

Capítulo 5

Dimensiones de la Seguridad Social en Zonas de Atención Prioritaria: Evidencia empírica desde Tijuana, Baja California

Jimmy Emmanuel Ramos Valencia¹

Martha Cecilia Jaramillo Cardona²

<https://doi.org/10.61728/AE20254865>



¹ Investigador Postdoctoral por México SECIHTI (COLEF)

<https://orcid.org/0000-0002-8809-6822>

² Universidad Autónoma de Baja California (UABC)

<https://orcid.org/0000-0002-8091-0551>

1. Introducción

Este capítulo analiza la dimensión de la seguridad social dentro del proyecto “Intervención social para la búsqueda de bienestar con equidad en mujeres que viven en zonas de atención prioritaria”, con especial atención a las mujeres residentes en las Zonas de Atención Prioritaria (en adelante ZAP) en Tijuana, Baja California. El objetivo es comprender los mecanismos de exclusión y acceso desigual a la seguridad social que enfrentan estas mujeres, así como explorar los efectos de dichas condiciones en su bienestar integral. Esta problemática se vincula directamente con la informalidad laboral, las brechas de género, el desconocimiento de derechos y la limitada respuesta institucional frente a sus necesidades.

El análisis parte de un enfoque de derechos sociales y justicia de género, proponiendo que el acceso efectivo a la seguridad social es un componente esencial del bienestar. En un contexto de alta vulnerabilidad social, este derecho no solo garantiza protección ante riesgos como enfermedad, vejez o desempleo, sino que también constituye un factor de autonomía y reconocimiento social. En esta lógica, el capítulo se estructura en siete secciones que permiten explorar la problemática desde un análisis teórico y empírico, culminando con recomendaciones orientadas a fortalecer la perspectiva de género y territorial en las políticas de seguridad social.

2. Revisión de literatura

El acceso desigual a la seguridad social ha sido ampliamente documentado como un factor estructurante de la exclusión social y económica, particularmente para las mujeres en contextos de pobreza. Desde una perspectiva crítica, Amacker et al. (2017) destacan la importancia de desarrollar indicadores sensibles al género para evaluar los sistemas de protección social, argumentando que las políticas actuales muchas veces

invisibilizan las desigualdades estructurales que afectan a las mujeres, especialmente aquellas que trabajan en sectores informales.

Complementariamente, Crupi y Godden (2023) abogan por un enfoque de evaluación feminista mediante Investigación-Acción Participativa (IAP), el cual permite integrar las experiencias, voces y necesidades de las mujeres en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas, incluyendo aquellas relacionadas con salud, pensiones y protección económica. Este enfoque ha sido particularmente útil en contextos donde la institucionalidad estatal es débil y las redes comunitarias desempeñan un papel fundamental en la provisión de bienestar.

Desde la dimensión del trabajo social en comunidades empobrecidas, Pawar (2014) propone una visión integral del bienestar que incorpora elementos como el acceso a infraestructura básica, seguridad económica y acceso a servicios de salud. Esta propuesta se articula con el marco del desarrollo humano planteado por Amartya Sen (1999), donde la expansión de capacidades y libertades individuales constituye un eje central del bienestar.

Asimismo, la OECD (2021) enfatiza la necesidad de un marco de gobernanza sensible al género que promueva la transversalización de esta perspectiva en todas las fases del ciclo de políticas públicas. Esto incluye la generación de datos desagregados, la participación activa de las mujeres en la toma de decisiones y la implementación de programas adaptados a contextos específicos como las ZAP.

Autores como Brown (2014) y Grabe y Dutt (2019) profundizan en la relación entre participación política, empoderamiento y acceso a derechos sociales, señalando que las intervenciones comunitarias exitosas son aquellas que logran articular demandas colectivas con reformas institucionales. Estas perspectivas refuerzan la idea de que el fortalecimiento de la seguridad social debe ir acompañado de procesos de organización, formación y liderazgo comunitario. El trabajo de Brown (2014) es especialmente valioso al abordar cómo las mujeres de color enfrentan formas simultáneas de discriminación y exclusión estructural, lo cual tiene implicaciones directas en el diseño de políticas públicas sensibles a la interseccionalidad.

Por su parte, el estudio de Grabe y Dutt (2019) permite conectar los procesos de intervención comunitaria con transformaciones políticas

más amplias. Ellas argumentan que las experiencias de empoderamiento colectivo son catalizadoras de cambios sistémicos, sobre todo cuando se articulan desde una narrativa feminista comunitaria que vincula salud, derechos, participación y transformación de las estructuras patriarcales.

Por otro lado, el marco teórico de Osei y Zhuang (2020) ofrece una perspectiva centrada en la innovación social y el capital social como herramientas clave para romper el ciclo de la pobreza rural y mejorar el bienestar en comunidades con bajo acceso a servicios institucionales. Este enfoque resulta particularmente útil para pensar cómo las mujeres en las ZAP pueden activar recursos comunitarios para compensar vacíos institucionales, fortaleciendo así una red de seguridad social de base.

La propuesta de Jerneck (2015) acerca de la sinergia entre desarrollo, género y ambiente también cobra relevancia en contextos de alta vulnerabilidad social como las ZAP, donde la falta de acceso a servicios públicos esenciales coexiste con el deterioro ambiental. Esta interconexión obliga a repensar el diseño de políticas públicas desde una mirada compleja e intersectorial.

Finalmente, la propuesta de Amacker et al. (2017) destaca la necesidad de diseñar indicadores sensibles al género desde una metodología participativa, que incluya a las mujeres como agentes activas en el desarrollo y evaluación de las intervenciones sociales. Esta perspectiva subraya que la participación no debe limitarse a la recolección de datos, sino que debe incidir en la definición de los problemas, las soluciones y los mecanismos de seguimiento, asegurando que las voces de las mujeres en contextos de exclusión sean escuchadas y consideradas de manera efectiva (Amacker et al., 2017).

En conjunto, esta revisión establece una base conceptual sólida para el análisis de la seguridad social desde una perspectiva feminista, interseccional y territorial, ofreciendo claves interpretativas que orientan la lectura crítica de los hallazgos empíricos en las siguientes secciones del capítulo.

