



# MIGRACIONES, INJUSTICIAS Y SALUD

**COORDINADORES**

JOSÉ LUIS ÁVILA

HÉCTOR HERNÁNDEZ BRINGAS

MALAQUÍAS LÓPEZ CERVANTES

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



COLECCIÓN  
POBLACIÓN, SALUD Y SOCIEDAD

COORDINADORES:

José Luis Ávila

Malaquíás López Cervantes

# MIGRACIONES, INJUSTICIAS Y SALUD

José Luis Ávila  
Héctor Hernández Bringas  
Malaquías López Cervantes  
[coordinadores]



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

México 2020

Catalogación en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas  
Nombres: Ávila Martínez, José Luis, autor, editor. | Di Castro, Elisabetta, autor. | Velasco, Juan Carlos, autor. | Partida Bush, Virgilio, autor. | López, Flor M., autor. | Chávez Galindo, Ana María, autor. | Lemus Ramírez, Carlos, autor. | Cruz Piñeiro, Rodolfo, autor. | Reyes Miranda, Alejandra, autor. | Ramírez García, Telésforo, autor. | Montes de Oca, Verónica, autor. | Tigau, Camelia, autor. | Gaspar Olvera, Selene, autor.  
Título: *Migraciones, injusticias y salud* / José Luis Ávila (coordinador) ; José Luis Ávila, Elisabetta Di Castro, Juan Carlos Velasco, Virgilio Partida Bush, Flor M. López, Ana María Chávez Galindo, Carlos Lemus Ramírez, Rodolfo Cruz Piñeiro, Alejandra Reyes Miranda, Telésforo Ramírez García, Verónica Montes de Oca, Camelia Tigau, Selene Gaspar Olvera.  
Descripción: Primera edición. | México : Universidad Nacional Autónoma de México, 2020. | Serie: Colección población, salud y sociedad.  
Identificadores: LIBRUNAM 2086461 | ISBN 9786073034579.  
Temas: Emigración e inmigración – Aspectos sociales. | México – Emigración e inmigración – Aspectos sociales. | Inmigrantes – Atención medica – México. | Justicia social – México.  
Clasificación: LCC JV6035.M534 2020 | DDC 304.8—dc23

Primera edición: 7 de septiembre de 2020

D. R. © 2020 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
Ciudad Universitaria, alcaldía Coyoacán, 04510,  
Ciudad de México

ISBN: 978-607-02-6068-1 (colección)  
ISBN de la obra: 978-607-30-3457-9

Esta edición y sus características son propiedad  
de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Prohibida la reproducción total o parcial  
por cualquier medio sin la autorización escrita  
del titular de los derechos patrimoniales.

Impreso y hecho en México.

# MIGRANTES POBRES Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA PERIFERIA DE LA ZONA METROPOLITANA DE LA CIUDAD DE MÉXICO<sup>1</sup>

*Flor M. López\**

## INTRODUCCIÓN

La población inmigrante ha tendido a congregarse en las zonas metropolitanas, particularmente en sus periferias, y éstas se han concentrado en zonas de pobreza, sin embargo, a pesar de que se tienen cifras estimadas de la población que llega a dichas zonas se conoce poco en dónde se asientan, cuántos llegan y sobre todo qué ocurre con su trayectoria de vida después de que se asientan. Por esta localización tampoco se conocen con certeza cuáles son sus condiciones socioeconómicas y demográficas, particularmente su estatus de salud.

Por lo anterior, una de las preguntas que se pretende responder en este trabajo es ¿cómo resuelven los inmigrantes su condición y problemas de salud?, pues es ésta una de las necesidades básicas para el bienestar social, además de ser de atención y resolución inmediata. De esta manera, el objetivo principal es analizar las estrategias de la población inmigrante para “autorresolver” algún problema de salud.

El resultado del presente estudio demostró el alto potencial de acceso a los servicios de salud ubicados en los consultorios anexos a farmacias. Esta tendencia se debió básicamente a dos aspectos, el primero es que la distribu-

<sup>1</sup> Este trabajo fue realizado gracias al Programa de Apoyo de Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) clave IA300116: “Análisis territorial de los consultorios médicos anexos a farmacias como una alternativa de acceso a los servicios de salud de la población pobre en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México”.

\* Investigadora del Instituto de Geografía de la UNAM.

La autora agradece a Josefina Hernández y Miguel Ángel Flores la elaboración de los mapas incluidos en este trabajo.

ción de este tipo de servicios de salud se concentra mayoritariamente en las zonas de alta y muy alta marginación periférica; y el segundo es que se acude a este servicio privado pero con orientación popular por el bajo costo de las consultas y medicamentos, lo cual es beneficioso para los inmigrantes, pues al no contar con alguna derechohabiencia, este tipo de establecimientos no pide ningún requisito para la atención.

#### **LOCALIZACIÓN Y RELOCALIZACIÓN DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN LA ZONA METROPOLITANA DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

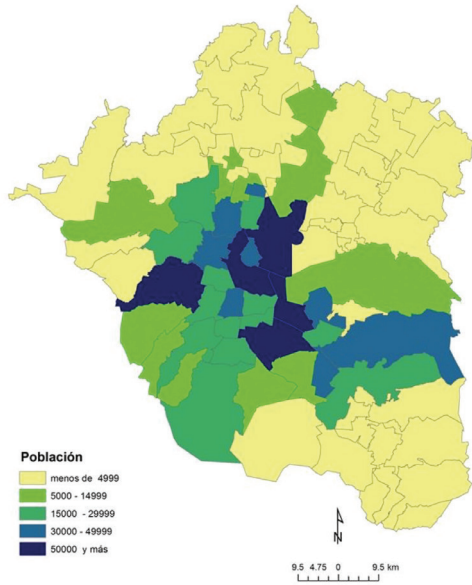
La población migrante atraída por la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM) ha ido modificando sus preferencias por determinados espacios para asentarse.

De la misma forma, la localización de los asentamientos de la población inmigrante en la ZMCM se ha modificado a través del tiempo. En los últimos 20 años, la tendencia a relocalizarse ha seguido el patrón del centro hacia el norte y el este.

