



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

ESCUELA DE LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

“IN-VIA”

INCORPORADA A LA U.N.A.M. N° 8831-29

**LAS CASAS DE SALUD COMO PROMOTORAS
DEL DESARROLLO COMUNITARIO**

TESIS

Que para obtener el Título de

LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA :

CECILIA PEÑA GALÁN

PUEBLA PUE.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

TEMA	PÁGINA
CAPÍTULO I	
LA SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS A FINALES DEL SIGLO XVIII, XIX Y XX. EN EUROPA Y LA NUEVA ESPAÑA	
1.1 Las instituciones de Salud en el siglo XVIII en la Nueva España.	1
1.2 La evolución de la medicina en Europa del siglo XIX.	13
1.3 Las instituciones de Salud Pública en México del siglo XIX.	17
1.4 Las instituciones de salud en el México del siglo XX.	21
CAPÍTULO 2	
POLÍTICAS DE SALUD EN MÉXICO	
2.1 La salud durante el desarrollo estabilizador.	25
2.2 Instituciones de salud pública en México y Puebla.	27
2.3 Neoliberalismo y salud pública.	32

CAPÍTULO 3

TRABAJO SOCIAL Y EL FUNCIONAMIENTO DE LA CASA DE SALUD DE LA SEGUNDA SECCIÓN DE BOSQUES DE SAN SEBASTIAN.

3.1	Población abierta y servicios de salud.	55
3.2	Casas de Salud.	59
3.3	La prevención de enfermedades a través de la Casa de Salud	61
3.4	Promoción de los servicios que brinda la Casa de Salud.	68
3.5	El Trabajo Social y la formación de grupos en materia del funcionamiento de la casa de salud para la prevención de enfermedades.	72
3.5	Características de Bosques de San Sebastián segunda sección.	81

CAPÍTULO 4

TRABAJO SOCIAL Y EL DESARROLLO COMUNITARIO

4.1 Aplicación del instrumento.	84
4.2 Datos de salud de Bosques de San Sebastián segunda sección.	89
4.3 Conclusión.	93

BIBLIOGRAFIA.

ANEXO.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se dará una pequeña semblanza de la importancia que tienen las casas de salud como promotoras del desarrollo comunitario, se divide en cuatro capítulos, el primero está relacionado con los aspectos históricos que corresponden a los servicios de salud que se prestaban a finales del siglo XVIII, XIX y XX en Europa y la Nueva España, en donde se observan los avances de las instituciones responsables de la salud y servicios médicos que se brindaron.

En el capítulo dos se hace mención de las políticas de salud en México en la etapa que comprende de 1988-2002. En este se plasman el desarrollo que a tenido el Sistema de Salud en México mediante el análisis de las estrategias descritas en los planes de desarrollo correspondientes a los presidentes de la República, Gobernadores Estatales y Municipales. En donde como resultados obtenemos que el fin de los tres niveles de gobierno coinciden en mencionar que la salud es básica para obtener el desarrollo comunitario y para mejorar es necesario difundir de manera continua los programas de salud, así como destacar la importancia de la creación de las instituciones públicas.

En el tercer capítulo están plasmadas las acciones a nivel mundial para brindar servicios médicos y la importancia de las casas de salud que son fundadas para brindar servicios médicos de primer nivel, de lo cual se destacan el servicio y funciones que prestan las casas de salud y lo importante que es prevenir enfermedades y promover la salud.

Por último se muestran los resultados arrojados por el instrumento (anexo 1) que se aplicó a 176 personas que habitan en los alrededores de la Casa de Salud de Bosques de San Sebastián segunda sección.

CAPÍTULO 1

LA SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS A
FINALES DEL SIGLO XVIII, XIX Y XX.
EN EUROPA Y LA NUEVA ESPAÑA.

1.1 LAS INSTITUCIONES DE SALUD DEL SIGLO XVIII EN LA NUEVA ESPAÑA

En el presente capítulo se dará una breve semblanza de la salud y los servicios médicos con los que contaba la población de la Nueva España en el siglo XVIII, así como la evolución que sufrieron las instituciones encargadas de la salud y los servicios que se han ofrecido durante el periodo que corresponde a los siglos XVIII, XIX Y XIX.

Para principios del siglo XVIII, las órdenes de las hermandades religiosas previnieron que junto de las iglesias, hubiera un hospital y que debía estar organizado y administrado por las órdenes religiosas esto estuvo dispuesto en las bases “expuestas con toda claridad en el III Concilio Provincial Mexicano”¹

En dichos reglamentos se señaló lo siguiente “la necesidad de oratorio o capilla en todos los hospitales, que más tarde en siglos posteriores con el espíritu barroco se convierte en la necesidad de hacer grandes iglesias anexas a los hospitales”² a grandes rasgos se expone que los hospitales debían dar servicio a los pobres y solo a las personas ricas se les cobraba, además se les proporciona educación religiosa, asimismo se ofrecían servicios como la confesión y misas.

La atención a los moribundos consistió por parte de los frailes de San Juan de Dios en velar al moribundo para cuidarlo, administrarles los sacramentos y ayudarlos a bien morir, “Con los agonizantes tenían especial cuidado, turnándose en velar a los que en tal estado se encontraban, administrándoles los últimos sacramentos y ayudándolos a bien morir. La caridad de los hermanos se extendía aun después de la muerte, pues celebraban exequias en las que participaban todos los religiosos. El descuido en la atención ameritaba los más severos castigos, que llegaban hasta la pérdida del oficio de prior”³. La cita demuestra la importancia que tenían los aspectos religiosos.

Además se realizaron registros del paciente cuando este acudía al hospital y requería ser hospitalizado, este control consistía en retirar los artículos personales para evitar extravíos mismos que se les regresaban a su

¹ Muriel, Josefina. Hospitales de la Nueva España Tomo II p 303.

² Ibidem p 303.

³ Ibidem p 35.

salida del nosocomio, algunas órdenes religiosas como “la Orden de la Caridad, establecida ya por Bernardino Álvarez en el XVI, que es la primera orden religiosa mexicana, se le va a sumar otras nacidas en diversos países. La primera es la de los juaninos, orden nacida en Granada”⁴ otro nosocomio es el creado en territorio americano por la orden de Nuestra Señora de Belem estos hacían votos de hospitalidad esta fue característica de las organizaciones religiosas “Estas órdenes religiosas se diferenciaban de otras existentes en la iglesia, en que sus miembros hacían un votos especial: el de hospitalidad”⁵ otras como los agustinos y franciscanos esta actividad era parte de sus quehaceres diarios.

La Iglesia con su labor de caridad y ante la demanda de servicios médicos se vio en la necesidad de construir hospitales en la Nueva España en puntos estratégicos como fueron: México, Puebla y el puerto de Veracruz.

En estos años en la Nueva España se construyeron algunos hospitales en México, por los hermanos de la caridad de San Hipólito como el del Espíritu Santo y Nuestra Señora de los Remedios en la ciudad de México del cual “Primero hicieron la parte propia del hospital, después las habitaciones de los frailes o convento y finalmente la iglesia. Esta ultima tardo muchos años en construirse y no se concluyó hasta 1715”⁶ la cita es elocuente, da la idea de la necesidad que tenían de contar con un lugar específico a donde se pudiera rehabilitar o recuperar la salud y para complementar este alivio era necesario recibir la educación y sacramentos.

Por lo que respecta a las personas que trabajaron en el hospital para estos años, estuvo integrado por “ocho hermanos de la caridad incluyendo el prior, un médico, un cirujano y un barbero, encargados de la parte clínica”⁷ los encargados de la administración eran frailes, estos se sostuvieron de limosnas que recibían.

En este siglo la orden de los Hermanos de la Caridad empezó a perder interés por el trabajo que desempeñaban a favor de los enfermos así que al disminuir los servicios que ofrecían provocaron que el hospital decayera.

⁴ Ibid p 7.

⁵ Muriel, Josefina. Hospitales de la Nueva España Tomo II p 7.

⁶ Muriel, Josefina. Hospitales de la Nueva España Tomo I p 18.

⁷ Muriel, Josefina. Hospitales de la Nueva España Tomo II p 19.

El funcionamiento del nosocomio de San Juan de Dios del Estado de México en el siglo XVIII llevaba ya un siglo de haber sido fundado, estuvo en sus inicios a cargo de los hermanos que llevaban el mismo nombre del hospital y después en manos de los Juaninos, los frailes en lo que corresponde al nombre del hospital acostumbraban llamarle con el antiguo nombre de Nuestra Señora de los Desamparados este nombre lo asentaron en sus documentos oficiales, pero esto no importaba a la población ya que ellos veían como representante de la iglesia a la imagen de San Juan de Dios así lo llamaban para que se les curaran sus dolores, y como persona que se encargaría de sus malestares estaban los frailes Juaninos.

Los sacerdotes Juaninos quisieron que su hospital contara con las mejores instalaciones así que se empezó a modificar “La segunda reedificación a principios del siglo XVIII se debió al interés y esfuerzo realizados por el visitador padre fray Francisco de Barradas”⁸. Este devoto trabajo arduamente para conseguir que se ampliara el servicio de enfermería no podía faltar edificar un nuevo templo al lado del nosocomio además de conseguir patrimonios como rentas de donde podría depender el hospital, pero este nosocomio se vio afectado en gran parte en su construcción por el incendio de 1776.

El sostenimiento económico de este hospital estuvo a cargo de las limosnas que los Juaninos recolectaban, para obtener beneficios más significativos en cuestión monetaria acudían a curar a los enfermos ricos hasta su domicilio con el fin de conseguir más ingresos ya que este servicio a domicilio era caro.

