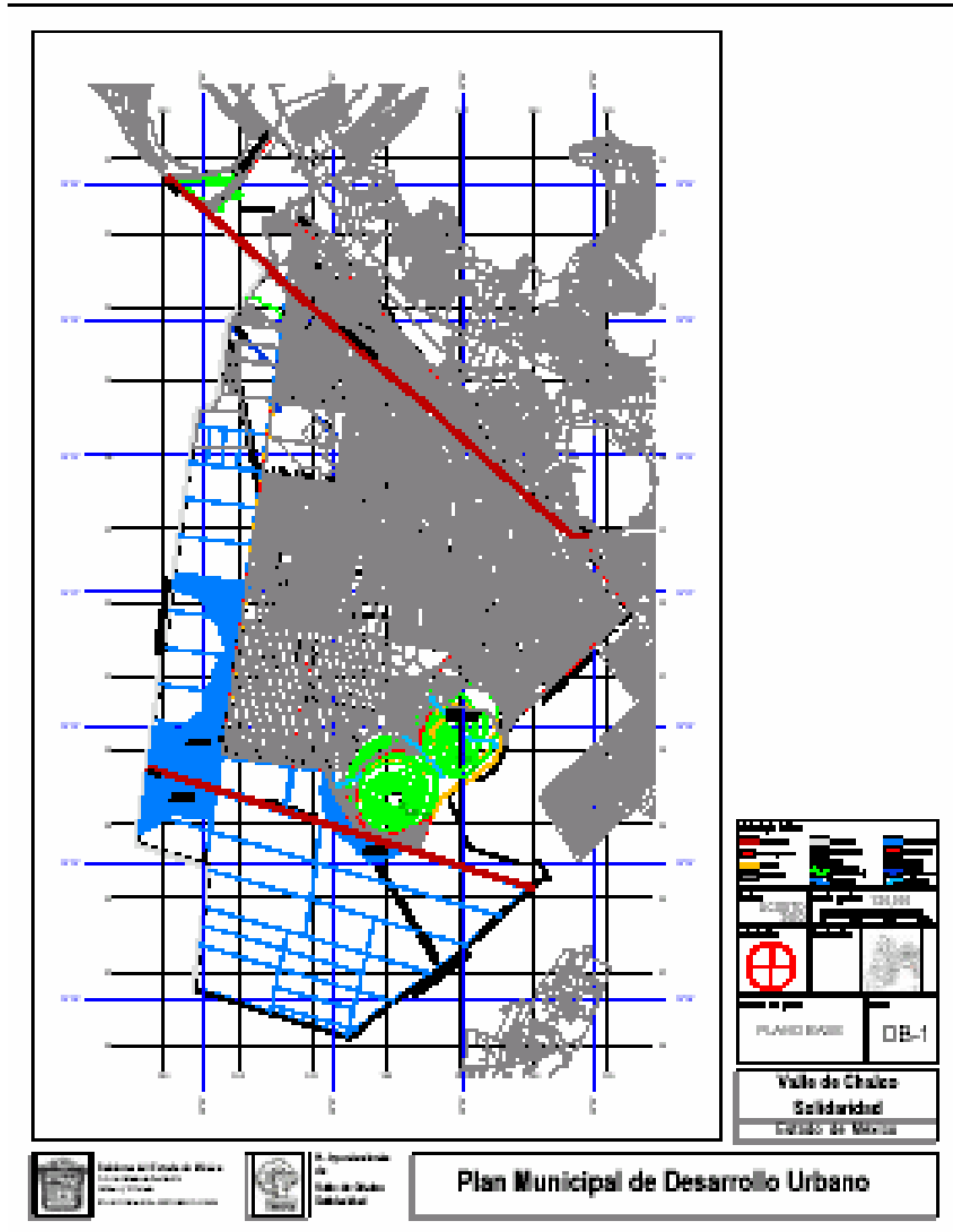
Según Juan García Coll (1993) la estructura urbana se forma por cuatro elementos: las actividades, los espacios, las comunicaciones (de seres vivos, energía y objetos) y las redes por las que fluyen esas comunicaciones. Los cuatro elementos de la estructura urbana se relacionan entre sí, y se inscriben en un contexto natural con el que guardan también relaciones de mutua influencia. Por ello, los elementos propios de la estructura urbana, según María Elena Ducci (1989) son:

a) Habitación

¹ En diversas conferencias internacionales se ha entendido el hábitat como el espacio donde el hombre desarrolla sus actividades de manera adecuada y saludable.

Fuente: Plan Municipal Valle de Chalco 2003-2006

Subsecretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda. Gobierno del Estado de México



Finalmente no queremos omitir que dadas estas carencias, es visible también una falta de mobiliario urbano (semáforos, postes botes de basura etc.) lo cual genera no sólo cierto caos en las conductas urbanas sino también un deterioro patente en la imagen de la ciudad.

CUADRO 11
CRITERIOS DE USO DE SUELO EN EL VALLE DE CHALCO 1995

ELEMENTO	PORCENTAJE EN EL TERRITORIO TOTAL
Área Urbana	100
Vivienda	67.3
Vialidad	19.7
Equipamiento urbano	5.4
Comercio e industria	7.6

Fuente: Elementos para la Planeación. Municipio Valle de Chalco 1997

Así, podemos mencionar que la vocación y potencialidades del territorio en el Valle de Chalco (hasta el 2003 al menos) se caracterizan por una gran área urbana ocupada fundamentalmente por vivienda, pequeños espacios para industria y parques urbanos así como usos agrícolas concentrados al sur del asentamiento.

Asimismo, observamos que existen cuerpos de agua en la zona occidente y sur. Estos cuerpos de agua pueden provocar deslaves e inundaciones (Ver mapa de la página 100 A del Plan Municipal de Desarrollo Urbano 2003-2006 del Valle de Chalco).

4.1 La salud y la estructura urbana

Parece lógico suponer que la salud es finalmente un equilibrio entre el ser humano y su entorno² y que si este entorno es construido, lo sanitario tenga ligas indefectibles con la ciudad.

Aunque puede ser aventurado hablar de que las estructuras urbanas son causantes directas de problemas de salud, parece evidente que las condiciones sanitarias de una población no pueden separarse de las condiciones que establece la ordenación del asentamiento. Cabe preguntarse entonces ¿cómo afecta a la salud la configuración la ciudad? La respuestas a esta pregunta, básicamente han sido dadas por la psicología ambiental y registradas por las autoridades locales o los centros de salud en términos de accidentes de tránsito, violencia intraurbana, alteraciones nerviosas y mentales, violencia familiar e intoxicaciones o deterioro físico por presencia de parásitos en el organismo.

Así, los aspectos que vamos a retomar son los siguientes:

- a) La morbimortalidad producto de los accidentes viales y la violencia intraurbana.
- b) Las alteraciones nerviosas y anímicas relacionadas con la agitación en los espacios públicos así como por la depresiva imagen urbana .
- c) La morbilidad asociada con deficiencias en la habitabilidad de la vivienda

4.1.1 Morbimortalidad por accidentes y violencias

Existe la creencia de que el proceso de salud enfermedad es un paulatino desgaste y pérdida del equilibrio biológico. Y sin embargo este desgaste y desequilibrio puede no ser paulatino: de un momento a otro una persona sana

² Aunque hay interpretaciones que plantean que la salud es precisamente la búsqueda del desequilibrio, es decir, la anulación de la tendencia natural o entrópica hacia al caos, la enfermedad o la muerte. (Césarman 1994).

estructura del asentamiento. En efecto, el Valle de Chalco tiene una estructura poblacional que debe desplazarse hacia el DF y que en las horas pico utiliza los servicios de transporte de manera continua.

Cabe señalar el papel que ha jugado la Autopista México Puebla en el comportamiento de estas cifras. Ya se ha planteado que la autopista México Puebla es de alta peligrosidad por ser vía rápida y por que representa la salida de transporte de carga y de pasajeros. Las siguientes cifras de INEGI nos da cuenta de esta situación

CUADRO 21
COMPARACIÓN DE PELIGROSIDAD EN DIVERSAS
VÍAS PRIMARIAS DEL ESTADO DE MÉXICO 1995-2005

TRAMO	ACCIDENTES 1995	ACCIDENTES 2000	ACCIDENTES 2005
México Puebla	630	745	850
México Querétaro	640	681	732
México Pachuca	203	281	365
Texcoco Ecatepec	295	390	428
México Toluca	256	378	394
México Cuautla	159	206	290

Fuente: Elaboración propia con datos del Anuario Estadístico del Estado de México INEGI en 1995, 2000 y 2005

A fin de tener una visión gráfica acerca de la conflictividad vial del asentamiento, presentamos en la siguiente página el mapa de transporte y vialidad del asentamiento (Ver Mapa de la página 103A del Plan Municipal de Desarrollo Urbano 2003-2006 del Valle de Chalco)

Asimismo, la estructura urbana puede relacionarse con estos problemas de accidentes ya que la conformación de un asentamiento donde hay pocas banquetas, el alumbrado público es deficiente, hay carencia de señalamientos viales y ausencia de personal de tránsito es propicia para generar caos viales

por demasiada permisividad para los conductores. Sólo el hecho de que se encuentre tan alejado de los centros de trabajo capitalinos es la razón principal de esta continua movilidad que alimenta los accidentes viales. Ahora bien, cabe aclarar que la mayor cantidad de accidentes se registran en los accesos controlados y las vialidades primarias y no así en las pequeñas vialidades que atraviesan el asentamiento (ISEM 1998). Esta escasa cantidad de accidentes automovilísticos en gran medida se relaciona con la condición deficiente de las vialidades en esta ciudad. Aún y cuando su traza es reticular, el estado de calles y avenidas (al menos hasta 2000) hace que se deba correr a bajas velocidades. Sin embargo, es común que cuando se toma el transporte público el “trote” por los baches y calles mal pavimentadas genere problemas de coxis y espaldas a los pasajeros (ISEM 2002). Otro de los problemas graves, asociados a la estructura del asentamiento (y a su inseguridad continua) se refiere a las violencias callejeras. En el cuadro que presentamos a continuación señalamos la mortalidad por homicidios en calle:

CUADRO 22
CIFRAS COMPARATIVAS DE VIOLENCIAS CALLEJERAS
EN VALLE DE CHALCO Y CHALCO 1995-2002

AÑO	V. CH.	CHALCO
1990	135	68
1991	168	61
1992	147	58
1993	129	48
1994	138	53
1995	157	51
1996	136	46
1997	154	41
1998	136	57
1999	123	64
2000	119	75
2001	94	62

Fuente: Estadísticas Municipales de Chalco y Valle de Chalco 2003

Como ya se había comentados anteriormente, este cuadro muestra que dado que la cantidad de violencias disminuye según se avance en el mejoramiento de la estructura urbana, se deduce que ésta puede estar relacionada con los efectos en la morbilidad producida por violencias y accidentes en vías públicas. Al respecto cabe poner atención en que la riña por robos parece incluso aumentar un poco sus porcentajes. Finalmente este fenómeno puede estar relacionado con los niveles de empleo en el asentamiento.

