

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

La desintegración institucional del Sistema Nacional de Salud y su influencia en el estrés de amas de casa de la Alcaldía Iztapalapa

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA

Araceli López Ortega

Directora de la Tesis

Dra. María Olivia Sandoval Sánchez

Ciudad de México mayo, 2023.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

Índice

AGRADECIMIENTOS	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I: POSTURAS TEÓRICAS Y CONCEPTUALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	4
1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN MÉXICO.....	4
1.2 MODELO DE ATENCIÓN MEDICA PÚBLICA Y PRIVADA.....	6
1.3 ESTRUCTURA Y FORMAS DE FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO.....	8
1.4 PROTOCOLOS EN LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....	18
1.4.1. CALIDAD DE LA ATENCIÓN.....	19
1.4.2. COBERTURA MÉDICA.....	20
1.4.3. ACCESIBILIDAD MÉDICA.....	20
1.5 CATÁLOGO DE COBERTURA Y SUS MODIFICACIONES	22
1.5.1. NIVELES DE ATENCIÓN.....	25
1.5.2. DERECHOHABIENCIA	26
CAPÍTULO II: MARCO LEGAL DEL DERECHO A LA SALUD	28
2.1. INTERNACIONAL	28
2.1.1. DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS.....	28
2.1.2 PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, (PIDESC)	29
2.1.3 OBSERVACIÓN GENERAL NÚMERO 14.....	30
2.1.4 PROTOCOLO ADICIONAL A LA CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS EN MATERIA DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (PROTOCOLO DE SAN SALVADOR)	31
2.2. NACIONAL	32
2.2.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	33
2.2.2 LEY GENERAL DE SALUD.....	34
2.2.3 LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL	38
CAPÍTULO III. PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	43

3.1 ¿QUÉ ES SALUD?	43
3.2 ENFOQUE DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	43
3.3. CONFERENCIAS INTERNACIONALES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	46
CAPÍTULO IV. ESTRÉS	52
4.1 ¿QUÉ ES EL ESTRÉS?	52
4.2 DIFERENCIA DE EUSTRÉS Y DISTRES.....	54
4.3 FACTORES DE RIESGO DEL ESTRÉS, COMO PADECIMIENTO PSICOSOCIAL.	55
4.4 SALUD MENTAL, DESDE UNA PERSPECTIVA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.	57
CAPÍTULO V. ROL DE LAS AMAS DE CASA.....	62
5.1 CONTEXTO DE LAS AMAS DE CASA	62
5.2 ESTATUS SOCIAL DE LAS AMAS DE CASA EN MÉXICO.....	64
5.3 VULNERABILIDAD Y DESIGUALDAD SOCIAL PRESENTE EN AMAS DE CASA	65
CAPÍTULO VI. OBJETO DE ESTUDIO.....	67
6.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	67
6.2 JUSTIFICACIÓN Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	69
6.3 OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	71
CAPÍTULO VII. METODOLOGÍA	72
7.1 TIPO DE ESTUDIO.....	72
7.2 VARIABLES	73
7.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	74
7.4 INSTRUMENTO	75
7.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	75
7.6 ANÁLISIS DE DATOS	76
CAPÍTULO VIII. RESULTADOS	77
CAPÍTULO IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	93
CAPÍTULO X. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	98

CAPÍTULO XI. CONCLUSIONES	100
DICCIONARIO.....	107
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
ANEXOS	115

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA 1	78
GRÁFICA 2	78
GRÁFICA 3	78
GRÁFICA 4	79
GRÁFICA 5	79
GRÁFICA 6	80
GRÁFICA 7	80
GRÁFICA 8	81
GRÁFICA 9	81
GRÁFICA 10	81
GRÁFICA 11	81
GRÁFICA 12	82
GRÁFICA 13	82
GRÁFICA 14	83
GRÁFICA 15	83
GRÁFICA 16	83
GRÁFICA 17	84
GRÁFICA 18	85
GRÁFICA 19	85
GRÁFICA 20	86
GRÁFICA 21	86
GRÁFICA 22	86
GRÁFICA 23	87
GRÁFICA 24	87
GRÁFICA 25	88
GRÁFICA 26	88
GRÁFICA 27	88
GRÁFICA 28	89

AGRADECIMIENTOS

Dedico con todo mi corazón este trabajo a mis padres, Armando López y Alma Delia Ortega, quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han impulsado para llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer a las adversidades, por ello agradezco a Dios y a mi familia por estar conmigo siempre.

A mis hermanos Antonio y Adrián por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso.

A mis abuelos Salvador y Yolanda que siempre me alentaron a no darme por vencida y terminar mi tesis, apoyándome y estando siempre que lo necesito.

A mis tíos, Salvador, Guillermo y José Luis, que cada uno a su manera y en su momento, tuvieron las palabras adecuadas que me ayudaron a abrir mi panorama y concluir con esta etapa de mi vida.

En el camino encuentras personas que iluminan tu vida, por ello, también les agradezco, porque con sus palabras de aliento me animaron a poder concluir con mi meta.

Terminar este proyecto, no habría sido posible sin el apoyo profesional de mi directora Olivia Sandoval, y de mis lectores, el Profesor José Antonio Navarro, el profesor Javier Bojorge y al Profesor Hugo César López, quienes con paciencia y sus conocimientos, encausaron mi trabajo, con el firme propósito de construir un buen proyecto.

Agradezco a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México y a todos mis profesores, compañeros y amigos con los que conviví y fueron parte de este recorrido estudiantil, ya que de todos me llevo un aprendizaje singular, además de un gran conocimiento, un pensamiento crítico y un sentido humano.

Por qué “Nada Humano me es ajeno” Gracias.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo analizar la posible presencia de estrés en usuarias amas de casa, influenciado por la estructura del Sistema de Salud en México, principalmente por una accesibilidad, cobertura y calidad deficiente por parte de algunas instituciones médicas.

La construcción del Sistema Nacional de Salud (SNS) en México ha tenido diversos cambios a lo largo de los años. La primera etapa de su creación se inicia con la toma de conciencia de los principales problemas de salud en la población; donde tuvieron lugar epidemias severas como la tifoidea, sarampión, viruela, parotiditis, fiebre amarilla e influenza, y como consecuencia de la gran demanda de atención médica, en ese momento se fundaron los primeros hospitales del continente. En 1567 se gradúa el primer Doctor en Medicina Pedro Farfán y posteriormente Francisco Bravo Orsunesi (López, 2017).

En los siglos XVII y XVIII se acepta la medicina aborigen de las culturas maya, náhuatl y zapoteca, que tienen bases en estudios científicos de botánica, sin embargo, se impone la cultura médica española que incorpora las teorías de Hipócrates y de Galeno.

México es uno de los países de América Latina cuyo sistema de salud, se compone de dos sectores de atención, el público, que se divide en seguridad social y seguridad asistencial y el sector privado. A partir de esta estructura podemos decir que contamos con un Sistema de Salud mixto, con una gran variedad de instituciones, no obstante, el uso del servicio médico va en función a ciertas condiciones que derivan del término “derechohabiciencia”, las personas que no cuentan con ella, pueden ver limitada las posibilidades de recuperar la salud.

Actualmente este esquema se mantiene vigente, pues no se ha conseguido una atención médica universal, tal como lo estipula la Constitución Mexicana, aun hoy en día, de acuerdo con datos del CONEVAL entre 2018 y 2020, se observó un aumento de la población con carencia por acceso a los servicios de salud al pasar de 16.2% a 28.2%, lo que refleja las dificultades que enfrenta el SNS, presentando un desmejoramiento en cuanto a la accesibilidad a los servicios médicos, así como a la calidad y cobertura de los mismos.

Hoy en día contar con un servicio de salud depende de diversos factores, ya que no toda la población tiene acceso a los mismos servicios de atención y más de la mitad de ésta, ve amenazada

su salud a causa de recibir una atención restringida o de mala calidad, generando que en México cerca del 50% de la carga total de enfermedades, tenga su origen en factores externos, es decir, por determinantes sociales de la salud y no precisamente a causa de un agente patógeno. (López, Durán & Villanueva, 2011).

Notar una desigualdad en la atención sanitaria es cada vez más común, pues pareciera que la población se fue acostumbrando a la existencia de servicios paralelos pero desiguales, recibiendo una atención hasta en ocasiones negligente, o que inclusive al interior de un mismo núcleo familiar, la derechohabiencia solo sea para algunos miembros del hogar y para otros no. Por otra parte el ser acreedor a una derechohabiencia no garantiza una atención de calidad, pues por el contrario “acudir a una instancia pública ya no resulta tan conveniente”, así lo refieren algunas mujeres transeúntes, que a diario encuentro a en mi camino, y de lo cual surge la curiosidad de indagar más sobre esta problemática, pues si bien se sabe que la demanda del servicio médico, imposibilita una atención óptima o de calidad, una accesibilidad universal o limita las intervenciones; es necesario considerarlo como un factor de riesgo, ya que, existen testimonios de insatisfacción por el servicio recibido que en ocasiones tiene efectos colaterales.

Bajo este panorama surge la interrogante de ¿cómo influye la desintegración institucional del Sistema Nacional de Salud, en el estrés de las mujeres amas de casa, en la alcaldía Iztapalapa? con la finalidad de identificar la presencia de distrés en este grupo poblacional, dado que se tiene la hipótesis de que la desintegración cada vez más prominente por parte de las instituciones médicas, influyen o no en el estrés percibido de las derechohabientes, prioritariamente de mujeres amas de casa, puesto que es un grupo poblacional al que socialmente se le atribuye el rol de cuidadoras, esencialmente de su núcleo familiar, incluso a costa del descuidando de su propia salud.

Esta y otras problemáticas forman parte de atender y velar por la salud de la población, por ello como promotora de la salud, consideró relevante conocer la percepción de las mujeres de Iztapalapa, con respecto a la operatividad de las instancias médicas a las que recurren para restablecer su salud y responder la interrogante, ya que, de ser así, resultaría paradójico, pensar que los servicios de salud, contribuya al desarrollo de enfermedades psicológicas.

CAPÍTULO I: POSTURAS TEÓRICAS Y CONCEPTUALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN MÉXICO.

La construcción del Sistema Nacional de Salud (SNS) en México ha tenido diversos cambios a lo largo de los años, con resultados notables. La primera etapa de su creación se inicia con la toma de conciencia de los principales problemas de salud en la población, pues durante la época pre independiente, (1800 a 1810), se llevó a cabo una expedición por parte del doctor Francisco Javier de Balmis, quien dio la vuelta al mundo en busca de la vacuna de la viruela, puesto que esta enfermedad ocasionaba la muerte de miles de niños. El rey Carlos IV apoyó al doctor con fondos públicos y dispuso que todos los hospitales de las capitales debían conservar la vacuna y aplicarla a todos los que acudieran para obtener el beneficio.

Posteriormente se llevan a cabo las Juntas Regionales de Sanidad, que se originan a partir de la independencia (1810-1822), como una respuesta de los representantes municipales y eclesiásticos que promueven los primeros decretos de salud en favor de la sociedad. No obstante, es hasta 1846 cuando se crea el Consejo Superior de Salubridad, pero el Estado no consigue asumir la responsabilidad de prestar atención médica conforme a un criterio de universalidad debido a las invasiones militares de Estados Unidos y de Francia al país durante los años de 1847 a 1853 (López, 2017).

En 1894 se expide el Primer Código Sanitario, y cinco años después entra en vigor la Ley de Beneficencia Privada para el Distrito y Territorios Federales, que establece una junta para promover y vigilar los establecimientos de salud.

Es por ello que, en 1909, el entonces gobernador de la Ciudad de México, don Guillermo de Landa y Escandón, inauguró el primer puesto de socorros para el “tratamiento de lesiones”, por lo tanto, se considera como el origen de lo que actualmente se denomina Salud Pública.

En aquellos años, la única unidad médica era la llamada “Puesto Central de Socorros de las Comisarias de la Policía”, el cual fue rebasado para atender lo que se llamaba “hechos de sangre”, que consistía en atender a heridos y accidentados en las calles capitalinas, sobre todo de personas

de escasos recursos económicos. Con el tiempo el número de casos de heridos y traumatizados demandó la creación de nuevas especialidades como traumatología, medicina legal y anestesia. Para 1911, este precario sistema sanitario capitalino, cambió su denominación a Servicios Médicos de la Cruz Verde, recogiendo el nombre de la calle que acogió al primer puesto de socorros.

Posterior a ello, en 1917 se inicia una nueva era con la Constitución Política de Querétaro, cuyo Artículo 73 confía la salubridad general de la República a los poderes nacionales y se crean el Departamento de Salubridad y el Consejo de Salubridad General (López, 2017). La Constitución pone en manifiesto los derechos sociales fundamentales de la seguridad, entrando en vigor la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad, la cual promueve convenios entre el Departamento de Salubridad Pública y los Gobiernos de los Estados para lograr la unificación técnica de los servicios (López, 2017).

En 1937 se crea la Secretaría de Asistencia, misma que se fusiona en 1943 con el Departamento de Salubridad para constituir la Secretaría de Salubridad y Asistencia con facultades legales para organizar, administrar, dirigir y controlar la prestación de servicios de salud, la asistencia y la beneficencia públicas (López, 2017). En el mismo año se inauguró el primer hospital, el cual gradualmente evolucionó especializándose en traumatología y múltiples especialidades médicas. Este periodo está caracterizado por la centralización de los servicios de salud como una programación que consolide el actual Sistema de Salud (López, 2017).

En 1981 se crea la Coordinación de los Servicios de Salud, dependiente directamente del Presidente de la República, y en 1982 se conjuntan con la reforma de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, otorgando a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la atribución de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general. Además, se presenta la iniciativa de elevar a rango constitucional, la nueva garantía social del derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos (López, 2017).

Para cumplir con este propósito, se estructura el actual Sistema Nacional de Salud (SNS) mismo que podemos definir como “el conjunto de organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud” y para lo que es necesaria la intervención de personal profesional, de un financiamiento, de suministros y transportes, además de una orientación y una dirección generales con el fin de responder a las necesidades de la población (OMS, 2005).

Como se puede observar la conformación del sistema médico, ha ido evolucionando y adaptando a las necesidades de la humanidad y cuenta con una gran variedad de instituciones a cargo de vigilar su efectividad, sin embargo, en la actualidad se han descuidado aspectos como la calidad del servicio, la cobertura médica y la accesibilidad institucional, que forman parte de un buen servicio médico, ya que de lo contrario, puede ser un factor detonante de afecciones emocionales (Piqueras & Ramos, 2009).

1.2 MODELO DE ATENCIÓN MEDICA PÚBLICA Y PRIVADA

El esquema sanitario en México tuvo la participación de uno de los personajes de la historia, que fue el presidente Benito Juárez quien en 1856 liberó de los bienes de la Iglesia a los hospitales y orfanatos quedando bajo el control del gobierno, con la firme convicción de sustituir la caridad cristiana por la asistencia pública. Así en 1861 decretó la creación del Consejo Nacional de Beneficencia Pública que coordinaba la beneficencia y hospitales para convertirlos en un servicio público dependiente del Estado. Benito Juárez tuvo muchos méritos, pero, desgraciadamente, fomentó el centralismo con lo cual, en materia de salud, los servicios para las poblaciones alejadas de la capital fueron deficientes (Rodríguez, 2026).

Eduardo Liceaga, que fue vicepresidente de la Asociación Americana de Salud Pública, pensaba que el país entero no podía regirse por las condiciones de salud que sólo existían en la capital y en 1910, pretextando el primer centenario de la Independencia, realizó un análisis sanitario de la República Mexicana. La idea de salubridad nació en México, al igual que en Europa, como consecuencia del crecimiento de las ciudades, de la concentración demográfica y de las comunicaciones comerciales. La seguridad social apareció con el industrialismo y el incremento de la actividad citadina. Al iniciar el siglo XX el progreso científico alcanzado nada tenía que ver con las profundas diferencias sociales y la desigual distribución de la riqueza, circunstancias que provocaron el estallido de la Revolución Mexicana el 20 de noviembre de 1910. Entonces surgieron dos demandas: la atención a la salud de los obreros y la creación de leyes que reglamentaron las condiciones de trabajo y la seguridad de los trabajadores y sus familias (Rodríguez, 2026).

A partir de dichos eventos, en 1943 inició en México un proceso de creación de instituciones para la atención médica de la población, cada una con alcances y compromisos diversos. La primera que se creó fue la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) con el propósito

de ofrecer servicios de atención médica basada en un esquema limitado de recursos humanos, materiales y económicos. Un poco después se fundó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con la perspectiva de ofrecer atención médica sin límites explícitos y contando con recursos financieros mayores, basados en la garantía tripartita, es decir, de aportaciones provenientes de tres sectores un porcentaje lo aporta el estado, otro los patrones y otro tanto se toma del salario de los mismos trabajadores, por ello es evidente que este servicio de salud beneficia a la clase trabajadora.

El esquema de atención sanitaria vigente en México, comprende dos grandes sectores, el público el privado, que son las esferas que se desarrollaron con el capitalismo y dividieron a la sociedad civil. El termino público es un adjetivo que hace referencia a aquello que resulta notorio, sabido o visto por todos, de ahí que hablar del sector público es el conjunto de organismos e instituciones que son manejados directa o indirectamente por el Estado, lo que representa a la propiedad colectiva o pública.

En la estructura del modelo sanitario, el sector público se encuentra subdividido en instituciones de seguridad social, como son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) principalmente. Por el lado de las instituciones de seguridad asistencial, son todas aquellas instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social como: Secretaría de Salud (SSA), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), y Seguro Popular (SP), el cual en este sexenio fue suplido por un programa llamado INSABI (Gómez, Sesma, Becerril, et al, 2011).

Como se mencionó el esquema sanitario también cuenta con lo que es un sector privado definido “el conjunto organizaciones cuya titularidad no corresponde al Estado, que si bien son regulados por el estado, son servicios dirigidos a una población de estatus económico alto, por lo tanto dentro del esquema sanitario, el sector privado, comprende a las compañías aseguradoras y prestadores de servicios que trabajan en farmacias, consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa (Corona, 2017).

1.3 ESTRUCTURA Y FORMAS DE FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO

El Sistema Nacional de Salud en México inicia a partir de la promulgación en la Constitución Federal de 1917, al reconocer los derechos de los trabajadores de contar con un respaldo médico, por el predominio de enfermedades no transmisibles y lesiones laborales, pues como planteó Karl Marx “las condiciones de trabajo generan una exposición a los llamados riesgos emergentes”, por lo tanto, tuvieron que incorporar una estrategia que retomara la salud de ese sector. Por tal motivo el Congreso Constituyente redactó la fracción XXIX del artículo 123 constitucional, el cual indica que:

La Ley del Seguro Social comprende seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados, otros sectores sociales y sus familiares.

Con ello da inicio la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS el 3 de julio de 1942 cuando García Téllez presentó la iniciativa de Ley del Seguro Social, asentando que:

El proyecto concretó, uno de los más altos propósitos de la Revolución Mexicana, con el fin de proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, su salario, su capacidad productiva y la tranquilidad de la familia obrera, y contribuye al cumplimiento de compromisos exteriores, de promesas gubernamentales y de un deber constitucional ineludible.

A partir de la creación de esta institución se construyó un nuevo panorama de atención por lo que poco tiempo después se transforma y adiciona el apartado B del mismo artículo 123 constitucional, en donde se incorporan las garantías de Estatuto Jurídico para los servidores públicos, ley que daría origen al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores ISSSTE, fue aprobada y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de diciembre de 1959.

La Ley del ISSSTE se constituía en México como la primera en responder a una visión integral de la seguridad social, cubriendo tanto asistencia a la salud, como prestaciones sociales, culturales y económicas, cuyos beneficios se extendían a los familiares de los trabajadores.

Por mucho tiempo estas dos instituciones se encargaban de atender las necesidades sanitarias, aumentando la esperanza de vida de la población, sin embargo, con el paso de los años surgió la

primera generación de reformas en salud, que buscó responder a las demandas del desarrollo industrial, por lo que actualmente contamos con un Sistema de Salud distribuido en 2 grandes sectores: el público, el cual también incorpora a la atención asistencial y el privado, distribuido de la siguiente manera (véase figura 1).

Figura 1. Esquema de la distribución institucional del SNS.

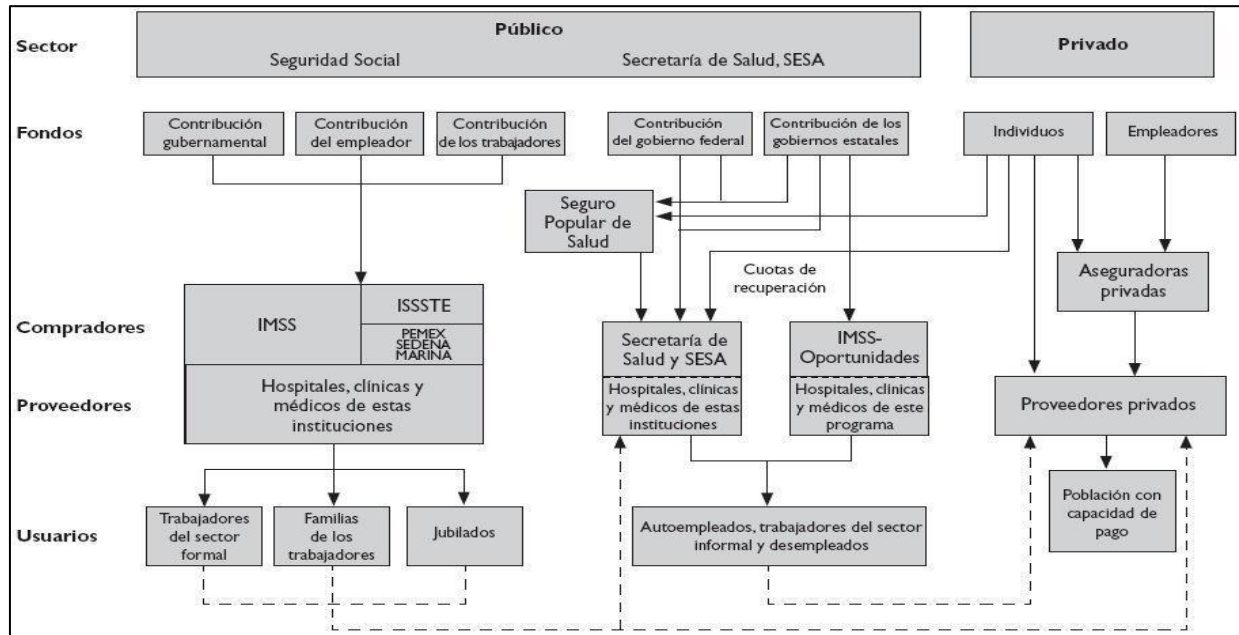


Figura 1. Gómez, D. et al [Esquema], Sistema Nacional de Salud, 2011, Sistema Nacional de Salud en México.

<https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf>

Las instituciones de seguridad social que dan acceso médico a los trabajadores asalariados y a sus familias, además de tener derecho a otras prestaciones sociales, representa aproximadamente el 53% de la población (Gómez, Sesma, Becerril, et al, 2011).

Las instituciones de protección social en salud, dan acceso a las personas que no tienen afiliación al sistema de seguridad social, es decir, a la población que no cuenta con un empleo formal en donde el patrón tramita la afiliación; bajo estas condiciones se encuentra el 33% de la población (Gómez, Sesma, Becerril, et al, 2011).

En lo que respecta al sector privado, como su nombre lo dice es exclusivo y presta servicios a la población con capacidad de pago por medio de compañías externas que si bien están reguladas por la dirección de la secretaria de salud, y las cuales deben estar apegadas a la ley de seguridad, son de carácter autónomo, por lo que se las instituciones que lo conforman son: las aseguradoras y

los consultorios, clínicas y hospitales privados, y dependencias con otro enfoque de atención como clínicas de medicina alternativa. (Gómez, Sesma, Becerril, 2011).

El Sistema Nacional de Salud, cuenta también con un esquema de organización financiera y como se mencionó anteriormente, la protección sanitaria, se rige bajo tres sectores, público, asistencial y privado, y así mismo su forma de financiamiento es diferente en cada caso. (véase figura 2)

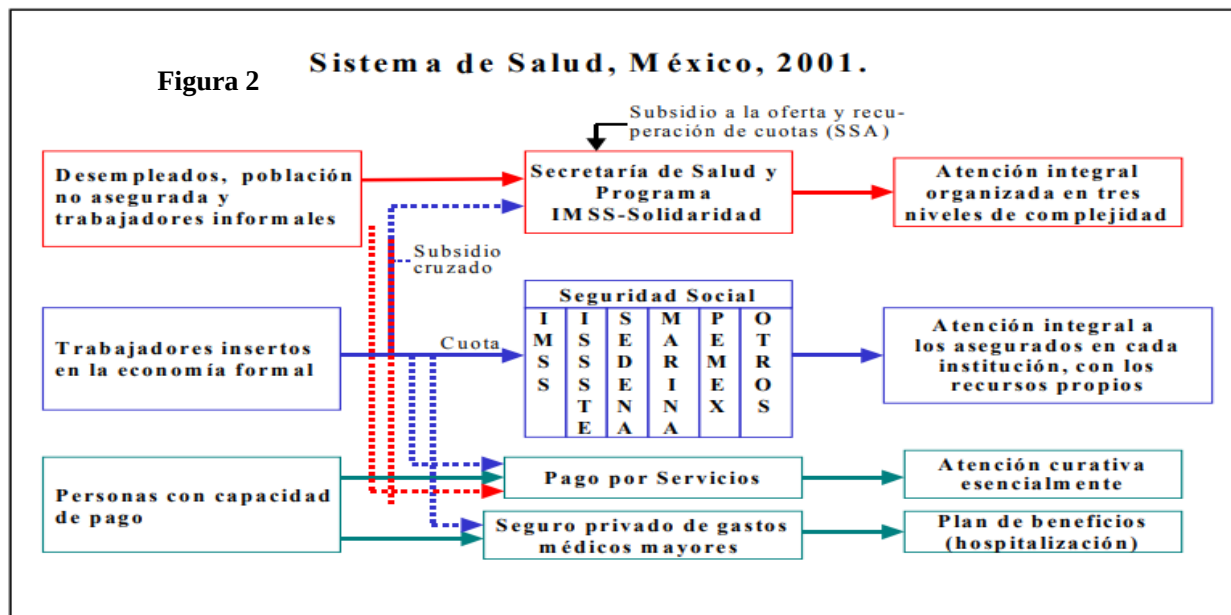


Figura 2. [Esquema], Perfil del sistema de servicios de salud en México, Organización Panamericana de la Salud, 2002. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Mexico_2002.pdf

Los tipos de contribución que rigen las instituciones son:

Unipartita: que corresponde a las instituciones que atienden a la población abierta, las cuales obtienen la mayor parte de sus ingresos de la aportación única del Estado, a través del presupuesto federal (Valdés, 1988).

Bipartita: que corresponde al régimen de seguridad social de los trabajadores al servicio del Estado, cuyos ingresos proceden de cuotas en las que se aporta 2.5 % del salario para cubrir prestaciones y servicios de medicina preventiva, rehabilitación física y mental, y 5.5 % para cubrir 16 seguros y las prestaciones y servicios que define la Ley del ISSSTE, como lo es el fondo de viviendas y pensiones (Valdés, 1988).

Tripartita: que corresponde al régimen de seguridad social de todas las personas que se encuentran vinculadas por relaciones formales de trabajo. En esta modalidad, los ingresos proceden de tres fuentes, los patrones, los trabajadores y el Estado, y las aportaciones se distribuyen de la siguiente manera: para el seguro de enfermedades y maternidad se destina 9 % del salario del trabajador, 70 % del cual lo aporta el empleador, 25% el trabajador y 5% el Estado y las mismas proporciones se aplican a los seguros de invalidez, vejez, cesantía y muerte, rubros a los que se destina el 6 % del salario. Los costos por riesgos del trabajo y guarderías los cubre íntegramente el patrón (Valdés, 1988)

La iniciativa privada por su parte se comprometió a elaborar insumos para la salud, dando origen a la industria farmacéutica, lo que produjo un crecimiento en la atención médica de ámbito privado, inclusive, tomó un plus la medicina tradicional y la medicina alternativa lo que evidencia incremento muy importante en la infraestructura del mercado privado. Los servicios privados se rigen por las leyes del mercado, es decir se compran servicios particulares, que están a disposición de la población que los demanda y cuenta con una capacidad de pago. Los establecimientos privados van desde hospitales muy grandes y completos, hasta los pequeños consultorios, a los que acuden incluso la población que cuenta con la derechohabienta médica (Soberón, 2018).

El gasto público total en salud, ha sido paulatino, por lo que se propuso aumentar el gasto público en salud, mediante los ahorros por austeridad y por la eliminación de la corrupción. Esta acción parte de una creciente demanda, que obliga a anticipar incrementos mayores para el SNS que para el 2019 fue de 5.7% y para 2021 aumentó a 14.5%.

A continuación, se describen las formas de financiamiento de las instituciones pilares en el esquema sanitario.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCUAL (IMSS)

El IMSS se sujeta principalmente por un financiamiento tripartito, que varían en función del tipo de seguro e incluye pagos con cuotas fijas en base a un salario cotizado. esta afiliación cuanta con dos tipos de regímenes de afiliación, el Obligatorio y el Voluntario.

