

Servicios públicos: segregación y barreras de accesibilidad

CIUDADES 118, abril-junio de 2018, RNIU, Puebla, México

*Sonia Bass Zavala**
*Rafael Mauricio Marrufo***

En Ciudad Juárez la dotación de equipamientos en salud (clínicas y hospitales) es insuficiente y su distribución no logra satisfacer las normas oficiales de tiempo y distancia de la población (SEDESOL, 1999), lo que afecta en la inmediatez del servicio. Además, la saturación de derechohabientes en las clínicas obliga, a los administradores, a imponer mayores controles para la obtención de una cita con el médico familiar.

Las distancias entre el hogar y la unidad de salud, el costo del desplazamiento, los gastos implicados y los procedimientos administrativos cuando se acude a la atención médica, son consideradas como barreras o limitaciones de accesibilidad debido al tiempo, dinero y esfuerzo, que las personas deben invertir para concretar la atención en el consultorio médico del sistema público, debido, particularmente, a la segregación socioespacial entre las áreas residenciales y la localización del equipamiento de atención primaria de salud en la ciudad.

El impulso de formar barreras físicas ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad, distintos grupos sociales desean espacios diferentes que se adapten a sus necesidades, lo que propicia entornos con mayor desigualdad y genera, a su vez, espacios más vulnerables al carecer de servicios básicos o ser éstos de baja calidad (Caldeira, 2000: 98).

En cuanto a la accesibilidad a los servicios de salud (Hirmas, Poffald y Cols., 2013), lo relacionan a los problemas vinculados a las inequidades sociales; las que tienen que ver con cobertura, costos y disposición física

de los servicios. Fajardo, Pablo y García (2015), usaron el concepto de Gulliford y Cols. acerca de la accesibilidad a servicios de salud, al analizar el acceso efectivo a los servicios de salud en México. Refieren que la accesibilidad se compone de la disponibilidad de los servicios médicos, la capacidad de atención equitativa, los resultados para la salud de las personas y la existencia de barreras que se identifican como personales (experiencias y expectativas), económicas (gratuidad, costos extras, transporte, tiempo invertido), organizacionales (diferimientos, tiempos de espera), sociales y culturales.

El objetivo de este artículo es relacionar la accesibilidad a servicios de salud del sistema público en término de distancias, costo del desplazamiento y gastos implicados, que los derechohabientes deben efectuar cuando acuden a la atención médica, y la ubicación espacial –segregación– de las zonas habitacionales de estratos bajos y muy bajos en Ciudad Juárez.

Las instituciones que están a cargo de brindar servicios de salud son supervisadas por el Sistema Estatal de Salud correspondiente al Estado de Chihuahua (SSECH), siendo éste un organismo descentralizado bajo la Secretaría de Salud que es de orden federal.

La mayoría de los servicios de salud en Ciudad Juárez son públicos, unos a cargo del sector seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS; Instituto de Seguridad Social y Servicios a los Trabajadores del Estado, ISSSTE) y otros, del sector de asistencia social (Seguro Popular). Sólo 5% de la población (24,220 habitantes) se encuentra afiliada a una institución de salud de carácter privado. El SSECH es el encargado de asignar equipamientos para la seguridad asistencial (hospitales, clínicas, centros comunitarios, unidades ambulantes y personal) del Seguro Popular y también trabaja coordinadamente con las instituciones

* Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Carretera Pachuca-Actopan Km. 4, Col. San Cayetano, Pachuca de Soto, Hidalgo. (771) 717-2000 ext. 4542 E-mail: basz.sonia@gmail.com.

** Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. E-mail: rafael.mauricio@uacj.mx.

de seguridad social, el IMSS y el ISSSTE, de carácter federal, así como con las instituciones privadas dedicadas a los servicios de salud.

Marco analítico: segregación y accesibilidad en la obtención de servicios de salud

El concepto de segregación remite a separación o aislamiento (Cabrales-Canosa, 2001: 223); bajo esa definición ha existido un impulso de formar barreras físicas de acceso y, en este caso, se refiere a los servicios de salud, tomando en cuenta las facilidades o barreras que se presentan para que la población pueda disponer de ellos.

La vida de las ciudades impone divisiones que se traducen en diferencias espaciales. La segregación es, ante todo, una cuestión de acceso y de poder en distintas esferas de la vida social, política, cultural y económica. En términos espaciales, lo anterior se traduce en la organización social de acuerdo con los poderes y la capacidad de incidir en distintas esferas de decisión. Así, entre más sean las opciones y el poder con que se cuenta (económico o político), mayor capacidad de organización del espacio se tendrá: "entre más restringidas sean nuestras opciones sociales, más restringidas serán nuestras opciones espaciales y más excluidos nos sentiremos o seremos" (Madanipour *et al.*, 2003: 162). El espacio, por tanto, es la arena y el receptor de los conflictos, ya que es el resultado de la capacidad de toma de decisiones y del poder de llevarlas a cabo. La segregación, en este tenor, refleja las diferencias socioeconómicas y políticas de los grupos en la ciudad.