4.1.2 Estrés, Espacios Públicos e Imagen Urbana

Decía Simmel que el fundamento psicológico sobre el cual reposa el tipo del ciudadano es la intensificación de la vida nerviosa, que proviene de una sucesión rápida e ininterrumpida de impresiones tanto internas como externas (Simmel 1986). Asimismo hay autores que señalan que el entorno de la ciudad o una configuración pobre y caótica de los asentamientos lleva a que sus habitantes desarrollen conductas delictivas, agresivas o depresivas (Hollahan 1996).

Esta referencia nos da pauta para explicar el cómo la imagen urbana (básicamente expresada en las impresiones internas y extras del habitante de la ciudad) generan en él situaciones que pueden alterar su salud. Este fue uno de los descubrimientos que permitieron relacionar la salud con la percepción del entorno urbano (Hesselgren 1980).

Una de las problemáticas que representa el saber cómo afecta la percepción del entorno urbano al habitante de la ciudad es que los estudios de salud tienen un cierto grado de transparencia y contundencia cuando se tocan indicadores de tipo médico: enfermos, lesionados, muertos o golpeados. Sin embargo hay problemas de salud más sofisticados y menos visibles, relacionados con la vivencia de los espacios de la ciudad.

realidad de su ciudad y a la vez influye en una filosofía de la vida que parece plantear que yo soy el espacio que ocupo (Bachelard 1983).

De esta manera, la imagen urbana en los asentamientos irregulares es un factor que transparenta al máximo la noción de “marginalidad”, lo cual influye en el comportamiento social y la situación anímica de sus habitantes. Las estadísticas de violencia en estas zonas, muy por encima de otras zonas más consolidadas desde el punto de vista urbano, hacen ver que el fenómeno de una caótica y deteriorada imagen tiene como trasfondo el deterioro y caos de la organización social.

Ahora bien, la imagen urbana no es un todo único, sino que puede tener diversas manifestaciones según áreas privilegiadas o desatendidas de la ciudad. En este sentido, también podemos interpretar que las clases sociales que coexisten en un asentamiento son promotoras de diversas imágenes urbanas (Roncayolo 1988)

En lo que respecta a cómo se presenta esto en el Valle de Chalco, es claro según podemos observar en un recorrido por el asentamiento, que las áreas que son un poco más favorecidas son sólo aquellas que de equipamiento urbano, siendo estas áreas donde se concentra menos basura y donde los servicios de limpia se son más frecuentes y donde hay hitos y nodos en mejor estado. Las áreas de vivienda se caracterizan por el deterioro completo de la arquitectura o de los espacios abiertos.

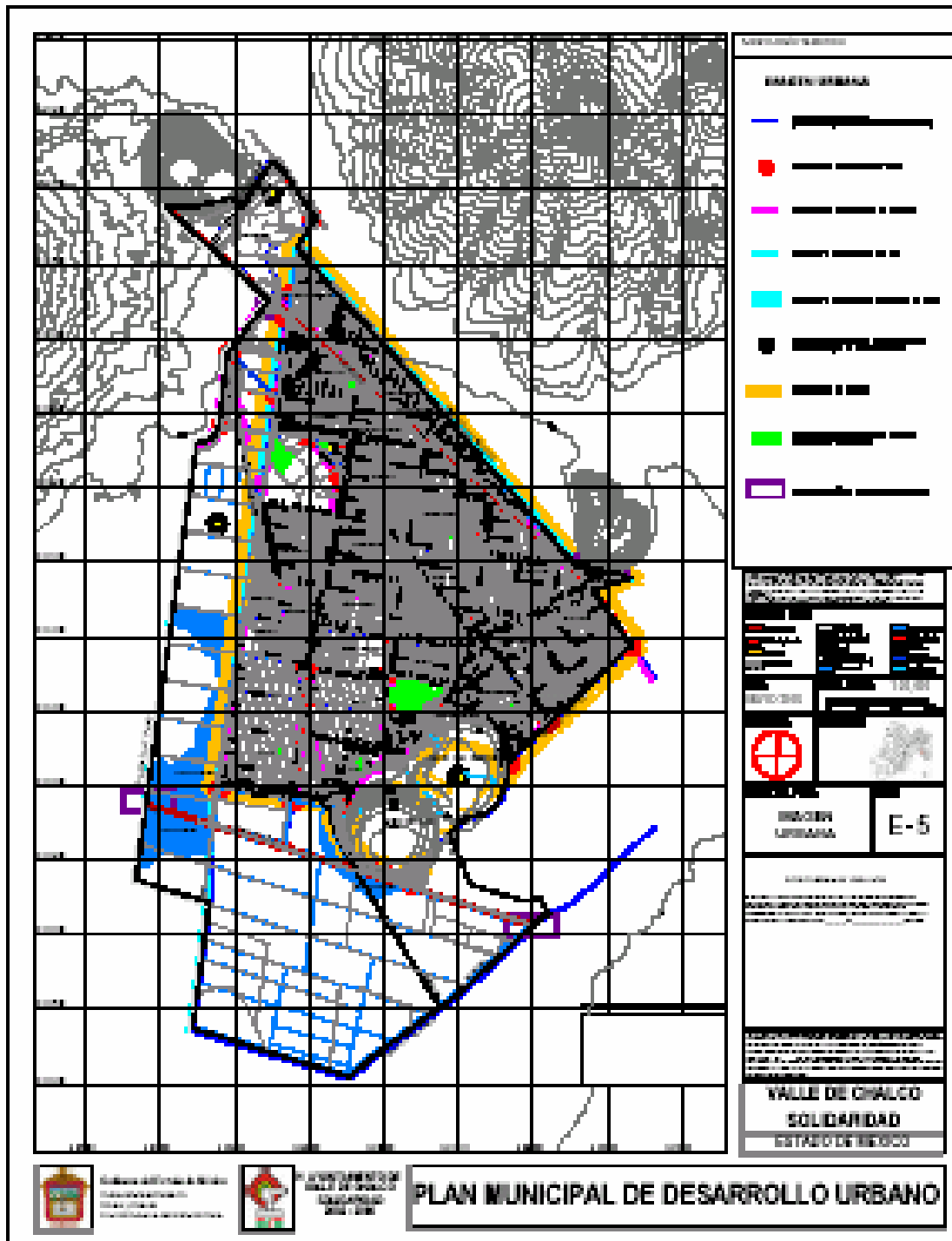
Luego entonces, es patente en el asentamiento que no existe una cultura estética de la ciudad, sencillamente porque esta cultura no está arraigada ni a pobladores ni a gobernantes los cuales desde los orígenes han establecido relaciones de conflictividad política y de desorganización social.

La imagen urbana es el resultado visible y empírico-aparencial (no por ello menos real) de las condiciones de pobreza o de rezago en la satisfacción de necesidades. Entre otras cosas, también puede ser entendida por la ausencia de una cultura de belleza urbana que genera en los habitantes

MAPA 12 IMAGEN URBANA

Fuente: Plan Municipal Valle de Chalco 2003-2006

Subsecretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda. Gobierno del Estado de México



Valle de Chalco. Y en el cuadro de abajo presentamos los resultados de la encuesta de percepción ya señalada.

CUADRO 24
PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN URBANA EN EL VALLE DE CHALCO

ELEMENTO	FORMA DE IDENTIFICACIÓN	NIVEL DE AGRADO %	ARRAIGO %
Sendas	Calles y vía férrea	56	57
Bordes	Laguna de Xico y Cerro del Marqués	43	53
Hitos	Estatua de la iglesia	72	63
Nodos	Plaza de palacio	63	54
Mojones	Palacio municipal, catedral CDCJD	62	61

Fuente: Encuesta sobre "Imagen Urbana y Salud en el Valle de Chalco"
Proyecto sobre Diagnóstico Urbano, Instituto Patria 1996.

Respecto a los datos presentados, los factores de agrado y arraigo son provenientes de la identificación del habitante respecto a su ciudad. Tal identificación tiene un papel importante en la cohesión social, la armonía del población y la salud colectiva vista como sentido de bienestar (Hesselgren 1980).

Al respecto importa citar a Guzman Rios, quien en su "Espacios exteriores: plumaje de la arquitectura" (1988) señala que los espacios exteriores (el entorno de la vivienda) debe tener una compatibilidad con la salud. Esta compatibilidad no sólo se expresa en los servicios de limpieza de calles sino principalmente al cuidado colectivo del espacio común. El descuido del espacio público es la correlación del olvido de los servicios públicos y por tanto de una tendencia a ser marginados por la lógica pública. El disfrute de espacio y servicio, son los fundamentos de la participación en la lógica pública.

habitabilidad han contribuido a afianzar o deteriorar la salud de sus habitantes) plantearemos de manera general las condicionantes ambientales en las cuales se han establecido las viviendas en el Valle de de Chalco desde el origen del asentamiento.