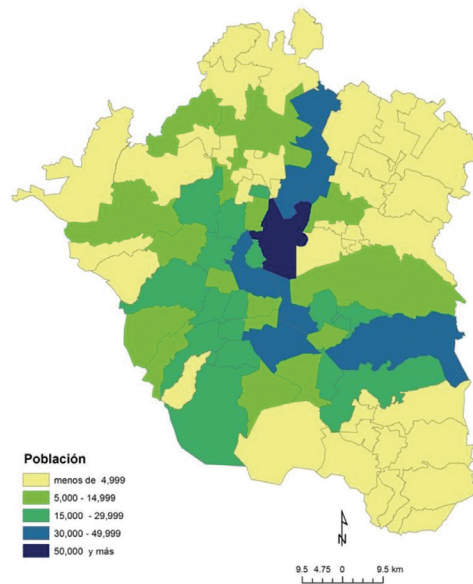
Como se observa en el mapa 1, para 1995 la población migrante tenía preferencia por asentarse en varios municipios localizados entre el centro y este de la ZMCM, específicamente por la alcaldía Iztapalapa, y los municipios de Ecatepec y Naucalpan. No obstante, como se aprecia en el mapa 2, para 2005 la población migrante prefirió asentarse más en el municipio de Ecatepec, pero con tendencia a establecerse hacia el norte, pasando por los municipios de Tecámac y Tizayuca, y hacia el oriente, en los municipios de Chimalhuacán e Ixtapaluca.

El problema de la localización de los inmigrantes en la ZMCM es que se asientan en lugares desprovistos de infraestructura de todo tipo, como agua, drenaje, vialidades, o bien, con la falta de infraestructura de servicios públicos como educación, salud, transporte.

Lo anterior afecta su acceso, pues se ven en la necesidad de moverse a distancias más largas. Peor aún, por su condición de inmigrante o su reciente



Mapa 1. zMCM. Población de 5 años y más en otra entidad federativa, 1995.



Mapa 2. zMCM. Población de 5 años y más en otra entidad federativa, 2005.

llegada, no cuentan con derecho para acceder a estos servicios, lo cual implica un impacto potencial en la calidad de vida de esta población.

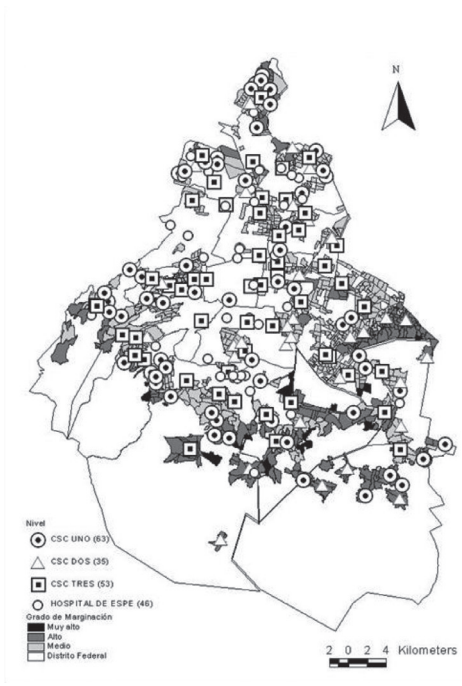
#### LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ESPACIO INTRAMETROPOLITANO DE LA ZONA METROPOLITANA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

En el cambio de la geografía de la pobreza y de las preferencias territoriales de los inmigrantes en la ZMCM contiene serias implicaciones en cuanto a la provisión de los servicios de salud. Estas implicaciones inciden sobre todo en los niveles de pobreza de la población inmigrante. Esto es que en los suburbios, ciertos servicios de salud públicos han mejorado a través de los años, simplemente por el proceso de la expansión urbana y por la aparición de más asentamientos adyacentes, sin embargo, la agudización de la pobreza de los inmigrantes asentados en esta zona intrametropolitana se explica porque muchos de los servicios de salud más que mejorar, se han deteriorado. Mientras que en la periferia los servicios públicos de salud presentan carencias muy marcadas. Para entender lo anterior, a continuación se caracterizan aspectos importantes de los servicios de salud y su incidencia en la pobreza de los inmigrantes.

El acceso a los servicios públicos de salud en el espacio urbano se ha complicado, por un lado, por el crecimiento de la población ya que cada vez es más difícil extender y/o ampliar cierto tipo de servicios públicos; y por otro lado, la forma de proveer los servicios de salud ha cambiado, algunos por ejemplo, se privatizaron. Estos dos grandes aspectos dificultan el acceso a los servicios de salud, sobre todo a aquella población que se encuentra en condición de inmigrante pobre.

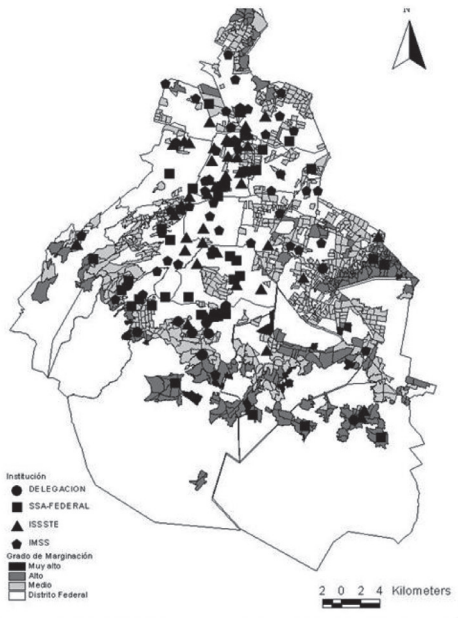
El mayor cambio de la forma de acceder a los servicios de salud se dio por la forma de proveerlos, se diversificaron y se privatizaron, pero con una tendencia más popular, es decir, hay servicios privados más accesibles para la población pobre, por ejemplo las consultas médicas que se ofrecen en los consultorios médicos anexos a farmacias.





Mapa 3. CDMX. Servicios de salud comunitarios de marginación.

Mapa 4. CDMX. Servicios de salud públicos por institución.