La tarea que desempeñaron los frailes no era fácil ya que en periodos de epidemias el contacto con los apestados provocaba la muerte en alguno de ellos un ejemplo de esto fue “La labor de estos frailes que a diario cumplían la monótona tarea de atender a los enfermos, se hizo más notable frente a las grandes epidemias como las de 1736”⁹ esta fue un gran reto para cumplir con su misión de curar.

En los años 1736, 1738 y 1772-1773, las epidemias que atacaron a Puebla y México sin duda dejaron mayor número de muertes estas fueron de “cocoliztlis que significaba enfermedad o pestilencia que cegaron la vida a millones de indígenas”¹⁰ esta tuvo su antecedente en otra enfermedad conocida por los indios como el “matlazahuatl, vocablo nahuatl”¹¹ quien padeció esta molestia tenía pocas posibilidades de curarse; “El

⁸ Op. Cit. Muriel, Josefina, Hospitales de la Nueva España Tomo II p 31.

⁹ Ibid p 35.

¹⁰ Cuenya. Mateos. Miguel Ángel. Puebla de los Ángeles en tiempos de una peste colonial, p143.

¹¹ Ibid p 143.

matlazahuatl ocasionó verdaderas catástrofes demográficas, entre las que se encuentran las pandemias de 1545-1548, 1576-1579, 1615-1616, 1641-1643, 1696, 1736-1738 y 1772-1773"¹² Estas enfermedades mortales fueron vistas por la iglesia y fieles como un castigo divino.

Ante tantos apestados y moribundos el Protomedicato capitalino decidió que se reunieran los médicos con el fin de unir sus conocimientos y pudieran encontrar la cura a este mal así que los "primeros enfermos fueron trasladados desde Tacuba al Hospital Real de Naturales de la ciudad de México"¹³. Tanto el personal de los hospitales como el de las iglesias se vieron con demasiado trabajo, ya que las muertes eran tantas que había familias enteras que morían, ante tanta actividad la iglesia no se dio abasto para repartir los santos oleos y dar cristiana sepultura.

Estas condiciones insalubres de sepultura originaron que se continuaran esparciendo las enfermedades. Como consecuencia de las epidemias, la cantidad de muertos llevo a que se saturaran los campos santos; "Mientras atrios, capillas y templos se saturaban, muchos fueron sepultados en pleno campo o abandonados en ríos y acequias"¹⁴.

Los hospitales que albergaron a tantos enfermos, se llenaban rápidamente, ante tal situación la autoridad virreinal y religiosa, colaboro con el mantenimiento de nosocomios de la ciudad "La autoridad virreinal contribuyó, conjuntamente con la Iglesia durante este suceso, en el mantenimiento de los hospitales de la ciudad, que se vieron rápidamente colmados a su máxima capacidad"¹⁵ en los que destacan "Los hospitales de Jesús Nazareno, San Juan de Dios, San Lázaro, San Hipólito, Nuestra Señora de Betlhem y el Real de Naturales, poco pudieron hacer frente a la poderosa pestilencia"¹⁶.

Los esfuerzos realizados por el personal del hospital de San Juan de Dios, pese a que enfocaban mayor dedicación sobre todo a los pobres, tuvieron algunos errores, estos se hicieron más notorios en el siglo XVIII ante lo cual los novohispanos crearon el dicho de "Si malo es San Juan de Dios, peor es Jesús de Nazareno"¹⁷.

¹² Cuenya. Mateos Miguel Ángel. Puebla de los Ángeles en tiempos de una peste colonial. p143.

¹³ Ibidem p 156.

¹⁴ Ibidem p 156.

¹⁵ Ibid p 157.

¹⁶ Ibidem p 157.

¹⁷ Muriel, Josefina. Hospitales de la Nueva España Tomo II p 35.

Por lo que respecta a los hospitales instalados en otros lugares, tenemos el caso de los establecidos en los puertos, destacando el Hospital Real de Nuestra Señora de Loreto en Veracruz, la región estuvo destinada a albergar enfermos que llevaban largas horas viajando que iban de paso por ese lugar y no contaban con recursos económicos, además no tenían familiares que estuviera con ellos en el periodo de su recuperación.

Además el proyecto de crear un hospital por parte de los religiosos los llevo también a atender a enfermos con bajos ingresos económicos y sobre todo porque los pocos con que se contaron no satisficieron a toda la población, “muchos pobres enfermos que había en aquel puerto y lo insuficientes que resultaban los hospitales existentes. De ello dimanó una idea, fundar una institución”¹⁸. Los servicios que proporciono en sus distintas salas exclusivas de mujeres, además contaron con: “cirugía, bubas, postemas, llagas, heridas y nada más, al referirse a mujeres se dice que se curen enfermas de bubas, cirugía y enfermedades anexas a éstas pero sólo achaques”¹⁹, busca brindar servicio y caridad justa tanto para hombres como mujeres. Estos enfermos se encomendaron a la patrona de Nuestra Señora de Loreto.

En la iglesia del citado nosocomio se pretendía celebrar los domingos y días festivos; misas para rogar por los enfermos y sus familiares, este hospital estuvo a cargo de los Hermanos de la Caridad de San Hipólito.

El hospital estuvo enfocado a atender a personas viajeras, que traían algunos padecimientos como diarrea, fiebre y gripe, aunque destaca el contagio por enfermedades venéreas que dejaron severamente afectadas a mujeres y hombres, ya que en los puertos se practicaba la prostitución. “Veracruz debe haber sido como todos los puertos, un lugar un tanto corrompido por la cantidad de marineros y aventureros que llegaban a él de aquí la prostitución que en él existía”²⁰

Los padecimientos que se atendieron en este nosocomio son diversos como “sifilíticas, a las tuberculosas y a quienes sufrían otras enfermedades, que sólo se mencionan como contagiosas. Por las constituciones era para toda clase de mujeres, sin importar raza, pero las que en mayor número hacían uso de él eran las españolas, las de razas acudían en minoría”²¹

¹⁸ Muriel, Josefina, Hospitales de la Nueva España Tomo II p 21.

¹⁹ Ibidem p 22.

²⁰ Ibid p 25.

²¹ Ibidem p 25.

En los primeros años del siglo XVIII el hospital de Loreto vio reducidos sus ingresos económicos, que provenían de sus rentas, esto provoco molestia de las autoridades del puerto de Veracruz por lo cual decidieron que los habitantes que debían sus cuotas atrasadas al hospital, los obligaran a pagarlas. "Las rentas habían disminuido sólo 2,517 pesos anuales. Esto disgustó al pueblo y a las autoridades, que elevaron sus quejas al virrey, quien ordenó al alcalde del primer voto de la nueva ciudad de Veracruz, que compeliere a los inquilinos de las casas del hospital a pagar todo lo que debían atrasado"²²

A principios del siglo XVIII el citado hospital paso por un problema de quejas, estas debidas a la mala atención que brindo "En 1716 hay una acusación contra el hospital, en la cual se afirma que los enfermos eran mal atendidos"²³ estas molestias se refirieron, a que los enfermos no eran cuidados adecuadamente, a que incluso no se les daba alimentación y atención medica esto por varios días.

Fernando Bustillos autoridad del cabildo ordeno sacar a las convalecientes del nosocomio para introducir soldados "La guerra de España con Inglaterra, en 1764 don Fernando Bustillos ordeno que los soldados ocupasen el hospital, echando a las enfermas a la calle"²⁴ Esto origino disgusto y se solicito al virrey Antonio Ma de Bucareli mandara a sacar a los soldados ellos no salen en su totalidad, el objetivo de esta aptitud fue que las enfermas regresaran, pero como no salieron todas mientras estuvieron los soldados estas tuvieron que dormir en el suelo y otras compartían entre ellas las camas.

Eran tantas las personas que se quedaron hospitalizadas, que no alcanzaban las camas, las mujeres dormían en le piso, había en tal cantidad el número de cadáveres que no existía lugar donde ponerlos. "Cuando la demanda de ingreso era mayor, tenían que dormir las enfermas excedentes en el suelo, entre cama y cama. No había ni siquiera un sitio en qué depositar los cadáveres"²⁵, ante estas circunstancias adversas la autoridad dispuso que las tropas debían salir del hospital. Estas dejaron en pésimas condiciones el hospital, para 1772 este año solo quedaba un miembro de la Orden de la Caridad. "En 1772 el virrey Bucareli accedió a que la tropa

²² Muriel, Josefina, Hospitales de la Nueva España Tomo II p 26.

²³ Ibidem p 33.

²⁴ Ibidem p 26.

²⁵ Ibid p 26.

desalojara totalmente el Hospital²⁶. Para las fechas antes mencionadas la Orden de la Caridad sólo tenía allí un religioso, él velaba porque las mujeres tuviesen médico, cirujano y enfermeras²⁷

Los frailes empezaron a perder el interés y el mantenimiento del hospital, esto llevo que pasara el nosocomio a manos de civiles ricos los cuales por su posición y entusiasmo lograron que el hospital recobrar su funcionamiento brindando mejores servicios que los que se ofrecían anteriormente. “Estos pusieron todo su entusiasmo y poder económico en rehabilitarlo, logrando darle un florecimiento extraordinario, como no lo había teniendo jamás. Esto ocurre hacia 1791²⁸ los frailes pelearon para que se les devolviera el hospital pero hasta el momento no hay documentos que diga quien finalmente administro el hospital.