Por definición, la vivienda tiene la primera finalidad de proteger de la intemperie a sus habitantes. Es decir, una de sus primeros objetivos es preservar del frío y el calor y con ello ofrecer una mejora ambiental para el desarrollo de la vida y la salud. De esta manera, la vivienda en sí misma puede estar relacionada directamente con la salud si es que ésta cumple con la función que originalmente tiene asignada: proteger el bienestar físico.

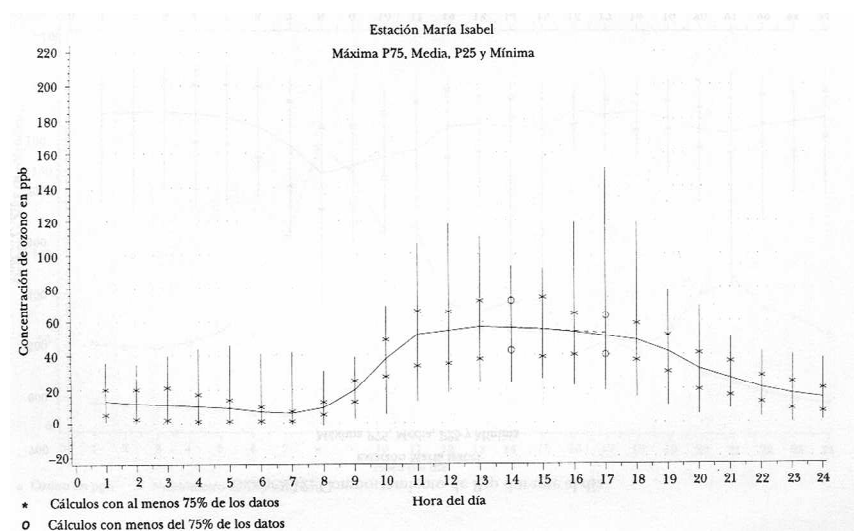
Y, la calidad de la vivienda deberá ser mayor en la medida que este ambiente sea más inhóspito. Es por ello que, en asentamientos irregulares, las enormes llanuras en las que se asienta conllevan a que las viviendas precarias sean los microespacios fuente de enfermedades.

Por otro lado, la segregación urbana, expresada en las periferias ilegales, ha generado que cuando finalmente son incorporadas al mercado inmobiliario, se les dote de servicios de agua de menor calidad que las metrópolis. El mapa que presentamos más abajo da cuenta de este fenómeno. Este mapa muestra cómo desde 1989, fecha clave en la vida del asentamiento en estudio, la zona de Chalco ha sido una de las más desfavorecidas en el suministro de litros habitantes por día (LHD).

Así, tenemos que la zona sur del Distrito Federal es la más favorecida con más de 310 LHD (es decir el triple de su zona casi vecina de Chalco). En este mismo orden seguiría la zona norte del DF y una parte del Estado de México (Delegaciones Miguel Hidalgo, Benito Juárez, Cuauhtemoc, Venustiano Carranza y el municipio de Cuautitlán). Posteriormente la zona norte y oriente del DF y en los últimos lugares los municipios del Estado de México que colindan en el oriente con el DF.

- a) Se encontraron niveles considerables de ozono, un contaminante de tipo primario, los cuales son altos respecto a otras ciudades pero bajos respecto a la zona metropolitana de la ciudad de México. La gráfica que presentamos abajo muestra este fenómeno, el cual en términos generales muestra que este contaminante se mantiene bajo por las noches, inicia su ascenso entre las 9 y 10 de la mañana y alcanza sus valores máximos a las 11 horas para mantenerse a niveles relativamente constantes hasta las 17 o 18 hrs, cuando inicia su descenso (Castillejos *ibid.*)

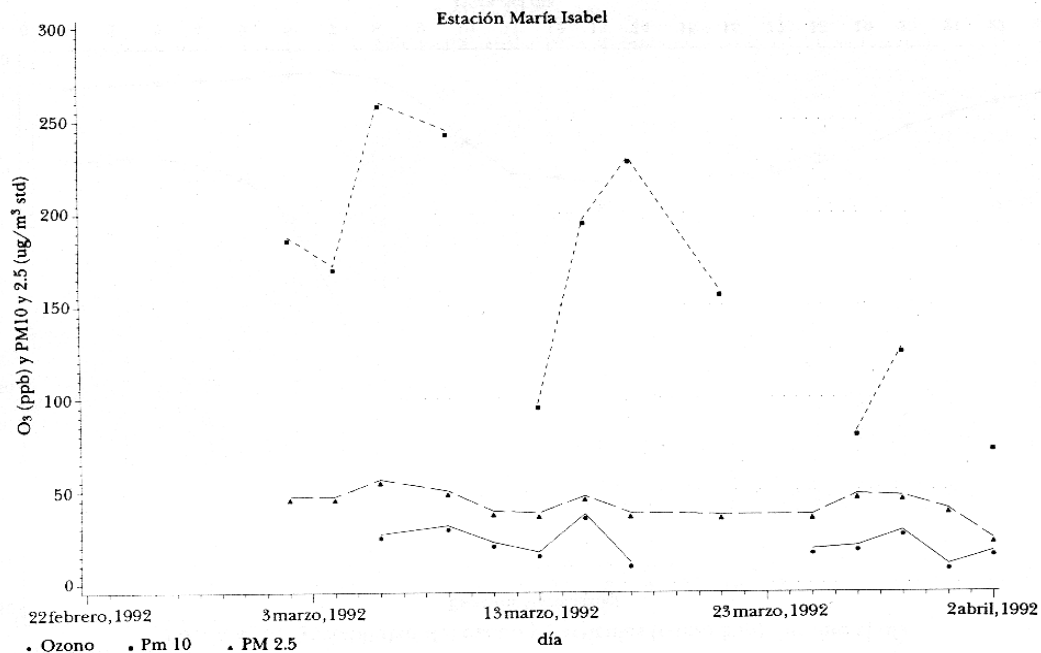
GRÁFICO 7 CONCENTRACIÓN DE OZONO DURANTE EL DÍA



Fuente: Castillejos et (1997), Departamento de atención a la salud UAM-X

- b) El segundo resultado obtenido es que se logró identificar el comportamiento correlacionado entre el ozono y las partículas mayores a 10μ durante el día. Observando la gráfica que presentamos más abajo, nos percatamos que el comportamiento de ambos contaminantes es opuesto, cuando uno sube el otro baja y viceversa, podría sugerir que las partículas presentes no son de tipo secundario sino primario.

CUADRO 8 VARIABILIDAD DE OZONO Y PARTÍCULAS



Fuente: Castillejos et (1997), Departamento de atención a la salud UAM-X

En resumen, Valle de Chalco no tiene presencia pronunciada ni tan siquiera moderada de contaminantes secundarios como plomo o azufre, que son propios de lugares con gruesos volúmenes de flujo vehicular y con actividades industriales. Aunque su cercanía con la ZMCM puede llevarlo a padecer algunas partículas propias de zonas industriales. Asimismo, se comprobó que el aire que se respira en calles y lugares públicos está alterado también por contaminantes de origen natural referentes a polvos de tierra salitrosa y sodio.

En conclusión, podemos observar que han sido en primera instancia las condiciones desfavorables del ambiente (particularmente baja calidad en suelo, agua y aire) donde se asientan las viviendas así como una deficiente atención de los criterios de "regularización" (que ha tenido más tintes legales que socioeconómicos) los factores principales que han determinado que se pueda hablar que la vivienda en el valle de Chalco mantiene una relación estrecha con los índices de morbilidad.

Ahora bien, ya hemos mencionado que la relación vivienda salud en el valle de Chalco inicia con la cultura de la autoconstrucción. Sin embargo, en lo que se refiere a los materiales con los cuales son edificadas las viviendas, podemos indicar que no son los más adecuados a fin de hacer frente a las condiciones climatológicas del asentamiento.

En el factor construcción evidentemente nos referimos a si los materiales son los adecuados para preservar del calor o del frío y la humedad a sus habitantes. Asimismo nos referimos a si no hay un uso explícito de materiales que son dañinos a la salud (por ejemplo 70% de la vivienda hace uso del asbesto, aunque no se han registrado casos de asbestosis o cáncer en los centros de salud).

Las siguientes tablas nos caracterizan los tipos de construcciones que prevalecían en diversos años

CUADRO 26 CONDICIONES DE VIVIENDA

TIPO DE MATERIAL	1985	1988	1992	2000	2005
MUROS: Tabicón	60%	79%	82%	86%	92%
Tabique	35%	19%	18%	14%	8%
TECHOS: Cartón	42%	38%	31%	25%	13%
Loza	20%	33%	35%	42%	68%
Asbesto	35%	26%	34%	33%	19%
PISOS Cemento	65%	78%	82%	87%	93%
Tierra	35%	20%	18%	13%	7%

Fuentes: Espinoza de la Torre Marco Augusto (1992) y Municipio de Valle de Chalco , Plan de Desarrollo Urbano 2006

La tabla anteriormente presentada, nos muestra una evolución de las condiciones de las viviendas en el Valle de Chalco desde el año 1985. Importa observar algunas variables que se comportan de manera contraria. Por ejemplo podemos mencionar el paulatino decremento de los techos de lámina de cartón conforme avanza la consolidación del asentamiento particularmente de 1992 a

Así, menciona que la casa, con su propio diseño, que se repite casi sin variantes en miembros de este grupo social, es el resultado del desarrollo urbano y de la adscripción a una determinada concepción del mundo que los conduce a pensar, actuar y habitar de una manera que los individualiza frente al resto de la sociedad, y al tiempo los homogeneiza. Queremos señalar que el poder es el movimiento mismo de la familia y la violencia no se presenta sino hasta que el poder se degenera y se transforma en coerción y exterminio (García Canal, 1993).