El mercado de trabajo es también un factor relevante en la construcción de ciudades segregadas (Clichevsky, 2000). Las condiciones individuales y sociales destacan como interactuantes en la construcción de la diferenciación social; la cual, se traduce en ocupaciones diferenciadas del espacio. La mayor parte de los estudios sobre el tema plantea que, en las sociedades contemporáneas, en donde los procesos de ajuste económico incentivan la transformación de los mercados laborales, el incremento de la población vulnerable incide en la distribución de las viviendas en las ciudades. Así se construyen ciudades polarizadas como resultado de mercados laborales segmentados y de la polarización del ingreso (Van Kempen, 2007).

En Ciudad Juárez se sigue este patrón de segmentación polarizada. Las áreas de vivienda, para los empleados de la industria maquiladora, se ubican en la periferia de la ciudad; y para poder utilizar los servicios de salud, tienen que trasladarse, en muchas ocasiones, lejos de sus lugares de residencia, por lo que acceder al servicio les implica gastos en traslado y comida.

La accesibilidad a los servicios de salud ha sido estudiada en nuestro país desde la década de los noven-

ta del siglo pasado, destacando los trabajos de Garrocho (1990a, 1990b, 1993, 1995, 2003), que señala que son diversos los factores que afectan la utilización de los servicios de salud. Sin embargo, la distancia que separa a los usuarios, desde su vivienda al punto de servicio, es un factor importante como barrera para su utilización, porque requieren del transporte público para acceder al servicio médico.

Para analizar lo referente a los servicios de salud, el concepto de accesibilidad de acuerdo con Garrocho (1993), parece tener dos elementos básicos: uno físico y otro social. El físico se relaciona con la distancia geográfica que separa al usuario potencial del punto de servicio, expresa la proximidad espacial entre ambos y representa la accesibilidad locacional del servicio. El elemento social se refiere a la distancia social que existe entre el usuario potencial y el servicio. En donde, clase social, ingreso, educación, valores culturales, percepciones y creencias, influyen en la utilización de determinados servicios, así como su localización, los cuales se relaciona a horario de trabajo, calidad de servicio, si es culturalmente aceptable y el precio.

Para López y Aguilar (2003), los factores que influyen en la utilización y acceso a los servicios de salud se integran en cinco grupos: económicos (niveles de ingresos), sociodemográficos (sexo y edad), geográficos (distancia física y relieve), socioculturales (educación), y organizacionales (administración y gestión de los servicios); en donde la concepción de accesibilidad se ubica en un contexto integral, éste es, lo territorial (accesibilidad física) y lo social (todos aquellos indicadores socioeconómicos).

Estos autores se concentraron en los factores geográficos, que refiere a la ubicación de las unidades que ofrecen servicios de salud y en dónde no existe algún tipo de infraestructura médica. Señalan que el concepto de accesibilidad se convierte en una estrategia central para identificar y resolver las necesidades de salud de la población. Los criterios de localización de las unidades médicas están en función de la distancia y el tiempo, y no en función del tamaño de la población usuaria de cada institución. Este criterio de localización es un factor que limita la accesibilidad, siendo un factor de *obstaculización*, o bien, de no-accesibilidad. Por lo que, no toda la población, es derechohabiente; no toda la población derechohabiente es usuaria, y no toda la población usuaria está incluida dentro de los criterios de radio de servicio médico a partir de la localización de la unidad médica (*op. cit.*).

El factor de no accesibilidad se presenta porque, a partir de la existencia de un sistema normativo de equipamiento, se inicia el planteamiento de las políticas de salud; las cuales, están dirigidas a favorecer, tanto la concentración, como la demarcación, de los radios de servicio médico, lo que provoca un tercer factor de

obstaculización para acceder a los servicios de salud que se identifica en el planteamiento y en las causas y efectos. En nuestro trabajo lo ubicamos como barreras en la accesibilidad en los servicios de salud ya que, para los estratos de bajos ingresos, la proximidad física es inexistente porque, en donde se ubican las zonas residenciales (suroriente de la ciudad), no cuentan con servicios médicos en sus inmediaciones.

Flores y Aguilar (2003) señalan que, a pesar de que la población usuaria registrada por cada institución está utilizando los recursos que se ofrecen, la utilización de los servicios no es un indicador de que se ha logrado la cobertura y, por ende, no garantiza el acceso.

Suárez y Delgado (2007), en su trabajo sobre accesibilidad, señalan que es la oportunidad de llegar a un lugar útil desde otro. Tiene dos componentes: un componente de transporte (o factor de resistencia) y el otro de actividad (o factor de motivación). Por lo que la accesibilidad significa evaluar la eficiencia de la estructura urbana con relación a su organización socioeconómica-espacial interna. Las medidas de accesibilidad a empleos tienen origen en los estudios sobre la segregación racial y de ingreso en Estados Unidos.