1.- En el Régimen Obligatorio: una persona es afiliada por su patrón por tener una relación laboral subordinada y remunerada, lo que obliga a su aseguramiento. El esquema de

prestaciones de este régimen comprende todos los seguros ofrecidos por el IMSS como son: Riesgos de Trabajo (SRT); Enfermedades y Maternidad (SEM); Invalidez y Vida (SIV); Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (SRCV)², y Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS), (Dirección Jurídica del IMSS, 2014).

2.-El Régimen Voluntario: es producto de una decisión individual o colectiva; en este caso se encuentran los afiliados al Seguro de Salud para la Familia (SSFAM), al Seguro Facultativo (estudiantes), entre otros. (Dirección Jurídica del IMSS, 2014).

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)

El ISSSTE, cubre a los empleados de la Federación, y años atrás otorgaba a través de la Dirección de Pensiones Civiles y Retiro y consistían en cuatro tipos de pensiones: una para retiro, otra por inhabilitación (invalidez), muerte y retiro forzoso; además se concedían préstamos personales y crédito hipotecario. Todos estos beneficios se financiaban en un sistema de reparto con aportaciones bipartitas (trabajadores y entidades) (Palacio Legislativo de San Lázaro, 2009).

El ISSSTE, luego de décadas, emprendió un proceso de modificaciones que culminó en 2007 con la “Nueva Ley del ISSSTE”, estas reformas al igual que la del IMSS y otras instituciones son el resultado de un proceso de diagnóstico que revelaba tendencias desfavorables en el financiamiento de las prestaciones, que también impactaban en el otorgamiento de servicios a los asegurados.

La nueva Ley del ISSSTE elimina la responsabilidad que el estado, por mandato constitucional, debe afrontar para garantizar a sus trabajadores y trabajadoras protección en caso de sufrir alguna contingencia social o económica, para procurar su salud dentro y fuera del centro de trabajo, apoyar su economía y en general un bienestar integral y progresivo.

Con esta “reforma estructural”, los costos del ISSSTE serán asumidos por sus derechohabientes al recibir pensiones menores; a tener que laborar más años para acceder a esas pensiones; incluso, a tener el riesgo de no recibir pensión al término de su vida laboral, pues a partir del primero de enero de 2010, solo los trabajadores que llevan cotizado treinta años o más, tendrán derecho a pensión por jubilación conforme a lo siguiente (véase tabla 1).

Tabla 1. Factor edad para el derecho a recibir pensión por jubilación

	MUJERES		HOMBRES
AÑOS	EDAD MÍNIMA	AÑOS	EDAD MÍNIMA
2010 y 2011	49	2010 y 2011	51
2012 y 2013	50	2012 y 2013	52
2014 y 2015	51	2014 y 2015	53
2016 y 2017	52	2016 y 2017	54
2018 y 2019	53	2018 y 2019	55
2020 y 2021	54	2020 y 2021	56
2022 y 2023	55	2022 y 2023	57
2024 y 2025	56	2024 y 2025	58
2026 y 2027	57	2026 y 2027	59
2028 en adelante	58	2028 en adelante	60

Tabla 1. Monreal, R. [Tabla], Gaceta del Senado, 2011.

https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/32466

Para financiar las prestaciones de los pensionados el Instituto aplicó un régimen tripartito aportando 4% el pensionista, 2% organismos públicos y 2 % la institución ISSSTE (Palacio Legislativo de San Lázaro, 2009), sin embargo, la ley ha tenido que irse “corrigiendo” pues el 21 de julio de 2009 se publicaron en el Diario Oficial de la Federación dos reglamentos para el otorgamiento de pensiones bajo los esquemas del artículo Décimo Transitorio y de las cuentas individuales, la institución no garantiza el gasto para pensionados, por lo que sólo alcanzarán a cubrir cinco años (Hernández, 2012).

PETRÓLEOS MEXICANOS (PEMEX)

PEMEX es una empresa estatal productora, transportista, refinadora y comercializadora de petróleo y gas natural de México. Fue creada por el entonces presidente Lázaro Cárdenas del Río el 7 de junio de 1938. Cuenta con un régimen individual constitucional denominado Empresa Productiva del Estado para la explotación de los recursos energéticos en territorio mexicano, aunque también cuenta con diversas operaciones en el extranjero, principalmente de comercialización, operaciones financieras y servicios petroleros periféricos. Esta empresa actúa bajo la dirección de un consejo de administración, cuyo presidente es el secretario de Energía,

actualmente Rocío Nahle García y el director general es Octavio Romero Oropeza desde el 1 de diciembre de 2018, designado por el Presidente de la República, Andrés Manuel López Obrador (Nava, 2014).

Como parte de este derecho para los trabajadores de PEMEX, se crean los Servicios de Salud de Petróleos mexicanos mismos que han pasado por varias etapas, antes de la expropiación petrolera. Uno de los pensamientos con los que se rige PEMEX es considerar al trabajador como un eslabón más en la cadena de producción, al que debe mantener en la mejor condición para que rinda frutos (Nava, 2014).

Unos de los cambios favorables por parte de este servicio fue el de agrega a la familia, en un principio en México se otorgaba el servicio médico a través de la Clínica Fleming, la que finalmente adquirió PEMEX estableciendo su cuerpo de gobierno inicialmente en ella. Con el avance de la tecnología, y el aumento de las necesidades de la población petrolera, fue necesario equipar con tecnología de punta a las unidades médicas, y constituir una de alta especialidad, de tal manera que en 1979 se inició la construcción del Hospital Central Sur en la Ciudad de México,

La forma de financiamiento de esta institución es tripartita, aunque en ocasiones recurre a los mercados financieros para obtener parcial o totalmente los fondos necesarios para financiar las obligaciones derivadas de la ejecución de algunos programas.

SECRETARÍA DE MARINA (SEMAR)

En lo refiere a la SEMAR en el año de 1939, durante el periodo presidencial del General Lázaro Cárdenas, se estableció el Departamento Autónomo de la Marina Nacional, contándose desde entonces con un Servicio Médico para la atención de su personal. El 13 de agosto de 1940 por decreto presidencial, se creó un servicio médico con mayor jerarquía, al dársele la categoría del Departamento de Servicios Médicos (Secretaría de Marina, 2015).

La creación de esta institución toma relevancia ya que, en momentos de brotes de enfermedades, epidemias o una declaración de guerra, se generaba un aumento del número de marineros y soldados, que por el ejercer de su trabajo se contagiaban y requerían de una asistencia médica (secretaria de Marina, 2015). El 1 de junio de 1965, por decreto presidencial, se creó el Centro Médico Naval, el cual debería reunir los Servicios de Asistencia, Docencia e Investigación

Científica a cargo de la Secretaría de Marina; este Centro Médico ubicado en la Ciudad de México, único hospital de concentración funge desde entonces como Centro Geográfico y Asistencial.

La infraestructura del hospital naval es altamente reconocida pues cuenta con un centro Oncológico para la atención integral de pacientes con cáncer, además de cinco quirófanos de tecnología inteligente para realizar cirugías de manera más precisa, además de un laboratorio de biología molecular nivel III. Cabe mencionar que el 28 de noviembre de 2018, el presidente de los Estados Unidos Mexicanos el Licenciado Enrique Peña Nieto, en compañía del comandante Supremo de las Fuerzas Armadas, encabezó la Ceremonia de Entrega del Centro Médico Naval (CEMENAV), de la Secretaría de Marina-Armada de México, ubicado al sur de esta ciudad, el cual está diseñado como un proyecto hospitalario de alta tecnología, considerado entre los mejores de este país y de América Latina.

Recientemente fue construida y ampliada con el apoyo del Gobierno de la República, el Hospital General Naval de Alta Especialidad (HOSGENAES). Ante la necesidad de contar con un establecimiento médico de vanguardia, y con tecnología de punta que proporcione calidad y seguridad al personal naval y sus familias.

El Servicio Médico Naval, cuenta con un financiamiento bipartito, proveniente de hacienda que entrega directamente a la Secretaría de Marina-Armada de México, y este a su vez destina un porcentaje al Centro Médico Naval, que en conjunto con el porcentaje que se les descuenta a los militares activos, este hospital brinda atención médica con la más alta tecnología, calidad y seguridad a los militares en el activo, derechohabientes y militares retirados, de igual manera la población no perteneciente al régimen militar si lo requiere tendrá acceso mediante un costo.

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LAS FUERZAS ARMADAS MEXICANAS (ISSFAM)

Con respecto a el ISSFAM, es una Institución Gubernamental Mexicana dedicada a brindar prestaciones de carácter social, económico y de salud a los militares en activo, en retiro, a sus derechohabientes, pensionistas y beneficiarios, a partir del reglamento aprobado el 16 de octubre de 1829 establecido por Vicente Guerrero. En este documento se establecieron reglas para el asilo a militares por servicios calificados a la patria.

A partir de la constitución de 1917 se hace una referencia de manera enunciativa a la Seguridad Social para el Ejército y la Armada Nacional, incluso se crea “Ley del Seguro de Vida Militar”, con un decreto que crea el Fondo de Ahorro del Ejército, así como su Reglamento y al igual que SEMAR el financiamiento es bipartito pues recibe un subsidio por parte del estado y otra por parte del militar.

CENTROS DE SALUD

Como parte de las instituciones de asistencia se encuentra el centro de salud, el cual se remonta a 1934 y los Centros de Salud pasan a tener la consideración de Servicio de Asistencia Social con una infraestructura principalmente para proveer atención sanitaria a la población denominada abierta, es decir, quienes carecen de algún otro aseguramiento social en salud.

Los Centros de Salud brindan una atención primaria, que incluye no sólo las acciones para recuperar la salud, sino también para prevenir enfermedades, promueven los estilos de vida saludables y proporcionar apoyo individualizado y colectivo que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante las intervenciones de la promoción de la salud.

Partiendo de esta denominación surge la creación de los Centros de Salud que responden a un proyecto complementario, bajo un mecanismo por el cual el Estado garantizará una cobertura universal, con acceso efectivo, oportuno y de calidad, sin discriminación, fortaleciendo los sistemas locales de salud quienes categorizan a la población abierta en:

1. Población ocupada que obtiene menos de un salario mínimo.
2. Población rural.
3. Población ocupada en el sector primario.
4. Población analfabeta.
5. Población sin instrucción.
6. Tasa de mortalidad general.
7. Tasa de mortalidad preescolar.
8. . Viviendas sin agua.
9. Vivienda sin electricidad.
10. Vivienda sin drenaje.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y los Servicios Estatales de Salud (SESA) se financian con recursos del gobierno federal en su mayoría y pagos que los usuarios hacen al momento de recibir la atención. El IMSS-O forma parte de las instituciones SSA, sin embargo, lo opera el IMSS. Actualmente se incorporan cerca de 30 instituciones asociadas al programa INSABI, que se financia del fideicomiso nacional.

La población que está adscrita a un servicio asistencial, como lo era el programa del Seguro Popular (SP) y que para este sexenio se propuso ampliar su capacidad, con un nuevo proyecto de intervención, el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). Es un esquema que promete conseguir la cobertura universal de servicios, no obstante, hasta la fecha, no queda claro un financiamiento sostenible, ni reglas de operación que permitan saber cómo funcionará la cobertura y qué se puede entender por “universal” (Campos, 2020).

El aumento de la esperanza de vida y la creciente exposición a los llamados riesgos emergentes, relacionados en su mayoría con estilos de vida poco saludables, son situaciones que han modificado el cuadro de las principales causas de muerte y han vulnerabilizado la seguridad social, por lo que se tuvieron que realizar convenios con el Departamento de Salubridad Pública, los Gobiernos de los Estados y los Ayuntamientos, para la coordinación de prestación de servicios de salud, mismos que han ido modificándose e implementándose con el fin de promover, desarrollar y coordinar las acciones de salud a nivel regional.

Actualmente el Seguro Popular dejó de estar habilitado, para la incorporación del INSABI, operación que se promovió para el 1 de enero de 2020 y su objetivo es atender a toda persona que se encuentre en el país y así lo requiera, promueve la universalización de los servicios médicos, dado que las personas sin seguridad social podrán acceder a estos y a los medicamentos de forma gratuita, para ello se prevé una inversión de 271,519 millones de pesos, siendo su financiamiento el fideicomiso público, el trámite de afiliación se lleva a cabo a través de un registro en el centro de salud o vía internet.

Inicialmente solo las instituciones antes descritas, eran las encargadas de cuidar la salud de la población, no obstante, debido a las necesidades comunitarias y el derecho de oferta y demanda, se fueron conformando instituciones que brindan atención a un sector determinado como lo es las Instituciones Privadas.

CENTROS PRIVADOS

En México el sector médico privado está compuesto por numerosas unidades, con coberturas y calidad de servicios diversos. Por mucho tiempo estas instituciones prestaban servicios al 5% de la población, pues era un pequeño grupo el que podía pagarlos, tan es así que, en 1974, se tenían registradas apenas 71 unidades hospitalarias privadas, sin embargo, año con año han ido incrementando (Zurita, Ramírez, 2013).

Por lo general las fuentes de financiamiento del sector privado son préstamos y garantías que se pueden obtener directamente de las empresas privadas o en ocasiones se obtienen de préstamos bancarios, teniendo la ventaja de hacer deducibles de impuestos fiscales; también pueden provenir de inversionistas que siempre están en busca de su retorno de inversión, generando utilidades para el mismo (Olaiz, Lezama, Fernández, 2018).

1.4 PROTOCOLOS EN LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En 1981 en México se consolida la Coordinación de Servicios de Salud, con la misión de definir los elementos normativos, administrativos, financieros y técnicos necesarios para la integración de los servicios públicos de salud, en un sistema nacional que diera cobertura a toda la población, no obstante, a medida que la atención médica ha ido progresando, a la par han incrementado los costos, haciendo evidente que el SNS atiende de manera diferenciada a la población, con un financiamiento y protocolo desigual.

Lograr que toda la población esté afiliada a una institución de salud, resulta complejo y a pesar de ser un tema que siempre está sobre la mesa en los acuerdos políticos, no necesariamente implica que se ha alcanzado una “cobertura universal”, definida como una garantía que las personas tienen para acceder a los servicios médicos, sin que esto les genere dificultades financieras o personales. Es relevante considerar que un protocolo incluye reglas de formalidad que rigen las relaciones sociales y que han sido establecidas por costumbre (Soberón, 2018).

Algunas de estas reglas involucran tres variables que consideró muy importantes, las cuales son: calidad, cobertura, accesibilidad médica, que forman parte de una línea de atención sanitaria óptima.

1.4.1. CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Hablar de una calidad de atención, es tocar un tema muy amplio, porque puede ser entendido desde diversos enfoques, no obstante, dentro de esta investigación, tomamos las palabras de la Doctora Palmer, que dice que la calidad es "la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional excelente, optimizando los recursos y logrando la satisfacción del usuario" (Palmer, 2016).

Existen tres categorías a considerar en la calidad de atención, las cuales son:

- **Calidad absoluta:** es aquella que establece el grado en que se ha conseguido restaurar la salud del paciente y se basa en el concepto de salud-enfermedad. Por lo tanto, también es llamada calidad científica, técnica o profesional.
- **Calidad individualizada:** desde una perspectiva individual, es el usuario el que define la calidad de la atención sanitaria, a partir de sus expectativas y valoración sobre los costos, los beneficios y los riesgos que existen. Este enfoque obligaría al paciente a implicarse en la toma de decisiones a partir de la información proporcionada por el profesional sanitario, es decir, exige que sea el paciente quien decida sobre su proceso, el profesional informará y el paciente y/o familia decidirán.
- **Calidad social:** desde esta perspectiva habría que valorar el beneficio o la utilidad netos para toda una población, el modo de distribución del beneficio a toda la comunidad y procurar producir, al menor costo social, los bienes y servicios más valorados por la sociedad.

Bajo estos términos, la calidad forma parte del proceso constructivo del sistema de atención, ahora bien, en lo que respecta a la investigación, la calidad analizada es la individualizada que como se describe anteriormente, se enfoca en una perspectiva personal.

1.4.2. COBERTURA MÉDICA

Así como recibir una atención de calidad es importante, la Secretaría de Salud menciona que el contar con un seguro médico es fundamental, ya que se concluyó que uno de cada cuatro mexicano pospone su atención médica por problemas económicos (Magadan, 2012).

La cobertura médica es un término que forma parte de la atención sanitaria pues como su definición lo dice “es la acción de cubrir o proteger algo” (Real Academia Española), bajo este concepto inferimos que hay un compromiso de proteger a las personas, sin embargo, resulta un tanto complicado, dado que todo depende de condiciones, político, económico y social, pues no hay una equidad entre la oferta y la demanda (Salud Publica, 2013).

Resulta relevante mencionar que esta variable es un eje primordial en el problema de desintegración por el que atraviesa SNS, dado que la falta de cobertura y equidad, se traduce en gastos de salud excesivos, catastróficos y empobrecedores, que reflejan un daño directamente a las familias de bajos recursos (Salud Publica, 2013).

1.4.3. ACCESIBILIDAD MÉDICA

El contar con una cobertura no es sinónimo de accesibilidad, ya que en términos de salud esto implica “una condición que posibilita el llegar, entrar, salir y utilizar todos los servicios” y bajo este contexto, la accesibilidad a los institutos médicos se queda cortos tanto en disponibilidad como en la facilidad de ingresar a una institución médica, dado que el número de habitantes no es equivalente con la cantidad de insumos y recursos médicos. Otra perspectiva que se puede tener de la accesibilidad está relacionada directamente con la infraestructura hospitalaria, ya que, en ocasiones, no favorecer el uso público (Diccionario prehispánico, 2020).

Gould un profesor de biología en la Universidad de Harvard, argumenta que aun con la importancia que tiene el concepto de accesibilidad para la planeación de los servicios de salud, solo en pocas ocasiones se le define explícitamente; quizá porque la idea es aparentemente clara y sencilla, hasta que uno se enfrenta con el problema de definirla y medirla.

El proceso de atención dentro de las instalaciones, forman parte de una la accesibilidad, dado que propicia una mejor dirección y organización, dando respuesta la necesidad de los usuarios, sin embargo, en ocasiones no hay una disociación entre la conducta humana y su interacción con la sociedad.

Dentro de todo lo que abarca una accesibilidad hospitalaria, se retomó para este trabajo 4 momentos esenciales para el derechohabiente, los cuales son:

1. **Solicitud de citas:** La forma convencional de obtener una cita es acudiendo directamente a la clínica en los horarios que las misma estipulan. A partir de un par de años atrás se comenzó a hacer uso de las nuevas tecnologías para la sistematización de los procesos con el propósito de facilitar el acceso. Ahora se pueden solicitar por vía internet en una plataforma de la institución o por vía telefónica.

2. **Ingreso a la clínica:** Los lineamientos administrativos de la unidad médica, como portación del carnet o identificación oficial, en conjunto con una infraestructura accesible, contemplando las necesidades de los usuarios que asisten al servicio médico, facilitando el ingreso para recibir atención.

3. **Relación médico paciente (RMP):** se puede definir como una relación interpersonal, ética, filosófica y sociológica de tipo profesional, que sirve de base a la gestión de salud (Rodríguez, 2006). Difícilmente esta relación humanitaria se puede consolidar es instancias medicas públicas, dado que el intervalo de consulta es aproximadamente de 15 min por paciente, es decir una interacción muy corta., en la que en muy pocas ocasiones hay un análisis psicológico, de no ser directamente con un especialista.

4. **Suministro de medicamento:** La prescripción de medicamentos esenciales comenzó hace más de medio siglo, con la implantación de la primera lista de medicamentos básicos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Más tarde se legisló la obligación de un Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos en todas las instituciones públicas de salud, para racionalizar su adquisición, utilización y distribución en centros de atención médica. No obstante, se presenta un desbaste de dichos insumos, lo que afecta directamente a la población.

El programa anual de producción de servicios, establece metas claras y rigurosas, así como los presupuestos de ingresos y egresos que garanticen la sustentabilidad financiera y rentabilidad social de las instituciones médicas, a pesar de ello, hasta la fecha hay un desabasto de insumos, muy significativo, en los distintos niveles de atención.

1.5 CATÁLOGO DE COBERTURA Y SUS MODIFICACIONES

En los últimos años el reto de satisfacer las necesidades médicas de la población, recae en servicios de atención médica limitada a causa de no contar con recursos suficientes, aparte de no ser accesible del todo, pues incluso para recibir atención del SSA hay que cubrir ciertos requisitos para ver si es acreedor a ser atendido por la enfermedad que padece, pues esto también depende de un llamado “Catálogo Universal de Servicios de Salud” (Ortiz, 2019).

El Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) es el documento de referencia del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) para la atención a la salud dirigida a las persona; ahí se describen las intervenciones médicas a las que tiene derecho el beneficiario del Seguro Popular. Y este se actualiza cada 2 años” (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2019).

La planificación de los servicios suele ser confuso, dando lugar a pérdidas financieras enormes, aunado a una pésima distribución de recursos y una calidad deficiente en la atención, tan solo casi la mitad de la población mundial carece de acceso integral a los servicios sanitarios básicos, cerca de 100 millones de personas se ven en pobreza extrema y tienen que pagar los servicios de salud de su propio bolsillo, aproximadamente 800 millones de personas a nivel mundial gasta al menos un 10% de su presupuesto familiar para pagar los servicios de salud, por ello todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas han acordado alcanzar la cobertura sanitaria universal a más tardar en 2030, en el marco de la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (OMS, 2019).

La cobertura sanitaria universal (CSU) implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos. Abarca toda la gama de servicios de salud esenciales de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos (OMS, 2019).

Es entendible que la CSU no pueda absorber la cobertura gratuita de todas las intervenciones sanitarias ya que independientemente de su costo, ningún país puede permitirse ofrecer todos los servicios gratuitamente de forma sostenible y no se refiere únicamente al financiamiento de la salud, pues implica también el personal, la infraestructura, las redes de

comunicación, las tecnologías sanitarias, los sistemas de información, los mecanismos de garantía de la calidad, la gobernanza y la legislación (OMS, 2019).

La CSU no solo tiene por finalidad asegurar un conjunto de servicios de salud mínimos, sino también lograr la ampliación progresiva de la cobertura de los servicios de salud y de la protección financiera, conforme a la disposición de recursos, por lo que es necesario tomar en cuenta tanto servicios de tratamientos específicos como los servicios a la población, como son las campañas de salud. La CSU comprende mucho más que solo la salud, pues adopta medidas para alcanzar la cobertura sanitaria universal, lograr la equidad, en materia de desarrollo e inclusión social (OMS, 2019).

Actualmente la Comisión Nacional de Protección Social en Salud cuenta con un documento denominado “Catalogo de Padecimientos” el cual de 78 intervenciones que contenía el Catálogo de Beneficios Médicos de 2002, se han incrementado a 294 intervenciones médicas en el CAUSES 2018, agrupadas en 5 conglomerados:

Prevención y promoción en salud: con 27 intervenciones, que consideran la aplicación de vacunas a diferentes grupos de edad, tipo de población y grupos de riesgo como las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, así como acciones específicas para la detección oportuna de enfermedades y recientemente se incluyó la Vacunación contra tétanos, difteria y (TDPA) en el embarazo.

Medicina general y de especialidad: con 120 intervenciones, que cubren diagnóstico y tratamiento de padecimientos infecciosos, crónico-degenerativos, de salud mental, manejo paliativo ambulatorio y tamizaje de patologías que, por su complejidad, permiten el acceso a coberturas del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y Seguro Médico Siglo XXI para su resolución.

Urgencias: con 69 intervenciones para la atención oportuna de patologías que ponen en riesgo la vida del beneficiario o la función de alguno de sus órganos; incluye la estabilización en el servicio de urgencias sin importar si el padecimiento es cubierto por alguna de las carteras de servicios del SPSS, permitiendo el tránsito a la cobertura de servicios de hospitalización, cirugía y cuidados intensivos.

Cirugía general: con 54 intervenciones de cirugía general que atienden padecimientos agudos y/o crónicos, incluyendo diagnósticos de mayor frecuencia quirúrgica: digestivos, ginecológicos, genitourinarios, proctológicos, oftalmológicos, otorrinolaringológicos, dermatológicos y ortopédicos, requieran o no estancia hospitalaria; se incluyen insumos especializados como marcapasos, lentes intraoculares, material de osteosíntesis, prótesis de cadera y rodilla, mallas quirúrgicas y válvula de derivación ventrículo-peritoneal.

Obstetricia: con 24 intervenciones que resuelven padecimientos relacionados con el estado de gravidez y el recién nacido, incluyendo los diagnósticos de mayor frecuencia médico-quirúrgica.

Cada una de las intervenciones incluyen los Auxiliares de diagnóstico, como los son estudios de laboratorio, gabinete y procedimientos a los que el médico recurre para el diagnóstico de una enfermedad; al igual que los medicamentos que pueden utilizarse de acuerdo a las necesidades del afiliado y al criterio clínico del médico tratante que contiene, además el listado de las 633 claves de medicamentos y 37 insumos, 65 intervenciones del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), las intervenciones del Seguro Médico Siglo XXI.

Para este año el catálogo de padecimientos permanece casi igual a excepción que se agregó un anexo llamado “**servicios de salud y medicamentos comprendidos por el sistema 2019 del acuerdo de coordinación para la ejecución del sistema de protección social en salud (SPSS)**” el cual pueden consultar en línea¹.

¹ para conocer más sobre la oferta de servicios del catalogo de cobertura medica se puede consultar el siguiente sitio.
<https://www.gob.mx/salud%7Cseguropopular/documentos/catalogo-universal-de-servicios-de-salud-causes-2018-153111>

1.5.1. NIVELES DE ATENCIÓN

Los niveles de atención que maneja el SNS son: primaria, secundaria y terciaria. Dicha asignación refiere a la complejidad de atención que requiere en paciente (Méndez, 1988).

- **El primer nivel**, también conocido como atención primaria, abarca la atención ambulatoria, así como la prevención y promoción de la salud (Vignolo et. al., 2011).
- **El segundo nivel**, requiere de internación en la clínica médica e incluso el paciente es referido alguna especialidad o al área (Vignolo et. al., 2011).
- **El tercer nivel**, comprende las instituciones de salud equipadas con alta complejidad para la atención de problemas de salud que requieren mayor tecnología y personal especializado (Vignolo et. al., 2011).

Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha prestado atención en otros determinantes como son la calidad de la atención, la accesibilidad y la cobertura equitativa para lo que se incorporó un listado de indicadores que se agrupa en cuatro categorías las cuales son:

Medicina preventiva

- Salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño;
- planificación familiar;
- atención durante el embarazo y el parto;
- inmunización infantil completa;
- comportamiento de búsqueda de atención de salud en caso de neumonía.

Enfermedades infecciosas:

- tratamiento de la tuberculosis;
- tratamiento de la infección por el VIH con antirretrovíricos;
- tratamiento de la hepatitis;
- uso de los mosquiteros tratados con insecticida para la prevención del paludismo.

Enfermedades no transmisibles:

- prevención y tratamiento de la hipertensión arterial;
- prevención y tratamiento de la hiperglucemia;
- detección del cáncer cervicouterino;
- (no) consumo de tabaco.

Servicios: capacidad y acceso:

- acceso a servicios hospitalarios básicos;
- densidad de personal sanitario;
- acceso a los medicamentos esenciales;
- seguridad sanitaria: cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional.

Cada país es único, y puede centrar su labor en diferentes esferas, para evaluar los progresos realizados en la ejecución de la CSU, no obstante, se debe respetar el enfoque mundial a través medidas normalizadas y reconocidas internacionalmente (OMS, 2019).

Es importante recalcar que cobertura y afiliación no son sinónimos, la cobertura forma parte de un derecho universal, para recibir atención médica oportuna y de calidad. Por otro lado, la afiliación es la incorporación a un sistema de salud, que intenta responder a las preguntas: ¿a quién cubre el sistema de salud?, ¿qué servicios cubre el sistema de salud? es decir, cuáles son las condiciones necesarias para alcanzar la cobertura en salud (CUS), que es algo que se le ha atribuido al termino “derechohabiencia”.

1.5.2. DERECHOHABIENCIA

El Sistema Nacional de Salud (SNS) ha estipulado que “derechohabiencia” es el término que define “el derecho que tiene las personas a recibir atención médica en instituciones públicas. Este beneficio es principalmente el resultado de una prestación laboral, o por haber adquirido un seguro voluntario (Navarro, 2020).

Recibir una atención sanitaria no debería ser diferente de una institución a otra, no obstante, tres variables enmarcan esa desigualdad entre todas las instituciones que operan en la Ciudad de México, tiene que ver con los determinantes sociales que rodean al ser humano. Hablar de determinantes sociales, surge de la investigación que realiza Marc Lalonde en 1974, definiéndola como “el conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud”. Por tanto, los Determinantes Sociales de la Salud, son “las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven trabajan y envejecen incluido el sistema de salud”. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, lo que vulnerabilizó a los ciudadanos (OMS, 2019).

El concepto de vulnerabilidad ha sido explorado desde diversos campos de conocimiento, por tal motivo, la vulnerabilidad ha sido definida de formas muy distintas por lo que a partir de algunos elementos se puede definir como “las características de una persona o grupo y su entorno”, por lo tanto, la vulnerabilidad social, estudia las desventajas sociales y ambientales, y sus implicaciones en grupos desfavorecidos, poniendo en manifiesto otro concepto importante la desigualdad social, entendida como “la condición por la cual las personas tienen un acceso

diferente a los recursos, servicios y posiciones que valora la sociedad”, lo que refleja el trato discriminatorio hacia algún grupo de personas, favoreciendo a otras, ejemplo de ello, es la falta de oportunidades de trabajo, siendo el principio de esta desigualdad, ya que da origen a las clases sociales, como pobres y ricos, que actualmente se han agrado nuevas categorías (Ruiz, 2012).