En particular nos interesa detallar el mecanismo de esta degeneración y el papel que cumple el uso de los espacios domésticos. Para ello, inicialmente definiremos cada fracción de la casa como espacio de poder. La distribución y organización del espacio no es un hecho azaroso, sino que responde a las necesidades y exigencias de una forma de dominio.

Así, podemos decir que por ejemplo la sala hace clara la lucha entre dos generaciones y las soluciones de compromiso entre padres e hijos, o bien, la lucha entre los cónyuges, cuya casa primera representaba a grupos sociales diferentes, al aparecer en ella objetos de estilo distinto y de significaciones contrarias y contradictorias, que marcan la lucha entre los integrantes del grupo familiar para representarse.

Por otro lado, el comedor cumple una función "culpabilizadora", ya que al ser otorgado el alimento como un don, como un regalo, el sujeto queda en deuda con aquellos que se lo proporcionan, deuda que jamás podrá ser saldada. El hijo instaura la culpa, la deuda con sus padres, a través de este ceremonial que le permite reproducir cotidianamente su cuerpo y mantenerlo vivo.

Asimismo, las recámaras o recámara son la expresión de la sexualidad paterna y de la prohibición de intimidad para los hijos. La casa familiar se convierte en el centro obligatorio de convergencia de los afectos, de los sentimientos, del amor, al mismo tiempo que prohíbe la sexualidad, salvo la legitimada por la recámara paterna. Incitación y prohibición se dan al unísono,

Realizando un estudio más a profundidad de esta situación a continuación vamos a dar 13 características de la vivienda que señalan indicadores de habitabilidad (Mercado et al 1995):

1.- Operatividad: se refiere a los aspectos sensoriomotrices producidos al contacto con la distribución y coherencia espacial.

2.- Legibilidad: es la interpretación de los símbolos implícitos en el diseño. Son los visitantes los que más necesitan legibilidad.

3.- Inteligibilidad: es la imagen mental de la casa. El cómo se relaciona la organización de la vida con la organización del espacio, en cuanto a una experiencia previa

4.- Personalización: expresión personal reflejada en el espacio

5.- Significatividad: Carácter connotativo, simbólico, social y cultural

6.- Pertenencia: identificación con la vivienda. Grado en que el habitante se siente que el lugar le pertenece y que él pertenece al lugar.

7.-Funcionalidad. Grado en que las actividades se desarrollan con facilidad, eficacia y eficiencia.

8.- Arraigo: grado en que a uno le cuesta trabajo dejar el lugar.

9.- Privacidad. Control de la información recibida y emitida

10.- Normas convencionales de uso de un lugar

11.- Jerarquización. Importancia de los lugares

12.- Seguridad social contar intrusos y operativa (instalaciones, ventanas y escaleras).

“legibilidad” por lo que tampoco hay una identificación con el lugar. En términos epidemiológicos en estas casas es frecuente la infección aguda de vías respiratorias. Se calcula que un 40% de viviendas están en esta situación en el asentamiento en 1990.

Respecto al segundo nivel de consolidación podemos decir que hay una mejora en los niveles de privacidad y funcionalidad, aunque siguen siendo bajos los índices referidos a arraigo y pertenencia. Considerando todas las variables expuestas concluimos que mejoran las expectativas de calidad de vida de los pobladores pero aun no se resuelven en mucho los conflictos de convivencialidad.

Finalmente, en las casas con el mayor grado de consolidación se denotan las menores problemáticas en los rubros de privacidad, operatividad y funcionalidad, aunque persisten deficiencias referidas a interacción social.

Como una conclusión, planteamos que hay problemas añejos que tienen que ver con la historia familiar y que obviamente la mejor o peor vivienda no va a resolver.

4.2.2.1 El Impacto emocional

Desde un punto de vista no tradicional, la enfermedad es el impacto emocional producido por el desequilibrio entre las expectativas y los satisfactores (Mercado 1995). Tal vez esta sea la importancia fundamental de las emociones en relación con la vivienda: cuando la vivienda se aleja de lo que esperaba su habitante, se presentan entonces desequilibrios que van de la enfermedad sintomática a la violencia familiar.

Es factible entonces determinar que si la vivienda tiene problemas físicos (por ejemplo de baja calidad de paredes, pisos o techos) se presentarán problemas evidentemente orgánicos: enfermedades de pulmones, gripes o pleuritis.

Para finalizar el presente capítulo, no queremos omitir el plantear que el aspecto urbano ambiental juega un papel fundamental en la conservación de la salud. Ésta se ve deteriorada cuando los riesgos y vulnerabilidades del asentamiento se hacen patentes. En la página siguiente (126B) se presenta un mapa de zonas de riesgo según el Plan Municipal de Desarrollo Urbano 2003-2006 del Valle de Chalco.

Es notorio en este mapa los riesgos urbano ambientales del asentamiento: fracturas, deslaves, inundaciones, basureros, aguas negras a cielo abierto, riesgos químicos, barrancas y suelos inestables.

A estos riesgos, habría que añadir, como acabamos de ver, los riesgos que ocasionan viviendas con problemas propios de la psicología ambiental: el negativo impacto emocional, funcional y simbólico de una mala vivienda. Todo ello va a insertarse en problemas actitudinales que van en deterioro de la salud emocional del habitante y la familia en su totalidad.

CAPÍTULO V DIMENSIONES SOCIALES DE LA SALUD

Introducción

Desde una perspectiva macro, el direccionamiento y gestión del proceso salud enfermedad forma parte importante del engranaje de la formación social capitalista. Su papel en el capitalismo contemporáneo ha sido puesto de manifiesto por varios investigadores quienes han descubierto su estatuto económico y político, así como su influencia en los espacios urbanos (Blanco Gil, 1994; Cuéllar, 1985; Rojas Soriano, 1985; Breilh, 1989 y Laurell 1993 entre otros).

En efecto, la atención a la salud (en especial la salud pública) ha resultado un factor fundamental en la configuración de las ciudades modernas. Tecnologías sanitarias como la antisepsia, la quimioterapia, el uso de preservativos o anticonceptivos han influido, incluso a veces de manera dramática, en el crecimiento poblacional. De esta manera, la ciencia médica al actuar directamente sobre el crecimiento demográfico, ha cambiado la lógica de las sociedades actuales. La llamada transición demográfica no podría entenderse sin el concurso de la ciencia médica.

Más aún, no sólo han sido los avances en la salud reproductiva lo que ha aportado la medicina a efectos de cambiar la faz de la tierra. El descubrimiento e invención de fármacos y técnicas quirúrgicas han prolongado la vida de todas las clases sociales, aún y cuando sea evidente que no todos tienen el mismo acceso a los servicios médicos. Por ello la transición epidemiológica¹ y la prolongación de la vida tampoco se entenderían sin el esfuerzo de la medicina moderna.

Ante estos avances y triunfos, según los podría llamar cierta ideología del statu quo, importa plantearse por qué y desde qué punto de vista cuestionar a la ciencia médica y a su forma específica de gestionar el proceso salud enfermedad en las sociedades capitalistas. Es importante cuestionar a la

¹ Entendemos por transición epidemiológica el cambio en los patrones de morbimortalidad.

podemos señalar que la salud tiene lazos con cada una de estas esferas del proceso económico.

En efecto, la salud tiene conexión directa con la producción toda vez que regenera la fuerza de trabajo y cuenta con una compleja infraestructura de generación de servicios clínico hospitalarios. Tales servicios, pueden tener la lógica de la ganancia capitalista, pueden contabilizarse y formar parte de las matrices de insumo producto en las economías nacionales.

La salud está presente en el ámbito económico de la distribución de bienes toda vez que, clínicas, hospitales y consultorios públicos y privados tienen la función de proveer de salud a los derechohabientes. En este sentido la salud es un bien que debe ser distribuido de manera justa y generalizada, por ello se le concede calidad de derecho constitucional.

Tal vez sea el ámbito de la circulación o el intercambio el que condiciona la derechohabencia de los servicios sanitarios y por tanto la justa distribución de la salud. El ámbito circulatorio se relaciona con el intercambio dinero-servicio. En este sentido podrán adquirir los servicios de salud quienes coticen al Estado, quienes tengan el ingreso para contratar un médico o para ser usuarios de los servicios de una clínica o un hospital. Este tipo de clientelismo económico de la salud tiene su contraparte con el clientelismo político³ que se vive en los asentamientos precarios e ilegales.

Finalmente, la salud está presente en varios momentos del proceso consuntivo. El momento de uso de los servicios médicos es un momento de consumo y se relaciona con los patrones de utilización. Sin embargo también la salud está presente en el momento en que el consumo de bienes (alimenticios, de vivienda, suntuarios etc.) genera daños orgánicos o mentales. Así, si bien no podemos decir que se “consume” la salud, si podemos observar que la sociedad capitalista ha montado toda una industria de la salud a través de servicios médicos, deportivos, alimentos, vigorizantes, vitaminas etc.

³ Llamamos clientelismo político en servicios públicos a aquella situación en la cual se intercambia el voto por la introducción de infraestructura o por el equipamiento de barrio.

consecuencia, la salud representa un punto donde se articulan la política social, con sus metas de bienestar o legitimación, y la política económica con su interés en la producción y la rentabilidad.

En su versión keynesiana, (Keynes 1986) la salud es una estrategia del Estado de Bienestar y en ese sentido la salud no se rige propiamente por una idea de maximización de la utilidad o rentabilidad (Mattik 1981 y Dillard 1981), sino más bien por su capacidad de fortalecer el mercado interno y la demanda efectiva. El enfoque keynesiano de la salud ha desatado uno de los debates más acalorados y a su vez ha alimentado la idea de que la intervención estatal en asuntos de economía y servicios públicos es un factor de crecimiento y estabilidad financiera y social.