3. Metodología

Este estudio adopta una metodología cualitativa con enfoque participativo, sustentada en la epistemología del Community-Based Research (Boyd, 2020), que reconoce a las mujeres de las ZAP como co-investigadoras activas en la generación de conocimiento. La elección metodológica parte de la necesidad de comprender fenómenos sociales complejos como la exclusión de la seguridad social desde una perspectiva situada, crítica y transformadora (Mills, 1959; Freire, 1970). En coherencia con este enfoque, se optó por un estudio de caso como estrategia metodológica principal, centrado en una comunidad específica dentro de las ZAP de Tijuana. Esta elección permite un análisis profundo de las dinámicas locales, las narrativas y las prácticas cotidianas de las mujeres frente a la inseguridad estructural, resaltando sus saberes y resistencias como formas legítimas de producción de conocimiento.

El trabajo de campo fue desarrollado en tres fases: diagnóstico, intervención participativa y evaluación del impacto. Durante la fase diagnóstica se aplicaron 250 encuestas estructuradas a mujeres residentes en colonias priorizadas, utilizando un muestreo estratificado aleatorio. Esta etapa se complementó con observación participante, grupos focales y entrevistas semiestructuradas realizadas por estudiantes formados en metodologías feministas y participativas (Crupi y Godden, 2023).

La metodología adoptada también incorpora elementos de los enfoques de investigación feminista (Naples, 1996; Addams, 1895), con énfasis en la producción colectiva del conocimiento, la validación del saber situado y la transformación social como objetivos del proceso investigativo. Este enfoque permitió integrar datos cuantitativos y cualitativos en una lógica de triangulación, enriqueciendo la comprensión de las experiencias de exclusión y acceso a la seguridad social.

El análisis se estructuró mediante codificación temática con apoyo del software MAXQDA, buscando patrones en las narrativas y categorías emergentes asociadas a las dimensiones de la seguridad social: salud, empleo formal, pensiones, apoyos sociales, entre otras. La fase de evaluación de impacto incluyó entrevistas en profundidad con una muestra intencional de 30 mujeres (15 participantes en la intervención y 15 no

participantes), a fin de aplicar un enfoque contrafactual que permitiera identificar diferencias atribuibles al proyecto (Amacker et al., 2017).

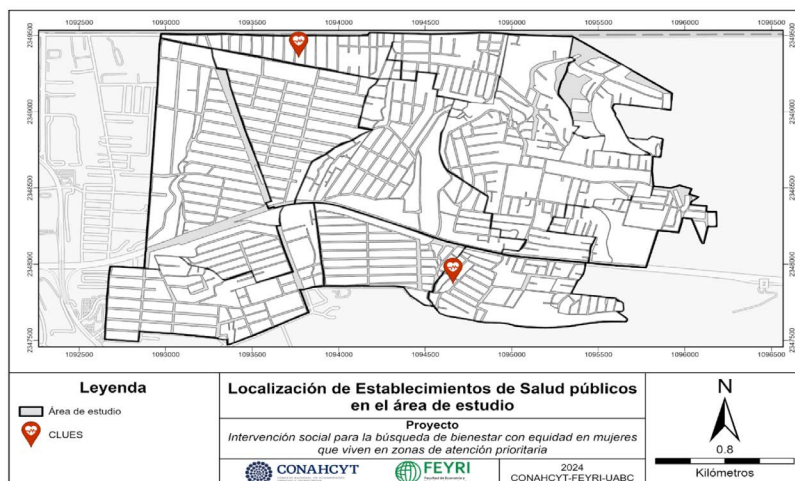
Esta metodología colaborativa no solo permite generar hallazgos pertinentes, sino que también contribuye a fortalecer capacidades de las participantes, generar apropiación del proceso y promover transformaciones sociales sostenibles (Boyd, 2020; Berge et al., 2022).

4. Desarrollo del tema

Los hallazgos empíricos derivados del diagnóstico aplicado en las ZAP de Tijuana revelan múltiples dimensiones de exclusión en el acceso a la seguridad social. Las mujeres encuestadas manifestaron, en una proporción significativa, carecer de afiliación a instituciones como IMSS, ISSSTE o IMSS-Bienestar. Esto no solo implica una ausencia de protección ante enfermedades o accidentes laborales, sino también una falta de acceso a servicios de salud preventivos, consultas médicas regulares y cobertura en medicamentos.

Además, se detectó una relación directa entre la falta de cobertura y la postergación de decisiones importantes en materia de salud. Muchas mujeres reportaron haber evitado consultas médicas por no contar con los recursos necesarios o por desconfianza hacia los servicios públicos disponibles. Esta situación es coherente con lo señalado por Pérez-Vargas y Castro (2020), quienes subrayan cómo la falta de conciliación entre la vida familiar y laboral, sumada a la escasa cobertura de servicios sociales, incrementa los riesgos para la salud mental y física de las mujeres.

Mapa 1. Localización de Establecimientos de Salud públicos en el área de estudio



Fuente: Elaboración propia, con base en la Información DENEUE - INEGI.

El mapa 1 del área de estudio, realizado con información del INEGI y del sistema de salud, nos muestra una representación geográfica del área de estudio compuesto por 11 AGEB distintos. Dentro del mapa se nos representa la ubicación de los centros de salud del ámbito público en el área de estudio (representados con un marcador rojo), los cuales únicamente son dos establecimientos.

Uno de los centros de salud se encuentra ubicado en el AGEB 6351, siendo el Centro de Salud 10 de Mayo, que cuenta con diez doctores, y otro en el AGEB 6366, el Centro de Salud Insurgentes, con cinco doctores.

En términos de salud mental, las encuestas revelaron un alto número de mujeres que manifiestan síntomas de ansiedad y depresión sin haber recibido atención psicológica. Este dato se entrelaza con el análisis de Eo (2021), quien muestra que las intervenciones participativas en salud no solo disminuyen riesgos clínicos, sino que también incrementan la percepción de agencia en las mujeres. La falta de acceso a este tipo de servicios en las ZAP se traduce en un empobrecimiento de las condiciones de vida, pero también en una invisibilización del malestar psicoemocional como problema público.

En materia laboral, la informalidad aparece como una de las causas estructurales de la exclusión del sistema de seguridad social. Una porción importante de las mujeres encuestadas se desempeña en ocupaciones sin contrato, sin acceso a derechos laborales ni prestaciones. Esta realidad refuerza lo planteado por Nakrosis (2014), quien advierte que las intervenciones deben incluir componentes de fortalecimiento de capacidades para promover una integración más justa al mercado de trabajo, articulando formación técnica, acceso a crédito y redes de apoyo.