Por lo que, para el caso juarense, relacionar segregación y accesibilidad a los servicios de salud, permite explicar el costo económico que tienen que pagar, los obreros de la maquila, para acceder a sus servicios médicos. Sin embargo, en Ciudad Juárez, por su condición de frontera, tener un vehículo propio es más factible para personas con ingresos no muy altos por las condiciones del mercado para la compra y venta de autos de segundo uso, que son importados de Estados Unidos. El costo de éstos es sensiblemente menor que los nuevos comercializados en las agencias nacionales, por lo que se incluye cuando se pregunta tipo de transporte que utiliza para llegar a su clínica de adscripción.

Metodología

La investigación se efectuó de enero a marzo de 2017 en Ciudad Juárez, las variables que se utilizaron son: la disponibilidad de transporte hacia las unidades de salud, el costo de desplazamiento y los gastos implicados en el desplazamiento.

Es un primer acercamiento que tienen los derechohabientes de los servicios de salud de primer nivel, es decir, se trata de unidades de medicina familiar (UMF) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), así como de los centros de salud urbanos (CSU) del Seguro Popular, a donde acuden a atenderse desde las zonas residenciales de bajos ingresos y se enfrentan a la accesibilidad urbana a los servicios.

Para reconocer la disponibilidad de transporte se acudió a las oficinas municipales de tránsito; se identificaron las concesiones a particulares para el transporte público, su ruta dentro de la ciudad, características de las vialidades utilizadas y cercanía con la que pasan por los centros de atención de la salud.

Para calcular el costo de desplazamiento se aplicó un cuestionario con quince preguntas a 450 personas. Entre las preguntas se encontraba la colonia en donde habitan y a qué unidad de servicios de salud acudían. Se preguntó, además, si se acudía a pie, en vehículo propio, en taxi o en transporte público. Utilizando el programa ArcGis se trazaron líneas rectas de un punto a otro y se obtuvieron promedios de distancia. El costo de desplazamiento se obtuvo dividiendo los kilómetros lineales recorridos de ida y vuelta entre el monto de costos implicados según modalidad de desplazamiento.

Los costos implicados consistieron en los alimentos, bebidas y algún otro gasto, que las personas reportaron en su jornada, al acudir a la unidad de salud. La metodología utilizada para la elaboración del algoritmo fue obtenida mediante las investigaciones de Garrocho (1995 y 2003), en donde se explica que, el desplazarse para recibir atención médica, implica generar gastos no considerados a través del pago que los usuarios efectúan al IMSS.

Entre mi casa y mi salud, un camino largo que recorrer

De acuerdo con el Sistema Normativo de Equipamiento Urbano (SEDESOL, 2000), la localización de unidades de servicios de salud debe estimarse de acuerdo con las distancias lineales de influencia territorial, respecto a los derechohabientes (kilómetros radiales) y tiempos deseables de recorrido (minutos) desde el hogar.

En Ciudad Juárez, para recibir atención médica, los usuarios de IMSS e ISSSTE, acuden a la Unidad de Medicina Familiar (UMF), mientras que los usuarios del Seguro Popular acuden al Centro de Salud Urbano (CSU). Se considera que los usuarios del IMSS, ISSSTE o Seguro Popular, no pagan por la consulta médica ni por los medicamentos abastecidos de manera inmediata; aunque se sabe que, para las dos primeras instituciones, existe una aportación desde el salario del titular, mientras que en el caso del Seguro Popular, hay costo módico de adscripción. Tampoco la dotación de fármacos y materiales de curación tiene costo para los usuarios de tales instituciones. Acudir a la atención médica implica desplazarse, lo cual, tiene un costo monetario no cubierto por la adscripción. Para efectuar el cálculo del costo de desplazamiento se elaboró el algoritmo:

Costo de desplazamiento por kilómetro Ida y Vuelta = (Gastos implicados + Costo del Transporte)/Kilómetros recorridos

Para desplazarse hacia la unidad de atención, quienes utilizaron el transporte público sin transbordar, pagan ocho pesos viaje de ida más ocho pesos vuelta, es decir, 16 pesos viaje redondo. Los gastos implicados consisten en pagar bebidas y alimentos durante la jornada de ida y regreso del consultorio.

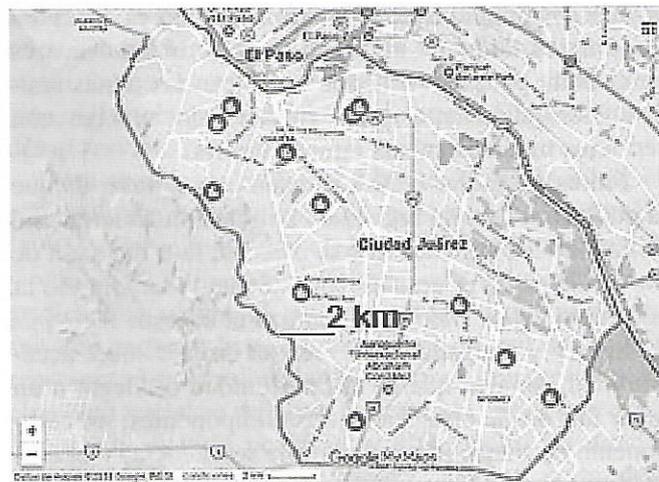
Dependiendo del tipo de medio utilizado, la suma de gastos de combustible y gastos implicados se divide entre el promedio de kilómetros recorridos, por ejemplo, para un derechohabiente del IMSS que se transporta en vehículo propio, el costo final por kilómetro recorrido se calcula sumando el gasto de 100 pesos de combustible promedio y 40 pesos de bebidas y alimentos; esta suma se divide entre los 8.28 kilómetros promedio recorridos en vehículo dando un total de 16.90 pesos por kilómetro, en viaje de ida y vuelta.