Además, los servicios públicos se ampliaron, esto es, que han surgido o re-surgido servicios nuevos por la creciente necesidad de la población al encontrarse sumida en una profunda pobreza, por ejemplo, los centros de atención a las adicciones o centros de salud comunitarios

De acuerdo a lo anterior, el acceso a los servicios de salud puede analizarse desde varias aristas, al menos se identifican cinco aspectos cruciales de los servicios de salud que deben tomarse en cuenta, pues muestran un cambio con respecto a décadas anteriores.

La primera es que los servicios ofertados tienden a ser muy variados, pero sobre todo de un acceso muy heterogéneo, que en gran medida dependen de su localización, su calidad, su distribución y disponibilidad y por el tipo de servicio.

Los servicios de salud suelen ser muy diversos porque su oferta se ha ampliado, sobre todo para tratar de llenar algunos vacíos que de alguna manera se quedaron pendientes con el antiguo modelo económico o Estado benefactor o porque las necesidades han ido cambiando con el actual Estado neoliberal. La forma de proveer los servicios se ha modificado, pues ahora se encuentra una mezcla de servicios públicos, privados y mixtos, por lo tanto, el acceso podría estar al alcance de todos, sobre todo por su bajo costo

En la zona metropolitana de la Ciudad de México, la falta o carencia de los servicios de salud se debió prácticamente al tipo de poblamiento de muchas áreas periféricas que poco a poco van siendo subocupadas, pues al extenderse la población, la demanda de servicios crece junto con los costos de proveerlos a zonas cada vez más lejanas. Así el Estado se queda cada vez más sin recursos, por poner en marcha su política neoliberal y, por otro lado, la población que llega a las periferias es la más pobre, sin capacidad de pago para la obtención de servicios (Hiernaux, 1991, p. 289).

Los servicios ofertados pueden ser heterogéneos por su localización, es decir, los servicios ofertados, sean públicos, privados o mixtos, siguen teniendo la mayor preferencia por establecerse en las zonas centrales de la ciudad (Antunez, 2003, p. 9); por lo general la población del centro de la ciudad es la mejor dotada, mientras que la población de la periferia es la peor dotada, en consecuencia, todavía hay mucha población en zonas suburbanas que no han

mejorado su acceso y que pueden estar *infradotadas* de los servicios salud. Por ejemplo, como se aprecia en el mapa 3, en la periferia de la Ciudad de México hay mayor presencia de centros de salud, los cuales son de primer contacto con la población y coinciden con las zoans de alta y muy alta marginación. En cambio, en el mapa 4 se observa alta concentración de hospitales de especialidades y regionales en la zona centro de la Ciudad de México, es decir, mejor equipados, sin presencia en la periferia. Es muy importante establecer esta diferenciación territorial en cuanto al acceso a los servicios de salud porque es muy probable que las carencias de servicios públicos dificulten, limiten o dejen sin acceso a mucha población, sea por la concentración de servicios en el centro, o por la dispersión de servicios en las zonas suburbanas y periféricas. Además hay que sumar que al interior de cada zona existe una desigualdad en cuanto al tipo y calidad de los servicios.

Lo anterior está vinculado con la cobertura social y territorial; Pérez (2015, p. 56) refiere que la distribución de los servicios se relaciona al grado de conectividad y movilidad de la población. Sin embargo, hay servicios que no llegan hasta el lugar de los asentamientos, y por lo tanto, hay población inmigrante que queda excluida por no estar conectada a la red de distribución de los servicios, lo cual sucede desde las zonas suburbanas hasta las periferias de las ciudades.

Otra arista es que la población inmigrante cada vez más pobre, se enfrenta a resolver el acceso a los servicios de salud de diferente manera por la insuficiencia y deficiencia de los servicios, a su alta concentración y a su baja o deteriorada calidad.

Una tercera arista de análisis es que surgen servicios de salud privados a costos más “cómodos” para que la población de más bajos ingresos pueda acceder a ellos. A pesar de que ésta sea una forma de resolver el acceso a los servicios de salud, no quiere decir que los servicios sean de muy buena calidad, sino que la competencia es variada, lo que su vez permite que haya mayor disponibilidad y alternativas de tener un mejor acceso para la población pobre inmigrante, sobre todo a servicios de primera necesidad, por ejemplo, los servicios de salud ofrecidos por la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

Sin embargo, lo anterior no ha favorecido mucho a sectores en situación de pobreza, ya que el acceso a los servicios de salud privados con orientación popular como en las farmacias que tienen un consultorio médico adyacente, aun siendo de bajo costo, les ha significado un gasto económico extra en los ingresos del hogar y, por tanto, una modificación al consumo de la canasta básica, aunado a que la calidad de los servicios es muy baja.

Derivada de la anterior, una cuarta arista sería precisamente el conocimiento e identificación de las distintas formas de autogestión, lo que Coulomb (1991, p. 271) refiere como la participación de la población para satisfacer sus necesidades más elementales, ya que no puede acceder a los servicios de salud. Esto se refiere a la población que carece totalmente de acceso a los servicios de salud y que de alguna manera, tiene que conseguirlos o autoabastecerse. El problema en este tipo de participación de los pobladores inmigrantes pobres, y de estas prácticas de autoestrategias —tan características de las periferias urbanas—, es que se practican durante un plazo indefinido, para lograr un *autoacceso* de muy bajo nivel, sin que llegue el mejoramiento de los servicios de salud a lo largo del tiempo.

Una quinta arista es que los servicios de salud se han ampliado, es decir, que estos servicios no sólo son como los tradicionales, sino que se trata de servicios que han tendido a corresponder a los niveles de ingresos más bajos, tratando de ofertar varios servicios a la vez. Por ejemplo, en las farmacias que tienen un consultorio médico adyacente también cuentan con laboratorios clínicos en el mismo local y así se cubren tres necesidades: consulta médica, seguridad en el abastecimiento de medicamentos y análisis clínicos.