Asimismo, las entrevistas realizadas durante el proceso de evaluación participativa resaltaron la percepción de las mujeres sobre su papel en la comunidad y la necesidad de programas que reconozcan su trabajo no remunerado. Como señala Thomas (2023), la negociación de las mujeres con estructuras de poder y recursos debe ser entendida como un proceso cotidiano y político, que implica resistencias, pero también posibilidades de transformación y autonomía.

Desde una perspectiva interseccional, se observó que mujeres mayores, indígenas o con discapacidad enfrentan barreras adicionales para acceder a los beneficios del sistema de seguridad social. Este punto coincide con lo argumentado por Baker et al. (2018), quienes afirman que una política pública verdaderamente inclusiva requiere una lectura interseccional que considere simultáneamente factores como género, clase, etnia y edad.

En cuanto a las expectativas sobre políticas públicas, las mujeres manifestaron demandas claras: mejorar la cobertura, aumentar la calidad de los servicios de salud, crear guarderías comunitarias y asegurar pensiones dignas. Estas aspiraciones se alinean con lo propuesto por la OCDE (2021) sobre marcos de gobernanza sensibles al género, que deben responder a las necesidades diferenciadas de la ciudadanía, especialmente de las mujeres en situación de vulnerabilidad.

Las estrategias comunitarias emergentes también fueron objeto de análisis. Varias mujeres participantes destacaron la creación de redes de apoyo mutuo, compartición de conocimientos en salud y organización de talleres comunitarios como formas alternativas de bienestar. Estas prácticas representan una forma de innovación social, en línea con lo planteado por Osei y Zhuang (2020), quienes documentan cómo el capital social puede convertirse en una base para generar seguridad social desde abajo.

Finalmente, los resultados del análisis muestran que aquellas mujeres que participaron en la intervención social del proyecto CF-2023-G-1287 reportaron mayores niveles de conocimiento sobre sus derechos, mayor capacidad para navegar el sistema de salud y un incremento en su percepción de agencia. Esta constatación empírica respalda el argumento de Crupi y Godden (2023) respecto a que las metodologías participativas no solo permiten diagnosticar problemas, sino también generar transformaciones duraderas en la subjetividad y en el acceso a derechos de las mujeres.

La siguiente sección presentará un estudio de caso concreto en una de las colonias priorizadas, donde estas dinámicas pueden observarse con mayor profundidad, permitiendo ilustrar tanto las barreras como las estrategias de resiliencia frente a la exclusión de la seguridad social.

5. Estudio de caso

En las periferias urbanas de Tijuana, las Zonas de Atención Prioritaria (ZAP) representan espacios marcados por la pobreza, la marginación y la falta de servicios básicos, donde las mujeres enfrentan vulnerabilidades y desigualdades únicas. Estas zonas, definidas por el gobierno mexicano según criterios como bajos ingresos, alta marginación y acceso limitado a educación, salud, vivienda y empleo, concentran condiciones de precariedad extremas. En tal contexto, las brechas de género se profundizan: persisten inequidades de género que derivan en disparidades sociales y laborales en detrimento de las mujeres. Las residentes de las ZAP suelen estar excluidas de la seguridad social formal y otros derechos básicos, lo que agrava su vulnerabilidad. Esta realidad convierte a las ZAP en un escenario crítico para intervenciones sociales que busquen revertir desigualdades estructurales, particularmente aquellas que afectan a las mujeres por su condición de género. En suma, el contexto socioeconómico y cultural de estas comunidades marginalizadas configura barreras significativas para el bienestar femenino, haciendo imperativo abordar la seguridad social de las mujeres como un componente central de la justicia social y de género.

El estudio de caso desarrollado en una ZAP de Tijuana se enmarca en un proyecto de intervención social participativa y transdisciplinaria

orientado a promover la equidad de género y mejorar las condiciones de vida de las mujeres. La iniciativa parte de la hipótesis de que una intervención centrada en las mujeres, basada en la identificación de sus necesidades específicas, puede mejorar su calidad de vida y fomentar su desarrollo. Bajo este enfoque, el equipo investigador —con amplia experiencia previa en el apoyo a microempresas de base social lideradas por mujeres (formalizando miles de negocios, 70 % de ellos encabezados por mujeres)— combinó estrategias socioeducativas con investigación participativa. La metodología incluyó un diagnóstico detallado de la comunidad para identificar las barreras que enfrentan las mujeres, seguido del diseño e implementación de programas de desarrollo de capacidades adaptados a sus necesidades.

Este enfoque transdisciplinario y participativo integró múltiples dimensiones: desde el fortalecimiento de actividades productivas y la participación social, hasta la salud y la educación, reconociendo que la situación de exclusión en la seguridad social está entrelazada con factores laborales, comunitarios y de salud. La fase diagnóstica del proyecto contempló la selección de la ZAP según criterios oficiales (CONEVAL 2022) y la sensibilización de la comunidad para lograr la participación voluntaria de las mujeres. Durante este proceso, se aplicaron 250 encuestas (equivalentes al 13 % de las 1875 mujeres residentes de la zona), complementadas con talleres de fin de semana enfocados en el empoderamiento económico y social femenino. Estos talleres cumplieron una doble función: facilitar la participación en el levantamiento de datos y servir como plataforma de capacitación y desarrollo de habilidades en temas críticos para la autonomía de las participantes.

La interacción directa en campo —mediante visitas domiciliarias, encuestas y sesiones comunitarias— permitió capturar de forma profunda las experiencias y necesidades de las mujeres, a la vez que generó confianza y compromiso comunitario con el proyecto. Cabe destacar que desde el inicio se procuró un diálogo constante con las participantes: se organizaron foros de discusión para socializar hallazgos preliminares y recoger retroalimentación de las mujeres y sus familias, así como de autoridades locales y organizaciones civiles. Además, se impulsó la formación de comités vecinales de mujeres, concebidos para acompañar

la intervención y fortalecer las capacidades de gestión comunitaria en materia de salud y seguridad social. Esta metodología participativa no solo enriqueció el diagnóstico, sino que empoderó a las mujeres al darles voz en la identificación de problemas y en la búsqueda de soluciones colectivas, reforzando el tejido social local.