Los ideólogos marxistas afirman que la desigualdad social surgió con el capitalismo, es decir, con el sistema económico que promovió la idea de la acumulación de capital y propiedad privada que incita a la competencia, basado en la capacidad de consumo, pues la discriminación entre individuos se genera a raíz de una posición económica, raza, religión, sexo, entre otros, haciendo que un grupo de la sociedad se sienta más vulnerable para sufrir otras consecuencias como el rechazo, el hambre, la desnutrición, desabasto de medicamentos e inaccesibilidad de servicios médicos, mismos que a pesar de formar parte de un derecho humano se ve mercantilizado, término que refiere “el proceso de transformación de bienes y servicios en mercancías comercializables con fines de lucro” (Ruiz, 2012).

En ocasiones se pierde de vista la relación que hay entre la salud y la forma en que se suministran los servicios médicos, no obstante, este contexto pone en riesgo la vida de las personas que quedaran en desventaja, lo que implica también una violación al derecho a la salud, provocando consecuencias negativas para la población. (Echeverri, 2008).

Los esfuerzos por alcanzar la universalidad en salud requieren de un gran compromiso y coordinación, ya que no es desconocido que hay una enorme desconexión entre el nivel de gasto público otorgado, con relación a las necesidades de una comunidad, lo cual no es nuevo, pero si cada vez más evidente y desfavorecedor para las personas.

La Secretaría de Salud es la encargada de evaluar el desempeño de los sistemas nacional y estatal de salud, los programas prioritarios, y los servicios personales, esto incluye las características del servicio médico, en donde toma relevancia el marco legal que dirige toda la atención médica del país.

CAPÍTULO II: MARCO LEGAL DEL DERECHO A LA SALUD

2.1. INTERNACIONAL

Desde un punto de vista jurídico el que todo individuo tenga derecho a gozar del mejor estado de salud posible y a vivir en un ambiente que fomente la salud y evite la enfermedad, es un derecho de ámbito internacional y nacional, tanto que se han creado inclusive organismos dedicados a fomentar y proteger la salud de las comunidades, no obstante, por lo general, cuando se aborda jurídicamente el tema de la salud, se hace a través de un análisis del derecho humano establecido, el cual hace referencia a la protección de la salud, pero el concepto se limita al ámbito de la atención médica que puede recibir un individuo en particular, sin llevar a cabo la construcción jurídica necesaria para que en nuestra sociedad exista el derecho a una salud pública integral.(Charvel, 2015).

Es importante recalcar que la salud es considerada esencial para el desarrollo humano; por tanto, se debe analizar detenidamente el contenido y definición del derecho a la protección de la salud o derecho a la salud ya que entre estos dos conceptos surgen varias interrogantes por lo que es indispensable mencionar que los documentos que estipulan y avalan este derecho a nivel mundial son:

2.1.1. DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217 A (III) el 10 de diciembre de 1948. La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos, tras este acto histórico, la Asamblea pidió a todos los Países Miembros que publicaran el texto de la Declaración y dispusieran que fuera distribuido, expuesto, leído y comentado en las escuelas y otros establecimientos de enseñanza, sin distinción, pues es fundamental conocer las condiciones políticas de los países y territorios.

El artículo 25º de esta proclamación refiere que:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, tanto al individuo como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la

asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

2.1.2 PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, (PIDESC)

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), junto con el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y la Declaración Universal de Derechos Humanos, conforman la Carta Internacional de Derechos Humanos, que es el pilar de la protección de los derechos humanos dentro de las Naciones Unidas.

El PIDESC fue adoptado por medio de la Resolución de la Asamblea General el 16 de diciembre de 1966. El Pacto refleja los compromisos adoptados después de la Segunda Guerra Mundial a fin de promover el progreso social y mejores estándares de vida, reafirmando la fe en los derechos humanos y empleando el sistema internacional con ese objetivo.

Conforme a los principios enunciados en la Carta de las Naciones Unidas, la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad inherente a todos los miembros de la familia humana y de sus derechos iguales e inalienables, reconociendo que estos derechos se desprenden de la dignidad humana y en cuestiones de salud, está obligado a procurar la vigencia y ejercicio de los derechos.

Este pacto reconoce en su artículo 12° el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, intentando reducir la mortalidad infantil, y aumentando el sano desarrollo de los niños. Incita en el mejoramiento en aspectos de higiene en el trabajo y el medio ambiente; la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas con la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad.

2.1.3 OBSERVACIÓN GENERAL NÚMERO 14

Por cuestiones complementarias al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Observación general N.º 14 creada en el año 2000, enmarca el derecho que cada individuo tiene a disfrutar del más alto nivel posible de salud.

En la observación número 14 se desglosa el concepto de salud definiéndola como “un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley”

El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales necesarios para la efectividad de este derecho los cuales son:

a) Disponibilidad: Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas mismos que dependerá de diversos factores incluidos los determinantes básicos de la salud, como es el agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.

b) Accesibilidad: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser viables para todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones:

- **No discriminación:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles para los sectores más vulnerables y marginados de la población.
- **Accesibilidad física:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial

los grupos como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA.

- **Accesibilidad económica (asequibilidad):** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, estén al alcance de todos.
- **Acceso a la información:** ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.
- **Aceptabilidad:** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas que así lo requieran.

C) Calidad: Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, de personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado.

2.1.4 PROTOCOLO ADICIONAL A LA CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS EN MATERIA DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (PROTOCOLO DE SAN SALVADOR)

El Protocolo de San Salvador creado en la ciudad del mismo nombre el 17 de noviembre de 1988 y aprobado por la Cámara de Senadores del Honorable Congreso de la Unión, el 12 de diciembre de 1995, menciona en sus artículos 9º, 10º, 11º y 12º que toda persona tiene derecho a una seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez y de la incapacidad que la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa.

En caso de muerte del beneficiario las prestaciones de seguridad social serán aplicadas a sus dependientes. Cuando se trate de personas que se encuentran trabajando, el derecho a la seguridad social cubrirá al menos la atención médica y el subsidio o jubilación en casos de accidentes de trabajo o de enfermedad profesional y, cuando se trate de mujeres, licencia retribuida por maternidad antes y después del parto.

Respondiendo a hacer efectivo el derecho a la salud los Estados Partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

- a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad.
- b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado.
- c. La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- d. La prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole.
- e. La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud.
- f. La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

De igual forma menciona que toda persona tiene derecho a vivir en un medio ambiente sano y a contar con servicios públicos básicos. Los Estados Partes promoverán la protección, preservación y mejoramiento del medio ambiente. Además de una nutrición adecuada que le asegure la posibilidad de gozar del más alto nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual (Zedillo, 1998).

2.2. NACIONAL

A nivel nacional la salud también tiene un respaldo jurídico el cual está sujeto a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), que es la encargada de velar por los derechos de los mexicanos. Esta comisión está sujeta a lo que establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, documento considerado como la norma fundamental, establecida para regir

jurídicamente al país, la cual fija los límites y define las relaciones entre los poderes de la federación y que a su vez se divide en el poder legislativo, el poder ejecutivo y el poder judicial, pertenecientes a las tres órdenes de gobierno federal, estatal y municipal.

El Sistema Nacional de Salud, mexicano se encuentra normado por un conjunto de leyes de orden federal y por reglamentaciones propias de cada una de las 32 entidades federativas que conforman el país. Desde la reforma de 1983, Entre las principales normas de carácter federal en la materia destacan las siguientes dos:

La Ley General de Salud (LGS) de 1984, que reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en términos de la Constitución Política con bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salud.

La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, que en su artículo 39 le confiere a la Secretaría de Salud (SS) la competencia de establecer y conducir la política nacional en los rubros de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, además de coordinar los programas de servicios de salud de la administración pública federal.

En teoría ambas leyes responden a las bases de la Constitución mexicana como un pacto social supremo de la sociedad que respalda los derechos y deberes del pueblo mexicano.

2.2.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

La Constitución Política de 1917 está compuesta por 136 artículos divididos en nueve títulos, los cuales se encuentran subdivididos en Capítulos. La Constitución está conformada por dos partes, conocidas como dogmática y orgánica. En la dogmática quedaron consignadas las garantías individuales y se reconocen derechos y libertades sociales. La parte orgánica corresponde a la división de los poderes de la unión y el funcionamiento de las instituciones del Estado.

En lo que refiere a la salud la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 4º que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 que indica que:

El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país. En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, la Secretaría de Salud tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del País.

2.2.2 LEY GENERAL DE SALUD

La Ley General de Salud se redacta en virtud al derecho a la protección de la salud que menciona la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 4º. La Ley General de Salud se publica en el Diario de la Federación el 7 de febrero de 1984, entrando en vigor el 1 de julio del mismo año. La Ley General de Salud consta de 18 capítulos y 472 artículos y la última modificación que tuvo fue el 5 de mayo del 2001, algunos de los artículos relevantes para esta investigación son:

Título Primero.

Disposiciones Generales

Artículo 1: La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona y establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, aplicable en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Título Segundo.

Sistema Nacional de Salud

Artículo 5: El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, tienen la obligación de dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

Artículo 6: El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:

- I.** Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas.
- II.** Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país.

III. Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social

IV. Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez;

V. Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida.

VI. Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud. **VI Bis.** Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas.

VII. Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección.

VIII. Promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud.

Artículo 7: La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, misma que será responsable de:

I. Establecer y conducir la política nacional en materia de salud, en los términos de las Leyes aplicables y de conformidad con lo dispuesto por el Ejecutivo Federal.

II. Coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines.

III. Promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud que le sea solicitada por el Ejecutivo Federal.

IV. Determinar la periodicidad y características de la información que deberán proporcionar las dependencias y entidades del sector salud.

V. Coordinar el proceso de programación de las actividades del sector salud, con sujeción a las Leyes que regulen a las entidades participantes.

- VI.** Formular recomendaciones a las dependencias competentes sobre la asignación de los recursos que requieran los programas de salud.
- VII.** Promover el establecimiento de un sistema nacional de información básica en materia de salud.
- VIII.** Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas, para formar y capacitar recursos humanos para la salud.
- IX.** Coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del Sistema Nacional de Salud.
- X.** Promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de su salud.
- XI.** Impulsar la permanente actualización de las disposiciones legales en materia de salud.
- XII.** Las demás atribuciones, afines a las anteriores, que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del Sistema Nacional de Salud, y las que determinen las disposiciones generales aplicables.

Título Tercero

Prestación de los Servicios de Salud

CAPÍTULO I “Disposiciones Comunes”

Artículo 23: Para los efectos de esta Ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

Artículo 24: Los servicios de salud se clasifican en tres tipos:

- I. De atención médica
- II. De salud pública
- III. De asistencia social.

Artículo 25: Conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables.

Artículo 26: Para la organización y administración de los servicios de salud, se definirán criterios de distribución de universos de usuarios, de regionalización y de escalonamiento de los servicios, así como de universalización de cobertura.

Artículo 27: Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran:

- I.** La educación para la salud.
- II.** La promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente.
- III.** La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes.
- IV.** La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.
- V.** La atención materno-infantil
- VI.** La planificación familiar;
- VII.** La salud mental
- VIII.** La prevención y el control de las enfermedades bucodentales.
- IX.** La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud.
- X.** La promoción del mejoramiento de la nutrición.
- XI.** La asistencia social a los grupos más vulnerables y, de éstos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas.

Artículo 28: Para los efectos del artículo anterior, habrá un Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y un Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel, elaborados por el Consejo de Salubridad General.

Artículo 29: Del Cuadro Básico de Insumos del sector salud, la Secretaría de Salud determinará la lista de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud, y garantizará su existencia permanente y disponibilidad a la población que los requiera, en coordinación con las autoridades competentes.

Artículo 30: La Secretaría de Salud apoyará a las dependencias competentes en la vigilancia de los establecimientos de los sectores público, social y privado dedicados al expendio de medicamentos y a la provisión de insumos para su elaboración, a fin de que se adecuen a lo establecido en el artículo anterior.

Artículo 33: Las actividades de atención médica son:

- I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica.
- II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno.
- III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales.

Artículo 51: Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares. **Bis I.** Los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.

Artículo 55: Las personas o instituciones públicas o privadas que tengan conocimiento de accidentes o que alguna persona requiera de la prestación urgente de servicios de salud, cuidarán, por los medios a su alcance, que los mismos sean trasladados a los establecimientos de salud más cercanos, en los que puedan recibir atención inmediata, sin perjuicio de su posterior remisión a otras instituciones.

En particular el título tres de la Ley General de Salud describe ampliamente en sus diez capítulos las bases esenciales para una atención accesible y de calidad, sin embargo, solo se menciona algunos artículos del primer que nos da un panorama general de cómo debe funcionar el SNS.

2.2.3 LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL

Esta ley asigna la función de: “Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud”. Esta disposición establece que la SS es la responsable de impulsar y coordinar la participación de los sectores social y privado en el SNS y determinar las políticas y acciones de inducción y concertación correspondientes.

Para fines de investigación los artículos más representativos son:

Artículo 32: que corresponde a fortalecer el desarrollo, la inclusión y la cohesión social en el país mediante la instrumentación, coordinación y seguimiento, en términos de ley y con los organismos respectivos, de las políticas siguientes:

- a)** Combate efectivo a la pobreza.
- b)** Atención específica a las necesidades de los sectores sociales más desprotegidos, en especial de los pobladores de las zonas áridas de las áreas rurales, así como de los colonos y marginados de las áreas urbanas;
- c)** Atención a los derechos de la niñez; de la juventud; de los adultos mayores, y de las personas con discapacidad.
- d)** Fomentar las actividades realizadas por organizaciones de la sociedad civil;
- f)** Coordinar, concretar y ejecutar programas especiales para la atención de los sectores sociales más desprotegidos, en especial de los pobladores de las zonas rurales, para elevar el nivel de vida de la población, con la intervención de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal correspondientes y de los gobiernos estatales y municipales y, con la participación de los sectores social y privado;
- g)** Impulsar políticas y dar seguimiento a los programas de inclusión social y protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, en coordinación con las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como de los diferentes niveles de gobierno, mediante la elaboración de políticas públicas y el seguimiento a los programas de apoyo e inclusión de los jóvenes a la vida social participativa y productiva;
- h)** Impulsar las políticas públicas y dar seguimiento a los programas de inclusión y atención de los adultos mayores y sus derechos.
- i)** Fomentar las políticas públicas y dar seguimiento a los programas que garanticen la plenitud de los derechos de las personas con discapacidad.

j) Impulsar a través del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada políticas públicas en materia de asistencia social e integración familiar, en coordinación con el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

k) Promover la construcción de obras de infraestructura y equipamiento para fortalecer el desarrollo e inclusión social, en coordinación con los gobiernos de las entidades federativas y municipales y con la participación de los sectores social y privado.

l) Asegurar la adecuada distribución, comercialización y abastecimiento de los productos de consumo básico de la población de escasos recursos, con la intervención que corresponde a la Secretaría de Economía, así como a la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación; bajo principios que eviten el uso o aprovechamiento indebido y ajenos a los objetivos institucionales.

Artículo 39: A la Secretaría de Salud, corresponde el despacho de los siguientes asuntos:

- I. Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los programas de servicios a la salud de la Administración Pública Federal.
- II. Crear y administrar establecimientos de salubridad, de asistencia pública y de terapia social en cualquier lugar del territorio nacional y organizar la asistencia pública en la Ciudad de México.
- III. Aplicar a la Asistencia Pública los fondos que le proporcionen la Lotería Nacional y los Pronósticos para la Asistencia Pública; y administrar el patrimonio de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal, en los términos de las disposiciones legales aplicables, a fin de apoyar los programas de servicios de salud.
- IV. Organizar y vigilar las instituciones de beneficencia privada, en los términos de las leyes relativas, e integrar sus patronatos, respetando la voluntad de los fundadores.
- V. Administrar los bienes y fondos que el Gobierno Federal destine para la atención de los servicios de asistencia pública.
- VI. Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud. Asimismo,

propiciará y coordinará la participación de los sectores social y privado en dicho Sistema Nacional de Salud y determinará las políticas y acciones de inducción y concertación correspondientes.

- VII.** Planear, normar y controlar los servicios de atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria que correspondan al Sistema Nacional de Salud.
- VIII.** Dictar las normas técnicas a que quedará sujeta la prestación de servicios de salud en las materias de Salubridad General, incluyendo las de Asistencia Social, por parte de los Sectores Público, Social y Privado, y verificar su cumplimiento.
- IX.** Organizar y administrar servicios sanitarios generales en toda la República
- X.** Dirigir la policía sanitaria general de la República, con excepción de la agropecuaria, salvo cuando se trate de preservar la salud humana.
- XI.** Dirigir la policía sanitaria especial en los puertos, costas y fronteras, con excepción de la agropecuaria, salvo cuando afecte o pueda afectar a la salud humana.
- XII.** Realizar el control higiénico e inspección sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y circulación de comestibles y bebidas.
- XIII.** Realizar el control de la preparación, aplicación, importación y exportación de productos biológicos, excepción hecha de los de uso veterinario.
- XIV.** Regular la higiene veterinaria exclusivamente en lo que se relaciona con los alimentos que puedan afectar a la salud humana.
- XV.** Ejecutar el control sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y distribución de drogas y productos medicinales, a excepción de los de uso veterinario que no estén comprendidos en la Convención de Ginebra.
- XVI.** Estudiar, adaptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra las enfermedades transmisibles, contra las plagas sociales que afecten la salud, contra el alcoholismo y las toxicomanías y otros vicios sociales, y contra la mendicidad.
- XVII.** Poner en práctica las medidas tendientes a conservar la salud y la vida de los trabajadores del campo y de la ciudad y la higiene industrial, con excepción de lo que se relaciona con la previsión social en el trabajo.
- XVIII.** Administrar y controlar las escuelas, institutos y servicios de higiene establecidos por la Federación en toda la República, exceptuando aquellos que se relacionan exclusivamente con la sanidad animal.

- XIX.** Organizar congresos sanitarios y asistenciales.
- XX.** Prestar los servicios de su competencia, directamente o en coordinación con los Gobiernos de los Estados y del Distrito Federal.
- XXI.** Actuar como autoridad sanitaria, ejercer las facultades en materia de salubridad general que las leyes le confieren al Ejecutivo Federal, vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables y ejercer la acción extraordinaria en materia de Salubridad General.
- XXII.** Establecer las normas que deben orientar los servicios de asistencia social que presten las dependencias y entidades federales y proveer a su cumplimiento.
- XXIII.** Establecer y ejecutar con la participación que corresponda a otras dependencias asistenciales, públicas y privadas, planes y programas para la asistencia, prevención, atención y tratamiento a los discapacitados (Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 2015).

Las nuevas propuestas para consolidar el avance del sistema de salud deben centrarse en continuar con el desarrollo efectivo del derecho constitucional a la protección de la salud para todos los habitantes del país, de manera uniforme y universal, pero, para alcanzar el más alto nivel de bienestar como lo promueve la Organización Mundial de la Salud, se requiere de importantes ajustes conceptuales, vistos desde Promoción de la Salud.

CAPÍTULO III. PROMOCIÓN DE LA SALUD

3.1 ¿QUÉ ES SALUD?

El concepto de salud ha sido ampliamente debatido y su significado ha ido cambiando en función de los valores, las creencias y las tradiciones interpretando el concepto según las condiciones de vida, los conocimientos del grupo y las diferentes ideologías. La percepción individual de la necesidad de salud, también es variable en función del contexto y momento de la historia donde nos ubiquemos. Esta percepción la determina el grupo social al que se pertenece, así como la concepción que dicho grupo tenga de la salud-enfermedad (Ashton y Seymour, 1990). Hasta hace muy pocos años, la enfermedad era el concepto a partir del cual se definía la salud, o más bien, los límites de ésta: la salud era la ausencia de enfermedad. Esta concepción se desarrollaba a partir de factores totalmente biologicistas y con un carácter estático de los mismos (Monnier et al., 1980).

Actualmente hablar de salud involucra múltiples aspectos, ya que como seres biopsicosociales debe haber un equilibrio en los tres aspectos que retoma la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Carta Magna (1946) en donde define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades”.

Desde esta perspectiva, la salud tiene un componente de construcción social importante, y, por tanto, los conceptos de salud y de enfermedad y estilos de vida, derivan del contexto social, cultural, económico e histórico, conceptos forman parte de la intervención de Promoción de la Salud.

3.2 ENFOQUE DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

La incorporación de la Promoción de la Salud (P.S) parte de una estrategia que se decidió a nivel internacional, incorporándose como una rama de Salud Pública. La PS se consolidó recientemente, sin embargo, estos conceptos se contemplaron desde 1946 por el historiador alemán Henry Sigerist. Con el paso del tiempo estos conceptos han tomado gran relevancia tan es así que a lo largo de dos décadas se han llevado a cabo conferencias y se han redactado documentos como

el informe que redactó Marc Lalonde cuyo título es “Una nueva perspectiva sobre salud” en 1974 mismo que surgió a raíz de la necesidad de controlar los costos biomédicos y recuperar el pensamiento médico social, pues Lalonde recalco que “para mejorar la salud hay que mirar más allá de la atención de la enfermedad” y para ello contempló determinantes esenciales para ello que son la biología, la genética, el medio ambiente los entornos, los estilos de vida y el sistema de salud. Lalonde fue el creador del modelo “Historia Natural de la Enfermedad” de Leavell y Clark en 1965, en él se describe la triada ecológica y la evolución que se presenta durante el proceso por el cual se pasa de la salud a la enfermedad, además promueve acciones orientadas a la erradicación, eliminación, o minimización del impacto de alguna enfermedad o discapacidad delimitándolas en:

Prevención primaria: es la Promoción de la Salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida, así como identificar causas primordiales de los problemas de salud.

Prevención secundaria: diagnóstico o tratamiento oportuno y actos destinados a reducir la evolución o duración de la enfermedad

Prevención terciaria: Actos destinados a disminuir la prevalencia de las incapacidades producidas por alguna enfermedad mediante un proceso de rehabilitación física, psicológica o de una reinserción social.

A partir de las necesidades que hay en el campo comunitario, se ha implementado como línea de acción a la Promoción de la Salud como un área que cada vez toma mayor importancia ya que su principal objetivo consiste en “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social” (OMS, 2016).

Este enfoque abarca la importancia que tiene el contexto en el que cohabita el ser humano, los llamados determinantes sociales de la salud entendido como “las circunstancias en que las personas nacen, viven, trabajan, envejecen, incluido el sistema de salud” (OMS, 2012), y repercuten directa e indirectamente en la salud de los individuos.

Los promotores de la salud, pretende capacitar a individuos, familia y comunidad en general con el objetivo de prevenir problemas de salud, generando cambios de hábitos saludables. Así como también, crear contextos sociales que favorezcan el aprendizaje de factores y conductas de riesgo en la población, haciendo uso de la medicina preventiva como parte de la promoción de la salud ya que “es un área con la facultad de trabajar en mejorar la salud de las personas para prevenir eventos de aparición o propagación de enfermedades” (OMS, 2020).

Para lograrlo, es relevante mantener un diálogo fluido y no caer en el error de juzgar a las personas haciéndoles sentir culpables, sino más bien, deberíamos hacerles ver que son ellos los que tienen el control y la capacidad para poder mejorar ciertos aspectos de su vida que a largo plazo puede generarles un gran daño. Por lo tanto, la problemática plantea esta investigación, responde a esta línea de acción, pues un sistema de salud debe ser su principal objetivo mejorar, promover, restablecer o mantener la salud, no lo contrario (OMS, 2005).

Hoy por hoy diversas investigaciones demuestran que la constante que intervine para pasar de un estado de salud a un estado de enfermedad está sujeta a la interacción entre el huésped, un agente patógeno y el medio ambiente. Esto es representado en el modelo de “Historia Natural de la Enfermedad” (véase figura 3).

Figura 3. Historia Natural de la Enfermedad



Figura 3. Álvarez, J. et al. [Imagen], Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. 2020. <https://www.editorialeidec.com/wp-content/uploads/2020/08/USO-DE-LA-HISTORIA-NATURAL-DE-LA-ENFERMEDAD-COMO-HERRAMIENTA-EN-LA-GESTION-DE-LA.pdf>

Bajo este modelo toma relevancia la medicina preventiva que como su nombre lo dice, son las prácticas médicas que está diseñada para prevenir y evitar la enfermedad, y si ya se

presenta alguna enfermedad crónica, vigilar el desarrollo de la patología, para una pronta recuperación o mantener una óptima calidad de vida (OMS, 2016).

3.3. CONFERENCIAS INTERNACIONALES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Las Conferencias internacionales de Promoción de la Salud organizadas por la OMS han establecido los conceptos, principios y áreas de acción en esta materia. La primera conferencia que surgió bajo este contexto fue en Ottawa el 21 de noviembre de 1986, en esta conferencia se comienza a utilizar más formalmente el termino Promoción de la Salud, durante esta conferencia se emitió una carta cuyo objetivo era retomar la política que surgió en Alma-Ata de “Salud para todos en el 2000”.

El siguiente paso sobre la línea de acción de P.S. fue la Declaración de Adelaida en 1988, en ellas se hizo hincapié en la necesidad de formular políticas públicas saludables y así avanzar en el desarrollo humano, la sostenibilidad y la equidad.

La tercera conferencia que se llevó a cabo es la de Sundsvall en 1991, cuyo objetivo es la “creación de entornos propicios”, que forma parte del compromiso adquirido por la OMS en 1977. Esta conferencia permitió identificar numerosos ejemplos para crear ambientes favorables a nivel físico, socioeconómico y político, que apoye a la salud en vez de dañarla.

La declaración de Yakarta en 1997 nos expone el enfoque de Promoción de la Salud para el siglo XXI, pues en ella se confirman estrategias y áreas de acción esenciales para todos los países, además identifica cinco prioridades de salud las cuales son:

- Promover la responsabilidad social para la salud.
- Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud.
- Expandir la colaboración para la promoción de la salud.
- Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos
- Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud.

Posterior a la declaración de Yakarta se ha seguido trabajando en acciones para reducir el desfase que hay en el desarrollo de la salud, siendo el enfoque de la conferencia de Nairobi,

en Kenia en 2009 donde se recalca las estrategias clave y los compromisos que deben cumplirse para subsanarse el sistema de salud.

La 8a conferencia mundial de Promoción de la Salud se llevó a cabo en junio de 2013 en Helsinki, en esta conferencia se examinaron las experiencias en relación con el enfoque “La salud en todas las políticas” y se establecieron orientaciones para acciones concretas en los países de cualquier nivel de desarrollo (Dirección General de Promoción de la Salud, 2015).

Para los promotores de la salud la carta de Ottawa representa un cambio importante en la contextualización de la salud, pues ofrece una visión y un enfoque que refleja el firme compromiso de los profesionales de hacer uso de la más amplia gama de recursos para abordar los factores determinantes de la salud en el siglo XXI.

La carta de Ottawa menciona que la Promoción de la salud:

Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario (Carta de Ottawa, 1986).

La promoción de la salud implica una manera particular de colaborar, basándose en la participación ciudadana en donde las personas participan en actividades diarias, donde los factores ambientales, organizacionales y personales interactúan bajo un mismo fin el bienestar individual y colectivo.

La promoción de la salud, se consigue a través de tres mecanismos planteados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estos son:

- El autocuidado, que son las decisiones y acciones que la persona lleva a cabo en beneficio de su propia salud.

- La ayuda mutua o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras de acuerdo a la situación que estén viviendo.
- Los entornos sanos o creación de las condiciones ambientales que favorecen la salud, tales como las escuelas saludables.

Para el Promotor de la Salud la concepción del proceso salud-enfermedad toma en cuenta algunos modelos como:

- **Modelo Mágico-Religioso:** cuya propuesta es que la enfermedad resulta de fuerzas o espíritus; representa un castigo divino, o bien se trata de un estado de purificación que pone a prueba la Fe religiosa, impidiendo el avance cognoscitivo como en las sociedades primitivas, prevaleciendo algunas posturas en la actualidad, donde aún se tiene como representantes de esta mirada a chamanes, brujos, curanderos, sacerdotes y espiritistas (Arredondo, 1992).
- **Modelo Sanitarista:** Para este modelo, la salud-enfermedad es consecuencia de las condiciones insalubres que rodean al hombre, es decir el medio ambiente como principal determinante de la morbi-mortalidad, como en la época de la revolución industrial. La principal limitante de este modelo, es el hecho de no contempla los factores sociales que determinan la prevalencia de condiciones de vida insalubres para las diferentes clases sociales (Arredondo, 1992).
- **Modelo Social:** El elemento central que propone este modelo, es que la salud-enfermedad se genera en las condiciones de trabajo y de vida del hombre y de cada conjunto poblacional. Introduce como variables determinantes el estilo de vida, factores del agente y factores del ambiente. Los principales representantes de este modelo son: Peter Frank, Virchow y Ramazzini en el siglo XIX (Arredondo, 1992).
- **Modelo Unicausal:** El surgimiento de este modelo se dio en la segunda mitad del siglo XIX y a principios del XX en donde la salud-enfermedad es la respuesta a la presencia activa de agentes externos como un agente biológico causal que en conjunto con la respuesta del individuo detona en una enfermedad. Este modelo permitió la investigación de medidas de control y de fármacos que revolucionaron el tratamiento

individual del enfermo; no obstante, no explica por qué el mismo agente no produce siempre enfermedad (Arredondo, 1992).