Mientras que los usuarios del IMSS gastaron, en promedio, 40 pesos por persona en bebidas y alimentos, los usuarios de Seguro Popular e ISSSTE, tuvieron un gasto de 20 y 30 pesos en promedio respectivamente. El costo de transportación también varía según el medio utilizado; en vehículo propio, los usuarios del IMSS gastaron 100 pesos viaje redondo, los usuarios del ISSSTE gastaron en promedio 100 pesos también, mientras que los usuarios del Seguro Popular gastaron 80 pesos por viaje. De acuerdo con los usuarios, la inversión se destinaba al combustible principalmente.

Los cálculos demuestran que, para acudir al consultorio familiar del IMSS, la opción más económica y más utilizada es el transporte público debido a que el costo por kilómetro es de 4.94 pesos. Hacer el recorrido en vehículo propio implicaría gastar 16.90 pesos por kilómetro, debido al costo del combustible. A pie, el kilómetro recorrido tendría un costo de 15.15 pesos, porque el divisor (kilómetros) es menor, puesto que la gente no recorre grandes distancias. En cada caso, se consideró que las personas gastaban 40 pesos en bebidas y alimentos.

Es importante notar que la distancia recorrida juega un importante papel en la cuestión de costo por kilómetro, puesto que al incrementarse ésta, disminuye el costo pero se incrementa el tiempo invertido para el desplazamiento.

Plano 1 Unidades de Medicina Familiar (UMF) del IMSS en Ciudad Juárez, 2017



Fuente: Elaborado con datos de Google My Maps e INEGI.

La mayoría de los usuarios del ISSSTE se transportaron en vehículo propio (75%), lo que representó un gasto de 13.80 pesos por kilómetro recorrido. Aunque la opción de hacer el recorrido en transporte público era más barata (12.35 pesos por kilómetro), se perdería tiempo y comodidad, de acuerdo con los usuarios. Por su parte, la mayoría de los usuarios del Seguro Popular se desplazaron en transporte público (69.5% de las veces), representando ello un costo de 3.87 pesos por kilómetro recorrido.

Las personas que se desplazaron a pie, promediaron un gasto de 8.47 pesos por kilómetro recorrido, gasto que no implicó combustible pero sí alimentos y bebidas. Aunque en menor cantidad, otros usuarios del Seguro Popular se desplazaron en vehículo propio a un costo promedio de 8.51 pesos por kilómetro.

Debido a los incrementos en el costo del combustible, los usuarios han tenido que ajustar sus gastos ante la eventualidad de acudir a recibir atención médica. Esta situación es aún más compleja en caso de que se requirieran más citas debido al problema de salud, por la necesidad de

Cuadro 1
Costo de desplazamiento por kilómetro según tipo de usuario y modo de desplazamiento

Tipo de servicio	Kilómetros promedio recorridos, ida y vuelta			Costo del transporte (\$)			Gastos implicados (\$) Bebidas y alimentos, una persona (\$)	Costo por kilómetro (Pesos/Km)		
	A pie	Vehículo propio	Transporte público	A pie	Vehículo propio	Transporte público		A pie	En vehículo propio	En línea de transporte público
UMF-IMSS	2.64	8.28	11.32	0	100	16	40	15.15	16.90	4.94
umf-issste	N/A	9.42	10.52	0	100	16	30	N/A	13.80	12.35
csu-sp	2.36	11.28	9.8	0	80	16	20	8.47	8.51	3.87

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta.

programar una porción de sus ingresos para el costo de desplazamiento, que pasa de eventualidad a rutina.

Hay que hacer notar que, el costo aquí calculado, corresponde a una persona; pero al acudir al servicio de atención médica, las personas se hacen acompañar de un amigo o un pariente, lo que eleva el gasto realizado.

Disponibilidad de medios de transporte

En Ciudad Juárez existe oferta de transporte público, prácticamente, en todo el territorio; pero de las más de veinte líneas registradas en el municipio, sólo una es de carácter oficial, ésta es el *Vivebús*; la cual, cuenta con unidades modernas, amplias, equipadas con *internet* y aire acondicionado, además de tener un recorrido preferente sobre las calles y avenidas con base en demarcaciones sobre el pavimento y paradores para regulación de entrada y salida de personas. El sistema *Vivebús* tiene una sola línea de recorrido de ida y vuelta, cuyos extremos son el oriente de la ciudad colindando con el Valle de Juárez y el centro histórico junto a la Presidencia Municipal.