De acuerdo con las cinco aristas de análisis de acceso a los servicios de salud, es de resaltar que la forma de ofertar los servicios ha cambiado a tal grado que la población pobre tiene más alternativas para acceder a éstos, sin embargo, la población en condición de pobreza y de inmigrante continúa marginada de un acceso adecuado en cuanto a cobertura, disponibilidad y distribución en el territorio, así como de calidad del acceso. Aun con una amplia gama de servicios, siguen tendiendo a ser privados con lo cual, como ya se mencionó, el pobre inmigrante se ve orillado a destinar una

parte de su ingreso familiar para subsidiar un pago extra por una necesidad básica, lo que profundiza su pobreza.

Por lo anterior, la población en condición de pobreza y de inmigrante se enfrenta entonces a una sobresaturación de servicios de salud pero lejanamente localizados, a condicionantes imposibles de resolver para acceder al sistema de salud por carecer de un salario; y se enfrenta a una dotación de muy baja calidad de servicios que debe subsidiar o que debe autorresolver.

#### **ANÁLISIS SOCIO-TERRITORIAL DE LA DISTRIBUCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA CIUDAD DE MÉXICO Y SU ZONA METROPOLITANA**

En el espacio intraurbano de la Ciudad de México existe un escenario socio-territorial fragmentado y/o diversificado de los servicios de salud, ya que se identifican al menos dos modalidades de servicios de salud que atienden a los pobres. La primera se refiere a los servicios de salud que ofrece el gobierno local de la Ciudad de México, denominados Centros de Salud Comunitarios, los cuales son catalogados como servicios de salud públicos; y la segunda es la modalidad de farmacias con consultorio médico anexo en el mismo punto de venta, al cual se le catalogaría como un servicio de salud privado pero con orientación popular.

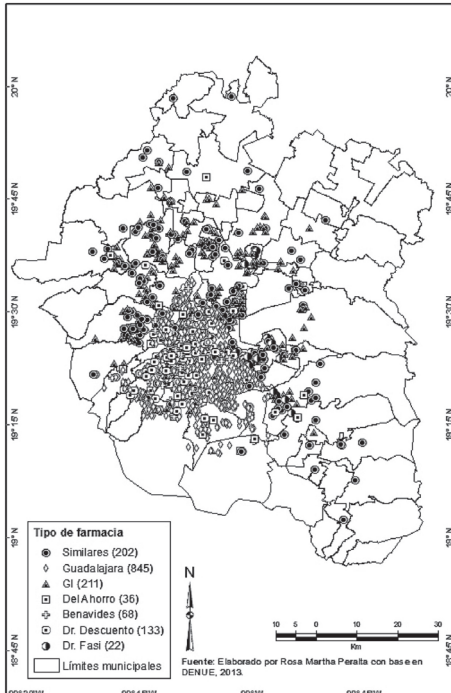
En cuanto a los servicios públicos, en 2001 se crearon los Centros de Salud Comunitarios como parte de una política social denominada Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG), el cual aplica para todos aquellos residentes de la Ciudad de México que no son beneficiarios de algún tipo de seguridad social. Con esta política social se trató de dar cobertura de forma gratuita a la población en condición de pobreza y así poder garantizar una cobertura de salud. Desde la perspectiva socio-territorial, se realizó un diagnóstico de la situación física de los servicios de salud, en el que se identificó que se carecía de dicha infraestructura en zonas con niveles de marginación muy alto y alto (SSA-DF, 2004, p. 6). Sin embargo, a pesar de los esfuerzos del gobierno local, reflejados en la disposición de servicios de salud

por medio de centros de salud comunitarios, es evidente que el sistema público de salud que beneficiaría más a la población sin derechohabiencia tiene una cobertura a nivel territorial muy desigual y muy deficiente. En primer lugar, predominan los centros de salud de primer nivel, donde sólo existe un médico y una enfermera, esto es de un total de 198 centros de salud comunitarios, 96 son de primer nivel; 43 de segundo nivel y 59 de tercer nivel. En segundo lugar, donde hay más población sin derechohabiencia es donde más se requiere de centros de salud comunitarios; en tercer lugar, para 2010 40% de los servicios otorgados por estos establecimientos lo concentran sólo tres alcaldías: Gustavo A. Madero, Iztapalapa y Tlalpan y, en cuarto lugar, alcaldías periféricas como Magdalena Contreras, Milpa Alta, Cuajimalpa son las que menos otorgan servicios de atención médica reportadas en 2010. Lo anterior rompe con el esquema de enfocarse a los sectores más pobres de la población propiciando que la población pobre prefiera atender su salud en los centros de salud comunitarios de más alto rango, es decir, centros de salud comunitarios que ofrecen consultas médicas, farmacia y análisis de laboratorio clínicos, lo que hace que los pocos centros de salud de tercer nivel se saturen.

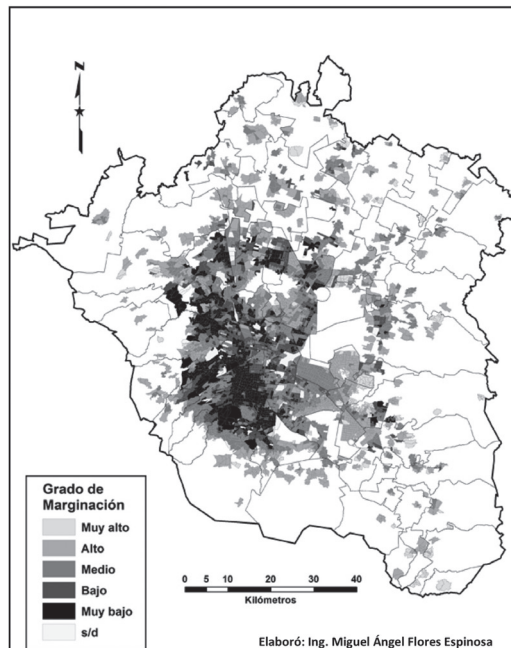
Estos centros de salud comunitarios también presentan un déficit importante en cuanto a su atención, ya que cada vez más, atienden a un mayor número de población, como a la población derechohabiente o que están afiliados al Seguro Popular, ya que esta población asegurada prefiere atenderse en estos centros de salud que en los servicios de salud a los que están afiliados y así hace aún más deficiente el sistema, pues la derechohabiencia no garantiza un buen servicio de salud, es por ello que la población derechohabiente prefiere acercarse más a estos servicios de salud.