Entre los hospitales creados por parte de la orden de los Betlemitas en el siglo XVIII se cuentan el de Nuestra Señora de Guadalupe en Tlalmanalco, Estado de México, este se construyo ante la necesidad de contar con un nosocomio cercano a dicha población ya que el estado de salud y condición de vida de los habitantes no era favorable. “No tenían en 12 leguas a la redonda ningún recursos ni alivio en sus enfermedades, pues destituidos del necesario abrigo, médico y medicinas, alimento apropiado y del necesario para la sanidad, rinden la vida²⁹

Este hospital al abrir sus puertas llevo el nombre de Nuestra Señora de Guadalupe el cual se puso a disposición de la población enferma el día “1 de octubre de 1770 cuando se logro inaugurarle dándole el titulo de hospital de Nuestra Señora de Guadalupe³⁰ Este hospital ante los pocos ingresos económicos, los llevo a padecer constantes de penurias, no quedando otra alternativa, los frailes deciden cerrarlo “El edificio, sin obra alguna de conservación empezó a amenazar ruina y los frailes carecían de lo indispensable para ellos y los servicios hospitalarios³¹

Por lo que respecta a las ordenes de los terciarios Franciscanos estuvo integrada por individuos seglares preocupados por relacionarse con las actividades religiosas. “La tercera orden franciscana fue una institución establecida por San Francisco de Asís a fin que los seglares, hombres y mujeres que por especiales

²⁶ Muriel, Josefina, Hospitales de la Nueva España Tomo II p 27.

²⁷ Ibidem p 27.

²⁸ Ibidem p 27.

²⁹ Ibidem p 178.

³⁰ Ibid p179.

³¹ Ibid p 180.

circunstancias no podían abrazar el estado religioso, llevasen una vida semejante a la de los franciscanos, sin abandonar su vida en el mundo”³², en México se encontró el hospital Real de nuestra Señora de Pura y Limpia Concepción.

Para hacer frente a las frecuentes penurias económicas, el personal de este nosocomio desarrollo el concepto de contar con su propia botica, con esta obtuvieron beneficios económicos “Los terciarios pensaron resolverlo poniendo su propia botica. Así las medicinas les saldrían al costo y con los ingresos que tuviera de la venta al público se pagarían”³³

En el hospital de San Andrés en México nace el proyecto de crear un Hospital General que contara con “especialidades” y así los enfermos no tuvieran que recorrer varios lugares. “Con este hospital se pretendía llenar dos necesidades, que cada día aparecían más imperiosas: la una era un hospital general, ya los sacerdotes se habían quejado del problema que para ellos significaba asistir a los enfermos que se hallaban distribuidos en tantos hospitales especializados, pues los enfermos tenían que hacer verdaderas peregrinaciones de uno a otro y otro hasta encontrar el adecuado a su mal”³⁴

De sus variados servicios que brindo el Hospital General, este contó con “ropería, proveeduría, despensa, cocina del piso bajo, cocina de la planta alta, refectorio, atoleros, sala de juntas, viviendas de médicos y cirujanos y además servidores internos, anfiteatros (provisto de todo lo necesario para las disecciones anatómicas) y deposito de difuntos”³⁵. Este nosocomio fue el último que se edifico en la Nueva España y da la idea de un hospital moderno “Por esto el Hospital General de San Andrés, último hospital que se funda en la Nueva España, es al mismo tiempo el primero que nos presenta toda la idea moderna de un hospital”³⁶

Otro hospital de Betlemitas es el que funciono en el puerto de Veracruz que llevo por nombre De los Santos Reyes y Nuestra Señora Belem, este se fundó con el objetivo de brindar servicios de asistencia medica y alimentos proporcionados por medio de la caridad, en un principio este nosocomio se sostuvo con las cooperaciones dadas por los habitantes del lugar. El servicio que brindo fue para todas las razas, aunque se ofrecía en diferentes salas de acuerdo a su grupo social “don Gaspar Saéz Rico, natural de Yangüas en el

³² Muriel, Josefina, Hospitales de la Nueva España Tomo II p 183

³³ Ibidem p 186.

³⁴ Muriel, Josefina, Hospitales de la Nueva España Tomo II p 216.

³⁵ Ibidem p 223.

³⁶ Ibidem p 224

obispado de Calahorra, quien con sus bienes los fundo dio por titulo Los Santos Reyes o Nuestra Señora de Belem. El propósito de don Gaspar era que sirviese para la cura y convalecencia de personas de todas razas, aunque estuviesen en sala separada los negros y mulatos, pero no todos gozaban de los mismos servicios”³⁷

El hospital y su personal también se vieron afectados por las epidemias, ante esta situación los frailes prestaron sus celdas para dar hospedaje a los enfermos; “El hospital prestó grandes servicios en épocas de epidemias, porque los frailes atendían a los enfermos y aun cedían sus propias celdas para albergarlos”³⁸.

Por lo que respecta a los hospitales de la ciudad de Puebla el destacado Hospital Real de San Pedro en el siglo XVIII, como otros nosocomios de estos años, se distinguía por ser administrados por religiosos así que “de 1726 a 1753 el hospital estuvo a cargo de los religiosos de San Juan de Dios. Después de 1753 el Cabildo de la ciudad se volvió a ocupar del hospital”³⁹. Este hospital contó con su capilla junto a esta al mando de la Congregación de San Pedro los cuales tenían como deber el asistir, visitar al enfermo y al moribundo ayudarlos en su camino a la muerte “Los congregantes estaban obligados, además de los actos de piedad a visitar a los enfermos y asistir a los moribundos”⁴⁰

Las imágenes religiosas eran significativas para la población, las ideologías católicas reinantes en esos años, desarrollo el concepto de que los distintos santos los librarían de enfermedades o los haría recobrar la salud para esto cada patrono era exclusivo de determinada enfermedad “Los santos eran considerados eficaces dispensadores de la salud”⁴¹

En los inicios de este hospital San Pedro, las normas que rigieron y el funcionamiento que ofrecieron era de forma desordenada “Por esto es que el obispo de Puebla que lo era entonces el ilustrísimo Pedro de Nogales Dávila, dándose cuenta de las enormes deficiencias que el hospital tenía, por no haber estatutos que los rigiera, hizo unos que firmó el 22 de octubre de 1715”⁴².

³⁷ Muriel, Josefina, Hospitales de la Nueva España, Tomo II p 181.

³⁸ Ibidem p 182.

³⁹ Muriel, Josefina, Hospitales de la Nueva España Tomo I p 178.

⁴⁰ Ibidem p 189.

⁴¹ Mackenzie, Beatriz, Antiguo Hospital de San Pedro. p 33.

⁴² Muriel, Josefina, Hospitales de la Nueva España Tomo I p 178.

Desde 1715 se trabajo de acuerdo a estas ordenes, mismas que establecieron el número de personas, obligaciones y los servicios que debería tener un nosocomio, estas normas funcionaron por ochenta y un años, para posteriormente ser modificadas en “1796 estas constituciones parecieron inadecuadas y se proyectó hacer otras de acuerdo con las que regían en los Hospitales Generales de Madrid, Zaragoza, Barcelona y los dos de México”.⁴³

Entre el personal prioritario estaba primordialmente un capellán, este se encargaría de la parte espiritual del enfermo o del moribundo según fuera el caso, otra pieza clave del citado hospital fue el rector “nombrado por el obispo, que era quien supervisaba toda la vida del hospital”⁴⁴. Este se dedico a acompañar a los médicos durante la visita del médico y cirujano, vigilaron que las cosas marcharan bien tanto en los enfermos y enfermeros, probo los alimentos, llevo el control y registro de los enfermos que entraban y salían.

En caso de muerte de algún paciente se superviso que los servicios que se realizaran fueran, adecuados para ofrecer a los deudos poniendo atención en que los cadáveres estuvieran adecuadamente preparados para su destino final “amortajados con respeto y tener un inventario de lo que había en el hospital”⁴⁵.

Las personas que laboraron en este hospital fueron: médicos, barberos, enfermeros mayor y ayudantes, el boticario apuntaba las recetas que el galeno dictaba esto se realizo en diferentes recetarios de acuerdo a la raza del paciente “Anotando en recetario distinto las medicinas para los españoles, para indios y para uncionados”⁴⁶ para el trabajo de limpieza contaron con sirvientas y esclavos estos representaron para el hospital parte de sus bienes, muchos fueron dejados como herencia “era muy frecuente, tanto que muchas personas donaban a estas instituciones sus esclavos, considerándose esto una de las mejores herencias de un hospital”⁴⁷. El personal por lo regular vivió en este lugar con algunas excepciones como el “medico, cirujano y barbero”⁴⁸. Este último se dedicaba a hacer también sangrías.

⁴³ Ibidem p 179.

⁴⁴ Ibidem p 178.

⁴⁵ Ibidem p 179.

⁴⁶ Ibidem p 179.

⁴⁷ ibidem p 179

⁴⁸ Ibidem p 179.

Las rentas eran de gran importancia para el sostenimiento de los hospitales, esto se hizo más notorio cuando se reducían provocando una disminución de los servicios. “Hacia año de 1722, las rentas del hospital se habían mermado, y los servicios, como consecuencia, se encontraban en malas condiciones”⁴⁹.