- **Modelo Multicausal:** en este modelo responde a lo que Leavell y Clark denominaron como la triada ecológica en la cual la influencia simultánea de factores que corresponden al agente, al huésped y al ambiente, son en primera instancia los condicionantes del estado de salud que guarda el individuo o un conjunto poblacional (Arredondo,1992).
- **Modelo Epidemiológico:** el cual incorpora al modelo multicausal para el estudio de la salud-enfermedad colectiva e introduce la red de causalidad, donde el elemento central de análisis es la identificación de los factores de riesgo. Este modelo se generó en la segunda mitad del siglo XX (60s) y sus representantes fueron: MacMahon y Pugh en 1975 (Arredondo, 1992).
- **Modelo Ecológico:** Este modelo resulta de la interacción agente-huésped-ambiente evidentemente muy parecido al multicausal en un contexto tridimensional que descubre tanto las relaciones de factores causales entre sí, como las relaciones directas (Arredondo, 1992).
- **Modelo Histórico-Social:** Desde la perspectiva de esta propuesta, existen perfiles diferenciales de salud-enfermedad que guardan una estrecha relación con el contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales. Todos los factores causales se permean por lo social-histórico. El cual introduce cinco variables fundamentales para su análisis:
 - ❖ la dimensión histórica
 - ❖ la clase social
 - ❖ el desgaste laboral del individuo
 - ❖ la reproducción de la fuerza de trabajo y
 - ❖ la producción del individuo.

Su aporte especial es incorporar la dimensión histórica-social al análisis epidemiológico, a la vez que aporta nuevas categorías de análisis y cuestiona la eficacia de la prevención y control de la salud-enfermedad manteniendo intactas las relaciones de explotación que la generan. Sus representantes fueron Berlinguer, Laurell y Breilh en los años 70s (Arredondo, 1992).

- **Modelo Geográfico:** La enfermedad resulta de la interacción de factores patológicos y factores propios del ambiente geográfico (Arredondo, 1992).
- **Modelo Económico:** Incorpora la teoría del capital humano en los determinantes de la salud enfermedad y conceptualiza a la salud como un bien de inversión y de consumo para estar alerta ante la enfermedad. Para esta propuesta el ingreso económico, los patrones de consumo, los estilos de vida, el nivel educativo y los riesgos ocupacionales son las variables que entran en juego en el análisis de los determinantes de la salud y la enfermedad. (Arredondo, 1992).
- **Modelo Interdisciplinario:** Este modelo surgió a principio de los 90s y sus representantes son Julio Frenk en 1991, este modelo analiza el proceso salud-enfermedad, tanto a nivel individual como social y resulta de la interacción de factores que se abordan de manera interdisciplinaria y que operan jerárquicamente en diferentes niveles de determinación. Existen determinantes básicos a nivel sistémico que toma en cuenta el ambiente y el genoma; determinantes estructurales a nivel socio-estructural como la estratificación social, el mecanismo de redistribución de la riqueza, entre otros; determinantes a nivel institucional-familiar que incorpora los estilos de vida, el sistema de salud, entre otros y, a nivel individual que es el propio estado de salud. (Arredondo, 1992).

El promotor de la salud puede operar en múltiples niveles, lo que implica el uso de distintos modelos, sin embargo, para fines de esta investigación predomina el Modelo Histórico-Social y el Modelo Interdisciplinario, el primero bajo tres Dimensiones: la Estructural, dado que está relacionada con la organización social, la Particular, puesto que habla de un proceso de condiciones de vida y la Individual, siendo el plano en el cual se abordan los estilos de vida , que incluye las percepciones y valores particulares. El segundo modelo aborda la estratificación social, la

distribución de la riqueza y los estilos de vida, que comprometen la salud individual (Carmona, 2005).

Bajo estos dos modelos se analiza la influencia que tiene la operatividad de instituciones médicas con la manifestación de estrés negativo, o mejor conocido como distrés.

CAPÍTULO IV. ESTRÉS

4.1 ¿QUÉ ES EL ESTRÉS?

El término estrés aparece por primera vez en escritos del siglo XIV y representa la dureza, tensión, adversidad o aplicación de una fuerza. Posteriormente, a fines del siglo XVIII y principios del XIX, es utilizado en el campo de la física para referirse al impulso generado en el interior de un cuerpo, como consecuencia de la aplicación de una fuerza externa o local que tiende a distorsionarlo.

La palabra estrés, proviene del latín *stringere* y su significado es oprimir o apretar, posteriormente el idioma francés también dio definición a la palabra, como una forma de estrechar, ahora bien, según datos científicos es posible estrechar al alguien sofocándolo al mismo tiempo, es por ello que se atañe la definición, ya que es la percepción que se siente cuando hay presencia de estrés, es como una sofocación, que desencadena ansiedad, angustia, e irritación, lo que resulta una sensación difícil de evadir, ya que afecta directamente al sistema nervioso, sobresaltando la estabilidad del cuerpo.

El fenómeno de estrés es muy importante no solo en el campo biológico, también lo es para campo psicológico y social. Para la biología el estrés es un estado que se produce en un ser viviente como resultado de la interacción del organismo con estímulos o circunstancias nocivas. Autores como, Chrousos y Gold definieron al estrés como un estado de desarmonía u homeostasis amenazada. El concepto de homeostasis apareció por primera vez en 1860, cuando el fisiólogo Claude Bernard (1813-1878) describió la capacidad que tiene el cuerpo para mantener y regular sus condiciones internas.

En 1914, el fisiólogo estadounidense Walter Cannon conceptualizó al estrés como un síndrome de lucha-huida y acuñó el concepto de homeostasis para referirse a la tendencia que poseen la mayoría de los seres vivos para mantener un equilibrio fisiológico. Más adelante, el endocrinólogo Hans Selye, definió al estrés como una respuesta vegetativa inespecífica a alguna

amenaza, englobada en el concepto de Síndrome General de adaptación, definido como una compleja respuesta fisiológica caracterizada por tres fases:

1) fase de alarma: reacción inicial del cuerpo ante un estímulo generador de estrés, lo que tiende a restaurar la homeostasis;

2) fase de resistencia, donde la adaptación es sostenida, óptima y permite el desarrollo de una estrategia de supervivencia.

3) fase de agotamiento o cese de la respuesta de adaptación, la cual conduce a la enfermedad y eventualmente a la muerte (Molina, Gutiérrez & Hernández, 2008).

El estrés es un fenómeno que afecta tres niveles de complejidad: biológico, psicológico y social. El estrés como proceso biológico de acuerdo con la OMS, es “el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción”, es decir, es una reacción involuntaria, pero de vital importancia para la supervivencia de los individuos. Ante la presencia de estrés el cuerpo libera hormonas, estas hormonas hacen que su cerebro esté más alerta, causar que sus músculos se tensionen y aumentar su pulso. A corto plazo, estas reacciones son buenas porque pueden ayudarlo a manejar la situación que los pone en peligro, pues es una manera en la que el cuerpo se protege a sí mismo.

Biológicamente cuándo se presenta estrés, la glándula pituitaria reacciona aumentando la secreción de una hormona llamada adrenocorticotrófica (ACTH). Cuando la pituitaria envía esta ráfaga de ACTH es como si un sistema de alarma se disparara dentro de nuestro cerebro. Esta alarma les dice a las glándulas suprarrenales, situadas encima de los riñones, que inunden el torrente sanguíneo de hormonas del estrés, incluidas cortisol y adrenalina. Estas hormonas del estrés provocan toda una serie de cambios fisiológicos en nuestro cuerpo, como el aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, la inhibición del sistema digestivo y la alteración del sistema inmunitario. Una vez que desaparece la amenaza percibida los niveles de cortisol y adrenalina del torrente sanguíneo disminuyen, y la frecuencia cardíaca, la presión arterial y el resto de funciones del cuerpo vuelven a la normalidad.

Esta respuesta tiene el objetivo de ayudar a nuestro cuerpo a reaccionar rápida y eficazmente ante una situación de mucha presión, no obstante, si las situaciones de estrés se acumulan una detrás de otra, el cuerpo no tiene tiempo de recuperarse. Esta activación a largo plazo del sistema de respuesta al estrés puede alterar casi todos los procesos de nuestro cuerpo. Algunas de las respuestas físicas más frecuentes al estrés crónico afectan al aparato digestivo. El estrés crónico tiende a hacer menos activo el sistema inmunitario, lo cual nos hace más propensos a padecer resfriados u otras infecciones.

4.2 DIFERENCIA DE EUSTRÉS Y DISTRES

El estrés en el campo psicológico está relacionado también con el sistema nervioso, ya que puede provocar depresión, ansiedad, irritabilidad y con el paso del tiempo, la secreción crónica de cortisol puede provocar daños en diversas estructuras del cerebro. Una cantidad excesiva de cortisol también puede provocar trastornos del sueño. Por otra parte, en este campo, también se toma en cuenta la percepción, entendida como “la forma en la que el cerebro interpreta las sensaciones que recibe a través de los sentidos, para formar una impresión consciente o no consciente”. Por lo tanto, el Estrés Percibido, es visto como una variable que mide el nivel de Estrés experimentado por una persona, esto en función a eventos estresores objetivos y procesos de afrontamiento (Cozzo, Reich, 2016)

El estrés puede presentarse como:

- **El eustrés, estrés positivo o estrés agudo.** es un proceso natural y habitual de adaptación circunstancial, que consiste en una activación durante un mayor período de tiempo, con el objetivo de resolver una situación compleja que requiere de equilibrio entre esfuerzo, conocimiento o inteligencia especializada y entusiasmo o pasión, y suele desaparecer rápidamente., por lo que puede percibirse como cuando se hace algo nuevo o emocionante. Todas las personas sienten estrés agudo en algún momento de la vida (Gustavo E., s.f.)
- **El distrés, estrés negativo o estrés crónico:** es aquel en el que supera el potencial de homeostasis o equilibrio del organismo, causándole fatiga, mayores niveles de ansiedad, de irritabilidad e ira, provocando la aparición de consecuencias físicas, debidas al aumento del gasto de energía, una mayor rapidez de actuación, menor descanso del necesario y el consiguiente agotamiento de las fuerzas, a causa de los tiempos prolongados en el que se

manifiesta, pueden ser semanas o incluso meses, provocando problemas de salud (Gustavo E., s.f.)

Cada persona tiene una manera determinada de afrontar el estrés y son muchos los factores que están implicados el desarrollo de estrés, ya que un estudio realizado por la UNAM revela que actualmente este tipo de alteraciones se han naturalizado como parte de la vida diaria, provocando un incremento en el desarrollo de enfermedades crónicas, debido a un estrés negativo (UNAM, 2013).

Cuando una persona percibe una situación de amenaza y no se siente seguro alrededor de ella, esta experimenta el distrés acompañado de síntomas como angustia o ansiedad, dolores de cabeza, tensión, insomnio, depresión, irritabilidad, entre otros. En la mayoría de los casos, las personas suelen experimentar distrés.

4.3 FACTORES DE RIESGO DEL ESTRÉS, COMO PADECIMIENTO PSICOSOCIAL.

El estrés en el campo social, tal como lo plantean Lazarus y Folkman (1986) son las interrelaciones que se producen entre la persona y su contexto, que los exponen a situaciones estresantes, las personas despliegan unos “esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar demandas específicas ya sea externas y/o internas, situaciones a las que el ser humano ha desarrollado la capacidad de evocar respuestas fisiológicas y de conducta adaptativas, forzando a un afrontamiento, en el que el individuo se esfuerza por hacer frente al estímulo nocivo, produciendo que la homeostasis supere el umbral de normalidad.

Sin duda el estrés es todo un tema muy amplio, y para fines de esta investigación, se aborda bajo la percepción individual vinculada a la atención sanitaria.

El estudio de los aspectos sociales y su relación con la salud resulta un tema complejo de analizar, puesto que las variables son infinitas y los parámetros de medición no pueden ser 100% exactos, como se mencionó anteriormente la salud no solo es física, si no que mantiene una relación con lo mental y lo social, a partir de lo cual surge el termino psicosocial, que de acuerdo a lo que plantea Freud y posteriormente reafirma Erickson, acerca de algunos hechos traumáticos que pueden presentarse derivado de la influencia que hay entre lo individual y colectivo.

El interés por lo psicosocial históricamente ha acrecentado a partir de la Segunda Guerra Mundial y algunos otros eventos que desde entonces ha vivido la humanidad. Esto sucede en parte por las condiciones de trauma personal y social que cada niño, niña, adolescente, hombre o mujer, de comunidades enteras, han sufrido en su medio natural.

El concepto psicosocial es una palabra compuesta, estudiada desde la Psicología Social, que es una rama de la psicología que estudia los pensamientos, sentimientos y comportamientos de las personas con un contexto político, cultural, económico, religioso y social determinado. Esta palabra tiene dos componentes lingüísticos, por un lado, el prefijo “psico” proveniente del griego antiguo, que refiere al alma o actividad mental en un aspecto subjetivo de las personas. Por otro lado, esta “Social” que se refiere a las relaciones que se establecen y mantienen unidos a los miembros de una sociedad y que le da sentido de pertenencia e identidad en este mundo (Rizo, 2006).

El comienzo más formal de la preocupación por los factores psicosociales y su relación con la salud proviene de la década de 1970, hablar de los factores psicosociales conlleva a definir los factores de riesgo, son aquellas condiciones que se rodean al ser humano y que abarca la vida cotidiana, incluyendo la condición laboral y puede afectar la salud (física, psíquica y social) del trabajador. Para la Organización Internacional del Trabajo (OIT), las interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en área de trabajo, las condiciones de su organización, aunado a las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, pues se pueden tener consecuencias importantes para la salud, provocando respuestas de inadaptación, de tensión, respuestas psicofisiológicas como estrés, trastornos de ansiedad y depresión (Moreno, Báez, 2010) (Patlán, 2016).

Actualmente a las condiciones negligentes o excesivas laborales se les denomina “síndrome de “Burnout” el cual fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral, por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida. Bajo otras definiciones se podría considerar como una forma inadecuada de afrontar los inconvenientes, convirtiéndolo en condiciones de agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal (Moreno, Báez, 2010).

Para lo que respecta a la investigación, los factores de riesgo son las instituciones de salud regidas por un Sistema Nacional de Salud dividido, que aunado a la carga emocional y social que presenta el grupo poblacional de muestra (mujeres amas de casa), cabe la posibilidad de que estos factores contribuyen como riesgos psicosociales, principalmente de estrés, mediante sus tres principales emociones, irritabilidad, trastornos de ansiedad y depresión, mismas que se manifiestan en afecciones físicas, mentales y sociales.

Jorge Enrique Moreno, profesor-investigador de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), menciona que la fragmentación del sistema de salud en México, constituye un riesgo potencial para la población, argumentando que en la actualidad se han mostrado que se excede la capacidad que tienen los centros de atención médica, sin contar con la gran cantidad de problemas que presenta el sector salud. Ahora bien, no pude encontrar algún documento que mencione los problemas físicos, emocionales y sociales que les produce a los derechohabientes que lidian constantemente con estos inconvenientes, por parte de la institución de salud, sin embargo, es muy probable que la principal reacción sea estrés, mismo que se ha naturalizado, dado la vida tan rápida que lleva la población mexicana, siendo un malestar que anteriormente ni siquiera se tomaba en cuenta como un problema de salud.

4.4 SALUD MENTAL, DESDE UNA PERSPECTIVA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.

La salud mental es un fenómeno complejo, determinado por múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos. La Organización Mundial de Salud la define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, es capaz de hacer una contribución a su comunidad, es un bienestar un tanto subjetivo y autónomo (OMS, 2004).

La salud física y mental están estrechamente relacionadas ya que existe una gran variedad de enfermedades psicosomáticas que afectan la esfera emocional; dando como resultado trastornos mentales. El individuo expresa sus emociones acordes a los distintos ámbitos sociales en que se desenvuelve, por lo tanto, si este no es favorable inicia afectando su estado de ánimo, por ello se considera que la Salud Mental es importante para afrontar las dificultades anormales de la vida, claro ejemplo de ello es el estrés que al volverse incontrolado forma parte de un problema mental mismo del que subyacen la irritabilidad, trastornos de ansiedad y depresión (Marín, Richard, s/f).

Por lo tanto, la Salud Mental se puede considerar un problema de Salud Pública, que requiere de la construcción de políticas públicas para la creación de ambientes favorables para la comunidad.

Las contingencias sociales, suelen provocar altos niveles de estrés que afectan la salud y la calidad de vida de las personas. Por ello desde la sociología, el estrés es analizado como un proceso que comprende componentes culturales, sociales y políticos. Existe un tiempo crítico entre la ocurrencia del evento estresante y sus posibles consecuencias, estos sucesos también reciben el apelativo de crónico ya que se trata de problemas, conflictos o amenazas que las personas enfrentan en sus vidas diarias durante largo tiempo. Muchos de estos sucesos se relacionan con los roles sociales y consisten principalmente en dificultades interpersonales, por ejemplo, laborales, maritales, sociales y de género, que alteran considerablemente la calidad de vida (Marín, Richard, s/f).

Actualmente un gran número de personas puede estar presentando alteraciones emocionales sin darse cuenta van minimizado y son:

Irritabilidad: La irritabilidad es un sentimiento que se caracteriza por un control reducido sobre el carácter que habitualmente genera explosiones de irascibilidad verbal o conductual, aunque puede estar presente sin una manifestación observable. Puede experimentarse en forma de breves episodios, en circunstancias particulares, o puede ser persistente y generalizada. La experiencia de la irritabilidad es siempre desagradable para el individuo y su manifestación exterior suele ser una explosión de ira justificada (Busto, 2017).

Bajo estos términos la irritabilidad puede considerarse un factor de riesgo, para el desarrollo de enfermedades crónico degenerativas, tales como: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Trastornos auditivos, Trastornos visuales, Secuelas de eventos vasculares cerebrales como la embolia cerebral, Cirrosis hepática, problemas cardiacos, problemas pulmonares, Hipertiroidismo, Osteoartritis, Demencia, Depresión, Trastorno de ansiedad, problemas de sueño, incluso incide en el consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol o las drogas.

Ansiedad: la ansiedad es una respuesta normal ante situaciones que se presentan en la vida diaria. Todos nos preocupamos por cosas como los problemas de salud, dinero o los problemas familiares. Sin embargo, las personas con trastorno de ansiedad se preocupan extremadamente o se sienten muy nerviosas por éstas y muchas otras cosas, incluso cuando hay poca o ninguna razón para preocuparse. Los trastornos de ansiedad afectan a aproximadamente 1 de cada 5 adultos y principalmente las mujeres tienen más del doble de posibilidades que los hombres de experimentar un trastorno de ansiedad incluso algunas mujeres recurren a el yoga o la meditación, sin embargo, los trastornos de ansiedad se suelen tratar con asesoramiento, medicamentos o una combinación de ambos puesto que puede afectar e interferir en tu vida cotidiana. Presentando algunos síntomas como: tener problemas para controlar sus preocupaciones o sentimientos de nerviosismo, tener problemas para concentrarse, problemas para dormir, sentirse cansadas todo el tiempo, tener dolores de cabeza, musculares o del estómago o molestias inexplicables, tener temblores o tics nerviosos, Sentirse irritables o nerviosas, sudar mucho, sentirse mareadas o que les falta el aire, necesitan ir al baño a menudo (Instituto Nacional de Salud Mental NIH, 2017).

Depresión: la OMS la define como “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar el desempeño en el trabajo o la escuela, además de impactar en la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (OMS, 2017).

Hay dos tipos de depresión, la mayor (o grave) que es cuando se tienen síntomas de depresión la mayor parte del día, casi todos los días, durante por lo menos dos semanas y estos interfieren con su capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida y el trastorno depresivo persistente (distimia) que refiere a síntomas de depresión que duran por lo menos dos años.

Es posible que algunas personas con depresión ni siquiera se sientan tristes. Las personas pueden tener síntomas diferentes. Algunos síntomas de depresión incluyen:

- Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad o “vacío”
- Sentimientos de pesimismo o falta de esperanza
- Sentimientos de culpabilidad, inutilidad o impotencia
- Pérdida de interés o placer en las actividades y los pasatiempos
- Pérdida de energía, fatiga o sensación de que está más lento
- Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones
- Dificultad para dormir, despertarse temprano por la mañana o dormir demasiado
- Cambios en el apetito o el peso
- Pensamientos de muerte o suicidio, o intentos de suicidio
- Inquietud o irritabilidad
- Dolores y molestias, entre ellos, dolores de cabeza y calambres, o problemas digestivos, sin una causa física aparente, o que no se alivian ni con tratamiento.

En las mujeres es más frecuente la presencia de depresión por factores biológicos, de ciclo de vida y hormonales, roles sociales y estigmas culturales que pueden estar relacionados con una tasa de depresión alta.

La salud mental es definitivamente una parte integral de la promoción de la salud, pues como se menciona anteriormente los problemas emocionales están determinados por muchos factores de interacción social, psicológica y biológica, por ellos estos problemas que comúnmente son analizados desde la psiquiatría o la psicología requieren de una intervención que englobe diversas disciplinas para identificar la raíz del problema.

Hay muchos términos para describir problemas emocionales o del comportamiento a nivel social. En la actualidad estos están clasificados como “Trastornos Emocionales” un término que resulta complejo de analizar, sin embargo, el auge de interés por esta área se debe al aumento de

patologías asociadas a aspectos emocionales, entendiendo como trastornos emocionales principalmente la irritabilidad, ansiedad, depresión. Tradicionalmente, estos trastornos se asociaban a una población adulta. Hoy en día, no solo pertenecen a este tipo de población, sino que también se incluye a población cada vez más joven, lo que podría ser resultado de la forma en la que se viven actualmente.

CAPÍTULO V. ROL DE LAS AMAS DE CASA

5.1 CONTEXTO DE LAS AMAS DE CASA

A través del tiempo la sociedad se ha consolidado bajo normas y características propias de la época, sin embargo, hay estereotipos que no cambian del todo, tal es el caso de los roles de género, que no son más que, conductas estereotipadas a partir de una cultura, y que define lo que hacemos, cómo actuamos, hablamos, nos vistamos, nos arreglemos y nos comportamos, dentro de un grupo social, estas decisiones están íntimamente relacionadas con el sexo asignado al nacer.

Es sabido que tanto los hombres como las mujeres, han asumido un papel cultural muy importante para la sociedad, no obstante, en el caso de las mujeres, algunas características de su rol, limitan sus conductas, expectativas, formas de ser, sentir y actuar, e incluso violan sus derechos humanos.

Durante décadas, las mujeres se les ha encomendado una serie de actividades, entre las cuales está las labores domésticas, mismas que son subestimadas por no tener una remuneración. Por otra parte, el cuidado de la salud de su núcleo familiar también es una responsabilidad que se les ha impuesto desde épocas prehispánicas, pues mientras las mujeres se encargaban de recolectar, cocinas, asear la casa y sobre todo la crianza de los hijos, los hombres tenían la encomienda de cazar y llevar el sustento al hogar. Estas acciones hicieron que las actividades relacionadas directamente con la fuerza, se empezaran a identificar como actividades para los hombres y lo relacionado a limpiar, comprar, cocinar y cuidar a los niños, son las labores asignadas para las mujeres, por lo tanto, se consideró que la mujer era la indicada para quedarse en la casa.

En la Edad Media, las cosas se pusieron más estrictas principalmente para las mujeres, dado que solo los hombres se les dio la oportunidad de conocer, investigar, analizar, lo que ellos manifestaban era la verdad revelada por Dios, y entonces el conocimiento se convirtió en un arma

poderosa misma que combinada con la Iglesia, dejaron a la mujer relegada a ser esposa y madre (Vega, 2007).

La burguesía trajo un panorama un poco diferente pues les dio a las mujeres la posibilidad de acercarse al trabajo como una forma de ayuda en el sustento del hogar, claro esto sin descuidar su hogar (Vega, 2007).

La posición de la mujer en la antigua Grecia no fue muy positiva. Para el filósofo Aristóteles, que ejerció gran influencia en la Europa medieval, la mujer no era más que un hombre incompleto y débil, un defecto de la naturaleza. La mujer fue considerada como un ser sin terminar al que había que cuidar, proteger y guiar, lo que implicaba su sometimiento total al varón y su alejamiento de la vida pública, en la que no podía participar. Las muchachas se casaban a los 14 años, con hombres mucho mayores que ellas. Era el padre quien les encontraba marido y discutía la dote. Ella pasaba a ser propiedad del marido, como antes lo había sido de su padre y en caso de enviudar de su hijo. La educación de las mujeres estaba orientada a su función como esposa. Las niñas aprendían a hilar y tejer. Su educación terminaba con el matrimonio y se dedicaban exclusivamente a la casa y al cuidado de los hijos

A partir de los siglos XVII y XVIII se ampliaron los trabajos de encajes y bordados, industria que quedó en manos de las mujeres, por la posibilidad de realizarse desde el hogar. Las condiciones de vida de las mujeres campesinas no variaron desde la Edad Media, todo el peso del trabajo en la casa recaía sobre ellas, desde la mañana y hasta la noche, ya que debían participar, tanto en las tareas agrícolas, como trabajadoras en épocas de vendimia, aunque su salario era siempre inferior al del hombre. Los métodos anticonceptivos apenas se usaban y las mujeres tenían un hijo cada dos años, aunque la mortandad infantil era muy alta (Fernández, s/f).

A partir de la defensa de los derechos de las mujeres, comenzó un movimiento en el que se defendió el derecho al trabajo igualitario, a la educación y a su participación en la vida pública, obteniendo los derechos que conocemos actualmente, sin embargo, las mujeres a pesar de su incorporación a todos los campos sociales, permanece latente su ocupación doméstica dentro de su

hogar o incluso fuera de él, ya que, algunas de estas mujeres prestan sus servicios domésticos con el objetivo de generar ingresos económicos (Vega, 2007).

En la actualidad el concepto de *ama de casa* refiera socialmente al trabajo reproductivo y doméstico no remunerado que tradicionalmente ha sido desempeño por mujeres; sin embargo, los cambios económicos, políticos y culturales ocurridos en las últimas décadas han llevado a la incorporación paulatina de los hombres a esta.

Por lo que para efectos de esta investigación; la labor de ama(o) de casa comprende al conjunto de actividades que se realizan para el cuidado y atención de las necesidades vitales y de desarrollo saludable de quienes integran el hogar; entre las que se encuentran la administración del presupuesto, la crianza de los hijos, la limpieza del hogar, la preparación de alimentos, etc.

Es importante resaltar que, por algunos factores genéticos y culturales, se considera que las mujeres suelen ser más emocionales y afectivas, lo que en ocasiones resulta un factor de riesgo para su propia salud, dado que en ocasiones se enfrentan con situaciones del entorno que sobrepasan sus propias capacidades para subsanar y pueden detonar problemas de salud muy significativos, por la carga física, emocional y conductual, conceptos englobados en lo que conocemos como estrés. Es por ello que, resulta importante conocer como este grupo poblacional enfrenta situaciones que afectan su propia condición física, y principalmente tomando en cuenta la forma con la que se relacionan con el mundo.

5.2 ESTATUS SOCIAL DE LAS AMAS DE CASA EN MÉXICO

Para iniciar con este tema es importante saber ¿Qué es el estatus social?, es un término construido por la sociedad que posiciona jerárquicamente un lugar que ocupa un individuo dentro de una sociedad. Esto, tomando en cuenta diferentes características como el nivel de ingresos económicos (poder adquisitivo) como sociales (color de piel, familia a la que pertenece, reputación, etc.). Así, a mayor estatus, más posible es el acceso a privilegios, como educación de mayor calidad o la ocupación de un puesto de poder.

La estratificación de las clases o estatus social, surgió a partir de la Revolución Industrial, de allí que sea un término de uso común en los países industrializados modernos, ya que a medida que los individuos de una sociedad se agrupan, se contemplan una serie de criterios compartidos, es decir, conforme a su nivel de ingresos monetarios, ocupación laboral, acceso a la educación,

poder político, poder adquisitivo, creencias, valores, hábitos de consumo, y las personas con características similares, se agrupan y se les establece una categoría o nivel.

Ahora bien, dentro de esta estratificación hay subgrupos que tienen que ver con otra construcción social, que es el género, definido como “los roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, las mujeres, los niños, las niñas y las personas con identidades no binarias” (OMS, 2018).

Desde la prehistoria las mujeres han asumido un papel cultural muy particular ya que, por herencia, por elección personal o por cuestiones circunstanciales, en nuestra sociedad hay un gran número mujeres que entregan su vida al cuidado de su casa y de su familia en exclusiva, a lo cual se ha denominado amas de casa, lo cual es un duro trabajo sin reconocimiento y que prácticamente hasta el día de hoy se asumen casi por imposición y a veces esta labor se compagina con trabajos remunerados, que sobrecargan su estado de salud de estas mujeres.

Para este trabajo, el colectivo de mujeres seleccionado son precisamente las amas de casa, que dedican prácticamente toda su vida a las actividades del hogar, preocupándose porque cada día todo esté acorde con las necesidades de la familia, prioritariamente la salud.

5.3 VULNERABILIDAD Y DESIGUALDAD SOCIAL PRESENTE EN AMAS DE CASA

Los conceptos centrales de este apartado son vulnerabilidad y desigualdad, que están interconectados, pues ambos son fenómenos asociados con las desventajas que ciertos grupos viven. Existen diversos tipos de vulnerabilidad, no obstante, en esta ocasión nos centraremos en la vulnerabilidad familiar, en la cual se viven situaciones de crisis, eventos estresantes, posibilidad de reducción del bienestar de una persona o núcleo familiar frente a factores de riesgo del entorno (Villegas, 2006).