A continuación se presentan los mapas 5 y 6 que muestran la distribución de los servicios de salud que ofrecen las farmacias con consultorio médico anexo.

En el mapa 5 se identifica claramente cómo existe una alta concentración de este tipo de servicios de salud que van del centro hacia la periferia norte, y conforme se acercan a la periferia, se nota una dispersión gradual, mientras que sólo se identifica una agrupación de farmacias hacia el sureste de la ZMCM. En ambos casos, coincide la presencia de estas farmacias con los grados de



Mapa 5. Distribución de farmacias en la zona conurbada de la Ciudad de México.



Mapa 6.

marginación alta y muy alta por áreas geoestadísticas básicas urbanas como se muestra en el mapa 6.

Desde el punto de vista territorial, la densidad de farmacias que se presentan en el territorio en cuanto a volumen y cantidad, podrían indicar una amplia disponibilidad de este tipo de servicios médicos privados con orientación popular, así como su localización podría reducir una serie de dificultades como el tiempo y el costo que por lo regular experimenta aquella población asentada en la periferia metropolitana y cuyas localizaciones geográficas carecen de infraestructura de servicios de salud.

En términos sociales, el patrón de distribución y disponibilidad territorial de esta modalidad de servicios de salud, se convierte en una alternativa de acceso a la salud para la población inmigrante pobre.

Derivado de ese patrón socioterritorial, se identifica que este modelo de salud se ha expandido a otros ámbitos comerciales, teniendo presencia en las tiendas de autoservicio. Esta proliferación se explica porque las farmacias con consultorio médico anexo están registradas ante el Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas del INEGI, en el rubro de comercio al por menor, y no en el rubro de salud. Por esta razón, muchos consultorios adyacentes a farmacias no están regulados o registrados ante la Comisión Federal para la Protección contra el Riesgo Sanitario (Cofepris), lo cual puede ser considerado de alto riesgo al corto y mediano plazo para la salud de la población usuaria, cuya mayoría se ubica entre la población pobre migrante, pues a pesar de la alta competencia comercial, la disponibilidad no garantiza una atención médica adecuada.

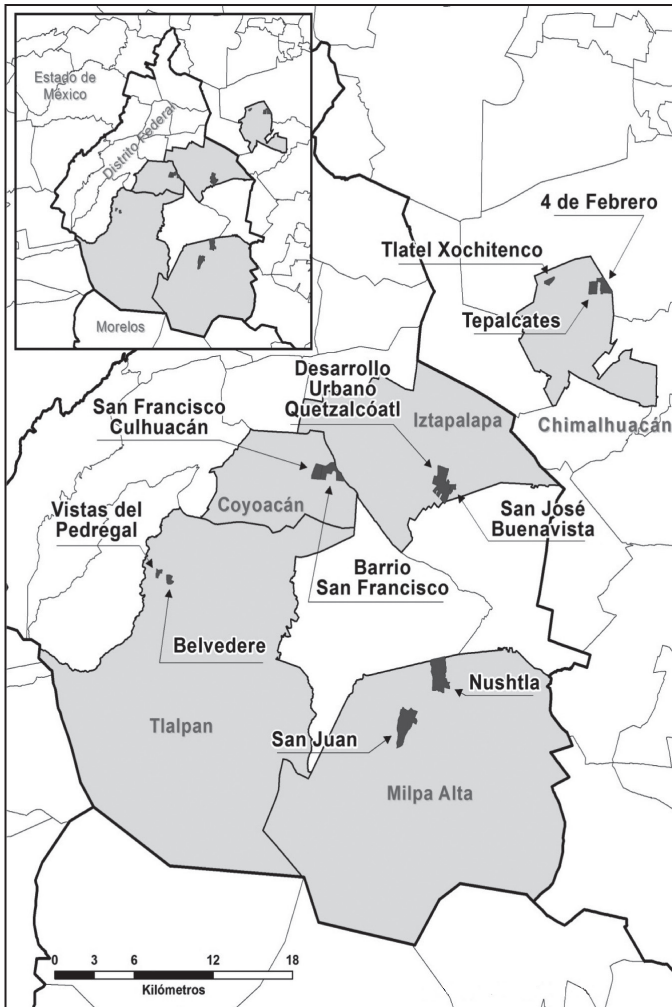
#### **LOS INMIGRANTES POBRES METROPOLITANOS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA ZONA METROPOLITANA DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

Con el propósito de verificar las estrategias para resolver las necesidades de salud de la población pobre inmigrante, se analizó una base de datos estadísticos derivados de una encuesta aplicada a 511 hogares de los cuales 73% fue pobla-



ción inmigrante. Esta encuesta se aplicó en ocho colonias de cuatro alcaldías de la Ciudad de México y tres localidades del municipio de Chimalhuacán con un total de 377 encuestas, cuya localización se observa en el mapa 7.

Uno de los principales criterios por los que se seleccionaron las áreas de estudio, es que, según EVALUA, son consideradas las colonias con el más bajo nivel de desarrollo social en el año 2010 para el caso de la Ciudad de México; mientras que para el municipio de Chimalhuacán, sus localidades se selec-



Mapa 7. ZMCM. Localización de colonias y localidades encuestadas. Elaboración: Miguel Ángel Flores Espinosa.

cionaron porque según el Consejo Nacional de Evaluación para la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) refirieron el nivel más bajo de rezago social en 2010 (Aguilar y López, 2016, p. 11).

En el cuadro 1 se observa la distribución de las encuestas en las áreas de estudio y se identifica que el mayor porcentaje de las encuestas aplicadas se concentró en las localidades analizadas del municipio de Chimalhuacán, lo cual se explica porque es la zona de la periferia metropolitana de la Ciudad de México a donde llega más población migrante a asentarse, seguido de las colonias de la alcaldía Iztapalapa, la cual ha sido espacio tradicional de los migrantes, de hecho para 2010 la Secretaría de Desarrollo Rural y Equidad para las Comunidades (Sederec) reportó que más de 30 000 personas llegaron a la alcaldía Iztapalapa y el tercer lugar que recibe más población migrante es la alcaldía Tlalpan, a la que también para el mismo año 2010 llegaron más de 10 000 personas (López y Martínez, 2015, p. 294).