En cuanto a la sanidad que presento dicho hospital, esta fue una preocupación constante por parte de los dirigentes del citado lugar, ya que la mayoría de los hospitales de aquellos años ofrecían un aspecto sucio y descuidado. La sanidad que procuraron los encargados de los hospitales quizás no era la acertada ya que se sepultaban cadáveres en el patio del hospital, al no cubrir los requisitos higiénicos necesarios originaron olores desagradables provocando la difusión y producción de enfermedades, se cierra el cementerio en este lugar y es trasladado a un lugar lejano ya que este era un centro de infección así que se decide trasladarlo “fuera de la ciudad, en el barrio de Xanenetla”⁵⁰ este cambio estuvo a cargo de “Don Ignacio Domenech inicia la transformación del hospital orientándolo en dos aspectos: la reforma del edificio y la organización del hospital con amplio sentido social”⁵¹.

Las modificaciones y reparaciones que se realizaron en el periodo de él Dr. Doménech personaje muy importante en Puebla orientado a mantener con limpieza el nosocomio para abatir la fauna nociva como “las chinches y piojos, antes comunes en el hospital”⁵² y para mantener el lugar se limpiaba de forma regular.

Las condiciones en las que encontró el rector Dr. Doménech al hospital eran pésimas y cuando el rector antes citado estuvo al mando realizo cambios tan significativos que parecía otro el hospital. Esto fue de gran beneficio para el usuario que por lo regular era pobre, en el caso de los ricos eran atendidos en su casa, salvo algunas excepciones. “En 1794 las obras que habían realizado habían sido tan importantes, que propiamente lo había vuelto a hacer, pues del antiguo no había dejado nada”⁵³

La atención que se ofreció a las personas se planteaba dar de manera igualitaria sin embargo a la hora de dar ciertos servicios como asignar camas para los humildes se les destinaba que durmieran en el suelo, los frailes argumentaron que no les daban camas porque no estaban acostumbrados, esto muestra que el trato no era igual para todos como se planteaba.

⁴⁹ Muriel, Josefina, Hospitales de la Nueva España Tomo I p 182.

⁵⁰ Mackenzie, Beatriz, Antiguo Hospital de San Pedro p 39.

⁵¹ Ibidem p 182

⁵² Ibid p 38.

⁵³ Muriel, Josefina, Hospitales de la Nueva España Tomo I p 182.

Para llevar el control y registro de los enfermos se destinaron libros donde se fue almacenando información en “Los libros de enfermos hacían constar invariablemente la condición étnica o casta de quienes ingresaban. En las enfermerías de la planta alta, hombres y mujeres españolas que dormían en camas, en salas distintas a las de los indígenas, a quienes en cambio acostaban en petates aduciendo que no tenían la costumbre de dormir en colchón”⁵⁴ Esto muestra que aunque aceptaban a todos los que solicitaban el servicio “Se recibían indios, mezclas, españoles y criollos. Sin embargo, por un elemental sentido de orden, que dimanaba de la escala social existente, estaban en salas diferentes los indios, los sacerdotes y las personas de mediana posición que por razones espaciales iban al hospital”⁵⁵ pero existió primordial atención para los españoles.

Por lo que corresponde a los muertos no había distinciones la gente era velada en la capilla y se sepultaban en los patios del hospital o en el templo y si no tenían para pagar se enterraban gratuitamente en una fosa común “Los cuerpos de quienes fallecían eran velados en la capilla funeraria de Santa Cristina”.⁵⁶ Los servicios que brindó el hospital de San Pedro, eran variados por tal motivo fue llamado Hospital General, el único servicio que no brindó fue el de auxilio a personas dementes, dicho lugar administró y llevó el registro del auxilio de las personas a través de la entrega de boletos al cual llamaban del fondo piadoso con esto lograban controlar la acción caritativa que realizó esta institución “El ingreso al hospital se hacía mediante un boleto del Fondo Piadoso, que era el que controlaba la obra social de la institución. De todos los auxilios citados podían disfrutar los enfermos de cualquier mal, puesto que era Hospital General”⁵⁷. Las únicas enfermedades que no curaban fue la locura ya que para eso estaba el Hospital de San Roque.

En Puebla el Hospital de San Pedro fue de los más importantes ya que lo mismo atendió a enfermos de distintas regiones pertenecientes a la Nueva España, como de lugares fuera de esta como la “Habana, Perú y Venezuela”⁵⁸ esto no significa que vinieran exclusivamente a recuperar la salud a Puebla sino que estaban de paso entre México y otros destinos, “lo que prueba además la importancia de Puebla como punto de confluencia de las rutas comerciales que unían a Europa, América y Asia”⁵⁹.

⁵⁴ Beatriz, Mackenzi, Antiguo Hospital de San Pedro p 30.

⁵⁵ Muriel, Josefina, Hospitales de la Nueva España Tomo I p184

⁵⁶ Beatriz, Mackenzi, Antiguo Hospital de San Pedro p 30.

⁵⁷ Beatriz, Mackenzi, Antiguo Hospital de San Pedro p184.

⁵⁸ Ibidem p 27.

⁵⁹ Ibidem p 27.

1.2 LA EVOLUCIÓN DE LA MEDICINA EN EUROPA DEL SIGLO XIX.

La influencia de la medicina Europea en México fue notable. Francia fue un ejemplo a seguir y esto se refleja en la enseñanza de las ciencias médicas y la construcción de la Escuela de Medicina “Francia vino así a servir de modelo de sociedad, y el Establecimiento de Ciencias Medicas toma el ideal de las Escuelas de Medicina francesa; así la enseñanza médica siguió al pie de la letra la distribución de las cátedras a la manera como se propuso la reforma de enseñanza médica en Francia”⁶⁰

La información que se tenía en los libros de Europa era de gran valor porque estaba más actualizada, así que para poder obtener el conocimiento, las personas enfocadas a la rama de la salud se vieron en la necesidad de pedir prestados libros, otros eran obsequiados por las facultades europeas “En 1887 escribía Aún presenta nuestra escuela, con relación a los textos, un inmenso vacío y da indignación ver que aún tengamos que pedir prestados a las facultades europeas, los libros que deben servir para nuestra enseñanza”⁶¹

Los libros no decayeron en México debido a que existía un verdadero atraso “El desarrollo secundario de México, tan aparente en el siglo XIX, impidió que el contenido romántico de la educación médica, diera nacimiento inmediato a un contenido mexicano de la educación”⁶² Esto dejó un grande rezago en la bibliografía disponible en México.

Pero a pesar de los rezagos, los libros que llegaron a México de Francia ofrecieron algún tipo de conocimiento a los profesionales del área de la salud y alivio a los enfermos, ya que se dejó atrás la medicina medieval “La medicina en México sintió, gozo y se empapó de la influencia francesa para beneficio de los pobres enfermos. Pues como Francia representaba en aquellos momentos el sùmmum del saber médico en el mundo, su influencia significo al abandono de los textos medievales y la renovación total de la medicina y la cirugía, la entrada de México a lo que se llamo las luces del siglo”⁶³

En Europa en lo que corresponde a la enseñanza de la medicina estaban avanzados, pero la asistencia sanitaria con la que contaban los habitantes se encontraba de manera precaria misma que originaba

⁶⁰ Barquin Manuel. Historia de la Medicina p 336.

⁶¹ Ibidem p 337.

⁶² Ibidem p 337.

⁶³ Muriel Josefina, Hospitales de la Nueva España. p 346.

enfermedades; “de las mejoras introducidas en el sistema de enseñanza, la asistencia sanitaria de la población civil dejaba todavía mucho que desear”⁶⁴.

La salud en 1808 de los habitantes que vivían en zonas rurales no podía quedarse de lado, así que se fundan escuelas para médicos rurales, se realizó esto con el fin de preparar a los cirujanos que eran los que generalmente atendían a la población de estas regiones; “En este mismo año se crearon diversas escuelas para médicos rurales”⁶⁵

En los años de 1817 existieron dos grupos de médicos por un lado estaban los graduados los cuales recibieron un título de licenciado y por el otro estaban los cirujanos barberos los segundos estaban destinados a cirugías menores o a poner sanguijuelas. “Por su parte, el subgrupo de los no graduados incluía a las personas procedentes de la antigua profesión de cirujanos barberos. Poseían una formación artesanal y se dividían en cuatro categorías, según estuvieran autorizados a practicar: 1) todo tipo de operaciones. 2) Operaciones menores, 3) tratar por medios quirúrgicos dolencias leves, o 4) efectuar únicamente sangrías”⁶⁶

Para estos años la burguesía no acudía al médico, él iba a su casa y revisaba al enfermo y si se había recuperado, entonces asistía a realizar una revisión de rutina o simplemente iba a visitar a su paciente, es aquí cuando se crea el concepto entre la burguesía de médico de cabecera “No existía ninguna razón por la que un ciudadano acomodado tuviera que desplazarse hasta el consultorio del médico para ser examinado o recibir el tratamiento”⁶⁷.

Existían dos tipos de médicos militares y los galenos civiles, generalmente había diferencia entre ellos así que el médico Christoph Wilhelm Hufeland, consiguió que trabajaran de forma unida y se capacitó a los cirujanos militares para que tuvieran los conocimientos igual que los médicos egresados de universidades. “De este modo que los graduados en las escuelas de sanidad militar fueron totalmente equiparados a los médicos formados en las universidades”⁶⁸.

⁶⁴ Barquin Manuel. Historia de la Medicina p 143.

⁶⁵ Ibidem p 143.

⁶⁶ Ibidem p 145.

⁶⁷ Ibidem p 145.

⁶⁸ Barquin Manuel. Historia de la Medicina p 143.

En Alemania se comenzó a generar la práctica de la vacunación por medio de leyes que se promulgaban, esta era de carácter obligatoria con el fin de reducir notoriamente las muertes “y por fin, el 8 de abril de 1874 se promulgó la Ley Imperial de Vacunación, que afectaba también a la población civil”⁶⁹.