Por el contrario, la oferta de los transportistas privados, a los que se les llama “concesionarios”, consiste en unidades de segundo uso, tipo camión escolar, que son importadas de Estados Unidos. Estas unidades carecen de acondicionamiento; el manejo fino y cortés de estas unidades no es, precisamente, característica de sus choferes. La cobertura del transporte concesionado es amplia sobre la ciudad, pero, para que una persona pueda llegar de un punto a otro, es común que se tenga que aumentar la distancia y tiempo debido a las rutas ya trazadas; así, los usuarios, deben adquirir la habilidad de reconocer qué autobuses o cuál combinación de ellos, es la que les permite llegar más directamente a la unidad de servicios de salud.

Las barreras a la accesibilidad geográfica, a las unidades de salud vía medios de transporte, aumentan al considerar que las líneas de transporte recorren toda la ciudad, pero que, con baja frecuencia, llegan a los puntos geográficos en donde se localizan las clínicas y hospitales.

El transporte por vehículo propio es otra alternativa para efectuar el recorrido hacia la unidad de servicios. Los usuarios del ISSSTE son los que indican que lo uti-

Cuadro 2
Ventajas y desventajas de accesibilidad mediante el transporte público hacia UMF-IMSS

Unidad IMSS	Cantidad de líneas disponibles	Barreras de accesibilidad
UMF 46	7	Ubicada en la zona Pronaf, con desarrollo urbano privilegiado. Llegan líneas de varios puntos de la ciudad pero sólo dos líneas cruzan frente a la unidad de salud.
UMF 47	3	A pesar de que se encuentra en la zona antigua de la ciudad, sólo líneas de corto recorrido tocan este punto.
UMF 56	3	Las líneas permiten bajar casi frente a la unidad de salud pero la frecuencia de salidas es baja y los recorridos hacia colonias son cortos.
UMF 34	3	La unidad es de alta cantidad de derechohabientes y está ubicada cerca de un importante cruce de la ciudad, pero de las tres líneas sólo dos de ellas permiten bajar frente a la UMF. La línea “universitaria”, que transporta gente desde zonas alejadas, deja a las personas a 1.7 kilómetros.
UMF 50	2	Hace dos décadas la UMF se encontraba en los límites de la ciudad; hoy, con el crecimiento urbano, se encuentra relativamente cerca del centro geográfico. Las líneas de llegada, a esta unidad, son lentas y de baja frecuencia de salida a lo largo del día.
UMF 64	4	Las líneas de transporte cruzan con frecuencia sobre esta UMF al estar situada sobre el Blvd. Zaragoza, una de las arterias más importantes de la ciudad. Es de las pocas unidades en donde los usuarios pueden llegar gracias al sistema oficial <i>Vivebús</i> .
UMF 48	4	Ave. Manuel J. Clouthier. Las líneas de transporte se saturan de usuarios.
UMF 61	2	Llamado “Seguro Viejo”. Está en una zona desarrollada. Las líneas de transporte muestran deterioro al interior.
UMF 62	3	Col. Fco. I. Madero. Zona marginada al norponiente. El camino hacia la UMF es una travesía de subidas y bajadas.
UMF 63	1	Tarahumara-Díaz Ordaz. Zona marginada frente a la Sierra de Juárez. El camino es rocoso, con pendientes pronunciadas.
UMF 65	0	Manuel Valdez. Ninguna ruta llega directamente a esta UMF ubicada al oriente. Las calles aledañas son muy estrechas y se saturan de vehículos de los derechohabientes. Se reportan robos.
UMF 67	1	Aeropuerto. Zona alejada, las calles se llenan de charcos. El pavimento está deconstruido debido al paso constante de transporte pesado.

Fuente: Elaboración propia con base en recorridos personalizados.

lizan, y es porque son empleados del gobierno federal (maestros), la ciudad sólo cuenta con dos clínicas.

Al comparar si las personas tienen vehículo propio, con relación al tipo de transporte utilizado para acudir al consultorio, se observa que, a pesar de que tienen auto, no lo emplean para acudir al médico, utilizan transporte público. El 39.4% de los derechohabientes del IMSS tiene vehículo propio, pero sólo 20% lo emplea en su traslado.

Al preguntar de qué manera realiza el desplazamiento, los hallazgos muestran que, el hecho de contar con vehículo propio, no necesariamente indica que se usará para este propósito.

Cuadro 3
Modalidad de desplazamiento hacia la unidad de salud

Adscripción	Transporte público	Taxi	Vehículo propio	A pie
IMSS	68,8%	1,2%	20,0%	10,0%
ISSSTE	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%
Seguro Popular	69,5%	0,0%	20,3%	10,2%

Fuente: Elaboración propia con datos de la encuesta.

Hasta un 68.8% de los adscritos al IMSS emplea el transporte público, a pesar de que los datos señalan que, la mayoría de ellos, reside en un radio inferior a los tres kilómetros de la unidad correspondiente. Sin embargo, en un porcentaje importante, la distribución administrativa y la localización de las unidades de atención primaria, les genera problemas de accesibilidad en términos de distancias por recorrer, disponibilidad de medios de transporte y tiempo invertido, debido a que el desplazamiento no es lineal y continuo, sino supeditado a las

Plano 2
Recorrido de Ruta 8-A y puntos de llegada a unidades del IMSS



Fuente: Elaborado con datos de Google My Maps e INEGI.

condiciones de las vialidades y de la ruta que siguen las líneas de transporte.