**Cuadro 1. Distribución de encuestas  
en el área de estudio**

<i>Municipio/ Delegacion</i>	<i>Localidad/Colonia</i>	<i>Núm. de encuestas</i>	<i>%</i>	<i>Núm. de personas</i>	<i>%</i>
Chimalhuacán	Tepalcates	39	10.34	76	15.80
	4 de Febrero	40	10.61	95	19.75
	Tlatelxochitenco	41	10.88	81	16.84
Tlalpan	Vistas del Pedregal	44	11.67	27	5.61
	Belvedere	48	12.73	85	17.67
Iztapalapa	San Jose Buena- vista	56	14.85	36	7.48
	Desarrollo Urbano B.	64	16.98	46	9.56
Milpa Alta	Nushtla	45	11.94	35	7.28
Total		377	100.00	481	100.00

Por un lado, a cada encuesta se le aplicó un índice global de satisfacción de necesidades básicas de acuerdo a una parte de la metodología de medición integral de la pobreza construida por Boltvinik en 1997, con la cual se estratificó el nivel pobreza en la que se encuentra la población migrante. Como se observa en el cuadro 2, las colonias que se encuentran en la peor condición de pobreza fueron las colonias de las alcaldías Milpa Alta y Tlalpan, mientras que las colonias de Iztapalapa y las localidades de Chimalhuacán mostraron una variación poco significativa de estratos de pobreza, ya que pasaron de la indigencia a la pobreza extrema y moderada.

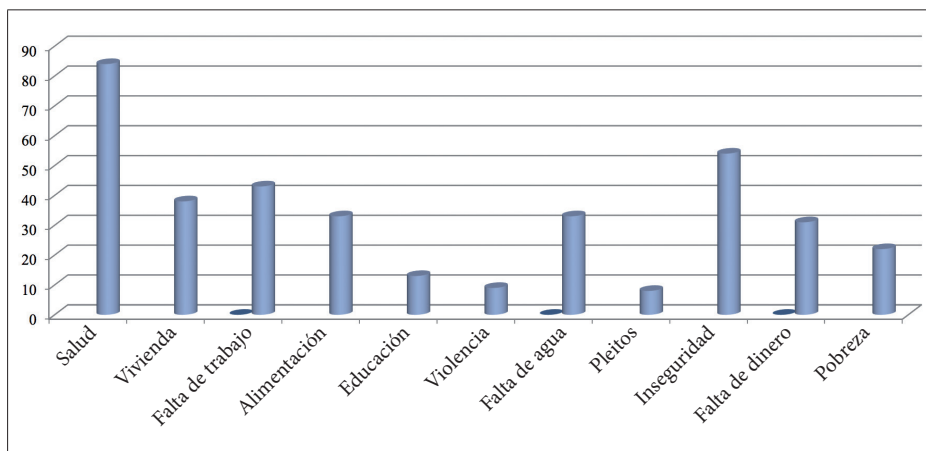
**Cuadro 2. Índice global  
de necesidades básicas insatisfechas**

<i>Municipio/ alcaldía</i>	<i>Localidad</i>	<i>Índice global</i>	<i>Estrato</i>
Chimalhuacán	Tepalcates	0.33	Indigente
	4 de Febrero	0.32	Moderado
	Tlatelxochtenco	0.32	Indigente
Iztapalapa	Desarrollo Urbano Q.	0.47	Indigente
	San José Buenavista	0.36	Pobreza extrema
Milpa Alta	Nustla	0.42	Indigente
Tlalpan	Belvedere	0.37	Indigente
	Vistas del Pedregal	0.2	Indigente

Por otro lado, un apartado de la encuesta se dedicó a conocer los principales problemas que tiene cada familia; y como se identifica en la gráfica 1, el primer lugar lo ocupa el acceso a la salud, seguido de la inseguridad.

Por lo anterior, se aplicó un índice de satisfacción de la necesidad básica de salud, también como un extracto de la mencionada metodología de medición integral de la pobreza, y como se identifica en el cuadro 3, se obtuvo como resultado una predominancia de pobreza extrema en cuanto al acceso al servicio.

Gráfica 1. Principales problemas para la familia



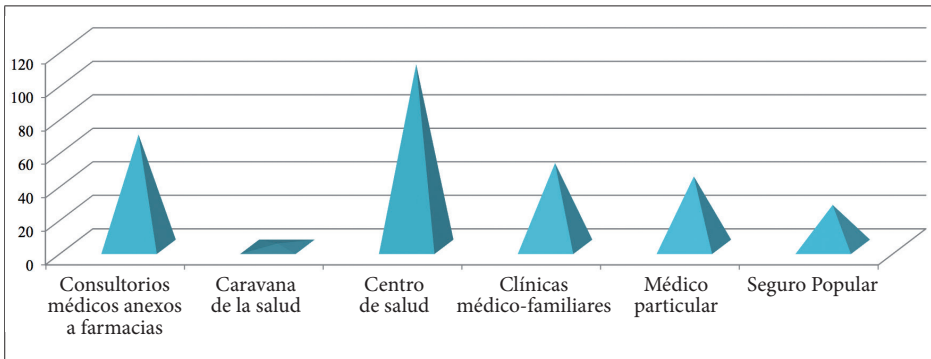
Cuadro 3. Índice parcial de satisfacción de necesidad básica de salud

<i>Municipio/ alcaldía</i>	<i>Localidad</i>	<i>Índice global</i>	<i>Estrato</i>
Chimalhuacán	Tepalcates	0.56	Pobreza extrema
	4 de Febrero	0.59	Pobreza extrema
	Tlatelxochtenco	0.75	Pobreza moderada
Iztapalapa	Desarrollo Urbano Q.	0.62	Pobreza extrema
	San José Buenavista	0.55	Pobreza extrema
Milpa Alta	Nustla	0.4	Indigente
Tlalpan	Belvedere	0.59	Pobreza extrema
	Vistas del Pedregal	0.62	Pobreza extrema