Para los monetaristas, la salud es un gasto estatal que debe ser reducido de las finanzas públicas. En esta perspectiva, uno de los causantes de las crisis económicas y más aún de la miseria es el papel paternalista e intervencionista del Estado. Por ello, su política es reestablecer la “mano invisible del mercado” adelgazando lo más posible los gastos públicos en materia de seguridad social, educación y salud entre otras.

Así, nos que plantean para que la salud colabore con el desarrollo económico es preciso que se privatice (Villarreal, 1983 y Ortiz Quesada 1985): el gasto improductivo en salud tiene un impacto negativo en la economía, al alimentar la inflación, socavar la competitividad internacional, empeorar la desigualdad, agravar la pobreza, desviar recursos que podrían tener mejores usos para aumentar el bienestar colectivo.

Como se ve, estas tres vertientes coinciden en reafirmar que la salud es una variable de la dinámica económica. Asimismo coinciden en que el sector salud representa o puede representar para las economías contemporáneas una de las principales fuentes de empleo, un generador de demanda por insumos de todo tipo y un motor para la innovación tecnológica (FUNSALUD 1994).

que cuando un bien se vuelve mercancía (y pocos fenómenos escapan a ello) entra a ese terreno contradictorio de la economía capitalista.

Por lo anteriormente dicho, comprender porqué la salud tiene un comportamiento contradictorio en mucho se relaciona con ubicar a la salud como un bien económico. Sin embargo, no es fácil comprender este proceso en el Valle de Chalco sin antes caracterizar la economía del asentamiento.

Tal vez la caracterización más completa que se ha hecho de la economía vallechalquense sea la que propone Hiernaux Nicolás (1995). Este investigador la denomina Modelo Socioterritorial de Asalarización Restringida, el cual explica las nuevas funciones económicas de las periferias generadas en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México al final de siglo XX.

En alusión al modelo anteriormente señalado, podemos decir que se trata de economías locales dependientes, de redistribución de la pobreza y por tanto de articulación de formas de supervivencia y de actividades elementales para la vida cotidiana de la población local. En este sentido, las periferias perdieron su papel, tradicional hasta los años 70's, de ser suministradoras de mano de obra a la economía industrial metropolitana. Así, su nuevo papel será el de acoger la población expulsada de las metrópolis o de otros asentamientos consolidados. Es decir su función es reproducir la exclusión y ser la productora de espacio habitable para los desheredados del sistema.

De esta manera, y a partir de las políticas monetaristas y contraccionistas de los ochentas, periferias como la Vallechalquense tienden a depender de las metrópolis no fundamentalmente por las fuentes de empleo (ya que se trata de una población asalariada reducida) sino porque los pequeños negocios formales e informales recuperan fundamentalmente la derrama salarial obtenida fuera del asentamiento (Hiernaux 1995).

Ahora bien, teniendo como telón de fondo esta economía, cabe preguntarse cual es el papel económico del problema sanitario en el asentamiento.

Observamos en estas cifras un continuo deterioro de la atención a la salud. Inicialmente, hasta 1982 un incremento por las mismas políticas que llamaron populistas. Y a partir de este año hay una continua baja hasta 1990 en que casi nos encontramos al 50% del gasto por habitante que había en 1982.

CUADRO 29
INVERSIÓN EN SALUD EN EL ESTADO DE MÉXICO

Año	Gasto Total (Millones de pesos)	Gastos por Derechohabiente	Índice de Gasto Por Derechohabiente (1980=100)
1980	10, 094	2, 025	100
1981	12, 130	2, 280	112.5
1982	13, 752	2, 515	124.2
1983	9, 530	1, 698	83.8
1984	9, 303	1, 530	75.5
1985	10, 902	1, 690	83.4
1986	10, 389	1, 493	73.7
1987	10, 216	1, 389	68.6
1988	10, 196	1, 375	67.6
1989	10, 103	1, 288	63.6
1990	10, 801	1, 301	64.2

Fuente : Evolución reciente del sistema de salud Duhau Emilio (1997)

Finalmente, y para justificar el nombre de este apartado de la investigación, también queremos señalar que crecimiento económico y salud tienen un juego contradictorio en el Valle de Chalco. La salud tiene una dimensión económica precisa en la economía de esa ciudad y sin embargo dicha economía se alimenta cada vez más de la contraparte: la proliferación de vinaterías y bares, la prostitución y el tráfico de droga que son, evidentemente, fuente de daños serios a la salud. En efecto, una formación social que tiene problemas graves

económicas, ideologías políticas, ideologías éticas, ideologías jurídicas, ideologías de lo cotidiano, de género o incluso ideologías académicas que se reclaman científicas (Echeverría 2004).

Así, la ideología es un conjunto de ideas, valores, conceptos o filosofías que permiten que los seres humanos deambulen por las sociedades pudiendo interpretar cualquier fenómeno, relacionarse con sus congéneres y eventualmente configurar pequeños o grandes grupos y organizaciones de defensa de sus filosofías de vida e intereses económicos (sectas, partidos, sindicatos, gremios, grupos de autoayuda, cooperativas entre otras)

Como ya se había mencionado, las ideologías comúnmente se visten de ropajes científicos o de verdades morales últimas a efecto de ganar credibilidad entre los adeptos y entre los contrarios. Así, las ideologías que se pretenden científicas apelarán a los descubrimientos de la ciencia a efecto de justificar prácticas que a ojos de otros grupos son injustas o equivocadas.

Aún no han quedado claros los límites entre ideología y ciencia particularmente en las disciplinas sociales. Aunque, conforme avanzan los procesos de democratización y los derechos humanos en el mundo, en las disciplinas naturales, particularmente la medicina y las ciencias de la salud, cada vez se vuelve más nebuloso su carácter estrictamente científico.

Por este motivo, la medicina en su práctica cotidiana asume como científico y verdad última el que se deban usar los fármacos o la cirugía aún y cuando los mismos médicos sepan de las secuelas o de las afectaciones a órganos sanos. Se educa al médico para que haga uso de la infraestructura hospitalaria, del negocio de las medicinas y para que rechace la medicina natural o tradicional por se anticientífica, aunque en la mayoría de los casos la desconozcan.

Este carácter ideológico de la práctica médica queda evidenciado cuando se establecen servicios de salud en comunidades urbanas, "marginadas" o no, y en comunidades rurales. Su manera de expresarse es la siguiente:

5.2.1 Secreto profesional y Visión Popular

En las relaciones de poder que se establecen en los asentamientos irregulares ,comúnmente hay una contradicción entre el secreto profesional y la visión autogestiva de los servicios. ¿En donde se esconde el secreto de la dominación de una persona sobre de otra, de una clase sobre otra o de un país sobre otro? En la gestión del conocimiento y de la tecnología, en la privatización del saber cómo hacer las cosas. En este sentido el monopolio de la ciencia y la tecnología es una fuente de poder y de sojuzgamiento. Es por esto que, en los procesos de autogestión, el conocimiento técnico y el conocimiento político van de la mano.

Más aún, en el proceso de la gestión de servicios urbanos, las experiencias de los asentamientos irregulares han demostrado que son los profesionistas de las más diversas especialidades (ingenieros, arquitectos, abogados, médicos entre otros) los que llegan a tener poder político por la información técnica que poseen.

Y así como las ideologías pretenden identificar su visión particular con la personificación de la ciencia, así también, en la refriega política de las negociaciones en los asentamientos irregulares, el conocimiento técnico quiere hacerse ver como la personificación del deber ser y de la ética. Tal vez ese sea el origen que se quiera identificar a la medicina con la salud, al derecho con la justicia y a la urbanización con el bienestar.

En este sentido, el poner al descubierto el secreto profesional o el compartirlo con los usuarios de los servicios puede evidenciar las ideas poco científicas, los prejuicios, los errores y aún las ansias de poder político y económico de los profesionistas o los técnicos. Un ejemplo que pudiera ser representativo: durante mucho tiempo los médicos han sabido de la píldora del día siguiente. Pero ha sido hasta hace pocos años que se dado a conocer y se ha convertido en saber popular. ¿A qué respondió esta apertura? ¿A una cuestión científica o a una opinión moral del deber ser?

capitalismo denuncia el desarrollo de las fuerzas productivas porque se ha vuelto incapaz de garantizarlo y para justificar la negativa a satisfacer las necesidades tal como permite y exige ese desarrollo.

Por otro lado, paralelamente al sistema de necesidades corre un sistema de capacidades de acción a fin de satisfacerlas. Son estas capacidades las que, al ser concientizadas, expresadas, al convertirse en movilizaciones y al lograr ser satisfechas tienden a generar avances en la calidad de vida. Así, la calidad de vida es el corolario último de esta dinámica entre necesidades y capacidades.

Podemos definir la calidad de vida como las condiciones objetivas y subjetivas en que se realiza la reproducción social de grupos humanos. Incluye diversas dimensiones tales como las condiciones de trabajo remunerado y no remunerado (práctica doméstica), la cantidad y calidad de formas de consumo de bienes, servicios y valores de uso, el acceso y realización de expresiones culturales y políticas y la calidad del entorno (Blanco Gil 1994).

Existe, como se ve, un número diverso y cada vez más sofisticado de necesidades a descubrir, concienciar y satisfacer. Pero la necesidad mayor, la más integral y tal vez la más radical, que experimenta una comunidad o un sujeto social es restablecer su sentido político, que en términos generales es la necesidad de ser dueño de su trabajo, de su ciudad y de su libertad: este es el requerimiento de eliminar el poder que lo sojuzga.

Por lo anteriormente dicho, una de las estrategias para coartar el sentido radical en los movimientos políticos es el fragmentar las necesidades de tal manera que nunca se planteen la necesidad de ser dueños de sí mismos. En esta línea de ideas, es fundamental para quien tiene el poder contar con el aval de la religión, la política electoral, la filosofía, la ciencia y la tecnología.