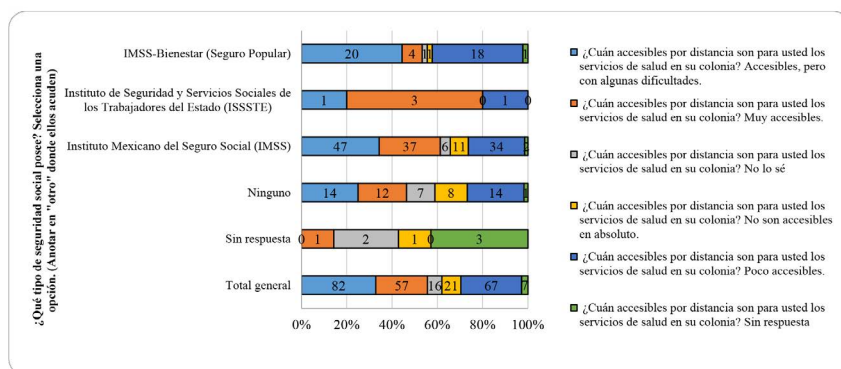
Los hallazgos clave de la fase diagnóstica revelan las múltiples facetas de la exclusión en seguridad social que sufren las mujeres de la ZAP, en estrecha relación con su salud, trabajo, participación comunitaria y condición de género. En primer lugar, se constató que la cobertura de seguro social es sumamente limitada en esta población, y dicha carencia tiene consecuencias directas en los comportamientos de salud. Una proporción considerable de mujeres carece de afiliación a instituciones de seguridad social (ya sea al Instituto Mexicano del Seguro Social –IMSS– u otros sistemas públicos), lo cual se traduce en un menor uso preventivo de los servicios de salud. De hecho, los datos muestran que la ausencia de cobertura conlleva decisiones adversas relacionadas con la salud, como no acudir a citas médicas o dejar de comprar medicamentos necesarios, incluso cuando las mujeres los requieren.

Esta situación responde en gran medida a condiciones estructurales: la pobreza, el bajo nivel educativo y la informalidad laboral agravan las barreras de acceso a los servicios de salud para las habitantes de estas zonas. Muchas mujeres de la ZAP se emplean en el sector informal o en microemprendimientos precarios, lo que implica ingresos inestables y la ausencia de prestaciones laborales como el seguro de salud. En este círculo de vulnerabilidad, la falta de un empleo formal –y por ende de afiliación al sistema de seguridad social– las deja dependiendo de un sistema público de salud fragmentado o de recursos propios limitados para atender sus necesidades médicas. Como resultado, tienden a postergar la atención sanitaria hasta que la situación es crítica, evitando costos que no pueden asumir, práctica que aumenta el riesgo de complicaciones por la falta de atención temprana.

Este uso reactivo y tardío del sistema de salud contrasta con el comportamiento de las pocas mujeres que sí cuentan con seguro: estas últimas acceden a consultas de forma más regular y preventiva, aprovechando la infraestructura disponible para dar seguimiento a su salud de manera

continua. La brecha es notoria y señala una desigualdad sistémica: quienes tienen seguridad social (por ejemplo, afiliación al IMSS) reportan mayores facilidades para acceder a servicios médicos, mientras que aquellas sin ningún tipo de cobertura son las que más perciben los servicios como “poco” o “nada accesibles”. Incluso entre las aseguradas se observaron matices importantes. Las mujeres afiliadas al IMSS generalmente describen la atención médica como “accesible” o “muy accesible”, lo cual sugiere que este régimen provee una infraestructura relativamente robusta y claridad en los servicios disponibles.

Figura 1. Tipo de Seguridad Social vs. Accesibilidad a Servicios de Salud



Fuente: Jaramillo et al. (2023).

La Gráfica 1 revela varios puntos de discusión clave. En primer lugar, una cantidad significativa de mujeres con IMSS considera que los servicios de salud son muy accesibles, lo que podría indicar que las afiliadas a esta institución tienen acceso a una mejor infraestructura de servicios o mayor claridad en sus derechos y cómo ejercerlos. Sin embargo, también hay un número considerable de beneficiarias del IMSS que encuentran dificultades de acceso, lo que sugiere la necesidad de mejorar la comunicación y los procesos para garantizar que los beneficios sean tangibles para todos los afiliados.

Por otro lado, la percepción de accesibilidad entre las mujeres con Seguro Popular (ahora IMSS-Bienestar) es menos favorable, con una mayor proporción que informa dificultades de acceso. Esto puede deberse a

diferencias en la cobertura del servicio, limitaciones en la infraestructura de salud o barreras administrativas que impiden el acceso efectivo a los servicios. Estos datos son cruciales para una propuesta de intervención, ya que indican que debe haber un enfoque diferenciado según el tipo de seguro social. Será importante fortalecer la capacidad de las mujeres para navegar en el sistema de seguridad social, así como abogar por mejoras en la prestación de servicios y la infraestructura de salud, especialmente para las beneficiarias del IMSS-Bienestar.

Sin embargo, no todas sus experiencias son positivas: un segmento de beneficiarias del IMSS indicó enfrentar dificultades de acceso, señal de problemas burocráticos o deficiencias locales en la prestación de servicios que requieren atención. Por otro lado, las mujeres cubiertas por el Seguro Popular/IMSS-Bienestar (esquema público destinado a población sin empleo formal) mostraron una percepción menos favorable de la accesibilidad, con una proporción mayor reportando obstáculos para obtener atención. Esto apunta a limitaciones en la infraestructura sanitaria pública y barreras administrativas que dificultan el acceso efectivo de las mujeres más vulnerables, a pesar de estar teóricamente afiliadas a un programa de salud gubernamental. En conjunto, el diagnóstico cuantitativo y cualitativo expone un patrón de inequidad claro: la falta de seguridad social exacerba las barreras existentes y se erige como un factor determinante que separa a las mujeres que pueden ejercer su derecho a la salud de aquellas que, en la práctica, ven restringido ese derecho por su posición socioeconómica y de género.

Un aspecto crítico explorado en el caso es la salud mental de las mujeres en la ZAP, una dimensión habitualmente desatendida en contextos de pobreza. Los resultados evidencian un alto nivel de necesidad insatisfecha en atención psicológica: una mayoría de mujeres que reportaron síntomas de ansiedad o depresión no ha recibido tratamiento profesional. Esta brecha alarmante sugiere no solo la falta de recursos especializados y oferta de servicios de salud mental en la zona, sino también lagunas de información y persistencia de estigmas socioculturales en torno a buscar ayuda psicológica. Las participantes señalaron que, aun cuando enfrentan estrés crónico, violencia doméstica u otras circunstancias que afectan su salud mental, acceder a terapia o apoyo emocional es sumamente difícil.