Solemos decir que la igualdad y los valores se construyen desde casa; sin embargo, nuestra sociedad está marcada por desigualdades que son toleradas y reproducidas en la interacción dentro de los núcleos familiares. Estas actitudes que afectan a las niñas, adolescentes y mujeres desde el entorno familiar se han perpetuado por generaciones a través de la crianza, convirtiéndose así en prácticas cotidianas que son asumidas como naturales. Por ejemplo, a lo largo de la historia, todas

aquellas actividades de cuidado del hogar, como limpiar, cocinar, lavar la ropa, ayudar con las tareas escolares a los menores y atender a los adultos mayores, y velar por la salud de cada miembro de la familia, se han destinado exclusivamente a las mujeres, y de acuerdo con el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), estos comportamientos dentro del hogar afectan la salud física y mental de las mujeres, esto sin contemplar muchos otros factores de riesgo que provienen del exterior y que contribuyen a este daño y deterioro de su salud.

CAPÍTULO VI. OBJETO DE ESTUDIO

6.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En 1943 inició en México un proceso de creación de instituciones para la atención médica de la población, cada una con alcances y compromisos diversos. La primera que se creó fue la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) con el propósito de ofrecer servicios de atención médica basada en un esquema limitado de recursos humanos, materiales y económicos. Un poco después se fundó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con la perspectiva de ofrecer atención médica sin límites explícitos y contando con recursos financieros mayores, basados en la garantía tripartita, es decir, de aportaciones provenientes de tres sectores un porcentaje lo aporta el estado, otro los patrones y otro tanto se toma del salario de los mismos trabajadores, por ello es evidente que este servicio de salud beneficia a la clase trabajadora.

Posteriormente siguió la construcción de otras instituciones similares dedicadas a grupos muy específicos, como los trabajadores al servicio del estado, los petroleros, los ferrocarrileros, las fuerzas armadas, etcétera. Este proceso condujo también la creación de hospitales con especialidades como el Instituto Nacional de Cardiología, en 1944; el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, en 1946; el Instituto Nacional de Cancerología, en 1950; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ISSSTE, en 1960; y el Instituto Nacional de Neurología, en 1964, por mencionar algunos (López, Durán & Villanueva, 2011).

Con las nuevas instituciones surgió la primera generación de reformas en salud, que buscó responder a las demandas del desarrollo industrial, con el fin de cuidar a la población obrera, sin embargo, para finales de los sesenta este modelo llegó a sus límites, el costo de los servicios y la demanda de estos aumentó, por tanto, el sistema se saturó y comenzó a perderse la visión que se tenía de brindar una atención universal, dando origen a una gran fragmentación e ineficiencia en la utilización de recursos ya que gran número de familias, principalmente de escasos recursos, se quedaban sin esa accesibilidad.

Bajo este contexto, en 1983 emergieron nuevas iniciativas, como la promulgación de la Ley General de Salud, que impulsó el incremento el número de instituciones y por ende de dependencias

en las diferentes zonas, además se optó por la descentralización, decisión que consideró vulnerabilizó el sistema de salud, pues cada dependencia originó sus propios lineamientos de atención, a pesar de estar regidos y evaluados por una misma dirección, lo que ha generado que la calidad de atención, la cobertura médica y la accesibilidad, sean diferentes. Por ello surge la interrogante de conocer de qué forma se percibe dicha diferencia bajo la percepción de las usuarias entre tres instituciones médicas principalmente, IMSS, ISSSTE, y los Centros de Salud, que brindan atención a la población abierta, pues pareciera que existe un conflicto entre las mismas (Vindel & Tobal, 2001).

Cada día, en promedio, se hacen uso de mil millones de pesos para brindar estos servicios, sin embargo, hay que reconocer que el IMSS e ISSSTE enfrentan un panorama financiero complicado, ocasionado por una combinación de factores externos e internos. Entre los factores externos destacan la transición demográfica y la transición epidemiológica que enfrenta nuestro país y que han ejercido una considerable presión sobre las finanzas del Instituto, que hoy por hoy atiende a una población exponencialmente más envejecida que requiere servicios médicos de alto costo, relacionados principalmente con padecimientos crónico-degenerativos, como la diabetes mellitus, las enfermedades cerebrovasculares, la hipertensión y los distintos tipos de cáncer. Dentro de los factores internos se encuentra una calidad de atención deficiente, por la alta carga laboral, una cobertura hospitalaria confusa e inequitativa y una accesibilidad condicionada (PIIMSS, 2014-2018).

Cuando la demanda sobrepasa la disponibilidad, comienzan los conflictos pues se requiere de un esfuerzo extra para cumplir con la meta, lo que en ocasiones implica una sobrecarga individual, que regularmente provoca un malestar, que, en términos generales, afecta de diferente manera a las personas, pues todo depende de una perspectiva personal, no obstante, mucho tiene que ver la cantidad de factores que afectan a un individuo, pues diríamos que este individuo está sometido una tensión constante y agobiante, que origina situaciones psicosomáticas o trastornos psicológicos a veces graves.

Los trastornos del estrés son de carácter universal y producen cambios en la dimensión cognitivo-subjetiva, en la dimensión fisiológica-adaptativa y en la dimensión conductual-expresiva. Estas reacciones tienen una función intuitiva para que las personas puedan dar una

respuesta adecuada a las demandas del ambiente, por lo que se consideran respuestas eminentemente adaptativas para el individuo. Sin embargo, en ocasiones algunas de ellas pueden derivar una patológicas, debido a un desajuste en la frecuencia, intensidad y adecuación al contexto. Cuando tal desajuste acontece y se mantiene un cierto tiempo, puede sobrevenir un trastorno de la salud, tanto mental (trastorno de ansiedad, depresión mayor, ira patológica, etc.) como física (trastornos cardiovasculares, reumatológicos, inmunológicos, etcétera) (Cano & Tobal, 2001).

Es por esta condición, que resulta importante indagar, qué tanto puede impactar o formar parte de un factor estresor, la operatividad institucional como IMSS, ISSSTE y los Centros de Salud, en las mujeres con ciertas características sociales y que por ende pudiera ser mayor la presencia de un estrés negativo, mejor conocido como distrés, que pudiese comprometer la salud integral de este grupo social.

6.2 JUSTIFICACIÓN Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Desde la década de los cuarenta, México ha suscrito diversos documentos internacionales, que reconocen la salud como un derecho humano; constituido por el equilibrio de aspectos físicos mentales y sociales y no solo la ausencia de la enfermedad, además involucra otros elementos que impactan en el bienestar de las personas y sus comunidades, denominados factores de riesgos, que son aquellas condiciones, conductas, estilos de vida o situaciones que nos exponen a mayor riesgo de presentar una enfermedad. Preservar la salud es el objetivo de todas las personas, ya que el ser humano no está exento de padecer enfermedades por factores como la genética, herencia, medio ambiente, estilo de vida, accidentes, entre muchos otros, que pueden estar ligados directamente con las gestiones de política pública, detonando otros problemas de salud.

La Ciudad de México, antes Distrito Federal, es considerada la segunda ciudad más poblada del planeta, cuenta con una superficie territorial de 1,494 km², lo que representa 0.1 % de la superficie del país, su evolución histórica y posición geográfica le han posicionado como la región urbana más grande, concentrando a 9 209 944 personas residentes, de las cuales 4,805,017 son mujeres lo que corresponde a un 52.2% y 4,404,927 son hombres equivalentes al 47.8%. cabe mencionar que esta superficie se encuentra dividida en dieciséis alcaldías, cada una con un representante de gobierno. Una de las alcaldías más grandes es Iztapalapa, con una población de

1,835,486 habitantes, de los cuales 887, 651 (48.4%) son hombres y 947, 835, (51.6%) son mujeres, esto respecto al censo de población y vivienda 2020 (INEGI, 2021).

Como se puede apreciar hay una mayor población femenina en Iztapalapa de igual forma es una demarcación en la que persisten algunas otras características como: violencia, delincuencia, pobreza, desigualdad, algunas carencias de servicios públicos, estas circunstancias limitan el desarrollo sostenible de sus habitantes, su actividad económica se concentra en el comercio y oficios, pues más de la mitad de la población empleada, percibe ingresos equivalentes a dos salarios mínimos. Como consecuencia de la inestabilidad laboral o mejor conocido como empleos informales, un gran número de habitantes no cuenta con una afiliación a servicios médicos.

En este sentido resulta difícil hacer efectivo un derecho a la salud, debido a un acceso restringido a instituciones médicas, dado que, solo tres cuartas partes de la población cuenta con cobertura médica y sólo la mitad de esa parte, obtiene acceso a instituciones como IMSS e ISSSTE (Derecho a la salud, 2010). El resto de la población recibe atención asistencial, que anteriormente cubría el programa del Seguro Popular, con lo que se logró ampliar la cobertura médica, sin embargo, los servicios médicos para los derechohabientes son limitados, y no se diga de la calidad de los servicios, pues de aquí la prioridad de que se implementen políticas públicas para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación oportuna y de calidad.

Los problemas de salud por su origen multifactorial resultan difíciles de abordar y resolver, lo que resulta, una tarea compleja que requiere de un proceso de adaptación que puede implicar que en algunos casos sobrepasa nuestra capacidad para contenerlas y canalizarlas (Tam Phun, 2010). De ahí la aparición de muchas frustraciones en momentos de cambio condicionando que muchas personas no puedan afrontar, detonando un malestar que demuestra que estas experiencias escapan de nuestro control, lo que podemos traducirlo en alteraciones emocionales y un claro ejemplo es el estrés, que si bien ya se dijo que es una reacción natural del cuerpo ya que lo utiliza como método de defensa, no resulta lógico que un servicio médico cuyo objetivo principal es restablecer la salud, pudiese comprometer la salud integral de las personas y más aún la de un sector mayoritario que son las mujeres, debido a su rol de género.

Es por lo anterior que nace la interrogante para la presente investigación y cuya pregunta inicial es **¿La desintegración entre institucional medicas como IMSS, ISSSTE y Centros de**

Salud, con respecto a factores de la calidad, cobertura y accesibilidad, influye en la percepción de estrés, de las mujeres amas de casa, en la alcaldía Iztapalapa? dado que este tipo de trastornos presentan una serie de sintomatología que se ve minimizada o que en ocasiones cuando se detecta, es atendida desde la psiquiatría o la psicología, bajo el modelo hegemónico, sin embargo, resulta un problema que visto desde la Promoción de la Salud, se tiene también la obligación ética y la responsabilidad profesional de proteger tanto la vida como la salud mental de los pacientes y la actuación incorrecta del personal de instituciones médicas, puede provocar un daño en algunos casos irreversible.

6.3 OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar si la desintegración entre instituciones médicas como IMSS, ISSSTE y Centros de Salud, con respecto a factores de la calidad, cobertura y accesibilidad, influyen en la percepción de estrés, de las mujeres amas de casa, en la alcaldía Iztapalapa

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a través de una entrevista semiestructurada, la percepción de las amas de casa, sobre la calidad, cobertura y accesibilidad, del servicio médico y su nivel de satisfacción de los mismos.
- Identificar las nociones que poseen las amas de casa, acerca del estrés, como factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas.
- Conocer las perspectivas que tienen las derechohabientes, con respecto a la forma en la que opera la institución que le brindan una atención médica, y su influencia en la generación de estrés.
- Describir cuáles han sido las experiencias de las derechohabientes amas de casa, sobre el servicio médico obtenido por las instituciones IMSS, ISSSTE y CENTRO DE SALUD, identificando si estas experiencias perturbaron su estabilidad emocional provocando distrés.

CAPÍTULO VII. METODOLOGÍA

El presente capítulo describe los aspectos metodológicos que se siguieron para llevar a cabo la investigación. En primera instancia, la interrogante de la investigación surge por la constante insatisfacción que expresan las mujeres de mi entorno, a causa de los servicios médicos. A partir de ello se comenzó a indagar en algunos documentos bibliográficos, y testimonios informales que la misma comunidad manifiesta con relación a las condiciones que limitan la accesibilidad, servicios que no forman parte de una cobertura médica y el personal muestra una actitud inapropiada e incluso negligente.

A partir del sustento teórico, se diseña un instrumento que me permite indagar de una manera más amplia esta problemática, reflejando la posibilidad de la relación que mantienen dichas circunstancias un incremento a la percepción de estrés la las mujeres, que, como parte de rol de género, impuesto por la sociedad, son las encargadas de velar por la salud de sus familiares.

Una vez definida la problemática, se acudió a centros hospitalarios de la demarcación Iztapalapa, y apoyada de la metodología cualitativa, se observó y conversó con algunas personas, que bajo los criterios que se mencionan posteriormente, se solicitaron sus datos para llevar a cabo la entrevista semiestructurada, permitiendo recabar las experiencias que fundamentan la investigación.

7.1 TIPO DE ESTUDIO

El diseño se basó en un estudio ex post facto, (Hernández, Sampieri, et. al, 2006) con estrategias retrospectiva y prospectiva, este tipo de diseño se refiere a un “después del hecho”, y la retrospección, requiere mirar hacia atrás para reconstruir los hechos, mediante las experiencias de las entrevistadas, con lo que generalmente se trata de buscar las causas que ha producido el problema. La prospectiva indica las consecuencias o efectos de la problemática.

El carácter de la investigación es de tipo mixto (Hernández, Sampieri, et. al, 2006) puesto que consiste en recopilar, analizar e integrar tanto investigación cuantitativa como cualitativa, el termino cuantitativo implica analizar datos numéricos, haciendo hincapié en la comprobación

teórica. Por otra parte, el estudio cualitativo, son centradas en los sujetos, priorizando la perspectiva y las emociones, intentando comprender la realidad en su contexto natural y cotidiano de las personas y entendiendo los significados que le otorgan a los acontecimientos (Monje, 2011). Los principales métodos de esta investigación, se enfocan en la descripción, apoyándose de técnicas como la encuesta y los estudios de caso, por tal motivo, el instrumento que se manejó fue un cuestionario, utilizado para recoger de manera organizada la información, permitiendo dar cuenta de las variables que son de interés en para el estudio (Casas, Repullo y Donado, 2003).

7.2 VARIABLES

Un eje relevante dentro de la investigación, son las variables, este término se emplean para establecer; relaciones causales entre los factores, las variables son susceptibles a la manipulación para tratar de describir o explicar el objeto de estudio, estas van adquiriendo distintos valores, ya que son elementos que están presentes durante todo el proceso de investigación.

Las variables son clasificadas en dos categorías, la dependiente, que son aquellas en las que el investigador está interesado en comprender, y la variable independiente, que son las que se utilizan para describir o medir los factores que hipotéticamente son la causa o que por lo menos influyen en el problema (Carballo, 2016).

Para fines del estudio, la **variable dependiente**, es el estrés percibido, es decir, una evaluación en función de eventos estresores y su proceso de afrontamiento, cuyo resultado puede ser benigno-positivo o maligno-negativo, cuyo método de medición es un cuestionario de 27 preguntas. La **variable independiente**, es la desintegración del SNS en parámetros de calidad de atención médica, cobertura y accesibilidad a los servicios de salud, mismo que es medido por preguntas de satisfacción, que las entrevistadas califican bajo estándares de bueno, malo, regular y pésimo.

Hipótesis: La desintegración del SNS en parámetros de calidad de atención médica, la limitada cobertura y constante inaccesibilidad de los servicios de salud que brindan instituciones como el IMSS, ISSSTE y Centro de Salud, ¿incide como factor de riesgo en el aumento del estrés percibido para las amas de casa en la zona de Iztapalapa?

7.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA

La alcaldía Iztapalapa, está ubicada al oriente de la Ciudad de México y ocupa una de las zonas más bajas del valle de México. Iztapalapa ha sido la principal reserva territorial para el crecimiento urbano, cumpliendo una importante función en la redistribución de la población, alojando una proporción de 878,365 hombres y 949,503 mujeres. (Censo de Población y Vivienda, 2020).

También es importante mencionar que la población se encuentra bajo un contexto de pobreza moderada y pobreza extrema. En cuanto a salud se refiere la alcaldía cuenta con 57 unidades médicas, cuyo personal médico corresponde a 1,828 personas. No se cuenta con un equipamiento en salud, pues hasta antes de la pandemia de COVID-19, que afectó a nivel mundial, la alcaldía Iztapalapa contaba con 1 hospital pediátrico y 1 hospital General, 2 hospitales del ISSSTE, 2 hospitales del IMSS, 21 Centros de Salud de la SSA, 4 clínicas del IMSS y 3 del ISSSTE. Actualmente en la zona de San Lorenzo Tezonco, se construye el Hospital de Especialidades, proyecto del gobierno, con una cobertura de nivel regional (Censo de equipamiento, 2020).

Con base en lo anterior la muestra, es de tipo no probabilística, ya que el grupo de estudio se seleccionó de forma intencional y por conveniencia, así que se eligieron 5 mujeres de tres instituciones en particular ISSSTE Ignacio Zaragoza, IMSS Unidad de Medicina Familiar #31 y Centro de Salud T-III Santa María Aztahuacan. En total la muestra consta de 15 mujeres amas de casa de la demarcación Iztapalapa.

Para hacer la selección de las entrevistadas, estas debían cumplir con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Criterio de inclusión: mujeres amas de casa, sin ninguna ocupación laboral adicional, mayores de 20 años, con hijos, derechohabientes de alguna de las instituciones de salud IMSS, ISSSTE o Centro de Salud seleccionados, habitantes de la demarcación de la alcaldía Iztapalapa.

Criterio de exclusión: tener una ocupación laboral, que no sea derechohabiente de las instituciones médicas localizadas dentro de la demarcación Iztapalapa.

Criterios de eliminación: no aportar información suficiente a causa de respuestas muy herméticas.

7.4 INSTRUMENTO

En términos generales el cuestionario se estructuró con 27 preguntas; las preguntas inician con cinco preguntas de datos personales, y la primera pregunta con un criterio de inclusión. A partir de la pregunta 2, se agrupan bajo la intención de indagar las tres variables de interés; calidad de la atención médica, contextualizada como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional excelente, para lograr la satisfacción del usuario. Cobertura médica, definida como acción de cubrir y proteger a las personas como un derecho constitucional; y la accesibilidad a los servicios, entendida como la facilidad de hacer uso de servicios médicos tanto a nivel administrativo como a nivel infraestructura. Para acceder a esta información, se estructuraron las preguntas 2 a la 10, 20, 22 a la 25.

Las preguntas 11,12 y 13, se formularon con el fin de averiguar la trascendencia de las variables, con relación al incremento de estrés percibido por las usuarias participantes. Las preguntas 14 a 19, 26 y 27 responde a un tercer objetivo particular, donde comienza a interactuar las variables, dependiente e independiente.

Finalmente, la pregunta 21 permite indagar con mayor profundidad, la hipótesis, en cuanto a la interacción entre las variables y el estrés. La mayoría de las preguntas ofrecen a las entrevistadas la posibilidad de explicar el porqué de su respuesta, 10 de estas preguntas son dicotómicas y 11 de opción múltiple, una de las preguntas es retomada de un test de estrés, elaborado por la Facultad de Psicología de la UNAM. También hay 4 preguntas abiertas las cuales son necesarias para obtener detalles sobre el objetivo de la investigación.

7.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Cuando se hizo la selección de las participantes para la entrevista se aplicó el instrumento elaborado, cuyas respuestas se respaldaron tanto de manera física como digital y haciendo uso de la estadística descriptiva. Las preguntas se agruparon para facilitar el análisis y tratar de dar respuesta al objetivo.

La recolección tuvo dificultades, ya que en un principio se llevaría a cabo de manera presencial en la institución médica de su derechohabiencia, sin embargo, debido a la contingencia por la que atravesamos, de la pandemia de COVID-19, impidió acudir a los hospitales

directamente, el método tuvo que ser modificado, pues se localizó a las personas con las características solicitadas y se aplicaron por vía telefónica y algunas con apoyo de la tecnología por video llamada, situaciones que limitaron la interacción y observación profunda a la hora de sus respuestas.

7.6 ANÁLISIS DE DATOS

El procedimiento a seguir, parte del análisis temático el cual “es un método que permite identificar, organizar, analizar a detalle y proporcionar patrones a partir de una cuidadosa lectura de la información obtenida y así inferir resultados que propicien la adecuada comprensión o interpretación del fenómeno en estudio” (Braun y Clarke, 2006).

A medida que se recogieron los datos se procedió a la lectura de la información, se tomaron notas, surgieron conceptos que se incorporaron en una base en Excel, integrando cada una de las respuestas de las entrevistadas, a partir de lo cual se obtienen representaciones graficas con frecuencias y porcentajes, apoyado de estadios de centralización, pues esto ofrece información acerca de valores típicos o promedio de un conjunto de datos.

El estadio utilizado principalmente es la moda, ya que, a diferencia de la media y la mediana, la moda no es un valor único, podemos encontrar distribuciones unimodales, que es una distribución de probabilidad con un pico claro, y bimodales que pueden tener dos. Esta distribución resulta clave para el análisis descriptivo de cada una de las preguntas, haciendo comparaciones de las opiniones, interpretando características personales. Posteriormente complementamos el análisis con la información obtenida de las preguntas abiertas, constatando de manera concreta su percepción con respecto a la problemática planteada. Finalmente se incluyen aquellos aportes obtenidos del análisis de los documentos bibliográficos, que sustentan la investigación.

CAPÍTULO VIII. RESULTADOS

En este apartado se presentan las aportaciones que se obtuvieron mediante el instrumento de encuesta, en datos cuantitativos y de análisis descriptivo con el fin de plasmar la percepción del grupo de estudio entrevistado. De forma resumida, se describirán los aspectos abordados a lo largo de la investigación tomando en cuenta las particularidades de cada uno de las participantes, así como su contexto y zona geográfica.

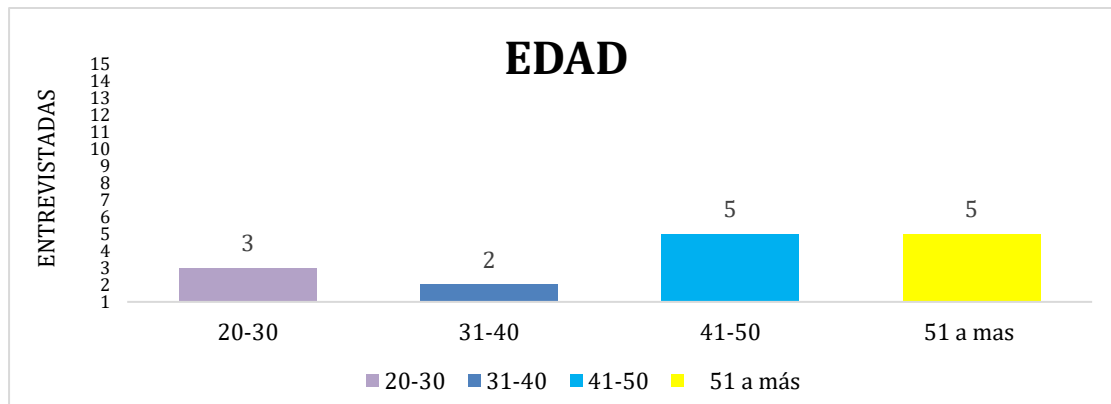
Una de las intenciones del presente trabajo, es identificar la percepción de las amas de casa que habitan en Iztapalapa, con respecto a una valoración de su servicio médico, por ello la posición de las gráficas en el análisis cumplen una secuencia.

Primero se describen todos los datos personales de las entrevistadas, después se puntualiza el contexto general del servicio médico de las entrevistadas, posteriormente las nociones que poseen las amas de casa, acerca del estrés y su relación con el desarrollo de enfermedades crónicas. Otra sección es la operatividad institucional y su influencia en la generación de estrés y finalmente una pregunta abierta en donde se narran algunas experiencias, que generaron estrés en las entrevistadas.

➤ **Datos Personales**

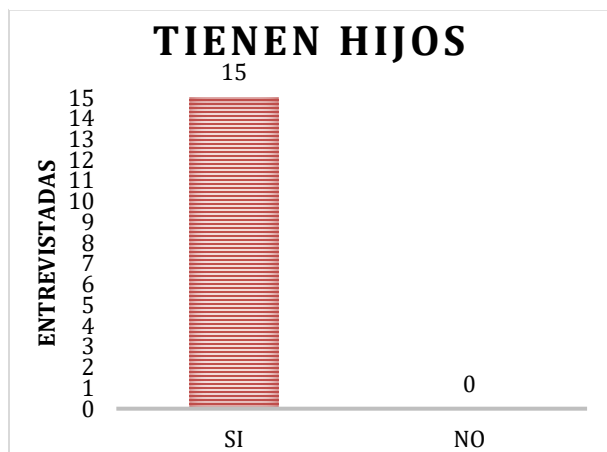
El tamaño de la muestra comprendió a 15 mujeres amas de casa, con edades de 20 años en adelante, manteniendo una mayor frecuencia mujeres mayores de 40 años. Este factor favoreció la obtención de resultados, dado que las experiencias fueron amplias y concisas (véase grafica 1).

Gráfica 1

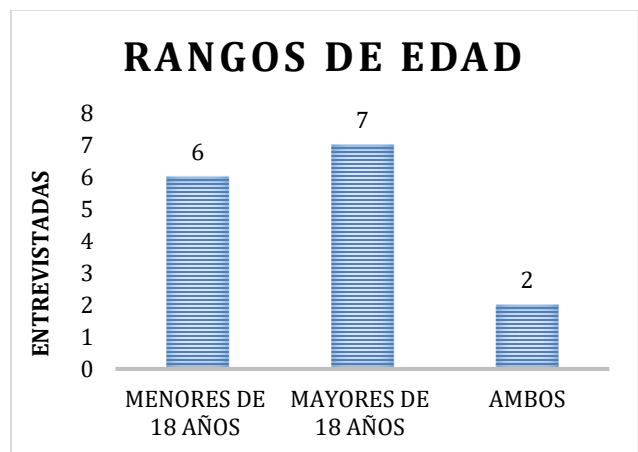


La gráfica 2, representa que las 15 entrevistadas, tienen hijos, 6 de ellas ya con jóvenes mayores de edad y 7 con niños menores de los 18 años, solo dos de ellas, tienen ambas categorías. (véase grafica 3). Por otro lado, aparte de su edad, se indagó sobre la residencia de cada uno de ellos y la mayoría (11) de las entrevistadas respondió que sus hijos aún viven en casa, con ellas el resto (4) menciona que se han independizado (véase gráfica 4).

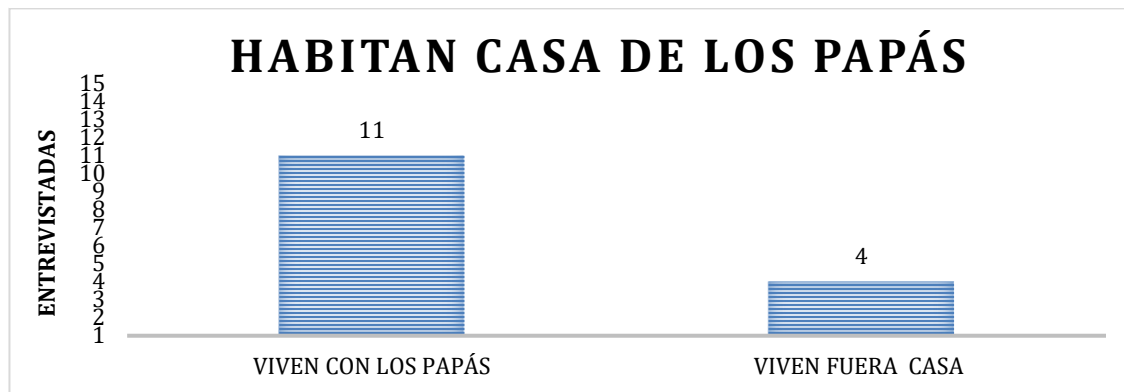
Gráfica 2



Gráfica 3



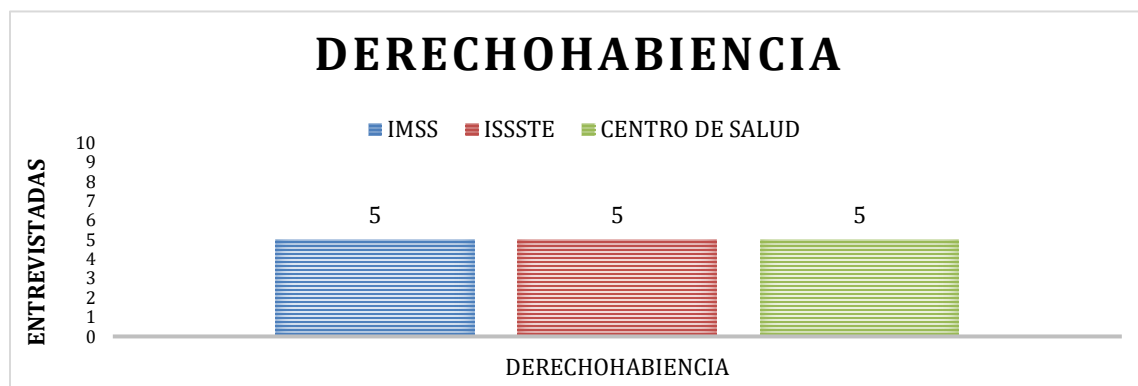
Gráfica 4



➤ **Contexto General del Servicio Médico de las Entrevistadas**

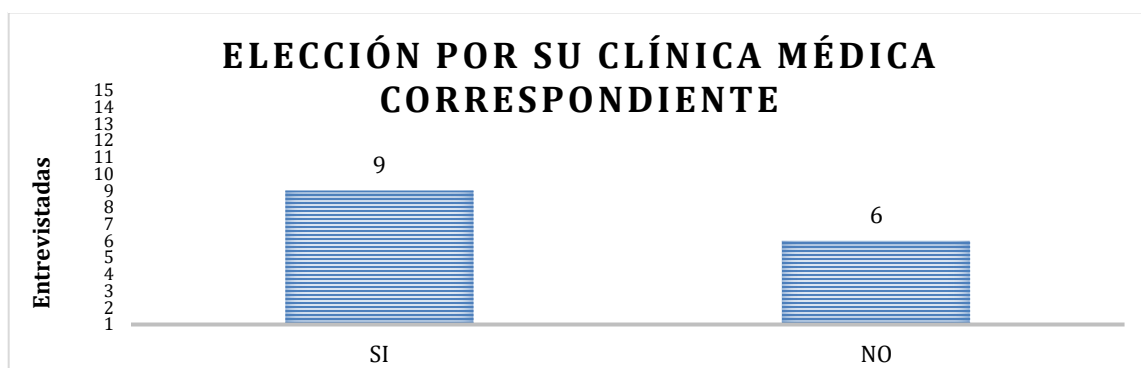
La gráfica 5, representa la derechohabiencia de las entrevistadas, que refleja la correspondencia de lo que se planteó en la metodología de investigación, 5 son derechohabientes del IMSS, otras 5 del ISSSTE y 5 más al Centro de Salud, todas las Unidades Médicas se encuentran en la alcaldía de Iztapalapa.