Una vez que se ha planteado el andamiaje teórico que va de la situación económica a la situación ideológica, en el siguiente apartado podremos

definir la lógica del asentamiento en cuanto a los actores del proceso de gestión y las posibilidades de autogestión una vez que el asentamiento se ha consolidado al menos en aspecto político.

El desarrollo del asentamiento en realidad es la crónica de una crisis social y de una distribución de poder entre las cúpulas priístas. Por ejemplo la municipalización del territorio se lleva a cabo como una de las estrategias políticas del partido en el poder a fin de darle juego tanto a la población como a los grupos de poder internos. El municipio 122 “Valle de Chalco Solidaridad” surge en términos legales como el cumplimiento de una promesa de campaña del Emilio Chuayffet teniendo como intermediario a Héctor Torres, antiguo líder que promovió que Nezahualcóyotl se constituyera en municipio. En este sentido Valle de Chalco seguía los pasos de las periferias de los años sesenta.

Y sin embargo consideramos que en el asentamiento en estudio se “experimentaron” otras formas de generar espacio periférico. Podemos señalar estas nuevas formas:

- a) La presencia de un grupo de poder que por sus capacidades técnicas y políticas fueron controlando, desde antes de los noventas, la dinámica política del asentamiento. Este grupo, que pudiera ser llamado “Los profesionistas” (Espinoza de la Torre 1993), eran de extracción universitaria y originalmente muy ligados al PRI y a la burocracia gubernamental, aunque posteriormente distribuidos en varias corrientes e incluso agrupados en ONGs.
- b) El protagonismo del ejecutivo federal y la constitución de un territorio baluarte político para contrarrestar la oposición. Así, el programa de PRONASOL, estrategia de gobierno de inmersión en el asentamiento, se convierte en el sustituto del poder municipal y en la intromisión directa de las más altas esferas del poder político.
- c) Se establecer estrategias para radicar la pobreza y no para eliminarla.
- d) Se prueban nuevos mecanismos clientelares establecidos inicialmente por los comités de solidaridad y posteriormente con una serie de medidas de contacto entre el PRONASOL y la oposición. Con estos

El segundo momento (1980-1990) es una fase en la cual desde las altas esferas del poder político priísta en México se le trató de quitar influencia a los grupúsculos de fraccionadores y burócratas que lucraban con los asentamientos irregulares. Y es que tales grupúsculos se estaban constituyendo en fuerzas importantes fuera de la dirigencia nacional del PRI. Así, no sólo se trataba de romper nuevos grupos políticos con poder local sino buscar mecanismos más eficientes de corporativización de las organizaciones populares de colonos. Este objetivo fue puesto en marcha a nivel nacional pues se trataba de la recomposición del Estado Mexicano luego del descalabro de 1988. La estrategia final fue encarcelar a 17 fraccionadores profesionales con poder suprarregional. Con ello se descabeza al grupo de corredores y además llegan fuerzas de izquierda a la región las cuales no tendrán mayor trascendencia en la zona dada su ineficacia política⁷. Se aprovecha además la coyuntura de elecciones municipales para imponer desde la gubernatura del Estado de México nuevos presidentes municipales que debían romper nexos con los fraccionadores y profesionistas así como establecer programas de límites a la expansión del Valle de Chalco. Otra innovación, a fin de evitar la recomposición de grupos de poder locales a través de otras fórmulas de nombramiento de delegados por colonia.

El tercer momento (1987-1997) es una fase de recomposición del grupo de los fraccionadores, corredores y los profesionistas. Esta recomposición se identifica porque los grupos arriba señalados logran infiltrarse en las organizaciones gubernamentales que promovían la regularización: CRESEM, SRA Y CORETT. Coincide esto con la entrada de grupos priístas provenientes de Nezahualcóyotl, las cuales difunden entre los colonos la idea de la creación de un nuevo municipio. Esta idea se llevará a cabo en 1994, conformándose el municipio 122 del Estado de México.

⁷ Comenta Espinoza de la Torre (1993) que las organizaciones de colonos estuvieron muy fragmentadas debido a la incapacidad de CRESEM de pasar del discurso a los hechos y debido a los grupos y partidos de izquierda que inconcientemente o concientemente generaron temor y divisionismo entre los colonos. Resultado de la falta de estrategia política y de un discurso agresivo e incomprensible para la gente. Los mismos colonos los marginaron.

que la salud se consigue más fácilmente por apoyo a la calidad de vida y no debido a la medicalización o al incremento en servicios médicos), en lo siguiente retomaremos un tema por demás importante: la participación ciudadana en la gestión de los servicios.

La participación es un tema que ha venido invadiendo los análisis urbanos de mucho tiempo atrás. El problema es importante tratarlo toda vez que la participación ciudadana recobra el sentido colectivo del urbanismo y es uno de los mecanismos para democratizar el derecho a la ciudad. Un análisis urbano que no retome el problema de la gestión y la participación está por demás incompleto y, por qué no decirlo, amañado.

Varios analistas modernos en México han tratado el tema de la gestión y la participación. Entre los tantos que los han hecho podemos señalar a Azuela, Duhau (1993), Hiernaux, Ziccardi, Borja, Gamboa, Chávez entre otros. Todos coinciden en que la participación de la ciudadanía es un elemento importante en términos del consenso político. Sin embargo ellos representan sólo la visión académica. Existen otras visiones que surgen del trabajo político independiente, partidista u oficial. A continuación pasaremos revista a estos enfoques.

a) La línea oficialista incluyendo partidos

Comúnmente avaladas por aquellos que no “hacen teoría sino práctica”, la línea oficialista es abanderada por aquellos funcionarios que se enfrentan al problema empírico de hacer programas y estrategias de gobierno a fin de captar la participación popular. Coincidimos con Emilio Duhau en que los programas oficiales en Chalco inauguraron nuevos esquemas de clientelismo político los cuales es importante dilucidar (1993).

En esta línea quisiéramos entroncar el mayor experimento de desarrollo urbano participativo que hubo en el Valle de Chalco: nos referimos al Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) que en los hechos funcionó de 1988 a 2000 bajo el régimen salinista y posteriormente con Zedillo.

nuevas formas aparentes de participación, así como el haber devuelto el poder a los fraccionados, corredores y profesionistas “orgánicos” del PRI.

Otra de las líneas oficiales es la de la Atención Primaria a la Salud (APS) que es una propuesta de la ONU y que fue retomada e instrumentada por algunas ONG's y en varios centros de salud en el Valle de Chalco en la década de las 90.

Como ya se planteó, la APS es una estrategia de participación popular en servicios de salud propuesta por la OMS desde 1978. Dicha estrategia queda definida en los siguientes términos:

“ La atención primaria a la salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación....Representa el primer nivel de contacto de los individuos, familia y comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.”(Lara y Mateos 1997)

De la anterior definición cabe destacar algunos puntos precisos. En primer lugar el fenómeno de la ciencia y la técnica médicas puestas al alcance de individuos y familias, lo cual intenta dejar atrás el asunto del secreto médico. En segunda instancia el que se pueda entender que la participación deberá estar presente en cada una de las etapas del servicio médico, lo que permite que la comunidad pueda tener decisión en el proceso de planeación e implementación. Finalmente cabe llamar la atención en que la búsqueda de la autoresponsabilidad y autodeterminación va directo a menguar el fenómeno del paternalismo y el asistencialismo.

recursos comunitarios para mejorar la convivencia, desarrollar la solidaridad, la cogestión social y la democracia". (OPS 1997).

Como se logra ver, el compromiso local es una de las condiciones para iniciar un proceso de "hacer saludable" la ciudad. Evidentemente se trata de formular una agenda política que gire alrededor de la salud y el bienestar común. El proceso de captación de líderes y el involucramiento de autoridades es fundamental. Se definieron cinco fases en el desarrollo del programa:

FASE I La declaración pública de compromiso del gobierno local por avanzar hacia la meta de "municipio saludable"

FASE II Conformación y puesta en marcha de un comité intersectorial de salud. Aunque pueden formarse otro tipo de comisiones equivalentes.

FASE III Elaboración de un diagnóstico con la participación de los ciudadanos e instituciones locales.

FASE IV Puesta en acción de un plan de salud consensuado estableciendo prioridades y recursos.

FASE V Establecimiento de un sistema de información para el monitoreo y la evaluación a nivel local.

Aunque hay una extensión de esta estrategia en municipios de países latinoamericanos, es en México donde –dice la OPS- se ha tenido un desarrollo importante.

“ El movimiento más general y dinámico se inició con el liderazgo y conducción de la Dirección General de la promoción de salud de la Secretaría de salud que consiguió extender la idea de 11 municipios en 1993 a más de 300 a fines de 1996. México fue el primer país en constituir en América Latina una Red Nacional de municipios por la salud, tras la firma del llamado compromiso Monterrey en 1993. La red aglutina municipios con diferentes enfoques y prioridades, pero todos se caracterizaban por la intencionalidad de operacionalizar la promoción de la salud, el desarrollo social y el bienestar de la población, con responsabilidad compartida de los diferentes sectores y claro liderazgo del gobierno local.” (ibídem)

Finalmente queremos señalar que a partir de las propuestas de la OMS, en los años 80 “salud para todos en el 2000”, el gobierno de de la Madrid en México retoma las líneas de descentralización y se conforma un sistema Nacional de salud (años antes, en 1993, se había elevado a rango constitucional el derecho a la salud) en donde los SILOS (sistemas locales de salud, herramienta clave de la OPS) tendrán un papel fundamental.

b) La línea crítica de las ONGs

Las ONG's pretenden atacar la ineficacia de las propuestas gubernamentales a través de una práctica más apegada a las comunidades. Es común que estas organizaciones críticas vengan de un trabajo de orden eclesiástico el cual toma la forma legal de asociaciones civiles a fin de no tener problemas con las autoridades. Aún y cuando las ONGs de raíz eclesiástica se manejan con altos grados de autonomía (respecto del gobierno, de los partidos e incluso de la comunidad “beneficiaria” de su trabajo) su forma de participación no es del todo democrática toda vez que se sujetan a la jerarquía de la iglesia, la cual dicta lo que está bien o mal. Cuando la jerarquía considera que debe sobrevenir la retirada, se hace sin más. En Chalco esta forma de incursionar en la salud se ha hecho por parte del clero católico y el clero protestante. Basta recordar la propuesta en salud que tuvo el Centro de Desarrollo Comunitario Juan Diego (financiada por la Arquidiócesis de la ciudad de México) y los dispensarios de las iglesias protestantes.