Un ejemplo del recorrido, que realiza un usuario, es el de la línea de transporte urbano Ruta 8-A, que pasa cerca de algunas unidades de salud. El tiempo del recorrido, desde su punto de partida hasta llegar a la clínica final, toma más de una hora, y el tiempo de frecuencia es de 20 minutos.

En el Plano 2 se observa cómo, una línea de transporte, puede ser beneficiosa para el usuario, al circular cerca de varias unidades de salud; la barrera de accesibilidad se genera cuando la persona no necesariamente está adscrita a la unidad de salud más cercana a su domicilio, por lo que el transporte no le satisface para llegar directamente. En el plano se observa la concentración de las unidades de salud en donde se ubican los puntos extremos. Muestra la zona antigua de la ciudad al norte y norponiente colindando con Estados Unidos y el área del sur y suroriente en donde hay menos clínicas por estar en una zona de más reciente urbanización. Así, los planes de desarrollo urbano implementados han dejado el centro, suroriente y el nororiente de la ciudad, sin unidades de salud.

Gastos implicados

El gasto de ir y regresar de la unidad de atención primaria, si se traslada en vehículo propio hacia la unidad oficial de derechohabencia, representa el mayor porcentaje del gasto durante la jornada. Cuando esta acción se realiza en transporte público, el mayor porcentaje de gasto corresponde a las bebidas y alimentos que el derechohabiente consume. Acudir en vehículo propio al consultorio incrementa notablemente el costo total, por lo que su uso está determinado por la distancia a recorrer, la comodidad solicitada de viaje o la necesidad de utilizar menos tiempo. En todos los casos, acudir a pie es lo más económico, pero esta acción tiene un límite de distancias. Los gastos en alimentos y bebidas, tienen mayor impacto en el bolsillo, cuando el traslado es a pie hacia la unidad de salud.

El transportarse a pie, hacia la unidad de salud, es lo más económico al tener en cuenta otras variables. El hecho de que las personas prefieran ir a pie, se explica porque el recorrido que se hace es muy corto (0.990 kilómetros en promedio), por lo que se ahorra en el desplazamiento a cambio de invertir un poco más de tiempo. En este caso, la accesibilidad geográfica permite esta forma de desplazamiento y gasto de tiempo.

Reflexiones finales

La relación entre las variables segregación y barreras de accesibilidad, en Ciudad Juárez, se observa por las características económicas que se centran en la indus

tria maquiladora y los servicios; por lo que, acceder a un servicio médico, implica tiempo y dinero por la localización geográfica de las clínicas de atención primaria del IMSS, ISSSTE, Seguro Popular y las pertenecientes a los servicios estatales y municipales, y la localización de las áreas residenciales para los obreros de la maquila. De acuerdo con Flores y Aguilar (2003), el concepto de accesibilidad se convierte en una estrategia fundamental para identificar y resolver las necesidades de salud de la población. Dichas estrategias tienen la finalidad de aproximar y articular los espacios de salud a los espacios de la población. Marrufo (2014), analiza la relación planificación urbana y equipamiento en salud en Ciudad Juárez, evidenciando el limitado equipamiento y la falta de médicos especializados.

Los resultados señalan que, a medida que aumenta la distancia, los usuarios utilizarán vehículo propio o transporte público; así, la reducción de precio por kilómetro se logra por el incremento de la distancia recorrida en viaje redondo (costo/distancia), pero dentro de un margen de cercanía relativa del servicio, porque al acudir a un consultorio más lejano genera un gasto mayor de dinero en combustible o invertir más en tiempo en el traslado a pie. Algunas de las prerrogativas del desplazamiento son:

a) La necesidad de ahorrar tiempo con base en distancias cortas hacia la unidad de salud. En los tiempos que se utilizan en el recorrido, para acudir a la UMF-IMSS se necesita una hora con 12 minutos, en promedio, de acuerdo con la información recabada; para el Seguro Popular, una hora con 16 minutos. Si se toman en cuenta todas las instituciones oficiales, el tiempo de ida y vuelta es, en promedio, de una hora con 37 minutos. Existe, además, la situación de que, en el sistema público (IMSS, ISSSTE, SP), no se puede obtener una cita inmediata, hay que solicitarla con, al menos, 24 horas de anticipación.

b) Aunque no se considera como parte de la accesibilidad, el hecho de que no se dote satisfactoriamente de los medicamentos y materiales de curación prescritos, motiva a los usuarios a considerar otras opciones de servicios, como lo son los consultorios particulares o de conveniencia. Sólo para 16% de los usuarios encuestados, su sistema de salud cubre con excelencia la dotación de medicamentos y materiales.