Gráfica 5



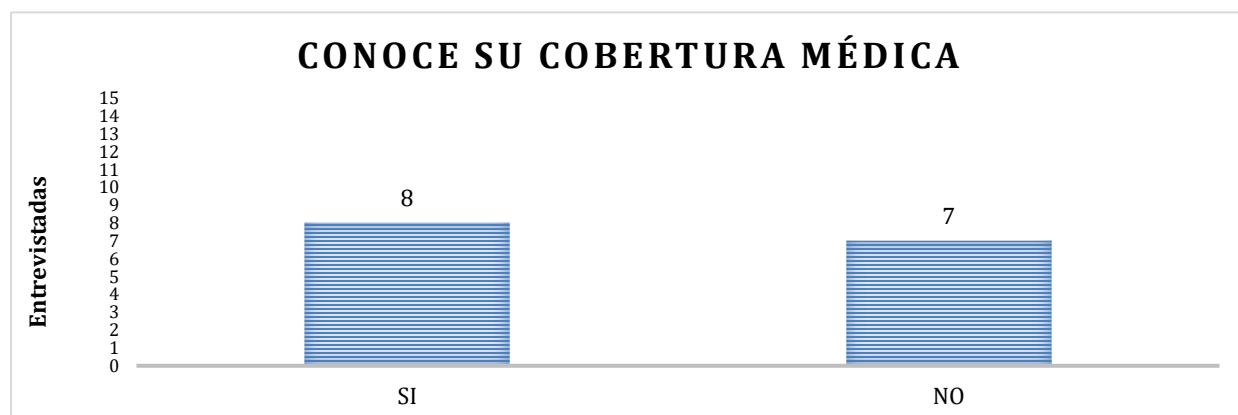
La gráfica 6, representa la decisión que toman las entrevistadas de acudir a su clínica médica para tratar alguna enfermedad.

Gráfica 6



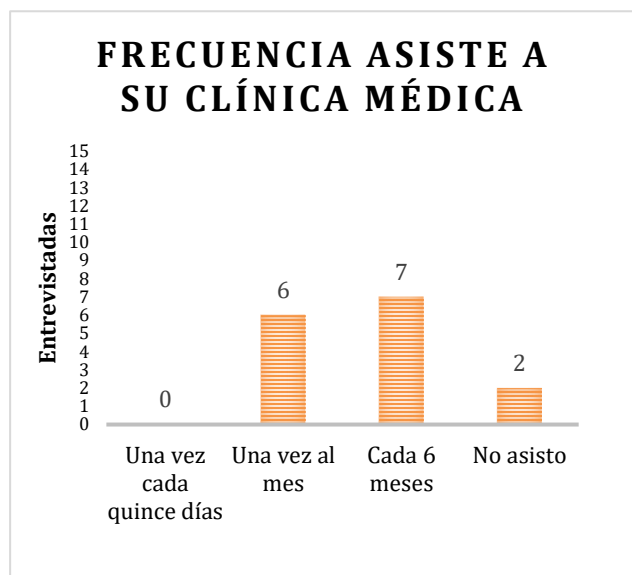
La cobertura médica, es un término que no se escucha cotidianamente, pues 7 de las entrevistadas no pudieron describir el concepto. Los testimonios principales de las que comentaron conocerlo, describieron que incluye, consultas generales, hospitalización, estudios de laboratorio y cirugías.

Gráfica 7

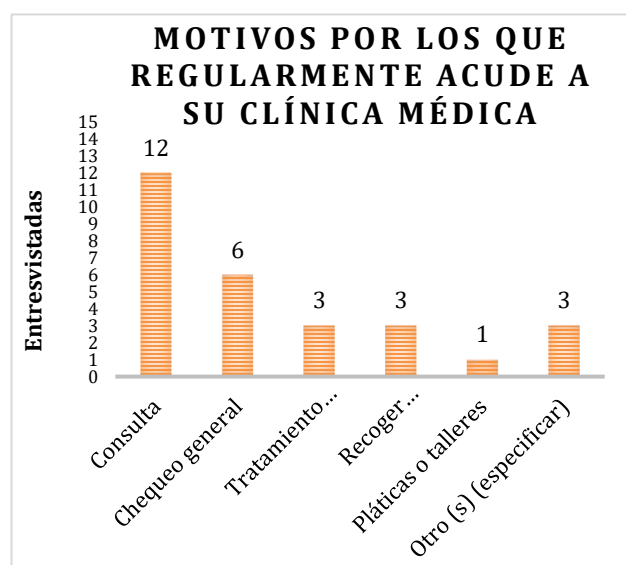


La gráfica 8, indica la frecuencia con la que las entrevistadas acuden a su clínica médica; 6 de ellas, asisten una vez al mes, 7 lo hacen cada 6 meses y 2 no asisten. El motivo por el que acuden es diverso, la mayoría acude a consulta general, seguido por chequeo de rutina, por tratamiento paliativo y solo 1 acude por pláticas o talleres informativos; otro motivo por el que acuden es solicitar información, sobre campaña de vacunación o a urgencias, si así lo requieren (véase grafica 9).

Gráfica 8

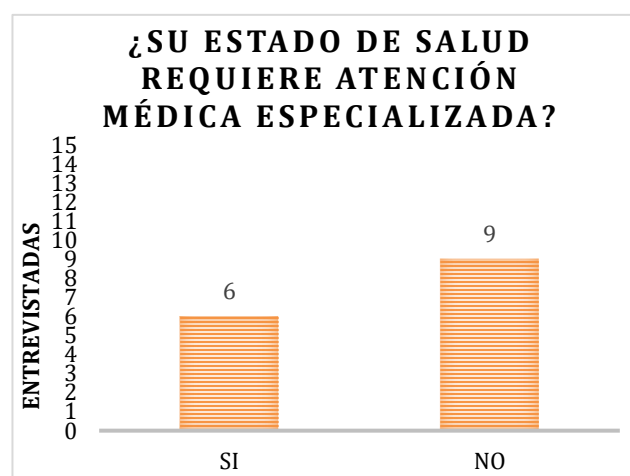


Gráfica 9



La gráfica 10, muestra que 6 de las entrevistadas requieren de una atención medica constante, el resto, comentan que su estado de salud es bueno. De igual forma manifestaron que sus clínicas no cuentan con la capacidad de brindar atención especializada y requieren ser canalizadas a otras, o en su defecto posponer su atención (véase grafica 11).

Gráfica 10

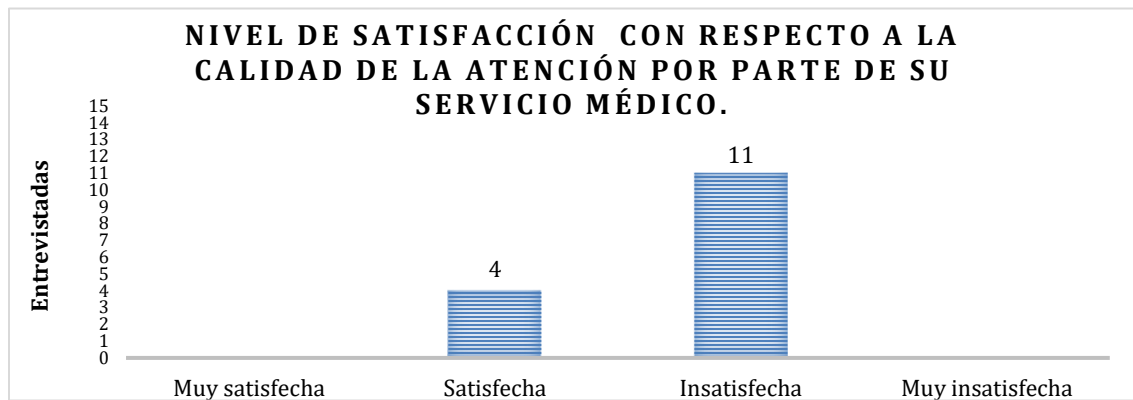


Gráfica 11



Con respecto la gráfica 12, se colocaron cuatro intervalos que evalúan la calidad de atención percibida por las entrevistadas, a lo que solo 4 respondieron estar satisfechas con el servicio que reciben, las otras 11 comentan estar insatisfechas con este rubro, debido a que atienden de mala gana, la atención es negligente, no resuelven el problema de salud, no proporcionan el medicamento completo, son groseros e ineficientes.

Gráfica 12



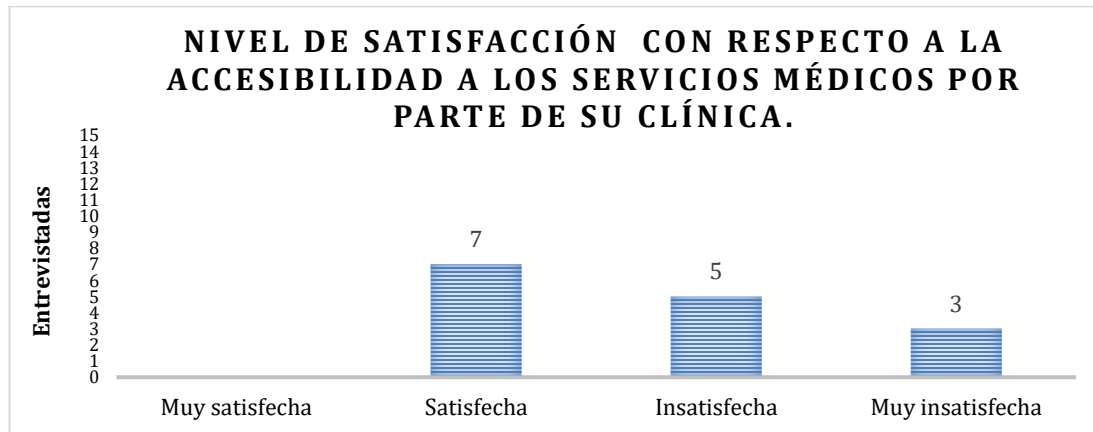
En la gráfica 13, se aprecia la satisfacción de las entrevistadas con respecto a la cobertura médica a la que tienen acceso y como resultado se obtuvo que 10 de ellas están satisfechas con el plan de cobertura, principalmente porque les brindan diversos servicios. Las 4 mujeres restantes comentan no estar satisfechas. Cabe mencionar que una de las entrevistadas no seleccionó ninguna de las categorías establecidas, dado que desconocía el término.

Gráfica 13



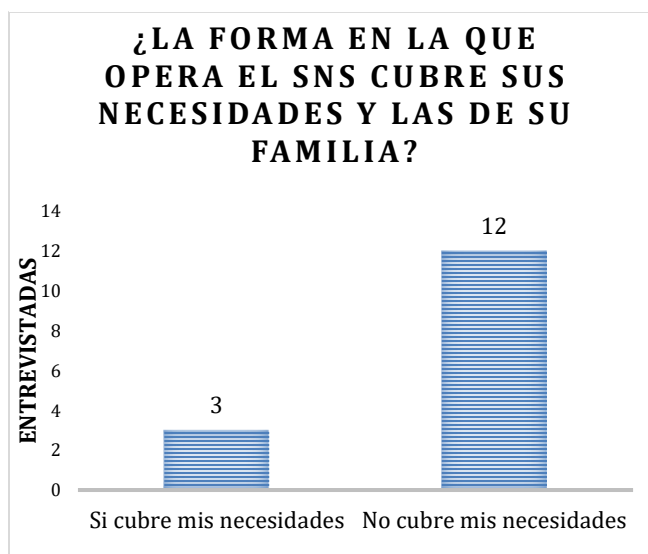
La grafica 14, representa la opinión que se percibe de la accesibilidad médica, a nivel institucional, obteniendo como resultado que, poco más de la mitad de las entrevistadas están insatisfechas, con esa variable.

Gráfica 14

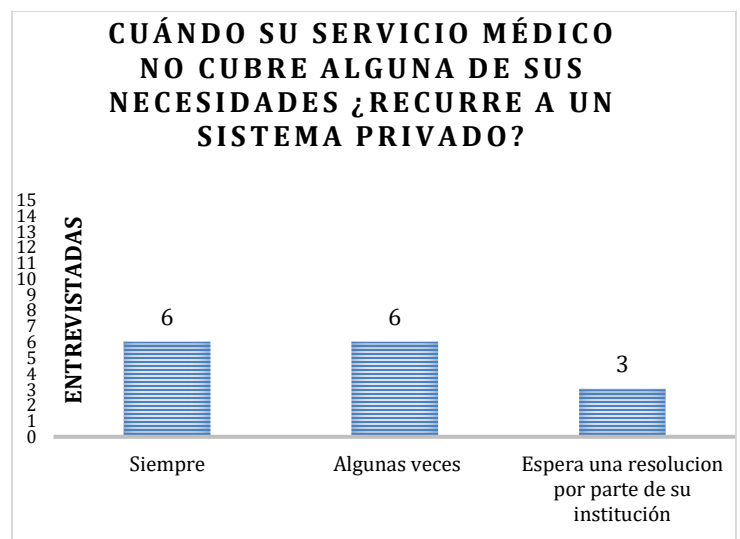


La gráfica 15, refleja la opinión de las entrevistadas con respecto a la operatividad del SNS, con la interrogante de cubrir las necesidades de las usuarias, a lo que la mayoría respondió que no. Por otra parte, el hecho de que el servicio médico del que son derechohabiente, no cubre sus expectativas o necesidades, las obliga a hacer uso de un servicio adicional, pues las mismas entrevistadas mujeres que comentan estar insatisfechas con el servicio médico, respondieron que frecuentemente tienen que hacer uso del servicio privado como consecuencia (véase grafica 16).

Gráfica 15



Gráfica 16



La creación del INSABI es una iniciativa del sexenio de Andrés Manuel López Obrador, y que modifica la atención asistencial establecida hasta la fecha, con el objetivo de indagar que tanto saben las mujeres entrevistadas, sobre el tema, se obtuvo que más de la mitad no ha escuchado cual será la operatividad de dicha propuesta. (véase grafica 17).

Gráfica 17



Con la pregunta abierta 22, se solicitó una propuesta que consideraran podría favorecer a mejorar las variables de calidad, cobertura y accesibilidad médica, sugiriendo las siguientes respuestas casi de manera unánime: designara un mayor presupuesto, y una mejor distribución del mismo, menos protocolos que condicionan la atención médica, una cobertura amplia para familiares consanguíneos, hasta que pueden estar afiliados por alguna institución médica. Que el personal fuera más humano y no tan clasistas, además de tener personal capacitado para evitar las negligencias.

➤ **Nociones que poseen las amas de casa, acerca del estrés y su relación con el desarrollo de enfermedades crónicas.**

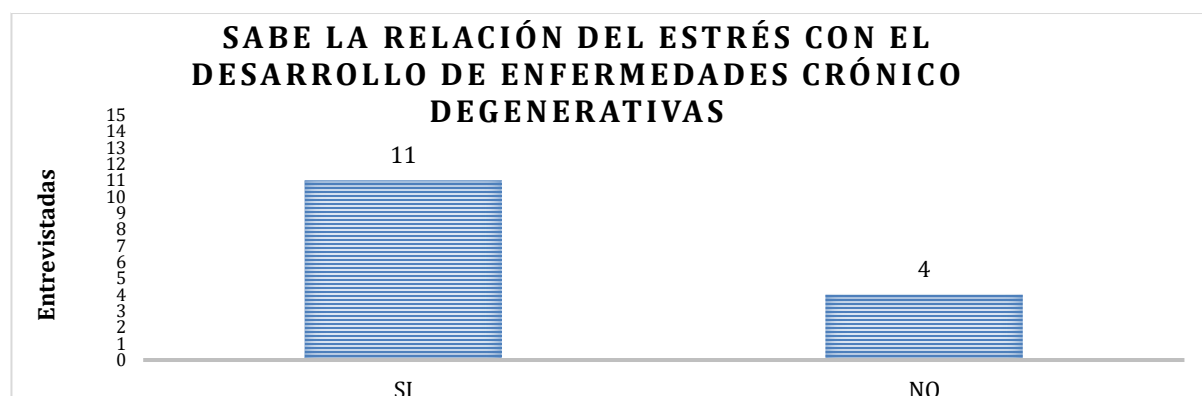
El estrés es percibido de diferentes maneras y todas las entrevistadas lo identifican y relaciona con las manifestaciones de irritabilidad, enojo y cansancio, apatía, dolor de cabeza y sueño intermitente (véase grafica 18).

Gráfica 18



Siguiendo con el concepto de estrés, la gráfica 19 ejemplifica que 11 de las entrevistadas saben que el estrés está relacionado con el desarrollo de enfermedades crónico degenerativas.

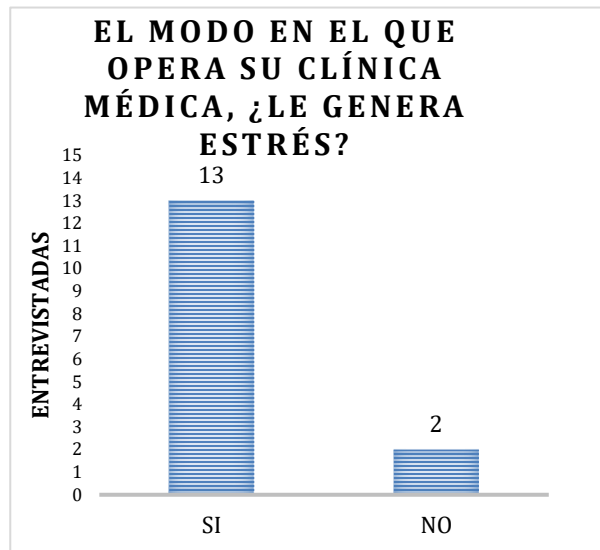
Gráfica 19



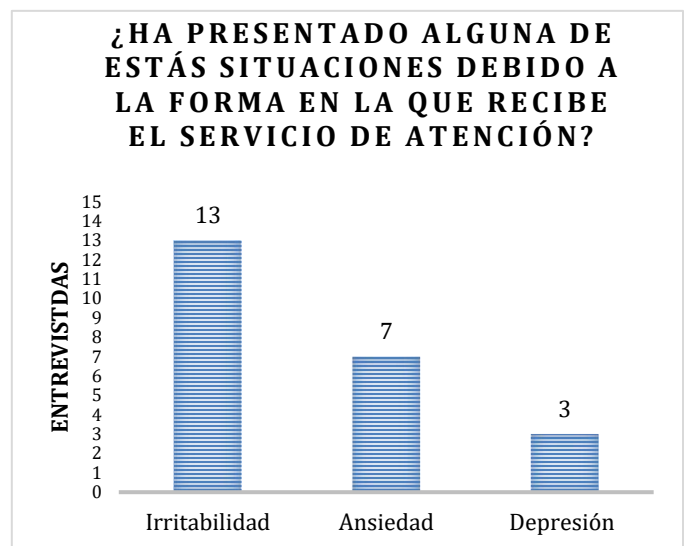
➤ **Operatividad institucional y su influencia en la generación de estrés**

En la interrogante que relaciona la presencia de estrés, derivado del modo en el que opera su clínica médica, se obtuvo que 13 de las entrevistadas consideran que sí, y que principalmente lo manifiestan con irritabilidad, 7 con ansiedad y 3 con depresión a causa de la variable calidad de la atención, en segundo lugar, una mala accesibilidad administrativa, es decir, trabas en la solicitud de consultas, gestión de medicamentos. Solo 1 de las entrevistadas comenta que por la cobertura médica es la que le ha provocado esa sensación de estrés. Ahora bien 2 entrevistadas mencionaron que el servicio no les genera estrés (véanse graficas 20, 21 y 22).

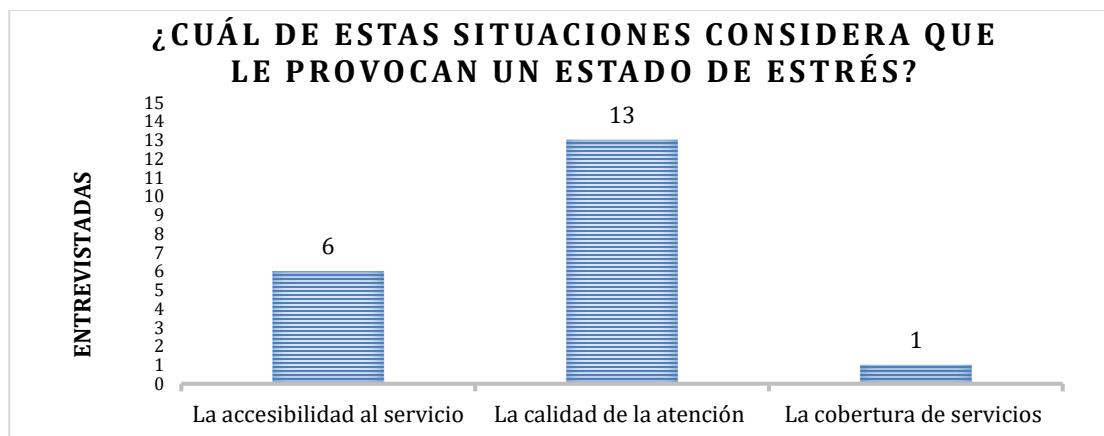
Gráfica 20



Gráfica 21



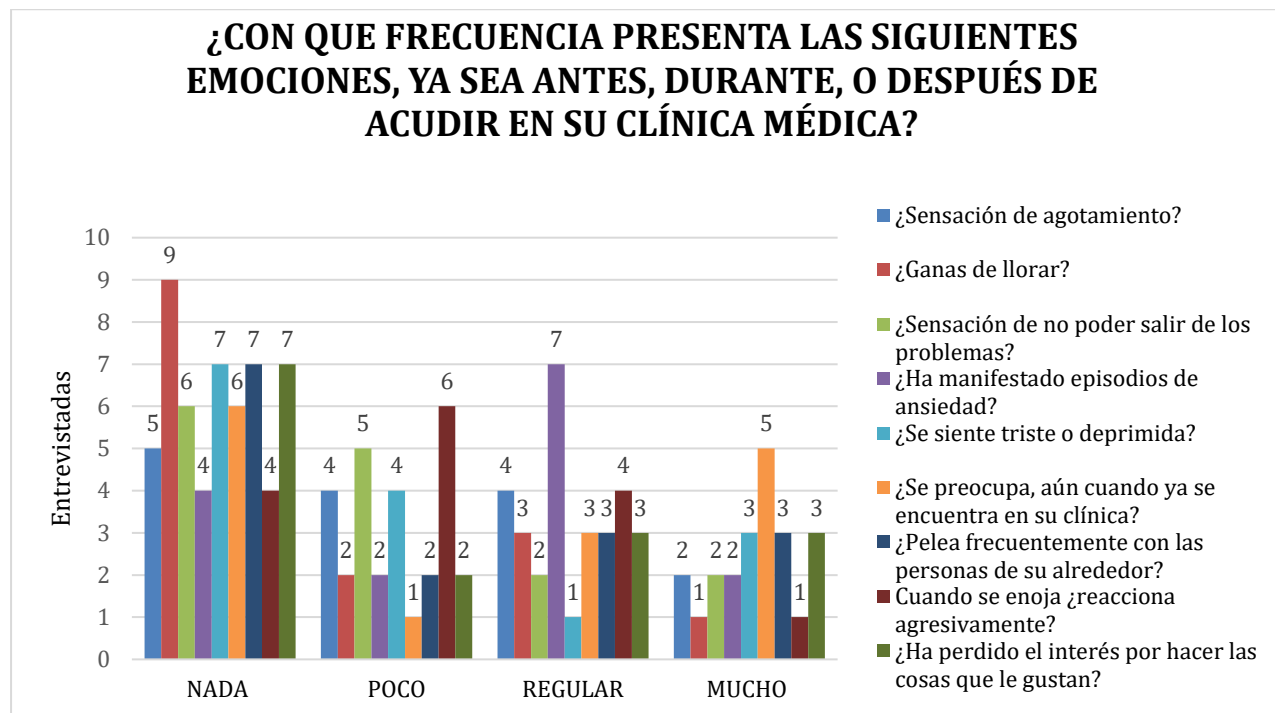
Gráfica 22



Para fines de esta investigación, se realizaron una serie de preguntas sobre la presencia de algunas sensaciones relacionadas con el estrés, principalmente derivado de la atención médica que reciben, (véase gráfica 23). Las respuestas fueron categorizadas en: nada, poco, regular y mucho;

obteniendo como resultados sobresalientes: querer llorar, reaccionar agresivamente, sentir angustia, y se preocuparse mucho, respectivamente.

Gráfica 23



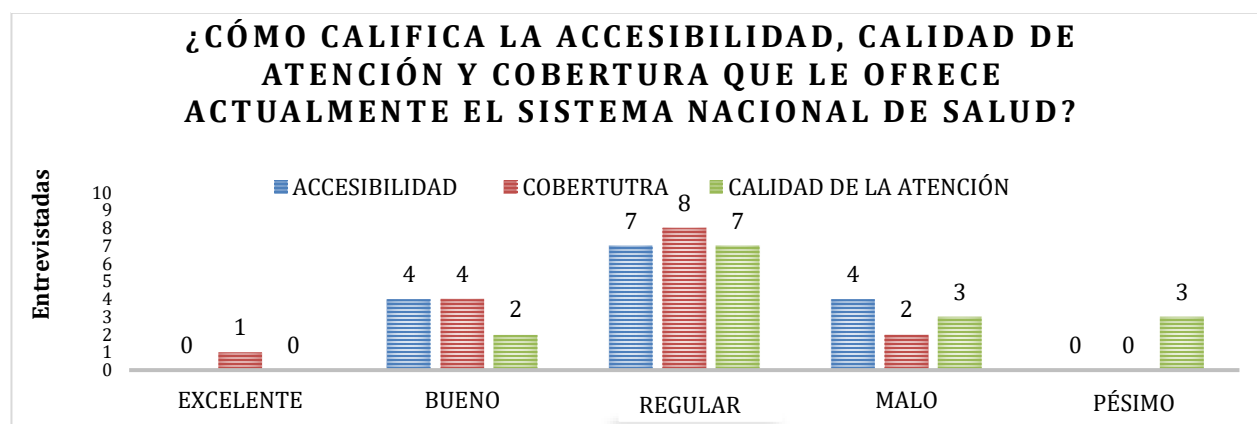
La primera sensación que las entrevistadas sienten, al hablar de su clínica médica, quedó representada en 4 categorías, mismas que se construyeron en base a la línea de investigación que es el estrés, obteniendo una igualdad entre la opción de consuelo/alivio, angustia/ansiedad e irritabilidad y enojo, cabe mencionar que las encuestadas tuvieron la opción de elegir más de una categoría (véase gráfica 24).

Gráfica 24



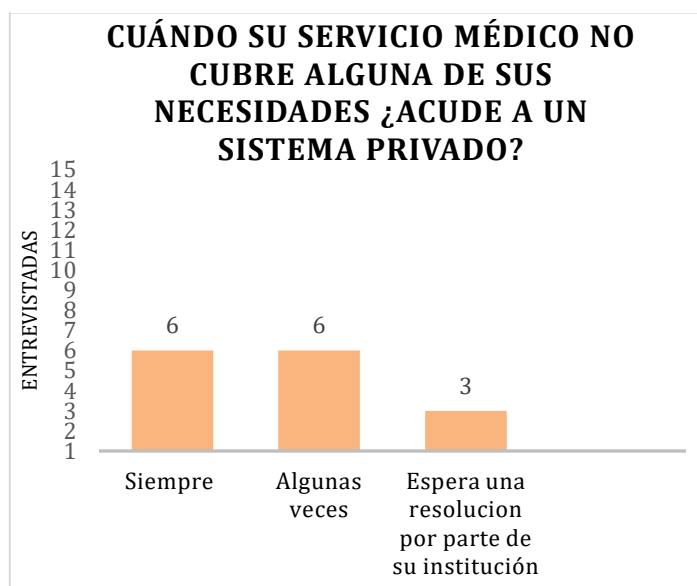
Dándole un valor a la percepción que tienen las entrevistadas, acerca de las variables de accesibilidad, cobertura y calidad de la atención, se estableció un parámetro desde la excelencia hasta un pésimo servicio, tal como se observa en la gráfica 25. Siendo la respuesta más dominante, la categoría regular.