Los pacientes empezaron a requerir de atención para ciertas patologías que requerían de especial atención, por tal motivo se crean las especialidades “Sin embargo, la tendencia a la especialización que se vio en el siglo XIX y que hoy día mantiene toda su validez a pesar de las diferentes circunstancias”⁷⁰. Estas especialidades permitieron que existieran médicos e instrumentos exclusivos a ciertos diagnósticos. “en el desarrollo de la Medicina, de la técnica médica y de los nuevos métodos de diagnóstico y terapéuticos, que exigían grandes dosis de práctica y experiencia, además de conocimientos específicos, y la utilización de aparatos e instrumentos especiales”⁷¹.

Las especialidades dividieron la medicina por un lado están las destinadas a la investigación y la docencia, que se difundía en las clínicas universitarias y con esto también se divide la medicina entre interna y cirugía “La división de la Medicina en especialidades se produjo a dos niveles: por un lado, allí donde se practicaba la investigación y la docencia, es decir, en las clínicas universitarias y por otro, en las consultas particulares”⁷².

Dentro de las áreas del conocimiento médico destacaron la oftalmología que con la creación de sus propios instrumentos pudo independizarse, el estudio del ojo permitió conocer mejor el diagnóstico de los enfermos, “el ojo es el órgano humano más accesible desde el punto de vista del diagnóstico”⁷³,

Así mismo la urología desarrollo un instrumento llamado citoscopio, con este se puede tener un diagnóstico más acertado ya que permite analizar la cavidad de la vejiga urinaria. “permite el examen ocular directo del interior de la vejiga urinaria. El citoscopio, además, es el precursor de otros muchos instrumentos endoscópicos que se han convertido en útiles imprescindibles para examinar diversas cavidades del cuerpo humano”⁷⁴. Por otro lado la otorrinolaringología estaba dividida en dos especialidades los otólogos y laringólogos, esta no era

⁶⁹ Heinz Goerke. 3000 años de Historia de la medicina de Hipócrates a la medicina bioquímica. p 64.

⁷⁰ Heinz Goerke. 3000 años de Historia de la medicina de Hipócrates a la medicina bioquímica. p 146.

⁷¹ Ibidem p 146.

⁷² Ibidem p 146.

⁷³ Ibidem p 147.

⁷⁴ Heinz Goerke. 3000 años de Historia de la medicina de Hipócrates a la medicina bioquímica. p 147.

considerada como una sola especialidad es hasta el siglo XIX cuando se une y adquiere el nombre actual, atendiendo padecimientos de garganta, nariz y oídos.

La presencia de los rayos X recalco la existencia de la verdadera especialización instrumental. “La autentica especialización instrumental comenzó con la utilización de los rayos X en medicina (1896).⁷⁵ Esta no se hubiera logrado sin la colaboración de médicos y fabricantes que dieron origen a una nueva época de la medicina con la utilización del radiodiagnóstico.”La colaboración entre médicos por una parte y las firmas fabricantes por otra para el desarrollo de aparatos e instrumentos especiales para el radiodiagnóstico”⁷⁶.

En Viena para adquirir una especialidad los médicos asistían a cursos desarrollados en clínicas universitarias aunque hay que señalar que no todos los profesores de la universidad estaban de acuerdo, estos cursos eran impartidos en pocas horas que los acreditaba como especialistas, así que los médicos llamados de especialistas de seis horas, que se sentían capacitados habrían consultorios como especialistas, esta situación les daba mala reputación a los que si eran verdaderamente especialistas. “Muchos salían firmemente convencidos de haber adquirido la competencia necesaria para abrir una consulta como especialistas”⁷⁷

⁷⁵ Ibidem p 147.

⁷⁶ Ibidem p 147.

⁷⁷ Ibidem p 148.

1.3 LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICA EN EL MÉXICO DEL SIGLO

XIX.

En este siglo se vieron afectadas las instituciones y las condiciones de vida de la población debido sobre todo por la guerra entre liberales y conservadores y la invasión francesa, las circunstancias socioeconómicas fueron adversas de las que no escaparon los nosocomios, esto llevo a que los servicios que prestaban reducirán su eficiencia y a otros los llevara al cierre de sus instalaciones.

Uno de los lugares afectados fue el hospital de San Andrés (Hospital General de México), dándose su decadencia en este siglo, debido a cuestiones económicas que amenazaron su existencia; “Los ingresos por concepto de diezmo, dispensas, privilegios, etcétera, se habían ido agotando, de tal modo que bien podemos decir que, por su bancarrota económica, el hospital amenazaba a su final al mediar el siglo XIX.”⁷⁸

Otros nosocomios como el de San Joseph de Gracia de la ciudad de Orizaba iniciaron actividades enfocadas a retirar la administración de manos de los religiosos y pasa a la llamada Junta de Caridad: “En 1860 se suprimió su relación con la parroquia y se puso al cuidado de la llamada Junta de Caridad”⁷⁹ Dicho centro cambio sus objetivos y para 1890 se destino para hospicio de niños desvalidos, este quedo en manos de las monjas josefinas, las cuales además ofrecieron el servicio de educación “El edificio del hospital fue dedicado a hospicio de niños desvalidos. En 1890 la iglesia quedó a cargo de los padres josefinos y el hospital a cargo de las monjas de esta misma orden, que establecieron allí un colegio”⁸⁰

En Puebla de principios de este siglo, empezó a desarrollarse de manera más formal las instituciones dedicadas a asuntos relacionados con la salud “1802 se encontraba fundada allí una Academia de Medicina, Anatomía, Farmacia”⁸¹. Se comenzó así una etapa de estudios relacionados con la estructura del cuerpo humano para poder relacionar los síntomas con alguna enfermedad.

⁷⁸ Muriel, Josefina, Los Hospitales en la Nueva España. Tomo II p 232.

⁷⁹ Ibidem p 192.

⁸⁰ Ibidem p192.

⁸¹ Muriel, Josefina, Los Hospitales en la Nueva España. Tomo I p 189.

Para hacer frente a las enfermedades como la viruela, “En 1804 se instaló una Junta Central Filantrópica de Vacunación Pública de San Carlos Puebla”⁸². Los integrantes de esta institución realizaron una labor buena para la población, en la cual demostraban amor al prójimo, como por ejemplo en el Hospital Real de San Pedro realizaron estudios referentes a los beneficios de la inoculación en los pacientes del nosocomio “ Cuando en 1804 arribó a Puebla la Real Expedición de la Vacuna dirigida por Francisco Xavier Balmis, La Junta de Vacunación instalada por las autoridades civiles y eclesiásticas designó a los médicos de San Pedro para conducir experimentos en torno a las propiedades benéficas atribuidas a la inoculación en los enfermos del hospital”⁸³.

En Puebla para complementar los tratamientos médicos fue necesario contar con un Jardín Botánico con el cual pudieran realizar estudios los médicos y botánicos. Este se funda a principios del siglo XIX en “1807 el Jardín Botánico de Puebla (en colaboración con Ignacio Rodríguez de Alconedo, y proyectado como sede de una cátedra para el estudio de la materia médica y la química)”⁸⁴

En 1811 los nosocomios se vieron afectados por la Guerra de Independencia ya que las personas que mantenían con sus aportaciones el hospital tuvieron la necesidad de disminuir sus contribuciones que ahora eran destinadas a la guerra esta provocó que se aumentara la demanda de servicios en la “guerra de independencia hay una quiebra en la economía de estas instituciones”⁸⁵

La intendencia poblana se vio sometida a distintas presiones políticas de guerra pues a mediados de 1813, una epidemia de tifo azotó a la ciudad, por lo que a instancia de médicos que trabajaban en el cabildo, se pidió la creación de la Junta de Sanidad. “En 1813 debido a la epidemia de fiebres que azotó a la ciudad de Puebla a consecuencia del movimiento de Independencia, el Ayuntamiento instaló la primera Junta de Sanidad”⁸⁶ Este fue un avance, que los médicos empezaron a realizar “reuniones” dirigidas a retomar las condiciones de salud de sus pacientes, se inician esfuerzos para institucionalizar sus actividades dirigidas a la salud. “La Junta de Sanidad de 1813 es el arranque formal para la institucionalización de las ciencias médicas a nivel regional”⁸⁷.

⁸² Huerta Jaramillo Ana Maria, Los Boticarios Poblanos 1536-1825. p 94.

⁸³ Mackenzie, Beatriz, Antiguo Hospital de San Pedro p43.

⁸⁴ Ibidem p 43.

⁸⁵ Muriel, Josefina, Los Hospitales en la Nueva España. Tomo I p 187.

⁸⁶ Huerta, Jaramillo, Ana María, Salus et Solatium p 9.

⁸⁷ Ibid p 10.

Para inicios del siglo XIX la profesión y las autoridades tuvieron que volverse más exigentes, no solo con los españoles sino con cualquiera que quisiera dedicarse a esta labor, debía presentar su título, este era un requisito planteado desde la colonia. En el siglo XIX el decirse médico empezó a implicar un conocimiento teórico comprobado con la práctica, "En 1818 para poder ser examinado de médico y aspirar a titularse, las leyes generales establecían que además de que el candidato demostrara estar graduado de Bachiller en Medicina, exhibiría certificados de haber desarrollado la Clínica con un profesor aprobado, o en uno de los hospitales en donde ya entonces se practicaba esa rama"⁸⁸ esta práctica marca requisitos que formalizaban las actividades de un médico.