La insuficiente disponibilidad de infraestructura y personal especializado, sumada al desconocimiento sobre la oferta existente y al temor al estigma, mantiene a estas mujeres al margen de una atención integral de su salud.

Este hallazgo resalta la necesidad de que cualquier intervención en la comunidad aborde la salud de manera holística, integrando componentes de bienestar emocional. De hecho, durante los talleres y foros comunitarios surgió reiteradamente la demanda de espacios seguros para hablar sobre depresión, ansiedad y violencia de género, lo que indica que las mujeres reconocen la importancia de estos temas para su bienestar general. Atender esta demanda implica ampliar la oferta de servicios de salud mental en la zona (por ejemplo, mediante clínicas móviles o convenios con psicólogos comunitarios) y promover campañas de sensibilización que desnormalicen la angustia y animen a buscar atención sin vergüenza ni temor. La incorporación de apoyo psicosocial en la estrategia de intervención no solo trataría un aspecto crítico del bienestar de las mujeres, sino que también reforzaría su confianza en el sistema de salud y en las redes de apoyo locales.

Desde una perspectiva analítica, este estudio de caso pone de manifiesto la intersección de múltiples desigualdades que afectan a las mujeres en contextos de marginación urbana. El acceso a la seguridad social emerge tanto como un indicador de inclusión/exclusión social, como un factor que profundiza las brechas de género en salud. La carencia de cobertura no es aleatoria: está vinculada a la precariedad laboral y a la economía informal predominante en estas comunidades, donde las mujeres suelen desempeñar trabajos no regulados, mal remunerados o domésticos no pagos. Esto evidencia cómo las esferas de trabajo, salud y protección social se entrelazan, produciendo desventajas acumulativas para las mujeres pobres. Adicionalmente, las responsabilidades de cuidado y los roles de género tradicionales influyen en la capacidad de las mujeres para buscar y obtener atención médica: muchas priorizan las necesidades familiares sobre las propias, o dependen de la afiliación del cónyuge para contar con seguro médico, quedando desprotegidas en caso de separación o informalidad del compañero.

El caso de Tijuana ilustra que las políticas públicas fragmentadas—que abordan por separado el empleo, la salud o la asistencia social—

tienden a fallar ante problemáticas multidimensionales. Por ello, los hallazgos abogan por estrategias integrales: por un lado, políticas socioeconómicas que impulsen la formalización del empleo femenino y el reconocimiento del trabajo doméstico y de cuidados, asegurando que más mujeres puedan cotizar y acceder a la seguridad social; y, por otro lado, fortalecimiento de los sistemas de salud locales con perspectiva de género, que considere desde la disponibilidad de guarderías (para que las madres puedan asistir a consultas) hasta la capacitación de personal médico en atención sensible a las mujeres.

La participación comunitaria activa en el proyecto ha demostrado ser un catalizador importante para este enfoque integrado. Mediante los comités vecinales y foros, las propias mujeres de la ZAP han identificado obstáculos concretos y propuestas de solución, desde la falta de transporte público hacia las clínicas hasta el trato poco digno que a veces reciben en instituciones de salud. Este proceso participativo no solo produjo datos para la investigación, sino que potenció la agencia de las mujeres como sujetas de cambio en su comunidad. En línea con otros estudios sobre intervenciones participativas en salud femenina, la experiencia en Tijuana confirma que incorporar las voces de las mujeres en el diagnóstico y la acción genera intervenciones más pertinentes y sostenibles, además de empoderar a las participantes al reconocerlas como actoras clave en la defensa de sus derechos.

En términos de implicaciones y proyecciones, el caso de estudio ofrece lecciones valiosas tanto para la política pública como para iniciativas comunitarias similares. Primero, los resultados subrayan la urgente necesidad de reducir las barreras estructurales y sistémicas que impiden el acceso a la salud de las mujeres en contextos marginalizados. Esto incluye ampliar la cobertura de seguridad social hacia la universalidad, de modo que ninguna mujer quede excluida de la atención médica por su condición laboral o socioeconómica.

La cobertura universal de salud se plantea como una medida clave para asegurar que las mujeres, independientemente de sus ingresos o tipo de trabajo, puedan acceder oportunamente a los servicios de salud sin que el costo sea una barrera. En paralelo, deben fortalecerse los programas públicos ya existentes: por ejemplo, mejorar el alcance y calidad

del IMSS-Bienestar, subsanando las deficiencias de infraestructura y gestión que hoy limitan su efectividad. Segundo, las políticas integrales de desarrollo social con perspectiva de género son imprescindibles. Los hallazgos recomiendan eliminar las barreras económicas que enfrentan las mujeres (subsidiando medicamentos o transporte a clínicas, entre otras medidas) y asegurar que el ejercicio del derecho a la salud no esté supeditado a la capacidad de pago ni a la afiliación laboral formal. Asimismo, es crucial invertir en infraestructura comunitaria: la mejora de caminos, transporte y equipamiento de centros de salud en las ZAP puede marcar la diferencia entre recibir o no atención a tiempo. Tercero, el caso destaca la importancia de las campañas educativas y de sensibilización. Informar a las mujeres sobre sus derechos en salud, los servicios disponibles y la relevancia de la atención preventiva puede impulsar cambios en la utilización de los servicios y en la autogestión de la salud.

La educación en salud y el acompañamiento comunitario, tal como se implementó mediante talleres en este proyecto, han mostrado ser pasos efectivos hacia el empoderamiento de las mujeres en las ZAP y la mejora de sus resultados de salud. Por último, este estudio de caso sienta bases para fases posteriores de intervención y para investigaciones futuras. La base de datos diagnóstica generada constituye un insumo fundamental para analizar en detalle las condiciones socioeconómicas y de salud de las mujeres en la zona. Sobre dicha evidencia, el equipo presentará propuestas informadas a las instituciones pertinentes, buscando incidir en políticas públicas más efectivas y focalizadas en promover el bienestar y la equidad de género en estas comunidades prioritarias.