Gráfica 25

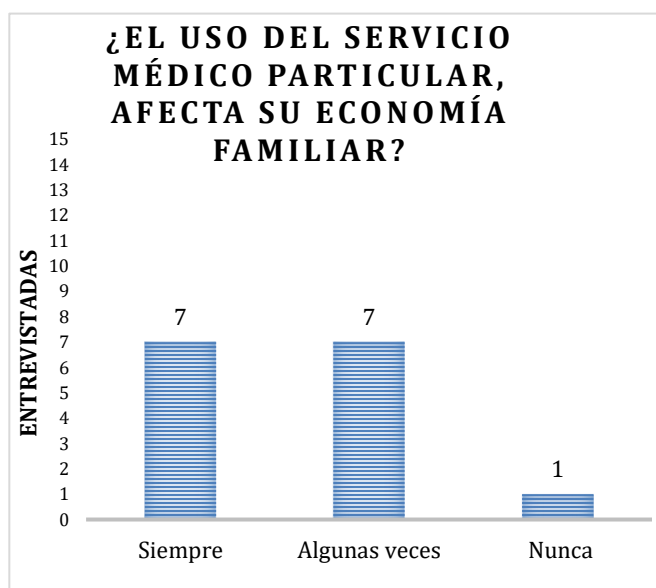


Cuando el servicio médico no cubre las necesidades de las variables de accesibilidad, cobertura y calidad de la atención, las mujeres respondieron, que deben acudir a un sistema privado, la mayoría de las veces (véase gráfica 26). Esta situación impacta directamente en la economía familiar; así lo manifestaron 14 de ellas (véase gráfica 27).

Gráfica 26

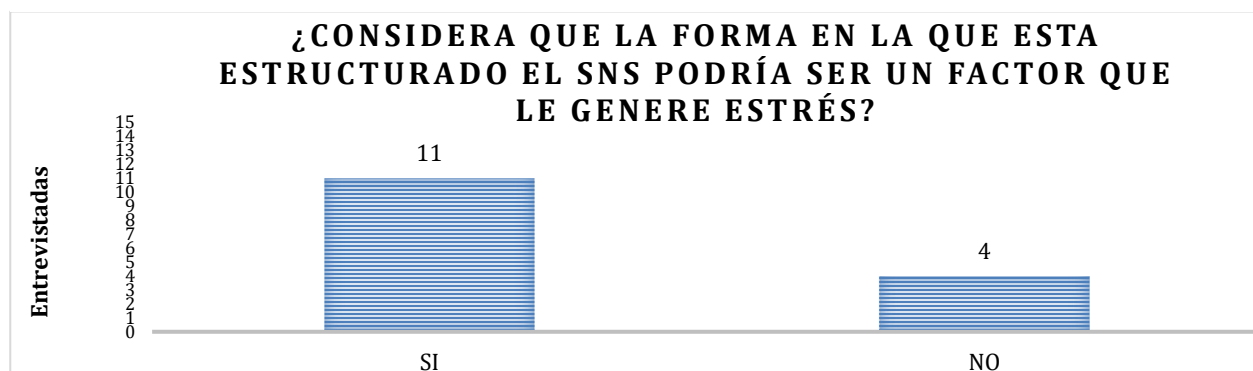


Gráfica 27



Concluyendo con la encuesta, se preguntó a las entrevistadas, si consideraban que la operatividad actual del Sistema Nacional de Salud, detona estrés en ellas, considerando las características que se abordaron durante toda la entrevista, el resultado fue sobresaliente, 11 de las 15 amas de casa, respondieron que sí, como se muestra en la gráfica 28.

Gráfica 28



➤ **Pregunta abierta, experiencias personales**

La pregunta 21 fue abierta y se enfocó en obtener testimonios y experiencias que han marcado la vida de las entrevistadas y que en su momento fue causa de estrés, angustia, irritabilidad y depresión.

La señora Catalina tuvo una diferencia con el personal de archivo, ya que no le proporcionaron una ficha para consulta y eso que iba con malestares muy fuertes y se dio cuenta de que a otra persona que no era derechohabiente, pero venía por parte del director, fue atendida casi de forma inmediata.

La señora Maribel, narró la ocasión en la que requirió una vacuna para su hijo, misma que constaba de dos dosis y solo le aplicaron la primera, ya que en el momento que debían aplicar la segunda dosis, había desabasto, por lo que el personal del área de inmunizaciones le indicó que para saber en qué momento estaría disponible la vacuna correspondiente, debía asistir diario al Centro de Salud Santa María Aztahuacan T-III, bajo el argumento de ser la única forma de enterarse, y que mientras más temprano pasara a preguntar, tendría mayor posibilidad de obtener la vacuna.

La experiencia que compartió la señora Leticia es la ocasión en la que requirió de una atención médica, pues llegó muy enferma y con fiebre, a su clínica médica (Clínica 31 del IMSS). Tardaron mucho en atenderla y cuando lo hicieron, solo le dieron medicamentos paliativos que bajaron la fiebre, sin embargo, el dolor que tenía, regresaban cada que pasaba el efecto de los medicamentos, nunca le dijeron el origen del malestar que presentaba. Por tal motivo, tuvo que recurrir a un médico particular, que le mandó a hacer estudios más detallados, mismos que le implicaron un gasto significativo.

Otra experiencia la compartió la señora Yolanda, una señora ama de casa perteneciente al grupo de la tercera edad. Ella manifiesta un descontento que en su momento causó estrés, enojo y frustración, pues a causa de una operación practicada en un ganglio, a la altura del cuello. Durante su estancia en el área de observación, la doctora le colocó mal el suero, ocasionando un hematoma que le duró por semanas, además de un dolor en el brazo. Otro acontecimiento desagradable por el que travesó fue al momento que la dieron de alta, ya que la doctora literalmente le aventó la receta y fue muy grosera la doctora durante toda su estancia.

La señora Alma Elia, otra de las entrevistadas, manifestó que la doctora fue grosera, no dio un seguimiento, por tanto, terminó en negligencia, ya que no diagnosticó una fractura en la rodilla, a causa de un accidente de trabajo, situación por la que hasta la fecha sigue sufriendo las consecuencias de esa acción.

A la señora Yazmin, le colocaron un DIU y sin embargo, quedó embarazada, y aunque eso no siempre es culpa de los trabajadores de la salud, puesto que podría responder a condiciones anatómicas individuales, la paciente acudió a su clínica médica del IMSS, por algunas situaciones anormales que percibió en su cuerpo, puesto que no sabía que estaba en estado de gravidez, aunado a la falta de estudios médicos pertinentes, cuando se enteró de su embarazo ya se habían presentado complicaciones pues se sentía muy mal, teniendo como consecuencia un aborto espontáneo.

El escenario por el que estamos atravesando con la pandemia de SARS-Cov-2, solo pone en evidencia una falta de organización, de preparación, por parte del Sistema Nacional de Salud. Prueba de ello, lo expresa la señora Martha, quien relató que tenían que realizarse unos estudios, para regular su medicamento de tiroides. Además era necesario canalizarla a otra clínica, dado que su clínica del ISSSTE Zaragoza, no contaba con un médico endocrinólogo, para recibir su consulta.

Para que le puedan proporcionar su medicamento le solicitaron realizarse unos estudios previos, los cuales tardaron casi 10 días para la realización de todos, posterior a ello acudió con su médico de cabecera, con todos los estudios solicitados, dando su llegada con una enfermera, misma que le dijo que le faltaba un estudio de cardiología, mismo que en ocasiones las citas son programadas hasta 15 o 30 días después, ella argumentó que no estaba incluido en la lista de los estudios solicitados y le comentó a la doctora. La doctora aceptó que fue su error ya que olvidó ese estudio, y le volvió a hacer la orden, el problema surgió dado que como el estudio de cardiología demoraría una semana más para realizarlo, el resto de los estudios ya habrían caducado por lo que debía volver a realizarse todos los estudios nuevamente. Martha ya no contaba con su medicamento puesto que ya se había terminado incluso la reserva y con lo demandado que estaba el hospital por la atención de personas con covid-19, sería un proceso más difícil, así que decidió comprar el medicamento por fuera, lo que implicó un gasto bastante significativo.

La experiencia de la señora Alma Delia, describe una afección de estrés y angustia ya que implicó la salud de uno de sus hijos, el cual requirió de una intervención a causa de una hernia inguinal. El doctor a cargo de la cirugía cometió un error, que lejos de asumirlo, culpo a la señora Alma de haber dado la autorización sin percatarse de ese error. Bajo los criterios de la Ley General de Salud, este acto podría haberse considerado como negligencia, pues el doctor operó al niño del lado equivocado, el doctor solo se excusó diciendo que no importaba, que en una semana lo operarían nuevamente del lado correcto.

Otro testimonio que muestra una deficiencia en el servicio médico, lo compartió Diana, quien comentó la vez que llevo a su hijo con temperatura de 40°, no la quisieron recibir en urgencias, argumentado que había prioridades y no había médico pediatra de guardia por lo que tuvo que salir desesperada a buscar una clínica particular, haciendo un gasto extra por que el servicio que le debería brindar esa atención se negó a hacerlo.

La señora Karla requería de una terapia de rehabilitación ya que su hijo sufrió un accidente en la rodilla y le negaron el pase a una clínica especializada, tuvo que acudir infinidad de veces a las 6 de la mañana a la clínica de especialización, y pudiera alcanzar una ficha para consulta, con el fin de que valoraran a su hijo y le pudieran dar el seguimiento que requería.

Todas las experiencias son importantes y nos dan una serie de argumentos que reflejan el panorama al que se enfrentan la mayoría de las mujeres amas de casa, algunas situaciones podrían parecer poco relevantes y que no trascendieron, sin embargo, otras resultan con un daño permanente que podría limitar el desarrollo óptimo de las mujeres.

CAPÍTULO IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis e interpretación de resultados se presenta de manera integrada y ordenada considerando los resultados obtenidos de la aplicación de cuestionarios, tratando de cumplir con los objetivos que guiaron la presente investigación.

La selección del grupo entrevistado parte de la necesidad de hacer notar las dificultades con las que este grupo, denominado amas de casa enfrenta, concepto que forma parte de una manera coloquial de hablar; refiriéndose a las mujeres cuya ocupación principal es el trabajo doméstico y reproductivo no remunerado. No obstante, en la actualidad cada vez es más común que un hombre también se haga cargo de estas actividades, y no es común escuchar “amo de casa”, esto quiere decir que tiene que ver con una cuestión de género, es por ello, que en algunas fuentes siguieran emplear el concepto de otra manera como, persona encargada del hogar, situación que consideró desmerita el concepto original de ama(o) de casa.

El tener esta responsabilidad provoca un deterioro significativo en la salud, por lo que una interrogante a trabajar es ¿cómo restablecen esa salud?, si la instancia médica, forma parte de un factor que la pone en riesgo, a causa de una desigualdad promovida por los estatutos de salud.

Conocer la edad de las entrevistadas, resultó relevante, ya que, se pudo identificar que, a mayor edad, persiste una carga significativa de complicaciones por parte del servicio médico, infiriendo que podría estar relacionado con los cambios fisiológicos, emocionales y sociales que presentan las mujeres después de los 40 años (Úrsula Lehr, 1982).

Se consideró que conocer el contexto de las entrevistadas, es fundamental para analizar algunos patrones, que podrían estar relacionados con la pregunta de investigación. Todas las entrevistadas tienen hijos, algunas ya con jóvenes mayores de edad, pero que aún habitan en el núcleo familiar, lo que refiere, que cuando llegan a enfermar, la encargada de su cuidado, es la mamá, misma que lidia con la quebrantada reglamentación que impone el Sistema Nacional de Salud, dado que en algunos casos los hijos no pueden ser atendidos en la clínica en la que ellas son derechohabientes, por no contar con una afiliación, ya sea por parte de un trabajo formal o estar inscrito en alguna dependencia educativa.

La derechohabencia de las entrevistadas, se seleccionó bajo una intención de comparación entre las tres instituciones centrales, que son IMSS, ISSSTE y CENTRO DE SALUD. Las reglas de acceso a estos hospitales son distintas y la operatividad de cada clínica también. Esta barrera que impone el SNS refleja una problemática en la variable de accesibilidad, dado que esta objeción condiciona el derecho a recibir atención médica, impactando directamente en la decisión que toman las entrevistadas de asistir o no a su clínica médica.

La decisión de hacer uso del servicio médico esta aunado también las variables de calidad y cobertura pues de acuerdo a los comentarios de las entrevistadas, no precisamente es por convicción, si no por creerse un servicio gratuito, por la necesidad de atender unas emergencias y considerando además que cuentan con especialidades a las que podrían ser canalizadas. Lo que forma parte de la cobertura a la que tienen acceso, pues se las brinda una derechohabencia.

El término cobertura médica, se tuvo que explicar, al momento de hacer la pregunta de satisfacción de esta variable, ya que es un concepto del que no se habla constantemente, no obstante, la mayoría consideró apropiado, pues cuentan con consultas médicas generales, pases a especialidad, hospitalización, medicamentos, exámenes de laboratorio y en ocasiones cirugías. Por otra parte, puntualizaron que hay una ineficiencia, prueba de ello, es la falta de insumos, como medicamentos o equipos en óptimo funcionamiento, situación con la que tienen que lidiar muy a menudo.

Además de dichos inconvenientes se incorpora el disgusto de una calidad de atención quebrantada, los trabajadores de las clínicas, suelen ser groseros, intolerantes, déspotas, negligentes, que fueron algunos de las características que mencionaron las entrevistadas.

Hoy en día las condiciones sociales y hábitos personales, ha llevado a un gran número de personas a desarrollar enfermedades crónicas, siendo la causa aparente, el entorno tan estresante y la falta de cultura preventiva, pues siendo que se debe hacer una visita mensual al médico, como medida preventiva, la referencia que hacen las entrevistadas es que la mayoría suele acudir ya con la presencia de síntomas de enfermedad a consulta general, una segunda opción es a recoger medicamentos establecidos de manera permanente a casusa de un padecimiento crónico degenerativo. Cabe mencionar que 6 de las entrevistadas indican que asistir a su clínica lo deciden por requerir de una atención especializada, sin embargo, el resto (9) no siempre es su primera

opción, puesto que su clínica no tiene la capacidad ni estructural ni técnica para brindarles esa atención, por lo que requieren ser canalizadas a otros hospitales de alta especialidad o en su defecto referidas a laboratorios particulares por equipo fuera de funcionamiento. Esta situación provoca en las mujeres disgusto y estrés, por todo lo que esto conlleva, cuando requieren en su caso particular, especialidades como: psiquiatría, gastrología, cardiología y constantes valoraciones por problemas de hipertiroidismo.

Dado que esta investigación es muy subjetiva, y pretende conocer la presencia de estrés en las mujeres amas de casa que hacen uso del servicio médico público, surgió la curiosidad de saber cuál es su nivel de satisfacción con respecto a las tres variables de investigación.

En la primera variable, de calidad en el servicio médico, la cual recordemos se valora por la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional excelente, para lograr la satisfacción del usuario, rubro que resulto calificado por las entrevistadas como insatisfactorio, dado que el personal es muy déspota, grosero y nada empático con las usuarias, la relación médico-paciente marca una barrera que impide una efectiva correlación. Es importante mencionar que la carga laboral de los médicos y del personal en general es muy pesada y eso tiene que ver más con condiciones laborales, que finalmente son un factor que repercute en la estabilidad física y mental del personal, generando una apatía por las necesidades humanas y reduciendo la disposición y eficacia del quehacer médico.

La segunda variable es cobertura, concebida como la acción de cubrir y proteger a las personas como un derecho constitucional, este concepto no es tomado en cuenta conocido por todas las entrevistadas, sin embargo, la respuesta de la mayoría fue de satisfacción, pues considerando que el contar con una consulta, atención en área de urgencias y medicamentos para ellas es suficiente, no obstante, el resto de las encuestadas no están satisfechas por situaciones que de manera personal les han tocado vivir y que han generado ese descontento con el servicio.

La tercera variable es la accesibilidad que como fue definida, habla de la facilidad de ingresar al servicio médico para ser atendidas, lo que involucra condiciones tanto administrativas como estructurales. Los resultados resultan una cuestión de “suerte” dado que así lo percibe, como si realmente fuera cuestión de ello, es un derecho que deben exigir, su clínica no tiene el derecho

de negar el servicio, el personal debe brindar una atención cordial en todo momento. Las infraestructuras deben contemplar un acceso viable para pacientes con alguna condición especial.

Como parte del derecho a la salud es importante evaluar la funcionalidad del sistema a cargo de brindar atención médica. No solo es contemplar las inversiones o el gasto de insumos, pues es importante conocer la opinión de usuarios que al final del día son los que lidian con el servicio médico. Al preguntar a las entrevistadas si el SNS cubre sus necesidades, la mayoría respondió que no y que prefieren recurrir a un servicio particular casi siempre, aunque a otras solo les es posible algunas veces ya que la economía cada vez es más limitada, y no les alcanza, por tal motivo recurren a la automedicación o dejan que el tiempo reduzca las molestias, sin darse cuenta de las consecuencias que pueden presentar a causa de ello.

Actualmente, el presidente Andrés Manuel López Obrador propuso un nuevo proyecto denominado INSABI, con el que pretende unificar los servicios médicos, y así reorientar los servicios asistenciales que había hasta el momento, ya que esta iniciativa desplazó a lo que era “Seguro Popular” que como se abordó anteriormente atendía a la población desprotegida por instituciones como IMSS, ISSSTE y Centros de Salud.

La interrogante que ahora nos hacemos es si en realidad esto es en pro de una salud universal con un acceso igualitario; y de acuerdo con las aportaciones de las entrevistadas es un tema que no ha tenido mucha difusión, por lo que no queda claro su enfoque. Las entrevistadas mencionaron haber escuchado la creación del INSABI, pero no estaban del todo de acuerdo, pues esto podía aumentar la saturación de las instituciones médicas.

Dejando un poco de lado al sistema de salud, pasamos a investigar la variable de estrés, para lo que formulo la pregunta que permitió conocer su saber acerca del concepto estrés, y la respuesta fue unánime, todas las mujeres conocen qué es y describen qué principales manifestaciones son físicas; ejemplo “dolores de cabeza, inflamación estomacal, insomnio o dolores musculares”.

El estrés como se dice en los apartados anteriores es una manifestación natural del cuerpo humano, pero hay factores que provocan que se presente en nuestro cuerpo de manera muy

frecuente, lo que resulta peligroso, ya que está relacionada con el desarrollo de enfermedades crónicas, dato que más de la mitad de las entrevistadas ya había escuchado.

La interrogante principal de la investigación, es la relación que se presenta entre el estrés y la calidad de los servicios médicos, principalmente lo correspondiente a las tres variables; accesibilidad de las instituciones médica de las entrevistadas, la cobertura y la calidad de la atención, pues a pesar de ser instituciones regidas por un mismo sistema de salud, podría inferir que cada unidad hospitalaria implementa sus reglas, quebrantado el código hipocrático que los rige.

Como dato estadístico se concluye que un 86.6% de las entrevistadas, consideran que la forma en la que opera su clínica, les provoca estrés, por todas las razones antes mencionadas, además de no cubrir con los requerimientos médicos de su persona, ni la de su familia, pues manifestaron hacer gastos extra, que impacta directamente en la economía del hogar.

El estrés siendo un problema emocional es principalmente exteriorizado con irritabilidad, trastornos de ansiedad o depresión, principalmente. Con respecto a este rubro las entrevistadas mencionan que cada que se estresan, reacciona con irritabilidad y ansiedad. Y con relación a la investigación no es que el servicio médico sea el factor principal de este mal, pues como ya se mencionó las condiciones del entorno pueden provocar estrés, no obstante, efectivamente hay una relación entre la atención médica y los factores detonantes de estrés en las mujeres amas de casa.

Los datos que reflejan la variable que más provoca un estado de estrés en las entrevistadas, es la calidad de atención y la accesibilidad, con un 86.6% y 40% respectivamente, es decir que su estrés se detona durante su estancia en la clínica y aun cuando la primera sensación que refieren es de consuelo y alivio, por contar con un servicio médico, se contrapone con la angustia y la ansiedad de saber que la atención tiene deficiencias e incluso en base a algunas experiencias ocurren negligencias.

Las experiencias que compartieron las entrevistadas, son situaciones que ejemplifican un instante estresante en sus vidas, representando en su momento una amenaza a su salud, manifestada con la sensación de agotamiento, angustia, ansiedad, depresión, en ocasiones ganas de llorar, además de un impulso de pelea con las personas de alrededor, es decir, se provoca un ambiente negativo dentro que impacta directamente en la generación de estrés.

CAPÍTULO X. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Como se mencionó anteriormente abordar un problema desde el enfoque de Promoción de la Salud, implica entender que nos enfrentamos a múltiples factores de riesgo, que en ocasiones vulnerabiliza nuestra salud, y que pueden pasar desapercibidos.

Como promotora de la salud, reitero la gran necesidad de tomar en cuenta la opinión de las comunidades, ya que solo ellas reconocen sus necesidades, que las políticas y planes de salud surjan de la comunidad, no se impongan en ella. Mi propuesta a raíz de esta investigación, es promover intervenciones en clínicas hospitalarias, con la realización de capacitaciones o talleres enfocados a promover la “Inteligencia emocional”, propiciando la paciencia y la empatía, entre el personal médico como los usuarios de las instituciones médicas, iniciando primordialmente con las mujeres entrevistadas, ya que a partir de sus experiencias podemos incidir en la toma de conciencia, de lo negativo y perjudicial que puede llegar a ser una atención medica inadecuada.

De igual forma, trabajar con el personal médico, del cual, sabemos que maneja una carga laboral sumamente pesada y que deteriora su propio estado de salud, y genera que se pierda su calidad humana y profesional de muchos de ellos. Nuestra labor incide tratar que desde una corresponsabilidad se mejoren estos aspectos y trabajar más con la empatía, la solidaridad, generando una mejor convivencia, intentando optimizar la provisión de servicios médicos, apostándole a crear ambientes libres de estrés por ambas partes.

Actualmente se han creado en la demarcación de Iztapalapa, sitios llamados Utopías, que son espacios recreativos, y subáreas específicas de apoyo para la salud integral de las personas, pues incluye apoyo para grupos de diversidad sexual, personas que consumen sustancias nocivas, hay también un área para personas adultas mayores, deportes, natación y con relación al tema de investigación se encuentra el área se “Siempre vivas” eslogan que manifiesta un respaldo bajo una red de apoyo para mujeres, es un sitio en donde brindan asesorías jurídicas, atenciones psicológicas, actividades lúdicas como manualidades, y muy importante, talleres de Promoción de la Salud, en donde aprenden autocuidarse, se realizan pruebas de detección oportuna, como tomas de presión,

llevar un control de peso y monitoreo de índices glucémico, también se trabaja con técnicas para el manejo de las emociones y se dan opciones para la modificación de hábitos, que resultan perjudiciales para la salud, también hay una zona de spa, en donde se trata de apapachar tanto la parte física como emocional de las personas. Es importante recalcar que todos los servicios antes mencionados, se imparten de manera gratuita, y eso ha ayudado poco a poco ir construyendo comunidad y entornos saludables no solo para las mujeres sino para cualquier persona, y mi sugerencia es programar estas atenciones de manera integrativa, para poder generar una red de apoyo para cualquier problemática que lleguemos a identificar.

Los cuidados paliativos son una mediación esencial en el cuidado de las personas, más aún de las que están enfermas de gravedad, a causa de enfermedades crónico degenerativas, no obstante, el enfoque de promoción de la salud no solo refuerza la parte paliativa, sino promueve la intervención en la etapa preventiva, pues con ello enfatiza la importancias de reeducar a la población, desde niveles básicos como la casa, la escuela y el trabajo, lo que permitiría reorientar los aspectos negativos de la sociedad y potencializar las capacidades humanas. En este caso, de manera particular la intervención inicia desde las políticas públicas que rigen a la ciudad, a partir del diseño del Sistema Nacional de Salud, permitiendo que al igual que en otros países como por ejemplo Canadá, realmente se contara con un sistema médico universal, con una calidad adecuada, cobertura completa y accesibilidad igualitaria, en donde las usuarias no enfrentaran efectos estresantes por una deficiencia médica, que en combinación de otras deficiencias perturban su estabilidad emocional y por ende su salud. Considero que, mediante estrategias y capacitaciones de autocuidado de la salud, se tendrían una mejora de hábitos que optimizan la calidad de vida y una disminución de la sobrecarga o saturación de las instancias médicas, ya que se puede mantener una salud óptima de la población, en este caso iniciando con el grupo seleccionado de las amas de casa y sus familias.

CAPÍTULO XI. CONCLUSIONES

La aportación principal de este trabajo consistió en identificar si la desintegración entre instituciones médicas como IMSS, ISSSTE y Centros de Salud, con relación a aspectos de calidad, cobertura y accesibilidad, influyen en la percepción de estrés, de las mujeres amas de casa, en la alcaldía Iztapalapa. Cabe mencionar que el término de desintegración fue utilizado para resaltar la diferencia que hay entre los protocolos de cada instancia médica, pues a pesar de pertenecer a una misma estructura que es el Sistema Nacional de Salud, manifiesta diferencias importantes que afectan directamente la salud de las personas.

Se puede concluir que los servicios de salud manejan un sesgo de efectividad importante, cayendo en un sistema explotador y particularmente egoísta, que más allá de beneficiar a las personas, daña física y mentalmente a la población, contribuyendo a los altos niveles de estrés con el que viven los mexicanos, además aunado a la pobreza e inequidad, latente en varios puntos de la Ciudad de México, siendo Iztapalapa un claro ejemplo; pareciera que donde hay más pobreza, hay menos salud, convirtiendo un derecho constitucional, en un privilegio condicionado.

Durante la investigación, se pudo observar que las mujeres amas de casa, llevan una carga significativa con el rol que se les ha atribuido, pues al final son las que día con día se encargan de velar por la salud de toda su familia, incluso a costa de la suya propia. Tener salud, es un derecho establecido en el artículo 4o. constitucional, así como en múltiples tratados internacionales ratificados por México. El Gobierno Federal a través de la Ley General de Salud, tiene la obligación de regular los procesos de implementación de la política de organización de los servicios médicos, considerando como política pública al Sistema Nacional de Salud (SNS), el cual está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública tanto federal como local y privada, así como por los mecanismos de coordinación, que tienen por objeto dar cumplimiento al derecho de protección de la salud.

La Ley del Seguro Social, menciona que uno de los objetivos del SNS es proporcionar servicios de salud a toda la población, con la mayor calidad posible, no obstante, ocurre que para muchas personas como lo son las amas de casa, que el acceso a una instancia médica, depende de

su esposo o algún hijo con empleo formal, además, de acuerdo a los resultados obtenidos, un mayor porcentaje (86.6%) está insatisfecha con la atención que reciben por parte de sus clínicas médicas. A pesar de que la muestra de la investigación fue muy pequeña, considero que puede ser la percepción de muchas otras mujeres.

Evaluar la efectividad de las instituciones médicas, resulta ser un tema muy complejo, por ello, solo se analizaron las variables de calidad, accesibilidad y cobertura de los servicios médicos, IMSS, ISSSTE y Centro de Salud, mediante la encuesta de satisfacción, ya que, ha quedado claro, que la realidad indica que el sistema sanitario enfrenta infinidad de retos y carencias que impiden en ocasiones, hacer efectivo el derecho a la salud, en particular del grupo de estudio. De acuerdo a las aportaciones de las entrevistadas, el impacto y riesgos psicosociales a los que las pacientes se enfrentan, cada que requieren hacer uso del servicio, refleja que la operatividad desasociada del SNS tiene efectos directamente en la salud de las derechohabientes; quizás no sea posible profundizar en el tema porque la muestra fue muy pequeña, pero da un parámetro de que está latente esta problemática y como la perciben las usuarias.

Visto desde una perspectiva comparativa principalmente respecto a los países miembros de la OCDE, México enfrenta importantes problemas, particularmente por lo que se refiere a mortalidad infantil, desnutrición, obesidad y diabetes. Además de ser un país que invierte poco en salud, esto es evidente tan solo con el desabasto de medicamentos; el número de camas disponibles, así como de doctores y personal de enfermería, el cual, es muy reducido de acuerdo a lo esperado por su nivel de desarrollo.

La información obtenida, a lo largo de esta investigación ejemplifica la insatisfacción de las usuarias a causa de la normatividad dentro los hospitales correspondientes, mismas que a su vez están impuestas por el SNS y regulada bajo la directriz de Salud Pública, esta situación solo resalta las desigualdades en el acceso a los servicios de salud públicos.

Las latentes diferencias en cuanto a la forma de atención, se deben a factores como el gasto público, puesto que de esto depende las atenciones a las que las personas puedan tener acceso, o lo que también se conoce como condiciones de oferta y demanda, que en vez buscar optimizar los servicios, buscando la provisión de servicios equitativos, oportunos, efectivos y seguros, el inconveniente radica en lo que la intervención de múltiples dirigentes está haciendo para

garantizarlos. La evaluación del SNS, regularmente se había centrado en la información contenida en el expediente clínico; sin embargo, con base en la revisión de la bibliografía previa, se hizo evidente la necesidad de tomar en cuenta otros aspectos, tales como la suficiencia y la calidad de los recursos físicos; la disponibilidad y capacidad profesional o técnica de los recursos humanos, congruentes con el nivel de la atención que se otorgue; el suministro de material de consumo; la organización de los servicios; la realización de los procedimientos y actividades de la atención conforme a las normas de calidad vigentes.