Por lo ya dicho, las Organizaciones No Gubernamentales se caracterizan por ser críticas al sistema aunque fácilmente quedan desarticuladas y subordinadas por cuestiones financieras. Es en este sentido que ,en tanto espacio de relación y negociación con diversos agentes y sujetos sociales, pueden operar como una vía de transmisión de hegemonía, o como espacio de expresión de resistencia desde los sectores subalternos (Cortéz Ruiz, 1994). De esta manera, se ha hablado de un destacado desarrollo de las metodologías de investigación participativa y de educación popular en materia

clientelismo, de nuevos liderazgos y de un presidencialismo de nuevo cuño, todo ello en el contexto más general de la globalización y el posmodernismo (Hiernaux 1995).

Otro de los descubrimientos de esta línea académica es la necesidad de la restauración de la “politicidad” de la comunidad vallechalquense. Tal politicidad se manifiesta en la participación de los habitantes a fin de descubrir sus necesidades reales, reconocer sus capacidades y entroncar la demanda de salud en la gestión más general de la mejora de la calidad de vida. Bajo esta perspectiva, la calidad de vida se convierte en una noción cultural y una derivación política (Ben Amor y Mathieu 1991)

Asimismo, el problema de la tecnología médica y su necesaria socialización, también es una de las ratificaciones de esta corriente de interpretación. Por ello, la nueva cultura política de la salud, establece un doble paso: por un lado una crítica a las políticas sanitarias a nivel macro y micro, al discurso oficial, a la ideología médica y al clientelismo. Por otro lado, y este es el segundo paso, es preciso una reflexión acerca del fenómeno más general de la autogestión como control social del proceso político y sanitario.

Finalmente, esta corriente académica de interpretación no hace una propuesta política acerca del fenómeno de la gestión, la autogestión o el tipo de participación popular más idónea. La laguna no es casual: el objetivo de estos estudios universitarios no es la solución del problema sino el diagnóstico del mismo.

Para terminar con esta tesis, y una vez que revisamos las visiones acerca de la participación popular, expondremos brevemente nuestro punto de vista acerca del problema de la gestión de la salud en el asentamiento.

Estamos de acuerdo en que el problema de la gestión es, a fin de cuentas, un problema de orden práctico pero que tiene implicaciones políticas profundas. De esta manera, en el Valle de Chalco, gestionar la salud, con una perspectiva democrática y popular pasa por retomar los avances que se han dado en cada

comunidad a fin de romper con el secreto médico y con las interpretaciones apologéticas de la gestión partidista de los servicios.

- La participación comunitaria en los procesos clave de la gestión del proceso salud enfermedad. De esta manera se tiene acceso tanto a las decisiones como a lo operativo, evitando con ello que sean utilizados y se genere tan sólo una apariencia de participación.
- El saneamiento de los mecanismos de representación, el cual es importante a fin de superar los viejos y nuevos clientelismos en la proporción de servicios públicos.
- El centrar los servicios de salud en la perspectiva del usuario y no del médico o la enfermera. En España le llaman “pensar como el usuario” y no sólo pensar en el usuario, lo cual da paso a muchas arbitrariedades.

Estos puntos, que consideramos básicos a fin de restablecer el control social sobre la salud en el asentamiento, tienen una base política mayor: engarzar la lucha por la salud en un proyecto de largo plazo que pasa por buscar sistemas sanitarios únicos con atención a población abierta, superar el sentido lucrativo de la medicina moderna y en general encontrar mejores condiciones de vida. De no ser así, se estaría perpetuando un sistema social que reproduce la injusticia y que, por tanto, preserva la enfermedad y la muerte para los desfavorecidos.

CONCLUSIONES

Argumentaba un teórico del siglo XIX que no es igual el método de investigación y el método de exposición. Y también señalaba que la investigación es por esencia caótica, sinuosa y con un sinnúmero de baches y precipicios. Por otro lado, la exposición es sistemática, ordenada y en sus resultados pareciera ser apriorística. En este sentido, en las siguientes líneas y siendo consecuente con la metodología del materialismo histórico que es la adoptada en este trabajo, presentaremos lo más brevemente los resultados de la tesis.

A través de una frecuente coincidencia entre estudiosos de la salud, de disciplinas médico biológicas y sociales, confirmamos la hipótesis según la cual la salud es un entramado de aspectos de orden biológico, histórico, urbano ambiental y social. Asimismo, bajo indicadores de orden epidemiológico y demográfico, pudimos constatar que en Valle de Chalco, nuestra área de estudio, existe una crisis en la salud de sus habitantes y en los organismos encargados de cuidar y preservar el equilibrio sanitario en el asentamiento.

Analizando los materiales que exponen la formación del asentamiento, corroboramos que la crisis de salud se gesta por factores de orden histórico. Es decir, se debe a la manera como surge el asentamiento y a la manera como se deteriora la calidad de vida paralelamente con el desarrollo de la dinámica económica, la estructura urbana, el ambiente y sus clases sociales. Finalmente, también verificamos, incluidas las opiniones de los actores del proceso urbano vallechalquense, que la solución a esta crisis de salud atraviesa por el establecimiento de una gestión social o comunitaria de los servicios de salud y del asentamiento en su ámbito urbano y ambiental.

A estos resultados se llegó realizando inicialmente un estudio histórico en el cual descubrimos que, en los orígenes del asentamiento (finales de los 70's y década de los 80's), la problemática sanitaria y por tanto la presencia de enfermedades se derivaba de las pésimas condiciones de habitabilidad de la

que paradójicamente se empobrecen más mientras más riqueza se produce en la ciudad industrial. Por ello, esta población sobrante y formada por desempleados o subempleados está obligada a habitar uno o sucesivamente varios asentamientos irregulares donde no pagan ningún tipo de rentas pero donde también las condiciones de habitabilidad le generan fuertes daños a la salud.

Evidencias de lo anterior obtuvimos al comprobar, por diversas estadísticas locales, que el 70% de los habitantes del Valle vienen de Ciudad Nezahualcóyotl. Es decir fueron expulsados de aquel asentamiento y tuvieron que ir a invadir otro más alejado.

Asimismo, y en referencia a los daños a la salud, a través de varios estudios epidemiológico-demográficos de organizaciones de la zona, del Colegio de México y de la Universidad Metropolitana de Xochimilco, pudimos corroborar que los índices de morbilidad se incrementaron conforme el Valle de Chalco crecía en su población y su infraestructura de vivienda. Evidentemente, índices que no se presentan en asentamientos regulares de la zona metropolitana de la Ciudad de México. Y no se trataba sólo de los índices de morbilidad sino particularmente de perfiles epidemiológicos típicos de zonas insalubres: enfermedades transmisibles, respiratorias... lo cual se veía agravado por una pirámide poblacional donde predominan los estratos de alto riesgo como son los niños y las mujeres en edad reproductiva . Evidentemente esto a su vez generó que el Valle de Chalco en los 80's contara con tasas de mortalidad superiores a las estatales y las nacionales.

A este problema de salud, coadyuvaron no solamente el problema de la baja habitabilidad en la vivienda y el deterioro ambiental sino también la morfología de la estructura urbana. Hablamos sí, de una estructura reticular (como todos los asentamientos "irregulares" del oriente del DF) y no necesariamente caótica, pero donde se hace patente una configuración que promueve los problemas respiratorios (por la falta de pavimentación, los encharcamientos y los basureros a cielo abierto), la proliferación de adicciones, accidentes y

Solidaridad fue un programa de clase y con el fin de radicar la pobreza y a las clases pobres en el asentamiento.

Después de llevar un seguimiento de las acciones urbanas en el Valle de Chalco, llegamos a la conclusión de que dichas acciones tenían un móvil político, que era básicamente el distribuir el beneficio de la urbanización según la clase social a la que se perteneciera, incluso independientemente de la filiación partidista la cual no era una variable controlable.

Así, vemos que la introducción de la red de drenaje, agua y electrificación al norte del asentamiento fortaleció la infraestructura económica de la zona: era el corredor industrial. Al sur se encontraban maquilas clandestinas y era la zona más pobre: es decir aquella donde los escasos recursos invertidos podían tener un capital político mayor. Así, la lógica de intervención reproducía el esquema de fortalecer las dos funciones propias del Estado: sentar las bases de la acumulación privada y legitimarse ante la población más desfavorecida. Todo ello no es más que dejar al descubierto el carácter clasista de una política urbana cuyos primeros argumentos fueron precisamente la salud de los habitantes (y era lógico, la salud es un elemento de alto consenso político).

Podemos ver que la dupla religión-salud fue una de las puntas de lanza para enraizar a Solidaridad en el Valle. Una vez que ingresó, su distribución clasista de los servicios desataron la especulación inmobiliaria, el establecimiento de mafias médicas así como una nueva oleada de migrantes que tendrían que ocupar otros terrenos al no contar con los recursos de compra.