En síntesis, el caso de las mujeres de la ZAP en Tijuana demuestra que abordar la seguridad social femenina en contextos de alta vulnerabilidad requiere acciones integrales, participativas y sostenibles, donde converjan la eliminación de barreras estructurales, la mejora de la oferta institucional y el fortalecimiento de las capacidades y la voz de las propias mujeres.

Esta experiencia ofrece una mirada crítica y esperanzadora a la vez: crítica, al evidenciar las fallas del sistema que perpetúan la inequidad; esperanzadora, al mostrar caminos de transformación desde la comunidad que pueden guiar la construcción de un sistema de protección social más justo, inclusivo y sensible al género en Tijuana y contextos afines.

6. Discusión

Los hallazgos revelan una interconexión compleja entre la salud, la seguridad social y las condiciones socioeconómicas de las mujeres en las Zonas de Atención Prioritaria (ZAP) de Tijuana. La seguridad social —entendida como el acceso a seguros de salud, pensiones y prestaciones básicas— emerge como eje vertebrador de las trayectorias vitales de estas mujeres, condicionando su bienestar y autonomía. Gran parte de las participantes carece de cobertura contributiva formal (IMSS o ISSSTE) y depende de programas públicos básicos o de la provisión precaria de servicios. Esta situación no es anecdótica, sino reflejo de un patrón estructural: en México, más de la mitad de las mujeres ocupadas trabajan en la informalidad, lo que acarrea menor cobertura de seguridad social y exposición a vulnerabilidades.

Históricamente, el sistema de seguridad social se construyó alrededor del empleo formal, dejando fuera a quienes laboran en esquemas informales. Nuestras encuestas cuantitativas confirmaron esta brecha: la ausencia de un seguro social se asocia con un uso menos frecuente de los servicios de salud y con la postergación de cuidados preventivos. Muchas mujeres reportaron haber aplazado consultas médicas o la compra de medicamentos debido a costos y dificultades de acceso, en contraste con quienes sí cuentan con algún tipo de cobertura. La cobertura de seguro social, por tanto, funge como un facilitador crítico para buscar atención médica oportuna. Estas evidencias empíricas reafirman lo señalado por la literatura: cuando la protección social no alcanza a todos, la universalidad del derecho a la salud queda como deuda pendiente (Ramírez, 2007), perpetuando escenarios de desprotección en los márgenes del sistema formal. En suma, la carencia de seguridad social actúa como mecanismo de exclusión social, restringiendo el ejercicio pleno de derechos básicos y cimentando desigualdades de género de larga data.

Dentro de este panorama, la informalidad laboral y la precariedad económica surgen como factores clave que moldean las experiencias de las mujeres en las ZAP. Las entrevistas en profundidad y la observación participativa evidenciaron que la mayoría de estas mujeres transita por empleos inestables —venta ambulante, trabajo doméstico, autoempleo

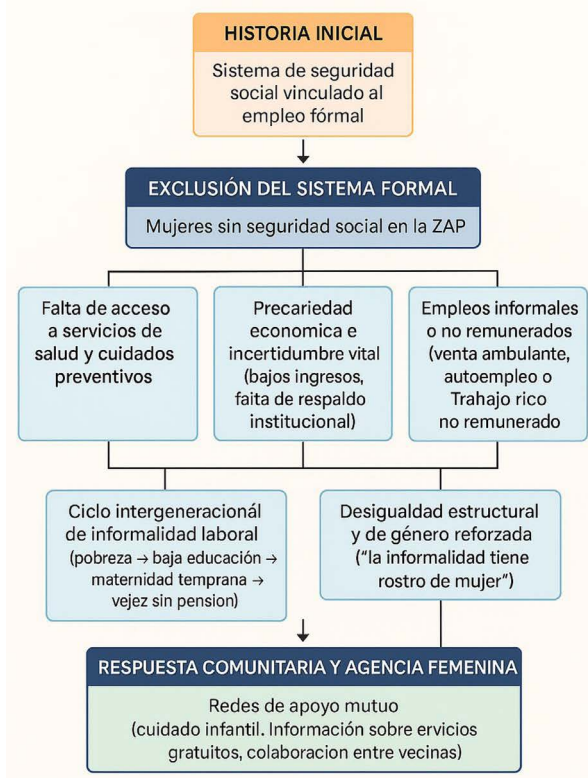
esporádico— o se dedica al trabajo no remunerado del hogar, sin acceso a las protecciones asociadas al empleo formal. La literatura sobre género y trabajo en México ha documentado cómo la pobreza, el bajo nivel educativo y la informalidad agravan las barreras de acceso a servicios básicos. En nuestras participantes, esta confluencia de factores se manifiesta en vidas marcadas por la incertidumbre: ante una enfermedad grave o accidente, carecen de la red de apoyo institucional que brindaría la seguridad social contributiva (como ingresos por incapacidad, guarderías o una pensión). Tal precariedad incrementa su vulnerabilidad a lo largo del ciclo de vida, profundizando la desigualdad estructural. De hecho, las trayectorias vitales reconstruidas en las entrevistas muestran patrones recurrentes de exclusión: muchas mujeres provienen de entornos familiares donde la informalidad laboral es intergeneracional, lo que se traduce en limitadas oportunidades educativas en la juventud, maternidades tempranas sin apoyo estatal y vejez con escasa protección económica.

Así, la falta de seguridad social no solo afecta eventos aislados, sino que entreteje un ciclo de desventaja continua que abarca salud, educación y empleo. Esta estructura de exclusión tiene un claro componente de género; como varios estudios señalan, la informalidad laboral en México “tiene rostro de mujer” y conlleva precariedad y menor reconocimiento de derechos. Nuestros resultados aportan evidencia local a esa afirmación: ser mujer en una ZAP a menudo significa enfrentar una doble inequidad, derivada tanto de la condición de género como de la ubicación en la periferia económica y social.

Por otro lado, la investigación pone de relieve la dimensión del empoderamiento y la participación comunitaria como elementos tanto de resistencia como de posibilidad de cambio. A pesar de las adversidades, las mujeres no son sujetas pasivas; muchas despliegan estrategias de agencia para sobrellevar las carencias institucionales. Por ejemplo, en los grupos focales algunas participantes relataron cómo han creado redes de apoyo mutuo con vecinas para el cuidado de hijos o intercambian información sobre clínicas gratuitas y jornadas médicas en la colonia. Esta solidaridad de base comunitaria, si bien no suple completamente la falta de políticas públicas, sí representa un capital social del que las mujeres echan mano para mitigar la exclusión.