Los maestros universitarios pensaron que para mejorar la formación de los médicos se familiarizaran con la realización de diagnósticos, se llevaron a cabo prácticas en el Hospital de San Pedro, este fue un requisito más para titularse. "El 27 de diciembre de 1830 el presidente Anastasio Bustamante, emitió un decreto ordenando al Protomedicato no admitir a examen de medicina a quienes no hubieran asistido a tres cursos de la Escuela de Cirugía, iniciándose así la futura fusión de ambas profesiones"⁸⁹

Para que los alumnos realizaran sus prácticas se relacionó la escuela y el hospital, resulto favorable para elevar el nivel de formación, por lo tanto se realizaron autopsias sin excepciones, cuando se separo la escuela de medicina en marzo de 1878, el hospital se encargo de prestar los cadáveres por un periodo de 48 horas y al terminar este tiempo debían ser regresados para que se les entregaran a la familia y así se le pudiera dar sepultura.

En cuanto al poder religioso sobre la administración de los hospitales, este comienza a ver cercano su fin, ya que con el correr de los años las cuestiones políticas, comenzaron a ser adversas para la iglesia, así tenemos que con el gobierno de Benito Juárez, se dictaron leyes para quitar toda influencia religiosa: "Una semana después el 2 y 5 de febrero de 1861, el presidente Benito Juárez emitió sendos decretos por los que se secularizaban en toda la República los establecimientos de beneficencia administrados por el clero, poniéndolos bajo la supervisión de los gobiernos de los estados"⁹⁰

⁸⁸ Ibidem p 11.

⁸⁹ Ibidem p 13.

⁹⁰ Mackenzie, Beatriz, Antiguo Hospital de San Pedro p 48.

Después de tres siglos de dominio por parte de la Iglesia esta tuvo que irse de todos los hospitales sin excepción, así le toco el turno al Hospital Real de San Pedro, el nosocomio quedo en manos de civiles, bajo la supervisión de una institución de gobierno “Al triunfo de la República en 1867, el ahora llamado Hospital General del Estado quedó a cargo de administradores civiles supervisados inicialmente por una junta protectora dependiente de la Secretaría de Fomento estatal”⁹¹

⁹¹ Ibidem p 48.

1.4 LAS INSTITUCIONES DE SALUD EN EL MÉXICO DEL SIGLO XX

El México de inicios del siglo se ve sacudido por la Revolución Mexicana, situación que lleva a varias instituciones a cerrar sus puertas y así mismo se crean otras para regular las cuestiones de salud con el único objetivo de prestar mejores servicios de salud a la población.

El hospital de San Andrés o General de la ciudad de México en 1910 dejó de prestar sus servicios y en su lugar se edificó en el periodo de Porfirio Díaz un hospital con mejores servicios al cual se le denominaba Nuevo Hospital General. "Esta institución prestó servicios hasta 1910, año en que fue sustituida por el nuevo Hospital General de los tiempos porfirianos"⁹²

Para estos años se empezaron a modernizar las instalaciones de los nosocomios como por ejemplo en el Hospital de San Pedro en Puebla, los pensamientos positivistas influyen a todas las áreas del conocimiento, la medicina no escapa a esta situación y los instrumentos que se utilizaron en "1904 se instaló la luz eléctrica"⁹³ Estas modificaciones se hacen con el propósito de mejorar la salud de habitantes.

Al momento de quedar separada la Iglesia y las instituciones de salud el Estado debió hacer algo para solventar los gastos, ya que con buenos deseos no iban a funcionar las cosas así que se acuerda que los gastos de la Beneficencia Pública sean contemplados dentro de los egresos federales. "El decreto del 3 de mayo de 1905 dispone que los gastos de la Beneficencia Pública figure en el presupuesto de egresos federales"⁹⁴ Con este decreto queda como responsable de la Salud Pública del Gobierno Federal.

Por lo que respecta a la Beneficencia privada existían fundaciones como los de Concepción Béistegui, que tiene la tarea de crear hospitales y se forman asociaciones altruistas como la sociedad filantrópica Mexicana "Por ello nacen una fundación Concepción Béistegui, que empieza a crear nuevos hospitales, asociaciones como la Sociedad Filantrópica Mexicana"⁹⁵ que actuaron de forma independiente de el gobierno para estas organizaciones

⁹² Muriel, Josefina, Los Hospitales de la Nueva España. Tomo II p 232.

⁹³ Mackenzie, Beatriz, Antiguo Hospital de San Pedro p 53.

⁹⁴ Muriel, Josefina, Los Hospitales de la Nueva España. Tomo II p 348.

⁹⁵ Ibidem p 348.

se ve la necesidad de crear estatutos que rigieran este trabajo. “Sin embargo, no fue sino hasta el 23 de agosto de 1904 cuando se dictó la Ley de Beneficencia Privada para el D.F. y territorios Federales⁹⁶.

Las instituciones privadas empiezan acrecer, estos hospitales que más adelante se mencionan se crean por lo regular de grupos de personas que venían de otros lugares del mundo, estos formaron asociaciones que dieron origen a nosocomios de corte privado. “Hospitales Privados. Aparecieron en este tiempo los primeros hospitales privados, que fueron los de las colonias extranjeras: franco-suizo-belga, española e inglesa y la Cruz Roja Mexicana en 1909”⁹⁷

Desde 1880 nace la inquietud de remplazar el antiguo hospital de San Pedro por uno que se situara fuera de la ciudad y es hasta el año de “1907 que la administración del gobernador Mucio P. Martínez inició las obras del nuevo Hospital General “⁹⁸

El hospital de San Pedro en Puebla resistió diversos problemas, pero finalmente fueron cerradas sus puertas “El hospital siguió prestando sus servicios aún después de consumada la independencia. Fue clausurado en 1917, tras trescientos setenta y cuatro años de servicio a México”.⁹⁹

Por motivos económicos y poca funcionalidad el Hospital de San Pedro se vio en la necesidad de cambiar de instalaciones y con este también el Hospital General cambia de nombre, “el 25 de junio de 1917 se inauguró el nuevo hospital General Jesús Carranza completamente acondicionado gracias al esfuerzo personal y empeño tomado”¹⁰⁰

La Beneficencia tuvo a su cargo el hospital de San Pedro, pero el gobierno estatal ordenó que este edificio pasara a manos de la federación, accediendo a esto la Beneficencia. “En 1934, por ordenes del propio gobierno estatal, la Beneficencia desistió de sus derechos sobre el edificio que pasó a propiedad plena de la Federación”¹⁰¹. A partir de esta fecha este edificio dejó de servir en beneficio de la salud, aunque siguió prestando sus servicios sociales a otro tipo de población.

⁹⁶ Muriel, Josefina, Los Hospitales de la Nueva España. Tomo II p 348.

⁹⁷ Ibidem p 350.

⁹⁸ Meckenzie, Beatriz, Antiguo Hospital de San Pedro. p 53.

⁹⁹ Muriel, Josefina, Los Hospitales de la Nueva España. Tomo I p 190.

¹⁰⁰ Huerta Jaramillo Ana María Salus Et Solatium p 38.

¹⁰¹ Ibidem p 58.

En la tercera década del siglo XX y siendo presidente de la República el general Lázaro Cárdenas giro instrucciones para que se creara una institución que centralizara todo lo relacionado con la Asistencia y Salubridad, para llegar a constituirse como tal “la Ley Orgánica del Distrito Federal, el Decreto del 29 de diciembre de 1937 que creó la Secretaría de Asistencia Pública y, finalmente, otro Decreto, el del 16 de octubre de 1943 en virtud del cual se fundieron el Departamento de Salubridad y la Secretaría de Asistencia Pública en la nueva Secretaría de Salubridad y Asistencia”¹⁰².

¹⁰²Huerta Jaramillo Ana María Salus Et Solatium p 354.

CAPÍTULO 2

POLÍTICAS DE SALUD EN MÉXICO

CAPÍTULO SEGUNDO

POLÍTICAS DE SALUD EN MÉXICO 1988-2002.

En el presente capítulo se hace una breve semblanza de los avances que a tenido el Sistema de Salud en México, mediante las estrategias plasmadas en los planes de desarrollo de los presidentes de la república, gobernadores de Puebla y alcaldes del municipio, con el objetivo de determinar que tan viables y de que manera han favorecido a la población los programas que sean planteado desde 1982 al 2002. Los gobiernos de los tres ámbitos coinciden en plantear que la salud es básica y necesaria para el desarrollo comunitario por tal motivo se deben difundir de manera permanente los programas de salud.

La política de salud en México por las cuales institucionalizó estos servicios en 1940, fue en tiempos del presidente Manuel Ávila Camacho, con estas acciones se dio un nuevo impulso a la asistencia y acciones de beneficencia, por parte del estado claro ejemplo de esto es la creación del IMSS en 1942, la cual promulga su ley al año siguiente en esta se plasma bajo que lineamientos trabajará y que aspectos cubrirá el seguro social “Al ser promulgada en el año de 1943 (Diario Oficial del 19 de enero), la ley del seguro social, el sistema elegido se ajustó estrictamente a lo que tradicionalmente, se denomina el seguro social, que constituye un procedimiento de cobertura de riesgos , generador de derechos individuales”¹.

En 1945 se funda la Secretaría de Salubridad y Asistencia actualmente llamada Secretaría de Salud “EN 1945 Nace la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy llamada Secretaría de Salud (SS)”² y el ISSSTE en 1960.