En particular respecto a la salud, fue muy claro que había un privilegio para establecer centros de salud al norte y al sur. Y que en ambos casos era prioritaria la clínica que atendía a población asegurada, es decir asalariada. Asimismo fue muy poca la atención para la población abierta. El pequeño estudio que se hizo sobre los patrones de utilización de servicios médicos demostró que los sistemas de salud que se establecieron contaban con los mismos esquemas clasistas de otros asentamientos irregulares y que por tanto

Finalmente, concluimos que es la reversión del carácter clasista y el formar una cultura político-técnica de la salud (como dos elementos claves de la autogestión de servicios urbanos) lo que permitirá que al menos en términos sanitarios, no se agraven las cosas en un asentamiento que (como decía Hiernaux) tiene por vocación producir espacio habitable para los más desfavorecidos del sistema.

BIBLIOGRAFÍA

- Almada Bay, Mario (Coord.) (1991) **Salud y crisis en México. Más textos para el debate.** Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Humanidades, UNAM, México D.F.
- Alonso, Jorge (1980) **Lucha urbana y acumulación de capital.** Ediciones de la Casa Chata No.12 , México D.F.
- Arenas Luz et al (2000) *Implicaciones de un programa de salud comunitaria sobre la calidad de vida de las mujeres en una comunidad indígena del Estado de Morelos* (en Daltabuit Magali et al **Calidad de vida salud ambiente**) UNAM – CRIM México
- Arzate Salgado, Jorge (2004) **Pobreza extrema en México. Evaluación Microsociológica** Ed. Gernika , México
- Azuela Antonio y Duahu Emilio (Coord.) (1993) **Gestión urbana y cambio institucional.** Universidad Autónoma Metropolitana, México D.F..
- Bachellard, Gastón (1983) **La Poética del Espacio.** Ed. Fondo de Cultura Económica, México D.F..
- Barquin Calderón, M. (1992) **Sociomedicina: Medicina social-Salud pública.** Facultad de Medicina, UNAM, México D.F.
- Bazant, Jean (2001) **Las periferias urbanas. Expansión incontrolada de bajos ingresos y su impacto en el medio ambiente,** Ed. Trillas México D.F.
- Bazant Jean (2003) **Los asentamientos irregulares. Guía de soluciones urbanas,** Ed. Trillas, México D.F.
- Benamor Leila y Mathieu D. (1991) **Trayectorias sociales y acceso a la vivienda en Chalco** Revista Mexicana de Sociología; Instituto de Investigaciones Sociales UNAM ,Año LIII/Núm.1 Enero-Marzo de 1991 México D.F.
- Bertolotto Fernando (1997) **La salud: Un espacio de trabajo político revalorizado** RNIU, Revista Ciudades # 33 , Enero Marzo 1997 México.
- Blanco Gil, José et al (2000) *Calidad de vida y políticas de salud incluyentes para la ciudad de México* (en Daltabuit Magali et al **Calidad de vida, salud y ambiente**) UNAM –CRIM México.
- Blanco Gil, José y Sáenz Zapata (1994) **Espacio Urbano y Salud.** Universidad de Guadalajara. Colección Serie Medicina Social Guadalajara, México
- Blanco Gil, José y otros (1996) *Emergencia sanitaria en Chiapas* en **Chiapas** Vol. 2 Ed. Era, México.
- Boltvinik Julio (1997) *Magnitud y características de la pobreza en las colonias* (en Martha Schteingart Coord. **Pobreza, condiciones de vida y salud en la ciudad**

1991, UAM-X México)

Dillard, Dudley (1961) **La teoría económica de John Maynard Keynes**. Ed. Aguilar, Barcelona, España.

Donabedian Avedís (1991) **La calidad de la atención médica** La prensa médica mexicana, México D.F.

Duahu Emilio (1997) *Evolución reciente del sistema público de salud y seguridad social. Su impacto en las colonias.* (en Martha Schteingart Coord. **Pobreza, condiciones de vida y salud en la ciudad de México** El Colegio de México, México)

Ducci María Elena (1989) **Introducción al urbanismo. Conceptos básicos** Ed. Trillas, México D.F.

Duwyer D.J. (1983) **Población y Vivienda en el tercer mundo. Perspectivas sobre el problema de asentamientos espontáneos** Ed. FCE México.

Echeverría, Bolívar (2004) **La Forma Natural de la reproducción social** ed. Itaca México, D.F.

Enciso González J. (1995) **Estudio Histórico del Instituto Patria** Documento inédito, Centro de Desarrollo Comunitario Juan Diego, Valle de Chalco, México.

Engels, Federico (1985) **Acerca del Problema de la vivienda.** Ed. Quinto Sol, México.

Espinoza de la Torre Marco Augusto (1993) **Control de flujos y estructuras de poder. Valle de Chalco** Escuela Nacional de Antropología e Historia INAH-SEP, México D.F.

Estudillo Becerra y otros (2005) **La salud y el uso de los servicios de salud por las mujeres de las áreas urbana y rural en las zonas de alta y muy alta marginación socioeconómica de la región fronteriza de Chiapas.** Revista de Estudios Demográficos y Urbanos 59 vol.20,núm.2 mayo-agosto 2005 El Colegio de México, México D.F.

Foucault Michel (1973) **Las palabras y las cosas.** Ed. Siglo XXI, México

Foucault Michel (1994) **El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica.** Ed. Siglo XXI, México.

Foucault Michel (2004) **Historia de la sexualidad.** Ed. Siglo XXI, México

FUNSALUD (1994) **Economía y Salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México.** Documento del Diplomado en Economía de la Salud Facultad de Economía UNAM 1999, México D.F.

García Coll J. (1993) **Estructura Urbana.** Cuadernos de Urbanismo No. 3 División de Estudios de Posgrado, Facultad de Arquitectura UNAM, México.

1991).

- Hiernaux Nicolás, Daniel (1991a) **Proceso de Poblamiento del Valle de Chalco. Una aproximación sociodemográfica y económica.** El Colegio de México, México.
- Hiernaux Nicolás (1995) **Nueva Periferia, Vieja Metrópoli** ed. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México.
- Hiernaux, Nicolás (2000) **La construcción social de un territorio emergente. El Valle de Chalco.** El Colegio de México, México.
- Hollalhan (1996) **Psicología ambiental** Ed. Limusa, México D.F.
- INEGI (2006) **Estado de México. Anuario estadístico 2005** Ed. INEGI México D.F.
- Infante Claudia et al (2000) *Paradigmas de la calidad de vida y salud* en Daltabuit Magali et al **Calidad de vida salud y ambiente** UNAM –CRIM, México D.F.)
- Iñiguez Rojas, Luisa y Barcillos Christovam (2003) **Geografía y Salud en América Latina: evolución y tendencias** en Revista Cubana de Salud Pública , vol. 29, No. 4, octubre diciembre , La Habana Cuba.
- Instituto de Salud del Estado de México (2002) **La salud en la zona Oriente del D.F.** Documento inédito, Toluca, Estado de México.
- Knox E.G. (1989) **La epidemiología en la planificación de la atención a la salud** Ed. Siglo XXI México.
- Keynes J.M. (1986) **Teoría General del Empleo, el Interés y el Dinero** Ed. FCE, México.
- Korsch Karl (1985) **Ensayos sobre marxismo** ed. Era México
- Lara y Mateos Rosa María (1997) **Medicina y Cultura** ed. Plaza y Valdés México
- Laurell Asa Cristina (1993) **Para una Investigación sobre La salud de los trabajadores** Ed. Organización Panamericana de la Salud, Oficina de México
- Laurell Asa Cristina (2003) **La Reforma contra la salud** Ed. Era México
- Le Corbusier (1993) **La carta de Atenas. Principios de Urbanismo.** Ed. Planeta Agostini, México.
- Lefebvre Henri (1973) **El Derecho a la Ciudad** Ed. Península España
- Leñero Otero, Luis (1994) **Sociedad Civil, Familia y Juventud** ed. CEJUV México D.F.
- Lindón Villoria, Alicia (1998) **De la trama de la cotidianidad a los modos de vida urbanos: El Valle de Chalco.** El Colegio de México.

- Ontiveros Ruíz Guillermo (2005) **El programa nacional de Solidaridad. La política Social en México 1988-1994.** Ed. Eudemet, España.
- OPS (1989) **Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud** ediciones de la OPS-OMS Oficina de México.
- OPS (1989) **Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud (Participación social)** OPS-OMS, Oficina de México.
- OPS (1993) **Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud (Temas de discusión)** OPS-OMS Oficina de México.
- OPS (1997) **Ciudades y Municipios saludables** Revista Ciudades # 33 Enero Marzo , México.
- OPS (1998) **La salud en las Américas** Oficina regional de la organización mundial de la salud. Perú.
- Ortiz Quesada (1981) *El neoliberalismo se paga con la salud del pueblo* en Green Rosario (Coordinadora) **Los mitos de Milton Friedman** Ed. Nueva Imagen, México
- Ortiz Quesada (1985) **La enfermedad y el hombre** Ed. Nueva Imagen México
- Oseas Martínez J. (1990) **Imagen de la Ciudad.** Ed. UAMX México D.F.
- Pedrero Rafael (2000) *Condiciones económicas sobre calidad de vida, salud y ambiente* (en Daltabuit Magali et al **Calidad de vida salud y ambiente**) UNAM –INI México 2000
- Presidencia Municipal del Valle de Chalco (2003) **Plan de Desarrollo Urbano de Valle de Chalco 2003-2006**, Estado de México.
- Perlo Cohen, Manuel (1981) **Estado, Vivienda y Estructura Urbana en el Cardenismo** Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, México.
- Perlo Cohen, Manuel et al (1991) **La modernización de las ciudades en México** Ed. Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Pradilla Cobos (1986) **La Vivienda en América Latina** Ed. Fontamara México, D.F.
- Pradilla Cobos (1987) **Ciudad y Crisis** Revista Diseño y Sociedad UAMX México.
- Pradilla Cobos (1993) **Territorios en Crisis** Ed. Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa, México.
- Ramón Fenando (1974) **La ideología Urbanística** Alberto Corazón Editor, Comunicación serie B, Madrid, España.