Lo anterior se explica porque, como se observa en la gráfica 2, la mayoría de la población encuestada acude a los servicios que ofrecen los centros de salud por ser gratuitos (sean los comunitarios del gobierno de la Ciudad de México o los que ofrece la Secretaría de Salud federal); en segundo lugar, la

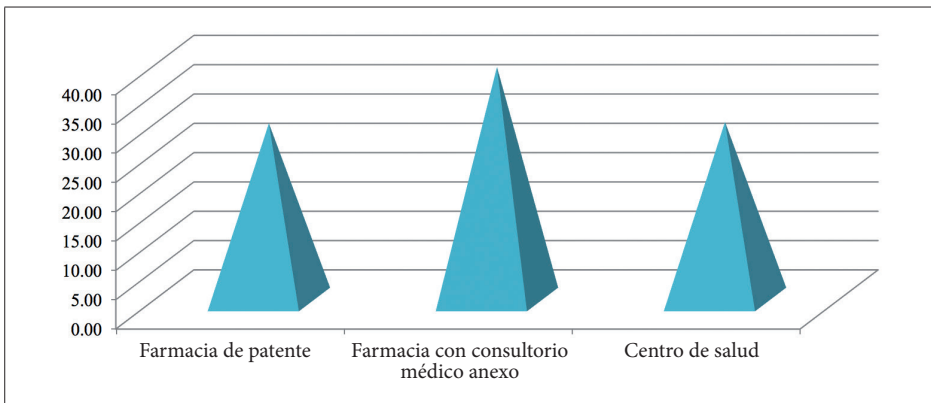
población recurre más a los consultorios médicos anexos a farmacias por “baratos”, y en tercer lugar utilizan las clínicas médico-familiares.

Gráfica 2. Tipo de servicio al que acude



De la misma manera, 40% de la población recurre a comprar sus medicamentos en las mismas farmacias donde fueron atendidos, como se muestra en la gráfica 3.

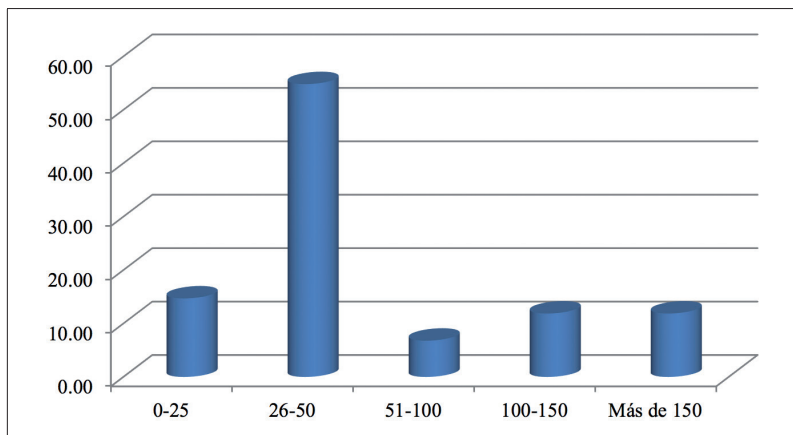
Gráfica 3. Dónde consigue sus medicamentos



Por otra parte, se verificó cómo las estrategias para resolver sus condiciones de salud por parte de la población migrante contribuyen a su empobre-

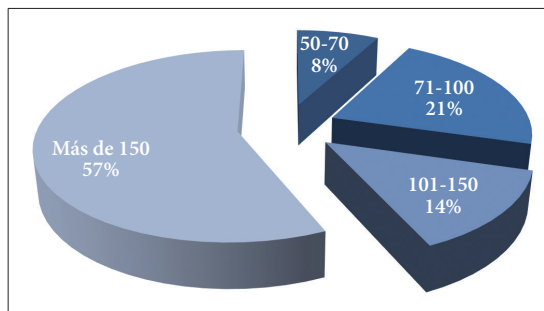
cimiento. Esto es, como se observa en la gráfica 4, 55% de la población gasta entre 26 y 50 pesos, lo cual significaría un poco más de la mitad de un salario mínimo actual (72 pesos diarios).

Gráfica 4. Cuánto gasta en la consulta médica



Lo más grave, como se muestra en la gráfica 5, es que 57% gasta hasta 150 pesos en la compra de medicamentos en estos mismos establecimientos. Según los encuestados, prefieren consumir medicamentos que consultas médicas por ahorrarse al menos un cuarto de un salario mínimo, lo que propicia la automedicación.

Gráfica 5. Gasto en la compra de medicamentos



## CONCLUSIONES

Pocas son las investigaciones que coadyuvan a atenuar las disparidades de acceso a los servicios públicos, sobre todo en términos de política social; una excepción son las aportaciones de los geógrafos Hanlon y Rosenberg (1998, p. 562), quienes hacen una crítica a la política de los servicios de salud, recordando que el objetivo esencial de las políticas sociales y urbanas de salud es el de coordinarlos con las demandas de la población presentes y futuras; pero la realidad es que su distribución no corresponde, al menos, a las demandas de la población pobre inmigrante, ya que se tiende más a la concentración que a las necesidades locales de este sector de la población, sobre todo las referentes a la accesibilidad. Las marcadas disparidades que reflejan las políticas de concentración de los servicios, resaltan la exclusión de la población pobre de utilizar los orientados hacia salud.

Por lo anterior, está claro que la política de concentración de los servicios de salud excluyen a los pobres de acceder “formalmente” a ellos (Dávila, 2006, p. 340).

Lo anterior es resultado de la carencia de concepción socio-territorial de las políticas sociales urbanas que ignoran las condiciones de pobreza de la población inmigrante, no se considera que existen diferencias locales socioeconómicas y territoriales que determinan el nivel de utilización de los servicios de salud, aunado a que nunca o casi nunca, se analizan las precarias formas que experimentan los pobres para obtener acceso a las necesidades básicas o no se hace referencia a la complejidad que enfrentan los pobres para “autorresolver” sus carencias de acceso o exclusión a dos satisfactores básicos de desarrollo como es el de la salud, siendo la forma más común la informalidad.