En la Ciudad de México existe una gran diversidad de instituciones de atención, cuyo objetivo es brindar a la población en general, servicio médico, sin embargo, el análisis arrojó que el acceso está condicionado, ya que depende a una serie de circunstancias que te dan esa derechohabencia. Todas las clínicas descritas por las encuestadas se encuentran dentro de la demarcación Iztapalapa, así se seleccionó desde un inicio, dado que es una zona catalogada como vulnerable, por estereotipos y marginaciones que en definitiva son un constructo social, y efectivamente se pudo comprobar que la calidad del servicio es baja.

Los datos estadísticos demuestran que para el 86.6% de las entrevistadas, el servicio no satisface sus necesidades, el 73.3 % tienen una muy mala referencia de la calidad de atención y 33.3 % la tiene de la accesibilidad a las instancias médicas; el 66.6 % de las mujeres consideran tener una cobertura buena, aunque limitada, argumentando que se debe a que en ocasiones es un rubro que depende directamente del personal de la institución.

Es innegable que cuando interactúan dos o más personas, puede surgir un conflicto, por el intercambio de ideas, opiniones y puntos de vista, ningún ser humano será igual a otro y el caso del personal médico, por su naturaleza humana no está exenta de ello. El conflicto puede ir desde una inconformidad, queja o hasta una demanda, pero además de una cuestión legal, se ve amenazada la estabilidad emocional, por lo que se vuelve un factor de riesgo. La (OMS) describe que un factor de riesgo es “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo, que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”.

En la actualidad existen diversos factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de enfermedades crónicas como las cardiovasculares, el cáncer, la obesidad, diabetes, hipertensión, depresión, por mencionar algunas y que son una causa importante de mortalidad en México.

El factor de riesgo presente en este análisis, es el estrés, que se experimenta a lo largo de la vida, por diferentes eventos que alteran el cuerpo, no obstante, aún no es considerado como enfermedad degenerativa, por considerarse “una reacción natural”, sin embargo, es uno de los factores más peligrosos para enfermar. El estrés físico y mental se manifiesta de muchas formas y debido una gran variedad de circunstancias, ya que, es una reacción involuntaria del cuerpo, que permite se mantenga alerta, el problema radica en la frecuencia con la que presentamos esa alteración a nivel del sistema nervioso.

A partir de esta investigación, se puede confirmar que la calidad, cobertura y accesibilidad de algunas instancias médicas, están relacionadas con una alteración negativa en las usuarias, que, aunada a la carga diaria de su rol social, impacta de manera significativa en su salud, produciendo el denominado, distrés.

Es claro que faltan datos por descubrir sobre la intensidad de estrés presente a causa de la operatividad de SNS. Sin embargo, puedo inferir que el hecho de que haya una liberación constante de glucocorticoides y otras hormonas, alteran de manera importante la actividad del eje Hipotálamo-Pituitaria-Adrenal (HPA favoreciendo, la obesidad, por el consumo excesivo de carbohidratos y la secreción de hormonas que facilitan procesos inflamatorios, que contribuyen al desarrollo de algunos tipos de cáncer, e incluso incrementa el riesgo de sufrir alguna enfermedad cardiovascular o depresión (Herrera, 2017).

De acuerdo a los datos proporcionados por las entrevistadas, se puede ratificar la ausencia de un servicio sanitario público, igualitario y equitativo, teniendo como consecuencia, la necesidad de pagar directamente la atención recibida en caso de enfermedad, siendo a su vez la primera causa por la cual las familias mexicanas caen en situación de estrés, pues deben enfrentar gastos catastróficos en términos económicos.

El distrés, como ya se mencionó, ya puede ser considerado una enfermedad emergente en la actualidad, incrementando año con año y es percibida de manera diferente por hombres y mujeres, siendo las mujeres quienes experimentan estrés con mayor frecuencia en comparación con los hombres. En América latina, el estrés es un factor psicosocial considerado una “epidemia de la vida moderna”, y si tomamos en cuenta la carga laboral de la ama de casa, implican un

deterioro impresionante. El estrés especialmente en este grupo poblacional genera problemas de salud entre los que destaca la obesidad, diabetes, e hipertensión arterial (Herrera, 2017).

Las mujeres amas de casa tienen más riesgo de enfermar que otros colectivos, por la carga emocional que forma parte de su esencia y de su rol, estas mujeres son un pilar fundamental en el núcleo familiar, tanto que en ocasiones dejan de lado su propio bienestar. La mayoría de las mujeres mayores de 40 años son amas de casa, denominadas así por no tener otra ocupación profesional u oficio, por lo tanto, su seguridad social depende de sus parejas o en ocasiones de sus hijos mayores que ya cuentan con un empleo formal.

Parte de las experiencias que compartieron las entrevistadas, indican que cuando requieren de una atención médica ya sea para ellas o para algún integrante de su familia, no siempre su primera opción es su clínica médica, debido a los largos tiempos de espera, al desabasto de medicamentos, largos trámites para estudios de laboratorio, placas o rayos x, las clínicas asistenciales como centros de salud no atienden de emergencia, fueron algunos de los elementos que de manera casi unánime mencionaron las entrevistadas.

Recientemente atravesamos por una pandemia que modificó la forma en la que vivíamos e incluso modificó la forma en la que se llevó a cabo esta investigación, pues el brote de Covid-19 impactó directamente SNS denotando la capacidad que tiene, para atender estas emergencias, y como era de esperarse, no se contaba con la preparación, ni condiciones, estructurales y de insumos, ya que llegó un punto en el que saturaron al personal y no contaban con insumos apropiados, por lo que también se tuvieron resultados desfavorables de esta situación, pero sirvió para evaluar que no se tiene la capacidad para atender problemática de esta magnitud, lo cual considero, es un grave error.

Evaluar la calidad de un servicio médico es muy complejo y de eso se encarga la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), pues este organismo tiene un registro más detallado y confiable de las inconformidades que presentan los usuarios de los servicios de salud, tanto públicos como privados. Dato relevante es que desde 1996 a la fecha, las quejas han incrementado, eso sin contar las que no han sido presentadas ante este organismo, puesto que los pacientes prefieren no levantar acusación o no dar seguimiento a la queja, por diferentes motivos el principal

es por “perder el tiempo con quejas que nunca saldrán a su favor” fueron las palabras de una de las entrevistadas (Gobierno de México, 2020).

La investigación, parte de todo un contexto en particular, en donde las mujeres con las que he convivido a lo largo mi vida, manifiestan su inconformidad y estrés, que les provoca acudir a una clínica médica, pues a partir de las pláticas, comentarios e incluso experiencias propias que he tenido, me resultó importante plantear la investigación, dado que, son situaciones que forman parte de mi entorno, familiar, en su momento escolar, actualmente laboral, ya que el contar con un servicio médico, forma parte de cada etapa y aspectos del desarrollo integral de las personas. Es por ello, que me pareció importante investigar más a fondo y conocer la perspectiva, de las mujeres amas de casa, que se enfrentan a las condiciones operativas de las clínicas médicas, enfatizando la calidad, accesibilidad y cobertura que brindan instituciones como, el IMSS, ISSSTE y Centro de Salud. Resulta importante recalcar que esta problemática, en países desarrollados, es muy diferente, ya que el punto de vista de los pacientes con respecto a la calidad en los servicios de salud, ha contribuido en los procesos de la gestión sanitaria, por lo que son modelos de salud que hoy son ejemplo de atención en salud (Villagarcía, 2017).

La mayoría de las investigaciones publicadas, que evalúan un servicio médico, son biografía sumamente útil para conocer el panorama de las instancias médicas, además, son la base para la modificación o implementación de política pública en salud, con el fin de mejorar la atención, no obstante, muy pocas se centran en estrategias y técnicas que ayuden a revertir el problema, por otra parte, resulta complejo implementar cambios bajo las necesidades de las usuarias, lo que automáticamente mejoraría su percepción emocional, puesto que no se detienen a pensar en las secuelas que ha dejado en las personas todas las fallas y deficiencias a lo largo de este tiempo, la operatividad hospitalaria.

Este trabajo recolecta una pequeña muestra de la opinión de muchas mujeres, cuya función principal es cuidar su hogar y su familia, que a diario ruegan por no enfermar o que algún miembro de la familiar lo haga, puesto que restablecer la salud podría ser un privilegio a los que no todos pueden tener acceso, y que respondiendo a la pregunta inicial de esta investigación, un 86.6% de las mujeres a las que se entrevistó, en la demarcación de Iztapalapa, consideran que la forma en la que está estructurado el SNS, conlleva a un sesgo significativo en la operatividad de las

instituciones médicas, lo que irremediablemente provoca en diferente medida, estrés en las usuarias, algunas lo manifestaron en el momento con irritabilidad, enojo, llanto y algunas quedando como secuela una depresión.

Aunque para llevar a cabo la investigación se presentaron algunas dificultades, refleja un daño eminente a nivel emocional, es necesario seguir trabajando con ello, pues este trabajo solo es un indicativo de lo importante que es considerar acercarse a la comunidad y solicitar su opinión, para evitar que un beneficio público, se convierta en una amenaza para la salud.

DICCIONARIO

Aborígen: hace referencia a todo aquel ser que es originario del lugar donde vive, indistintamente de que sea humano, animal o vegetal.

Alostasis: describe el proceso a través del cual el cuerpo sometido a situaciones de exigencia o estrés logra recuperar su estabilidad realizando cambios de comportamiento fisiológico o psicológico que le permitan mantener un equilibrio estable.

Anárquica: desorganización, desorden

Arquetípico: Un arquetipo es el patrón ejemplar del cual otros objetos, ideas o conceptos se derivan.

Botánica: que estudia la estructura, las características, las propiedades y las relaciones de los vegetales y sus procesos vitales.

Carga Alostática. Cuando el cuerpo trata de recuperarse tras un evento estresante pero no le da tiempo porque el estresor sigue activo, de manera que el cuerpo se acostumbra a vivir con esa sobrecarga.

Coyuntura: conjunto de circunstancias, hechos importantes o históricos, contingentes y cambiantes que determinan una situación.

Demarcación: Determinación y señalización de los límites de algo, especialmente de un país o un terreno.

Derecho Constitucional: conjunto de normas que imponen deberes y normas que confieren facultades, que establecen las bases de convivencia social y cuyo fin es dotar a todos los miembros de la sociedad de aspectos mínimos de seguridad, certeza, igualdad, libertad y justicia.

Escalafón: Nivel o posición que ocupa una persona en esta clasificación.

Estado de Gravidez: es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, en cuanto a los cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer.

Estudios de gabinete: son los procedimientos que requieren de un equipo especializado para realizar el diagnóstico de un paciente y generalmente, proporcionan imágenes.

Hostilidad: indica una actitud provocativa y contraria, generalmente sin motivo alguno, hacia otro ser vivo.

Integralidad: es la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida.

Psicosomático: Es un síntoma físico que se supone producto de un padecimiento mental.

Subsidio: Ayuda económica que una persona o entidad recibe de un organismo oficial para satisfacer una necesidad determinada.

Vulnerabilidad social (VS) se refiere a la relativa desprotección de un grupo de personas cuando enfrentan daños potenciales a su salud, amenazas a la satisfacción de sus necesidades y violación a sus derechos humanos por no contar con recursos personales, sociales y legales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilera Nelly. (2010). El gasto en salud en México: En el Marco de la Cobertura Universal. 22 de agosto de 2019, de México Evalúa Centro de Análisis de Políticas Públicas Sitio web: https://www.mexicoevalua.org/wp-content/uploads/2016/05/MEX_EVA-INHOUS-GASTO_SALUD-LOW.pdf
- Arredondo Armando. (1992). Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud-Enfermedad. Rio de Janeiro, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Busto Garrido Marta. (2017). La irritabilidad como síntoma en psiquiatría infanto-juvenil. Universidad de Málaga, Departamento de Salud Pública y Psiquiatría.
- Campohermoso Rodríguez Omar Félix, Soliz Soliz Ruddy Eusebio. (2016). Galeno de Pérgamo "príncipe de los médicos". Cuadernos Hospital de Clínicas, 57, pág. 1-2.
- Cano Vindel Antonio, Tobal Juan José Miguel (2001). Ansiedad y estrés. Vol. 7, N.º 2-3, págs. 111-121.
- Capdevila Núria, Segundo María José. (septiembre, 2005). Estrés. Mayo de 2020, de ELSEVIER Sitio web: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-estres-13078580>
- Carmona Moreno, Luz Dary; Rozo Reyes. (2005). La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. Revista Ciencias de la Salud, vol. 3, pág. 1-4.
- Carreón Rodríguez Victor, Guijarro Arrillaga Maite, Ibarra Olivo José Eduardo. (2012). Infraestructura y cobertura universal en salud. 31 de agosto de 2019, de CIDE Sitio web: <http://www.libreriacyde.com/librospdf/DTE-548.pdf>
- Censo poblacional de vivienda. (2020). Habitantes en Iztapalapa. INEGI. Sitio web <https://www.inegi.org.mx/app/cpv/2020/resultadosrapidos/default.html?texto=Iztapalapa>
- Charvel Orozco Ana Sofía. (2015). Derecho y salud pública. En Derecho y salud pública: el caso del sobrepeso y la obesidad en México (20-22). México, Distrito Federal, Facultad de Derecho División de Estudios de Posgrado.
- CIEP. (2018). Sistema Universal de Salud: retos de cobertura y financiamiento. 21-agosto-2019, de CIEP Sitio web: <https://ciep.mx/sistema-universal-de-salud-retos-de-cobertura-y-financiamiento/>
- COFEPRIS. (2019). Presupuesto de Salud 2019. 31 de agosto de 2019, de CODIGOF Sitio web: <https://codigof.mx/presupuesto-de-salud-2019>

- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2018). Catálogo Universal de Servicios de Salud, CAUSES 2018. 19 de junio de 2019., de Dirección General de Gestión de Servicios de Salud. Sitio web: <https://www.gob.mx/salud%7Cseguropopular/articulos/catalogo-universal-de-servicios-de-salud-causes-2018>
- Cozzo, G. Reich Micaela (2016). Estrés percibido y calidad de vida relacionada con la salud en personal sanitario asistencial. Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, vol. 8, núm. 1. <https://www.redalyc.org/journal/3331/333145838001/html/>
- Dirección General de promoción de la salud. (1997). Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. 3 de octubre de 2019., de Dirección General de promoción de la salud Sitio web: <https://parquedelavida.co/index.php/publicaciones/banco-de-conocimiento/item/114-declaracion-de-yakarta-indonesia-1997>.
- Dirección Jurídica, IMSS. (2015). Regímenes y modalidades de aseguramiento del Instituto Mexicano del Seguro Social. México: IMSS.
- Diario Oficial de la Federación. (2011). iniciativa Que Reforma El Artículo Decimo Transitorio de la Ley del ISSSTE. 31 de agosto de 2019, de Senado de la República Sitio web: http://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/32466
- Diario Oficial de la Federación. (2019). NORMA 3808. Gobierno Federal, 1 pág.
- Echeverri O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. Rev. Panamá Salud Pública. 2008; 24(3):210–6, sitio web: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2008.v24n3/210-216/es>.
- El economista. (2019). Financiamiento del Sistema Único de Salud Reflexiones y propuestas para la planeación del Sistema Nacional de Salud. 26 de agosto de 2019, de Wilson center Sitio web: <https://archivos.eleconomista.com.mx/files/2019/02/28/foro-financiando-el-sistema-nacional-de-salud-2019.pdf>
- Fernández Zhema. (s/f). La mujer pilar de la Humanidad. Rotary E-Club Puerto Rico y Las Americas. <https://portal.clubrunner.ca/7988/stories/la-mujer-pilar-de-la-humanidad>
- García Velázquez GL Llamosa. (2017). Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos 1967-2017. En Enseñanza e Investigación, Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos (78-83). México: NOTICIAS Y EVENTOS. Sitio web: <https://www.pemex.com/servicios/salud/TuSalud/BoletinSalud/Documents/Revista%206/1HACE%2050%20A%C3%91OS%20HOSPITAL%20CENTRAL%20NORTE.pdf>

- Gómez Octavio, Sesma Sergio, Becerril Víctor. (2011) Sistema de salud de México. México. scielo.org Recuperado de <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf>
- Gustavo Elena (1981). Nuevos Conceptos de Stress. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario. Santa Fe Argentina.
https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/279/c.php
- Hernández Juárez Francisco. (2012). Que reforma adiciona y deroga diversas disposiciones de la ley del instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado a cargo del diputado francisco Hernández Juárez del grupo parlamentario del PRD. 31 de agosto de 2019, de Palacio Legislativo de San Lázaro Sitio web: http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2012/03/asun_2867054_20120329_1333041497.pdf
- Hernández Sampieri Roberto. Metodología de la investigación. Editorial Félix Varela. La Habana. 2006.
- Hernández Mingorance, Laura. Hipócrates de Cos. Gomeres: salud, historia, cultura y pensamiento [blog]. 18/12/2016. Disponible en <http://index-f.com/gomeres/?p=1676>
- Juan López Mercedes, Durán Fontes Luis Rubén. (2012). La calidad de la atención a la salud en México través de sus instituciones. México D, F. secretaria de Salud.
- Ley General de Salud. (2006). Ley General de Salud. 25 de septiembre de 2019, de Diario Oficial Sitio web: http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
- López Acuña Daniel, González de León Deyanira. (1981). “*La Salud desigual en México*”. NEXOS. Pág. 2
- López Antuñano Francisco J. (2017). “*Evolución de Los Servicios de Salud de la Secretaría de Salud*” Autores. 12 de junio del 2019, de Instituto de Salud Pública Sitio web: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5682/6224>
- Lozada León Guadalupe. (2016). “*El surgimiento del IMSS Su legado arquitectónico en la capital mexicana*”. 12 de junio de 2019, de Relatos e Historias en México Sitio web: <https://relatosehistorias.mx/nuestras-historias/el-surgimiento-del-imss>
- López Portillo José. (1976). Ley Orgánica De La Administración Pública Federal. 25 De septiembre de 2019, De Cámara De Diputados Del H. Congreso De La Unión Secretaría General Secretaría de Servicios Parlamentarios Sitio web: <https://sre.gob.mx/images/stories/marconormativodoc/leyes/leyorganica.pdf>

- Martínez Soria Jesuswaldo, Solas Olga, Morales Patricio, Sauma Pablo, Díaz Peña Miguel Ángel, de Silva Julimar. (2016). *“Hacia un Sistema Nacional Público de Salud en México. México”*: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Menéndez E. L. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 pág. 451- 464.
- Moreno Jiménez Bernardo, Báez León Carmen. (noviembre 2010). FACTORES Y RIESGOS PSICOSOCIALES. En Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas pág. 4-6. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad en el Trabajo.
- Müggenburg Rodríguez V., María Cristina; Pérez Cabrera, Iñiga. (enero-abril, 2007). Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa. Redalyc, 4, pág. 35-38.
- Nava Melvin. (2016). fundación de PEMEX. 9 de septiembre de 2019, de Historia Sitio web: <https://www.lhistoria.com/mexico/pemex>
- Navarro María Fernanda. (2020). El financiamiento del INSABI de AMLO, una incógnita. FORBES, 1.
- Navarro Javier. (2015). definición de la jerarquización. 30/05/20, de Definición ABC Sitio web: <https://www.definicionabc.com/general/jerarquizacion.php>
- Olaiz-Gustavo, Lezana Miguel Ángel, FERNANDEZ, Sonia B. (2018). *La Medicina Privada En México*. Recuperado de sitio web: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5812/6484>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Cobertura sanitaria universal. 19 de junio de 2019., de Organización Mundial de la Salud Sitio web: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- Palacio Legislativo de San Lázaro. (2009). El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) a dos años de la reforma. 28 de agosto de 2019, de Cámara de Diputados H. Congreso de la Unión Centro de Estudios de las Finanzas Públicas Sitio web: <http://www.cefp.gob.mx/intr/edocumentos/pdf/cefp/2009/cefp0482009.pdf>
- Pineda Elia Beatriz, Eva Luz de Alvarado, Francisca H. de Canales. (1994). Manual para el desarrollo de personal de salud. 13 /04/21, de Organización Panamericana de la Salud. Sitio web: <file:///C:/Users/Lanix/Downloads/Metodologia%20de%20la%20investigacion%20manual%20para%20el%20desarrollo%20de%20personal%20de%20salud%2035.pdf>

- Pilnik Susana D. (junio, 2010). El concepto de alostasis: un paso más allá del estrés y la homeostasis. Servicio de Ginecología. Hospital Italiano de Buenos Aires, 30, pág. 8-9.
- Rieznik, Rodolfo. (2013). La mercantilización de la salud pública en España . Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA Editorial/Editor.
- Rodríguez Silva Héctor. (2006). La relación médico-paciente. Revista Cubana de Salud Pública, 32, 4.
- Rizo García Martha. (2006). La psicología social como fuente teórica de la comunicología. Breves reflexiones para explorar un espacio conceptual común. Andamios. vol.3 N°.5 Ciudad de México.
- Ruiz Rivera Naxhelli. (2012). La definición y medición de la vulnerabilidad social. Un enfoque normativo. 23 de octubre de 2019., de Investigaciones Geográficas Sitio web: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-46112012000100006
- Sandín, Bonifacio El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales International Journal of Clinical and Health Psychology, vol. 3, núm. 1, enero, 2003, pp. 141-157
- Sánchez Torres Diana Alejandra. (2015). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. Revista médica del IMSS, 1, 1 pág. Sitio web: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4577/457749297021/html/index.html>
- SEDESA. (2019). Gratuidad. 5 de septiembre de 2019., de secretaria de Salud Pública Sitio web: <https://www.salud.cdmx.gob.mx/actividades/gratuidad>
- SEDESA/DGDPPCS/DISSI/ SINERHIAS (Sistema de Información en Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Salud), 2019.
- Slipak Oscar Eduardo. (1991). Historia y concepto del estrés (1ra. Parte). ALCMEON , vol. 3, pág. 1-3.
- Soberón Acevedo Guillermo. (2018). Estructura y funciones de la Secretaría de Salud, del Sector Salud y del Sistema Nacional de Salud. 13 de agosto de 2019, de salud pública de México Sitio web: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/29>
- Valdés·Olmedo Cuauhtémoc. (1998). ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO. En APUNTES SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN MEXICO pág. (817-819). Ciudad de México: Centro de Documentación y Archivo, SSA.
- Vega Andrea. (06 de diciembre de 2018). Sistema de salud en México: avanza la cobertura, pero la esperanza de vida no crece como en otros países. México Desigual, pág. 1-3

- Vega Montiel Aimée . (2007). Por la visibilidad de las amas de casa: rompiendo la invisibilidad del trabajo doméstico. 06/05/21, de Política y Cultura Sitio web: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422007000200008
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina Interna, 33(1), 7-11.
- Villar Aguirre Manuel. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. 23 de octubre de 2019., de Acta médica peruana Sitio web: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011
- Zedillo Ponce de León Ernesto. (1998). Protocolo adicional a la convención americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales "Protocolo de San Salvador". San salvador: La secretaria del despacho de relaciones exteriores.
- Zurita Beatriz, Ramírez Teresita. (2013). *Desempeño del sector privado de la salud en México*. México. Caleidoscopio de la salud Recuperado de sitio web: <http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2013/08/10-Desempenio.pdf>

ANEXOS

Cuestionario para recopilar la opinión social del Sistema Nacional de Salud.

Objetivo: Indagar la perspectiva emocional a nivel de estrés, que las mujeres amas de casa manifiestan, derivado la atención médica.

Protección de datos: Los datos personales recabados son confidenciales con fines académicos.

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Fecha:** _____

Derechohabiencia:

☐ IMSS

☐ ISSSTE

☐ CENTRO DE SALUD

¿Cuántos hijos tiene? _____ **¿En qué rango de edad?** > () 18 años < () 18 años

1. ¿Viven sus hijos con usted?

() Sí

() No

2. Cuando un miembro de la familia se enferma ¿su primera elección es acudir a su institución médica familiar?

() Sí

() No

¿Por qué? _____

3. El ser derechohabiente de alguna institución médica, le otorga una cobertura de servicios de atención para usted y su familia. ¿Conoce cuál es? ó ¿Sabe dónde solicitar esta información?

() Sí

Mencione qué incluye _____

() No

4. ¿Con qué frecuencia acude a su institución médica?

() Una vez cada quince días

() Una vez al mes

() Cada 6 meses

() No asisto

5. **¿Mencione tres principales motivos por los que regularmente acude a su clínica médica?**

- () Consulta
- () Chequeo general
- () Tratamiento permanente por enfermedad crónica
- () Recoger medicamento
- () Pláticas o talleres
- () Otro (s)

(Especificar)_____

6. **¿Su estado de salud actual, requiere atención médica constante o especializada?**

- () Sí
- () No

¿Cuál? _____

7. **¿La clínica a la que acude, puede proporcionarle atención médica especializada cuando lo requiera?**

- () Sí
- () No A donde acude_____

8. Una atención medica de calidad es la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional excelente, para lograr la satisfacción del usuario. **¿Cuál es el nivel de satisfacción con respecto a la calidad de atención médica que reciben usted y su familia, cada vez que asisten a su institución médica?**

- () Muy satisfecha
- () Satisfecha
- () Insatisfecha
- () Muy insatisfecha

¿Por qué? _____

9. La cobertura médica, es la acción de cubrir y proteger a las personas como un derecho constitucional. **¿Cuál es su nivel de satisfacción con respecto a la cobertura médica que recibe usted y su familia por parte de su institución?**

- () Muy satisfecha
- () Satisfecha
- () Insatisfecha
- () Muy insatisfecha

¿Por qué? _____

10. ¿Cuál es su nivel de satisfacción con respecto a la accesibilidad (facilidad) de los servicios médicos tanto a nivel administrativo como a nivel infraestructura que proporciona la institución médica a la que acude?

- () Muy satisfecha
- () Satisfecha
- () Insatisfecha
- () Muy insatisfecha

¿Por qué? _____

11. ¿Sabe que es el estrés y como lo describiría?

12. Si identifica los malestares físicos del estrés, ¿podría mencionarlos?

13. ¿Sabía que el estrés está relacionado con el desarrollo de enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares?

- () Sí
- () No

14. Cuando acude a su clínica de salud, solicitando algún servicio, el modo en el que éste opera ¿le causa alguna alteración emocional como lo es el estrés?

- () Sí
- () No

¿En qué momento?

15. La irritabilidad, la ansiedad y la depresión son las principales manifestaciones emocionales del estrés ¿Usted ha presentado alguna de estas situaciones, debido a la forma en la que recibe el servicio de atención por parte de su institución médica?

- () Irritabilidad
- () Ansiedad
- () Depresión

16. ¿Cuál de estas situaciones considera que le provocan un estado de estrés?

- () La accesibilidad al servicio
() La calidad de la atención
() La cobertura de servicios

17. ¿Con qué frecuencia presenta las siguientes emociones, antes, durante, o después de acudir en su clínica médica?

	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO
17.1. ¿Sensación de agotamiento?	0	1	2	3
17.2. ¿Ganas de llorar?	0	1	2	3
17.3. ¿Tiene la sensación de no poder salir de los problemas?	0	1	2	3
17.4. ¿Ha manifestado episodios de ansiedad?	0	1	2	3
17.5. ¿Se siente triste o deprimida?	0	1	2	3
17.6. ¿Se preocupa, aun cuando ya se encuentra en su clínica?	0	1	2	3
17.7. ¿Pelea constantemente con las personas de su alrededor?	0	1	2	3
17.8. Cuando se enoja ¿reacciona agresivamente?	0	1	2	3
17.9. ¿Ha perdido el interés por hacer cosas que le gustan?	0	1	2	3

18. ¿Cuál es la primera sensación que tiene durante su estancia en su clínica médica?

- () Consuelo/alivio
() Angustia/ansiedad
() Depresión/tristeza
() Irritabilidad/enojo

19. ¿Cómo califica la accesibilidad, calidad de atención y cobertura que le ofrece actualmente el Sistema Nacional de Salud?

Accesibilidad Cobertura Calidad de la atención

- a) Excelente.....1
b) Buena.....2
c) Regular.....3
d) Mala.....4
e) Pésima.....5

20. Desde su punto de vista ¿considera que la forma en la que opera actualmente el Sistema Nacional de Salud cubre sus necesidades y las de su familia?

- () Sí cubre mis necesidades
() No cubre mis necesidades

¿Por qué? _____

21. ¿Podría relatar brevemente alguna experiencia, dentro de su clínica médica, provocado algún problema de estrés, con manifestaciones de: irritabilidad, ansiedad o depresión?

22. ¿Podría proporcionar alguna propuesta que, desde su punto de vista, favoreciera la accesibilidad, la calidad de la atención y la cobertura médica que ofrece su clínica?

23. ¿Ha escuchado de la unificación de servicios y la creación del INSABI propuesta en este sexenio?

- () Sí
() No

24. ¿Considera que el programa de INSABI favorece los aspectos de calidad de atención, accesibilidad de servicios y cobertura igualitaria para los ciudadanos?

25. Cuando su servicio médico no cubre alguna de sus necesidades relacionadas a una accesibilidad, calidad o cobertura ¿recurre a un sistema privado?

- () Siempre
() Algunas veces
() Espera una resolución por parte de su institución

26. ¿El uso del servicio médico particular, afecta su economía familiar?

- () Siempre
() Algunas veces
() Nunca

¿De qué manera le afecta? _____

27. A partir de su perspectiva y sus experiencias ¿Considera que la forma en la que está estructurado el Sistema Nacional de Salud podría ser un factor que le genere estrés?

- () Sí
() No