El Seguro Social comienza a trabajar pero es hasta 1956 cuando se legitiman las prestaciones sociales a las que esta obligada a otorgar “Varias experiencias se desarrollaron en diversas áreas del IMSS tendentes a modificar los modos de vida de la población, hasta que en 1956 se formalizó la creación de los servicios de Prestaciones Sociales”³

¹ Navarro Robles José. La seguridad social mexicana en los albores del siglo XXI. p 5.

² Silvestre Méndez José “Problemas Económicos de México” p 69.

³ IMSS. Las prestaciones sociales. p 8.

2.1 LA SALUD DURANTE EL DESARROLLO ESTABILIZADOR

El modelo estabilizador comprende el período de 1956 a 1972, durante este se dio un acelerado desarrollo económico, se denomina estabilizador porque los precios dentro del país no aumentaron y con esto se mantuvo constante la paridad peso-dólar.

El modelo estabilizador se dio durante el gobierno de los presidentes Adolfo López Mateos, Gustavo Díaz Ordaz y Luís Echeverría, los cuales impulsaron con mayor prioridad el desarrollo económico. Desde 1940 ya había iniciado el proceso de institucionalización de los servicios de salud con el fin de sustituir la atención que se otorgaba con las “obras de beneficencia”⁴, así que durante el modelo estabilizador se creó en 1960 el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado ISSSTE, cuando surge esta institución se empieza a elevar el gasto social destinado a salubridad y asistencia “los gastos en salubridad y asistencia en 1958 fueron de 440 millones y en 1965 aumentaron a 899 millones, fueron más que duplicados”⁵.

Entre las acciones encaminadas a la salud en el año de 1954 se da mayor énfasis a la población rural para este fin se crea el “El Programa de Bienestar Social Rural, con el propósito de mejorar las condiciones de vida de la población, ofreciendo servicios de atención materno infantil y médico asistencial”⁶. Con este programa se plantea mejorar el nivel de vida de los habitantes mediante los servicios enfocados a los niños y sus madres, además se involucran acciones de desarrollo social.

Enfocados en la misma línea de mejorar la salud involucran dos instituciones estas son el IMSS y SSA. Con esto se crean más centros de salud. “entre los años de 1964 y 1970 se integran los Servicios Coordinados de la Secretaría de salubridad y Asistencia y al régimen de campo del Instituto Mexicano del Seguro Social. En esta época se construyeron alrededor de 2000 centros de salud, de los cuales la mayoría se ubicaban en medio rural”⁷

Para lograr el desarrollo comunitario se buscó que los servicios primarios de salud llegaran a toda la población más vulnerable no importando si pertenecía a zonas urbanas o rurales para tal efecto se diseñaron programas que permitiera llegar a toda población. “En México se han creado diversos instrumentos normativos

⁴ Silvestre Méndez José “Problemas Económicos de México” p 69.

⁵ González Gómez Francisco.”Historia de México 2 del Porfirismo al Neoliberalismo p147.

⁶ Programa Operativo Anual de Casas de Salud 2002 Páginas sin numeración.

⁷ Ibid.

cuya finalidad es que los servicios de salud se proporcionen en forma más adecuada a la población más vulnerable, especialmente en las áreas rurales y zonas urbanas marginadas. Así en 1976 la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en Estados y Territorios, elaboró el Programa de Extensión de cobertura (PEC)⁸

Durante esta época se da un movimiento por médicos inconformes con los bajos salarios, pocas prestaciones y prolongadas jornadas de trabajo ya que los servicios médicos habían crecido y con ellos el número de profesionistas que trabajaban en estas condiciones. Por su parte los estudiantes del último semestre de medicina prestaban sus servicios en los hospitales y clínicas estos eran considerados como becarios y no contaban con prestaciones de ley como son los “contratos de trabajo, ni antigüedad, ni siquiera servicio médico para sus familiares, este movimiento se origino al final del período presidencial de Adolfo López Mateos pero estos levantamientos no obtuvieron respuestas favorables ya que ni el “Secretario de Salubridad, ni el presidente Díaz Ordaz aceptaron negociar en serio con ellos”⁹.

De 1970 a 1980 la población derechohabiente aumento, según estadísticas del INEGI “en 1970, 25.3% de la población estaba amparada por alguna institución de seguridad social, porcentaje que subió a 46% en 1980”¹⁰. Esto quiere decir que en 1970 la población no derechohabiente a servicios de salud equivalía al 74% de la población total que era de 48 225 238 habitantes fue atendida por la Secretaría de Salud y el sector privado, dicho porcentaje disminuyo a 54% en 1980 producto de la incorporación de una mayor población al régimen de seguridad social.

Es el año de 1978 cuando se da origen al Programa de Atención Primaria, este se creo como un “modelo de atención basado en equipos de salud interdisciplinarios”¹¹

⁸ Secretaría de Salud Subsecretaria de Salud. “Modelo de Atención a la Salud para Población abierta 1995”. p 6.

⁹ González Gómez Francisco. “Historia de México 2 del Porfirismo al Neoliberalismo. p 153.

¹⁰ Silvestre Méndez José “Problemas Económicos de México” p 71.

¹¹ Secretaría de Salud Subsecretaria de Salud. “Modelo de Atención a la Salud para Población abierta 1995”. p 6.

2.2 INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICA EN MÉXICO Y PUEBLA

En el período que comprende de 1933 a 1981 se hace evidente el crecimiento económico del país, el PIB creció a tasas superiores del 6% y la población 3% esto origino que se designaran ingresos al gasto social, por tal motivo se crearon instituciones públicas de salud como el Instituto Mexicano del Seguro social (IMSS), Secretaría de Salud y Asistencia, actualmente Secretaría de Salud e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado (ISSSTE), destinadas a atender las demandas de salud que tiene la población.

El acceso a servicios sociales que prestaban las instituciones sociales de salud como el IMSS y el ISSSTE. Consiguieron mejorar el nivel de vida de la población mexicana y como consecuencia su salud.

La creación de instituciones de salud estuvo enfocada a lograr el bienestar de la población. “El estilo de procesar la política social cumplió un importante papel para la estabilidad político-institucional pero también para el mejoramiento en el nivel de vida de los grupos participantes”¹².

El servicio que prestan estas instituciones permitió que se ampliara el acceso a la salud, las necesidades básicas fueron las primeras en ser satisfechas. Los indicadores de bienestar social mejoraron desde 1940 hasta 1980, en lo que respecta a salud, los más vulnerables a fallecer de enfermedades prevenibles son las mujeres y niños los siguientes datos demuestran que la tasa de mortalidad de mujeres era en 1940 de 22.8 descendió cada década hasta llegar en 1980 a 6.3 en lo que respecta a la mortandad de hombres y mujeres por enfermedades infectocontagiosas en 1940 era de 43.1 decayó hasta llegar en 1980 a 13.7.

Por otro lado la esperanza de vida aumentó, en 1940 era de 41.4 años aproximadamente y en 1980 se incremento a 68 años promedio, pero las décadas más significativas en el aumento de la esperanza de vida fueron los 40, 50, 60 y 80, como lo señala el cuadro 1.

¹² Ibid. p 28 .

INDICADORES DE BIENESTAR SOCIAL

Cuadro 1

SALUD	1940	1950	1960	1970	1980
Tasa de mortandad de mujeres	22.8	16.2	11.5	10.1	6.3
Por enfermedades Infecciosas	43.1	34.6	25.5	23.1	13.7
MORTALIDAD					
Infantil	125.7	96.2	74.2	65.6	38.9
Esperanza de vida al nacer (años).	41.4	48.6	58.9	62.1	68.0

Cuadro 1. Enrique González Tiburcio. AJUSTE ECONÓMICO Y POLÍTICA SOCIAL EN MÉXICO p.28

En 1940 se dio un bienestar social a la población pero este se vio afectado por la crisis, el cual se que se acentuó en la década de los ochenta. "La década de los ochenta es testigo de un paulatino deterioro de las tradicionales políticas de bienestar social"¹³.

Para brindar los servicios de salud la población se divide en asegurada o derechohabiente y no asegurada o abierta, esta última recibe servicios de asistencia médica por parte de la Secretaría de Salud y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia que presta atención mediante el pago de una cuota que se fija de acuerdo a la situación económica del paciente. Estas instituciones de salud son sostenidas económicamente por el

¹³ Enrique González Tiburcio. "Ajuste Económico y política social en México". p 33.

gasto social del gobierno “en lo fundamental los recursos económicos con los que opera provienen de las transferencias fiscales del gobierno”¹⁴.

En la segunda mitad de los años setenta se continuó dando prioridad a los programas sociales y en cuestión de salud se amplió la cobertura a regiones rurales creándose a finales de los setenta y principios de los ochenta el programa de COPLAMAR que en febrero de 1985 se denominó IMSS-SOLIDARIDAD.

Este programa tuvo como prioridad brindar servicios de salud a la población que no tiene la opción de acceder al sistema de seguridad social por su actividad que desarrolla. Por estos servicios no se paga una cuota fija si el usuario no cuenta con efectivo puede pagar con trabajo que beneficia a su comunidad. Los servicios que brinda el IMSS SOLIDARIDAD consisten en impartir “asistencia médica, farmacéutica, e incluso hospitalaria.”¹⁵

En lo que concierne a la población asegurada o derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el IMSS es sostenido por cuotas obligatorias que aportan trabajadores, patrones y gobierno federal. “El presupuesto con el que operan proviene de las cuotas obligatorias aportadas por los trabajadores y los patrones, para el caso de las empresas privadas, y en menor medida de las transferencias que realiza el gobierno federal”¹⁶. El ISSSTE es sostenido por cuotas de trabajadores y aportaciones del Estado.