1. Este esquema muestra cómo la falta de seguridad social entre mujeres en las ZAP produce un ciclo estructural de exclusión que afecta salud, empleo y educación a lo largo de la vida.

Ciclo de exclusión social y estrategias comunitarias entre mujeres en Zonas de Atención Prioritaria (ZAP)



La literatura sobre empoderamiento femenino sugiere que el acceso a recursos y redes aumenta la capacidad de agencia de las mujeres (Kabeer, 1999; Sen, 1997). Nuestros hallazgos cualitativos confirman en parte esta tesis: all6 donde existe participaci6n activa —como comit6s de vecinos, talleres comunitarios o proyectos colectivos— las mujeres reportan mayor autoestima y conciencia de sus derechos, sinti6ndose m6s empoderadas para demandar mejoras.

Sin embargo, también emergieron límites claros. Varias entrevistadas expresaron frustración ante la falta de respuesta institucional: su involucramiento en actividades comunitarias no siempre se traduce en atención por parte de las autoridades. En este sentido, el empoderamiento “desde abajo” choca con estructuras burocráticas y políticas que históricamente han ignorado a estas comunidades. Por ejemplo, interacciones durante los talleres participativos del proyecto evidenciaron demandas insatisfechas muy básicas –calles pavimentadas, alumbrado, drenaje adecuado– cuya ausencia impacta directamente en la salud y seguridad del barrio. Que tales necesidades elementales persistan sugiere que la participación comunitaria, por robusta que sea, requiere interlocución efectiva con el Estado para lograr transformaciones de fondo.

En la intersección de estas dinámicas surgen las expectativas de políticas públicas desde la mirada de las propias mujeres. Un aporte central de esta investigación ha sido captar no solo las carencias, sino también las aspiraciones y propuestas que las participantes tienen respecto a su bienestar. De manera recurrente, en las entrevistas las mujeres manifestaron el anhelo de políticas más inclusivas y sensibles a su realidad: acceso a servicios de salud cercanos y de calidad, programas de apoyo para quienes trabajan por cuenta propia y espacios seguros de participación donde sus voces sean escuchadas. No obstante, también se percibe una mezcla de escepticismo y esperanza.

Algunas mujeres, conscientes de promesas pasadas incumplidas, expresaron poca confianza en que las mejoras lleguen a corto plazo; otras, especialmente las más jóvenes o involucradas en organizaciones locales, sostienen expectativas de cambio y desean ser partícipes activas en la co-creación de soluciones. Este abanico de expectativas refleja una tensión crítica: por un lado, reconocen sus derechos sociales (a la salud, a la seguridad social, a una vida digna) y esperan que el Estado los garantice; por otro, han aprendido a no depender completamente de una respuesta gubernamental que históricamente ha sido insuficiente en las ZAP.

La literatura en políticas sociales advierte que el diseño tradicional de programas muchas veces no alcanza a las poblaciones más vulnerables, en parte porque no considera sus contextos específicos ni involucra sus voces en la formulación (Cornwall, 2008; Martínez, 2019). Nuestros

hallazgos enfatizan esta lección: las políticas públicas efectivas deberán partir de las experiencias vividas de estas mujeres, integrando perspectivas de género, comunidad y trabajo informal para no reproducir esquemas excluyentes.

En síntesis, la dimensión de la seguridad social se entrelaza con la salud, el empoderamiento, la participación comunitaria y la informalidad laboral, tejiendo el entramado de la vida cotidiana de las mujeres en las ZAP. Lejos de operar de forma aislada, estas dimensiones se refuerzan mutuamente: la falta de un empleo formal con prestaciones limita el acceso a la salud y merma la autonomía económica; la salud precaria, a su vez, puede obstaculizar la participación laboral o comunitaria activa; la carencia de espacios de decisión reduce la influencia de las mujeres en las políticas que les atañen, perpetuando un círculo vicioso de marginalidad.

Las implicaciones de este entrelazamiento apuntan a la persistencia de una desigualdad estructural: las mujeres de sectores populares enfrentan barreras sistémicas que las excluyen del pleno acceso al bienestar, aun en un contexto donde la equidad de género es una meta proclamada. Al visibilizar cómo se configuran estas trayectorias —desde la niñez hasta la edad adulta mayor— comprendemos que la exclusión social no es un evento puntual, sino un proceso acumulativo. Las experiencias narradas ilustran la carga desproporcionada que ellas soportan en el cuidado familiar, en la economía informal y en la búsqueda de servicios básicos, todo lo cual reproduce la brecha de género en la ciudad.

Este análisis crítico subraya la necesidad de repensar el diseño de políticas desde una óptica integral: solo reconociendo la interdependencia de salud, seguridad social, empleo e inclusión comunitaria se podrá avanzar hacia intervenciones que rompan el ciclo de la desigualdad. En la sección siguiente, se profundizará en cómo estos hallazgos orientan propuestas de acción más equitativas, evitando aquí recomendaciones puntuales para reservarlas al capítulo de conclusiones.

7. Conclusiones y recomendaciones

Este capítulo ha examinado en profundidad la dimensión de la seguridad social en la vida de las mujeres que habitan Zonas de Atención Prioritaria (ZAP) en Tijuana, Baja California, a partir de una estrategia metodológica mixta y un enfoque de justicia social y perspectiva de género. La evidencia empírica recolectada en el marco del proyecto “Intervención social para la búsqueda de bienestar con equidad en mujeres que viven en zonas de atención prioritaria” (CF-2023-G-1287) ha puesto de relieve no solo las desigualdades estructurales que configuran el acceso a los sistemas de protección social, sino también las estrategias comunitarias que las mujeres desarrollan para enfrentar estas condiciones adversas.

Uno de los hallazgos clave es que la falta de cobertura de seguridad social no solo limita el acceso a servicios médicos y prestaciones laborales, sino que también interfiere de manera directa con la toma de decisiones en salud, el autocuidado, la salud mental y la planificación de la vida cotidiana. Las mujeres entrevistadas y encuestadas evidencian una relación estructuralmente desigual con las instituciones del Estado, marcada por la informalidad laboral, la precarización del trabajo de cuidados no remunerado, el desconocimiento de derechos y la ausencia de canales efectivos para la exigibilidad de los mismos.