En este sentido, se ha identificado que son pocos los estudios que hacen un análisis desagregado de cada aspecto que tiene que ver con el acceso y la exclusión a los servicios de salud como es la distribución, disponibilidad, cobertura, accesibilidad, calidad y suministro, al igual que son escasas las investigaciones que correlacionan más de dos elementos (Philips, 1990, p. 103).

La importancia de correlacionar dos o más elementos permite analizar cómo se potencializan las dificultades para resolver las carencias de salud y porque se reducen las posibilidades de acceso a estos servicios, lo que es relevante para identificar las causas de la intensificación de la pobreza del inmigrante.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, A. G., F. M. López, “Espacios de la pobreza en la periferia urbana y suburbios interiores en la Ciudad de México. Las desventajas acumuladas”, en *EURE*, vol. 42, núm. 25, enero de 2016, pp. 5-29.
- Antunez, I., y S. Galilea, “Servicios públicos y urbanos y gestión local en América Latina y el Caribe: problemas, metodologías y políticas”, División de desarrollo sustentable y asentamientos humanos, CEPAL, Santiago de Chile, 2003.
- Conapo, Índice de marginación urbana, 2010, en [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indice\\_de\\_marginacion\\_urbana\\_2010](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indice_de_marginacion_urbana_2010).
- Coneval, Índice de rezago social a nivel municipal y por localidad, 2020, e <http://www.coneval.gob.mx/Medicion/IRS/Paginas/%C3%8Dndice-de-Rezago-social-2010.aspx>.
- Coulomb, R., “La participación popular en la provisión de los servicios urbanos. ¿Estrategias de sobrevivencia o prácticas autogestionarias?”, en M. Schteingart y L. D’Andrea (comps), *Servicios urbanos, gestión local y medio ambiente*, El Colegio de México, México, 1991, pp. 265-280
- EVALUA, Índice de Desarrollo Social, 2010, en [www.evalua.df.gob.mx/files/indice/ind\\_col\\_barr\\_exc.xlsx](http://www.evalua.df.gob.mx/files/indice/ind_col_barr_exc.xlsx).
- Dávila, J., P. Hoffman y A. Allen, “The urban water poor: citizens or consumer”, en *Environment and Urbanization*, vol. 18, núm 2, octubre de 2006, pp. 333-351.
- Hanlon, N. T., M. W. Rosenberg, “Not so new public management and the denial of geography: Ontario health care reform in the 1990s”, en *Environmental and Planning, C Government and Policy*, vol. 16, 1998, pp 559-572.



- Hiernaux, D., “Servicios urbanos, grupos populares y medio ambiente en Chalco”, en M. Schteingart, y L. D ‘Andrea (comps), *Servicios urbanos, gestión local y medio ambiente*, El Colegio de México, México, 1991, pp. 281-304.
- INEGI, Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas, 2013.
- López, F., y P. Martínez, “La reproducción de la pobreza de la población indígena migrante en la Ciudad de México”, en A. G. Aguilar, e I. Escamilla (coords.), *Segregación urbana y espacios de exclusión. Ejemplos de México y América Latina*, Porrúa/UNAM, México, 2015, 285-306
- Pirez, P., “Servicios urbanos y urbanización popular: mercantilización y desmercantilización”, en T. Bolívar, M. Rodríguez y J. Erazo (coords), *Ciudades en construcción permanente. ¿Destinos de casa para todos?*, Universidad Central de Venezuela, Clacso, 2015, pp. 55-82.
- Philips, D., *Health and health care in the Third World*, Londres, Longman, Scientific Technical, 1990.

*Migraciones, injusticias y salud,*  
editado por la Dirección General de Publicaciones  
y Fomento Editorial de la UNAM, fue impreso en offset el  
14 de septiembre 2020 en los talleres de  
Gráfica Premier, S. A., de C. V., ubicados en  
Calle 5 de Febrero núm. 2309, colonia San Gerónimo  
Chichahualco, C. P. 52170, municipio de Metepec, Estado de México.  
En su composición se usaron tipos Minion Pro de 11.5 puntos.  
Para la impresión de los interiores se usó papel Bond  
ahuesado de 90 g; para los forros, couché brillante  
importado de 250 g. La edición consta de 500 ejemplares  
y estuvo al cuidado de Alejandro Soto V.  
Coordinación editorial:  
Elsa Botello L. Corrección de estilo:  
Felipe Sierra y Odette Alonso.



## COLECCIÓN POBLACIÓN SALUD Y SOCIEDAD

Los artículos reunidos en este libro son un ejercicio de reflexión crítica acerca de las injusticias que experimentan los migrantes. En la primera parte se cuestiona que en las naciones de tránsito y acogida sean jerarquizados y excluidos por su nacionalidad y cultura, y que los grupos conservadores los consideren una amenaza a la seguridad y cultura nacional. Se plantea la necesidad de preservar el respeto de los derechos humanos de los migrantes, de su reconocimiento e inclusión; la transformación de la persona en sujeto de derechos fundamentales y la construcción de una ciudadanía posnacional, reivindicando el cosmopolitismo para avanzar en la construcción de un nuevo gobierno de las migraciones internacionales.

En la segunda parte se examinan las injusticias en el ámbito de la salud, tanto de los migrantes de una a otra entidad federativa de México como de los connacionales que viven en Estados Unidos, atendiendo sus dimensiones socioeconómica, étnica, de género y etaria. También se analiza el impacto de los riesgos y vulnerabilidades en las condiciones de salud de los migrantes en tránsito por México con destino a Estados Unidos. El libro cierra con el estudio de la participación de profesionales de la salud que emigraron a Estados Unidos para cubrir el déficit de este tipo trabajadores que enfrenta ese país, y debido a que dicha carencia la comparte nuestro país, se destaca el problema ético que afrontan los gobiernos de contar con una regulación apropiada que satisfaga las necesidades binacionales sin menoscabo de la libertad individual de estos profesionistas. El tema tiene gran relevancia porque en el futuro inmediato aumentará la demanda de los profesionales de la salud con el decurso del envejecimiento demográfico en ambas naciones.