Al preguntar sobre lo que más influye para que una persona decida ser atendida en un consultorio de conveniencia (Consultorios Similares) y no en el consultorio de atención primaria (IMSS-ISSSTE-SES-Seguro Popular) al que tiene derecho, se consideró necesario indagar si la accesibilidad geográfica es el principal influyente en la decisión de las personas, pero teniendo como otras posibilidades a la calidad del servicio médico, e incluso, el costo.

Estadísticamente, se comprobó que la mayoría de las personas prefiere al consultorio de conveniencia por la cercanía al hogar, es decir, influye más el indicador de accesibilidad geográfica (62.1%), y en segundo término, la cuestión del ahorro en dinero. Solamente 8.8% contestó que la preferencia se debía a la calidad (mejores resultados para su salud).

Esta respuesta se deriva de la serie de hechos que se conjugan para determinar la preferencia de los usuarios, como se ha mostrado en el artículo; sin embargo, debe considerarse el tipo de demanda que los usuarios hacen a los consultorios de conveniencia: casos de enfermedad que no son complicados, atenciones de urgencias por traumatismos y consultas con el fin de recibir una prescripción de medicamentos.

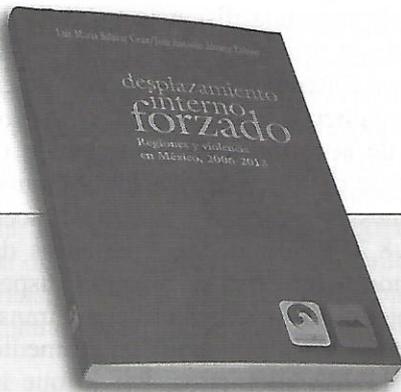
A pesar de que no se manifestó, como respuesta primaria de las personas, generalmente una respuesta alternativa fue la correspondiente a los trámites administrativos para ser atendidos, a diferencia del IMSS, ISSSTE y Seguro Popular. El proceso logra desalentar a las personas que necesitan una atención inmediata, teniendo solamente la opción del servicio de urgencias, pero que tampoco presenta la inmediatez requerida por los derechohabientes.

Las personas están dispuestas a hacer el desplazamiento territorial a pie para una distancia máxima de 2.641 kilómetros (ida y vuelta) hacia el IMSS. Sin embargo, los derechohabientes del ISSSTE no suelen desplazarse a pie, solamente los del IMSS y Seguro Popular. La barrera de accesibilidad inicia cuando el desplazamiento requiere de una movilización de transporte público. Quienes disponen de vehículo hacen recorridos entre los 8.294 y los 9.816 kilómetros de viaje completo. No todos los derechohabientes disponen de vehículo propio, por ello, deben utilizar el transporte público y efectuar desplazamientos en promedio de los 10.532 a los 11.332 kilómetros. Por lo que la segregación y las barreras en la accesibilidad, en los servicios de salud en Ciudad Juárez, es una relación negativa que impacta el ingreso de los usuarios que, en su mayoría, son obreros con ingresos entre 800 y 1,500 pesos semanales, dependiendo la posición que ocupen en la maquila.

Bibliografía

- ACUÑA, M. C. *Exclusión, protección social y el derecho a la salud*, Unidad de políticas y sistemas de salud, OPS/OMS, 2005.
- BASS, S. "El crecimiento urbano en Ciudad Juárez, 1950-2010. Un acercamiento sociohistórico a la evolución desordenada de una ciudad de la frontera norte" en V. Orozco (coord). *Chihuahua Hoy*, Ciudad Juárez, Chihuahua, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez/ Universidad Autónoma de Chihuahua/Instituto Chihuahuense de la Cultura, 2013, pp. 247-289.
- CABRALES, L. F. y E. CANOSA. "Segregación urbana y fragmentación urbana: los fraccionamientos urbanos de Guadalajara" en *Espiral. Estudios sobre Estado y Sociedad*, Vol. 7, N° 20, 2001, pp. 223-253.