Al analizar el impacto de la intervención participativa en las ZAP, se constató que las mujeres que participaron activamente en los procesos de formación, talleres y actividades comunitarias no solo incrementaron su conocimiento sobre el sistema de salud y seguridad social, sino que también reportaron mejoras en su capacidad para navegar dicho sistema, ejercer sus derechos y compartir lo aprendido con otras mujeres de su comunidad. Esto refuerza la idea de que el empoderamiento no es únicamente un cambio individual, sino una transformación relacional y colectiva con potencial multiplicador.

Desde una perspectiva metodológica, este trabajo ha demostrado el valor de los enfoques participativos, etnográficos y cualitativos para entender de manera situada y profunda las múltiples dimensiones de la exclusión social. Asimismo, la incorporación de un análisis contrafactual permitió identificar con mayor claridad los efectos de la intervención al

comparar los testimonios y experiencias de mujeres participantes y no participantes.

En términos de diseño de políticas públicas, los resultados de este capítulo sugieren que cualquier estrategia orientada a mejorar la seguridad social de mujeres en contextos de marginación debe considerar al menos tres aspectos fundamentales. En primer lugar, el reconocimiento del trabajo no remunerado de las mujeres como una dimensión central de su exclusión del mercado laboral formal y, por ende, del sistema de seguridad social. En segundo lugar, la necesidad de fortalecer los servicios de salud desde una perspectiva de género, ampliando la cobertura de salud mental, servicios preventivos y guarderías comunitarias como condiciones básicas para la autonomía. Y, en tercer lugar, la importancia de fomentar políticas de formación y educación integral en derechos sociales, que empoderen a las mujeres en su rol de sujetas activas en la transformación de sus comunidades.

Este análisis también visibiliza la urgencia de implementar marcos de gobernanza sensibles al género, como sugiere la OCDE (2021), que promuevan la transversalización de la perspectiva de género en el diseño, implementación y evaluación de las políticas sociales. Del mismo modo, se evidencia la necesidad de que los sistemas de seguridad social reconozcan e integren mecanismos comunitarios, como los grupos de apoyo, redes de cooperación y experiencias de innovación social impulsadas por las propias mujeres, como formas legítimas de producir bienestar colectivo.

En conclusión, la seguridad social no puede entenderse como una cuestión exclusivamente técnica o financiera, sino como un campo profundamente político, que refleja y reproduce desigualdades de género, clase y territorio. Las mujeres en las ZAP de Tijuana, a pesar de enfrentar múltiples barreras, construyen cotidianamente formas de resistencia, solidaridad y agencia que deben ser reconocidas, fortalecidas e integradas en los marcos institucionales. Este capítulo invita a repensar la seguridad social desde una lógica de justicia redistributiva, reconocimiento y participación, que ponga en el centro a las mujeres como sujetas de derechos y no como beneficiarias pasivas de programas asistenciales.

Bibliografía

- Amacker, M., Schlaepfer, I., Bigler, C., & Graf, A. (2017). The development of gender-responsive indicators: Towards a participatory approach. In M. Leach (Ed.), *Gender Equality and Sustainable Development* (pp. 97–106). Routledge.
- Baker, S., Black, K., Dixon, C., Yongue, C., Mason, H., McCarter, P., Manning, M., Hessmiller, J., Griesemer, I., Garikipati, A., Eng, E., Bullock, D., & Bosire, C. (2018). *Transforming social protection for women and girls*. UN Women.
- Berge, J., Macheledt, K., Watson, S., Dorr, H., Pusalavidyasagar, S., Kunin-Batson, A., Pratt, R., Zimmer, S., Tolar, J., & Termuhlen, L. (2018). Understanding and addressing barriers to healthcare access in underserved populations. *Journal of Health Disparities Research and Practice*, 11(3), 1–13.
- Brown, N. (2014). Political participation of women of color: An intersectional analysis. *Journal of Women, Politics & Policy*, 35(3), 315–340. <https://doi.org/10.1080/1554477X.2014.918946>
- Crupi, K., & Godden, N. (2023). Evaluación feminista mediante investigación-acción participativa feminista: principios rectores y prácticas recomendadas. *Gender & Development*, 31(1), 89–104.
- Eo, Y. (2021). Effects of participatory action research on reducing the risk of metabolic syndrome in adult women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 1–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105314>
- Grabe, S., & Dutt, A. (2019). Community intervention and societal inequity: A case study of women's political participation. *American Journal of Community Psychology*, 63(1–2), 112–124. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12301>
- Jerneck, A. (2015). Understanding poverty: Seeking synergies between the three discourses of development, gender, and environment. *Environmental Values*, 24(3), 321–340. <https://doi.org/10.3197/096327115X14345368709983>
- Nakrosis, R. (2014). Evaluation of capacity-building interventions in social policy: Challenges and lessons. *Public Policy and Adminis-*

- tration, 13(2), 56–67.
- OECD. (2021). *Policy framework for gender-sensitive public governance*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/0e49ab62-en>
- Osei, C. D., & Zhuang, J. (2020). Rural poverty, social capital, and women's social innovation: Evidence from Ghana. *Journal of Rural Studies*, 79, 143–152. <https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2020.08.045>
- Pawar, M. (2014). *Social work and community development: Local and global perspectives in developing countries*. Palgrave Macmillan.
- Pérez-Vargas, M., & Castro, C. (2020). Conciliación familia-trabajo, salud mental y género: Un análisis desde las políticas públicas de desarrollo social. *Revista Latinoamericana de Políticas Públicas*, 10(2), 45–68. <https://doi.org/10.18759/rlpp.v10i2.1234>
- Ramírez, E. (2007). Seguridad social en México: Retos y perspectivas. *Revista de Administración Pública*, 42(112), 53–78.
- Sen, A. (1999). *Development as Freedom*. New York: Alfred A. Knopf.
- Taukobong, H. F., Kincaid, M. M., Levy, J. K., Bloom, S. S., Platt, J. L., Henry, S. K., & Darmstadt, G. L. (2016). Does addressing gender inequalities and empowering women and girls improve health and development programme outcomes? *Health Policy and Planning*, 31(10), 1492–1514. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw074>
- Thomas, A. (2023). Mujeres guerreras: Negotiating women's empowerment in Colombia. *Gender, Place & Culture*, 30(5), 632–652. <https://doi.org/10.1080/0966369X.2023.2190073>