- CALDEIRA, T. "Crime, Segregation and Citizenship in Sao Paulo" en *City of Walls*, University of California Press, Los Angeles, California, 2000, pp. 98.
- CERVERA, L. *Diagnóstico geo-socioeconómico de Ciudad Juárez y su sociedad*, COLEF/Instituto Nacional de las Mujeres, Ciudad Juárez, Chihuahua, 2005.
- CLICHEVSKY, N. *Informalidad y segregación urbana en América Latina. Una aproximación*, División de medio ambiente y asentamientos humanos/CEPAL, 2000.
- FECHAC. *Políticas públicas para una ciudad sana*, Presentado en el foro para el desarrollo de la salud en Ciudad Juárez: situación actual y perspectivas, Plan Estratégico de Juárez, A. C., 2006.
- FUENTES, C. M. "La estructura espacial urbana y accesibilidad diferenciada a centros de empleo en Ciudad Juárez, Chihuahua" en *Región y Sociedad*, Vol. XXI, N° 44, 2009, pp. 119-144.
- GARROCHO, C. "Localización geográfica de los servicios de salud en un subsistema de asentamientos rurales del Estado de México: un intento de evaluación" en *Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol. 5, N° 1, 1990, pp. 127-148.
- _____. "Servicios de salud y planeación regional en el Estado de México" en *Estudios Territoriales*, N° 33, 1990, pp. 55-72.
- _____. "Análisis de la accesibilidad a los servicios de salud y de los sistemas de información geográfica: teoría y aplicación en el contexto del Estado de México" en *Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol. 8, N° 23, 1993, pp. 427-444.
- _____. *Análisis socioespacial de los servicios de salud: accesibilidad, utilización y calidad*, Toluca, El Colegio Mexiquense, 1995.
- _____. "La teoría de interacción espacial como síntesis de las teorías de localización de actividades comerciales y de servicios" en *Economía, Sociedad y Territorio*, Vol. IV, N° 14, Toluca, El Colegio Mexiquense, A. C., 2003.
- _____. "Exclusión social e inequidad en salud en México: un análisis socioespacial" en *Revista de Salud Pública de México*, Vol. 10, N° 2008.
- GUTIÉRREZ SALDAÑA, M. *Diagnóstico de la seguridad pública en el estado de Chihuahua*, Primer congreso internacional de educación, Universidad Autónoma de Chiapas, 2012.
- LOPEZ, F. y A. G. AGUILAR. "Niveles de cobertura y accesibilidad de infraestructura de los servicios de salud en la periferia metropolitana de la Ciudad de México" en *Investigaciones Geográficas*, N° 5 UNAM, 2004, pp. 185-209.
- MADANIPOUR, A., G. CARS y J. ALLEN. *Social Exclusion in European Cities: Processes, Experiences and Responses*, Londres, Routledge, 2003.
- MARRUFO, R. *Planificación urbana y servicios de salud: un análisis sobre accesibilidad a las opciones públicas y privadas en atención primaria de la salud*, Tesis de Doctorado, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, 2014.
- RODRÍGUEZ, J. "El acceso a la salud, la eficacia hospitalaria y los beneficios de la salud pública" en *Cuadernos de Economía*, Vol. 22, N° 6 Pontificia Universidad de Chile, 1985.
- ROSENBERG, M. W. y N. T. HANLON. Access and Utilization: A Continuum of Health Service Environments en *Social Science and Medicine*, N° 4 1996, pp. 975-983.
- SALADO, M. J. "Localización de los equipamientos colectivos, accesibilidad y bienestar social" en Bosque Sendra y Moreno Jiménez (coord): *Sistemas de Información geográfica y localización óptima de instalaciones y equipamientos*, Madrid, España, 2004.
- SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL (SEDESOL). *Sistema normativo de equipamiento urbano*, Tomo II, Salud y asistencia social/SEDESOL, 1999.
- SUÁREZ, M. y J. DELGADO. "Estructura y eficiencia urbanas. Accesibilidad a empleos, localización residencial e ingreso en la ZMCM 1990-2000" en *Economía, Sociedad y Territorio*, Vol. VI, N° 23, 2007, pp. 697-724.
- VALENCIA, M. A. y S. BERTOZZI. "Un modelo predictivo de la utilización de servicios de salud ambulatorios curativos en México" en *Revista de Salud Pública de México*, Vol. 50, N° 5, Cuernavaca, 2008.
- VAN KEMPEN, R. "Divided Cities in the 21st Century: Challenging the Importance of Globalisation" en *Journal of Housing and the Built Environ*, Vol. 22, N° 1, 2007, pp. 13-31.



Luz María Salazar Cruz y José Antonio Álvarez Lobato. **Desplazamiento interno forzado. Regiones y violencia en México 2006-2013**, El Colegio Mexiquense A. C., 2017

Este libro aborda un rasgo particular de la dinámica migratoria. Los desplazamientos forzados se generan cuando los pobladores son obligados a abandonar su lugar de residencia por desastres naturales o industriales, conflictos armados, embates de la delincuencia organizada o inestabilidad política, que ponen en riesgo la integridad del individuo, su familia, su patrimonio y a la sociedad en su conjunto.

En México, el desplazamiento interno forzado es una realidad creciente; durante los años noventa del siglo XX se dio el caso de movilización forzada derivada de conflictos políticos, religiosos y étnicos en Chiapas; actualmente, los desplazamientos son, en su mayoría, causados por el aumento de la violencia. Desde la llamada guerra contra el narcotráfico, instrumentada a partir del sexenio 2006-2012, en casi la totalidad del país, se vive un clima de intranquilidad, inseguridad y violencia que lleva a los habitantes a moverse en busca de mejores condiciones de vida.

La existencia de grupos delictivos, la impunidad con la que operan, la corrupción del Estado y la anomia social, como realidad que pone en entredicho la existencia del Estado mismo, han generado desplazamientos internos que académicamente cobran interés porque pueden contribuir en la creación de políticas públicas que palien, en la medida de lo posible, los conflictos locales y regionales.

Ventas: El Colegio Mexiquense A. C., ExHacienda Santa Cruz de los Patos s/n, Col. Cerro del Murciélago, 51350 Zinacantepec, Estado de México, Tel: (722) 2799908 ext. 183, Página: <http://www.cmq.edu.mx>.