El cuadro 2 muestra que en 1980 el número total de habitantes en el país era de 66 846 833 de acuerdo a estadísticas del INEGI para los cuales existía un total de 7 983 unidades médicas, la SSA contaba con 1 746 más unidades que el IMSS. De 1992 a 1993 durante el gobierno del Dr. Carlos Salinas de Gortari el crecimiento fue lento, ya que solo se crearon 284 unidades en un año.

En el año 2000 la población total era de 99 198 613 habitantes en el país y había un total de 19 107 unidades medicas, esto quiere decir que de 1980 al 2000 la población aumentó 32 351 780 personas y con ellas 11 124 unidades médicas. Durante este periodo aumentaron 8 599 unidades de la SSA y por parte de las

¹⁴ Ibid p 113.

¹⁵ Navarro Robles José. “La Seguridad Social Mexicana en los albores del siglo XXI. p 60.

¹⁶ González Enrique Tiburcio. Ajuste Económico Política social en México p 113.

instituciones para derechohabientes como el IMSS aumentó solo 578 unidades médicas. Esto refleja que aumentan más las unidades que prestan servicio a población abierta o no derechohabiente.

UNIDADES MÉDICAS EN SERVICIO SEGÚN INSTITUCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Años seleccionados de 1980 a 2000 (Miles)

Cuadro 2

AÑO	TOTAL	SSA	IMSS-SOLIDARIDAD	OTROS	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SDN	ESTATAL
1980	7 983	2 952	2 148	340	1 206	947	162	228	ND
1985	10 735	4 442	3 158	249	1 435	1 073	171	207	ND
1990	13 191	6 612	3 128	254	1 604	1 160	206	227	ND
1991	13 812	6 877	3 303	342	1 679	1 188	183	240	ND
1992	14 172	7 017	3 370	454	1 717	1 180	191	243	ND
1993	14 456	7 191	3 408	516	1 742	1 178	152	249	139
1994	14 947	7 508	3 493	482	1 747	1 192	153	277	95
1995	15 525	8 003	3 506	689	1 748	1 190	151	279	79
1996	16 158	8 312	3 607	665	1 752	1 198	202	279	143
1997	17 109	9 255	3 607	751	1 755	1 212	206	330	163
1998	17 622	9 832	3 607	459	1 775	1 220	219	349	161
1999	18 335	10493	3 609	445	1 784	1 232	219	357	196
2000	19 107	11551	3 609	221	1 784	1 244	215	296	187

Cuadro 2. Anuario Estadístico. Estados Unidos Mexicanos Edición 2001. INEGI. p 151.

En el año 2000 la distribución de unidades que prestaron servicios de salud en México fueron los siguientes: En el país existía un total de 19 107 unidades de las cuales la Secretaría de Salud contaba con el mayor número que era de 11 551 de unidades, a esta le siguen las unidades del programa IMSS-SOLIDARIDAD con 3 609, después el Instituto Mexicano del Seguro Social con 1 784 unidades, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado cuenta con 1 244 unidades.

UNIDADES MÉDICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN EL PAÍS Y EL ESTADO DE PUEBLA SEGÚN INSTITUCIÓN.

Cuadro 3

Entidad federativa	TOTAL	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SDN	ESTATAL	SSA	IMSS-SOLIDARIDAD	OTROS
Estados Unidos Mexicanos	19107	1784	1244	215	296	187	11551	3609	221
Puebla	985	57	45	5	8	51	502	312	5

Cuadro 3 Anuario de Estadística por entidad federativa. 2002 INEGI p 161.

En el año 2000 existían un total de 11 551 unidades médicas destinadas a la población abierta por parte de la SSA según cifras que muestra el cuadro 3 de las cuales 11 028 funcionan al cien por ciento, 333 funcionan de manera parcial y 190 no funcionan y en lo que corresponde al estado de Puebla existen 502 unidades médicas, de las cuales 477 funcionan, 23 funcionan parcialmente y 2 no funcionan. Según cifras que corresponden al Anuario Estadístico del 2000, Secretaría de Salud y Servicios de Salud en los Estados 2000 p 275.

2.3 GOBIERNOS NEOLIBERALES Y SALUD PÚBLICA

A partir de 1983 se aplica en México el modelo neoliberal que tiene como objetivo principal resaltar la libertad y eficiencia económica, así como la privatización de los servicios sociales de propiedad pública. Esto se justifica porque se pretendía abatir la crisis fiscal y aumentar la eficiencia de la oferta de servicios por medio de un costo y no presentar servicios sin calidad de manera gratuita. “En el modelo neoliberal, la política social solo se entiende en el marco de la privatización, fundamentándola en la necesidad de aliviar la crisis fiscal, incrementar la eficiencia en la oferta de los servicios y evitar las irracionalidades que induce su gratuidad tanto a nivel macroeconómico como microeconómico”¹⁷

El modelo neoliberal tiene como finalidad delegar a organismos privados la administración y producción de bienes y servicios que tiene a cargo el Estado, con el objetivo de que las instituciones privadas los generen. “El significado de la privatización a partir de la década de los ochenta estuvo fundamentado básicamente en dos cosas: 1) todo cambio o funciones del Estado al sector privado, y 2) todo cambio de lo público a lo privado en la producción de bienes y servicios”¹⁸

Los programas del modelo neoliberal se caracterizan por la austeridad, disminución del gasto público y por ende se limita la posibilidad de invertir en sectores sociales. En la estabilidad se pretendió manipular las tasas de interés y el presupuesto, con la racionalización se reduce la posibilidad de tener acceso a servicios sociales de salud gratuitos, con la liberalización se abren las fronteras y se liberan los servicios sociales. “Los programas de ajuste estructural se caracterizaron por: austeridad, estabilización, racionalización, liberalización”¹⁹.

En el plan nacional de desarrollo de 1982-.1988 del presidente Miguel de la Madrid se caracteriza por plasmar entre sus objetivos la descentralización de los servicios de salud, esta consiste en delegar responsabilidades en cuanto a la salud a cada entidad federativa, quiere decir que cada estado y municipio a través de sus jurisdicciones elaboren sus planes y programas, las actividades se realizaran de acuerdo a las características de la región y su población, para esto es necesario sistemas estatales de salud, con el fin de llegar

¹⁷ Reflexiones sobre la transición de la política social en México. Solís San Vicente. Número uno invierno 2000.p 30.

¹⁸ Ibidem p 30

¹⁹ Ibidem. p 26.

hasta la región más apartada sin descuidar la calidad del servicio que se ofrece “ Se prevee dar cumplimiento a los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo a partir de cuatro vertientes básicas: la descentralización a las entidades federativas de los servicios de salud a población abierta, el establecimiento de los sistemas estatales de salud, la ampliación de la cobertura y el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios”²⁰.

Para que se pueda coordinar los servicios de salud se crea el consejo Nacional de salud el cual esta vinculado y coordinado con la federación y las entidades federativas, además de vigilar y evaluar los programas de cada entidad. “Posteriormente, se describe la creación y funcionamiento del Consejo Nacional de Salud, instancia permanente de coordinación entre la federación y las entidades federativas para la planificación, programación y evaluación de los servicios de salud cuyos trabajos han generado resultados de gran importancia como: la conformación de un modelo renovado de atención a la salud para la población abierta, el diseño del Paquete Básico de Servicios de Salud y la estructuración del Programa de Mejoría Continua de la calidad de Servicios de Salud para Población Abierta”²¹

El consejo nacional de salud tiene la facultad de apoyar a los sistemas estatales de salud además de tener como tarea la promoción de los programas prioritarios de salud y la participación comunitaria.

La descentralización se comenzó en algunas entidades”La instrumentación del proceso de descentralización dios resultados concretos a partir de mayo de 1985, cuando se firmó el primer acuerdo para la integración Orgánica y Descentralización Operativa de los Servicios de Salud a Población abierta”²²

Continuando con los resultados tenemos que en 1983 es aceptada la ley general de salud y es al siguiente año cuando entra en vigor “ En diciembre de 1983 el Congreso de la Unión aprobó la Ley General de Salud, emitida el 7 de febrero de 1984 y en vigor a partir del primero de julio de ese año”²³

En el Plan Nacional de Desarrollo del Dr. Carlos Salinas de Gortari: 1989-1994 en el apartado del Acuerdo Nacional para el Mejoramiento Productivo del nivel de vida se contempla el aspecto de la salud pública como algo indispensable y básico para el desarrollo de una sociedad en la cual se busca justicia e igualdad social, además de

²⁰ Plan Nacional de Desarrollo 1982-1988. Nota internet

²¹ Ibid

²² Ibid

²³ Scheteingart Martha, Boltvinik Julio. Pobreza, condiciones de vida y salud en la ciudad de México. p 217.

que la salud es un derecho para todos “Así, la salud es un elemento imprescindible del desarrollo y, en una sociedad que tiene como principio la justicia y la igualdad social, es un derecho esencial de todos”²⁴.

La población total nacional en 1990 era de 81 249 645 habitantes. En el periodo 1989-1994 más del 50 por ciento de la población tenía acceso permanente a servicios de salud. Pero esto no se podía lograr aún en todos los lugares de México, tal es el caso de las zonas rurales y urbanas marginadas, en estas regiones aún era patente la falta de medicamentos en establecimientos de salud e infraestructura de la cual a nivel nacional el total de las unidades médicas que atendieron a la población abierta fueron de 9 419 en 1989. “Persiste una marcada dispersión de asentamientos de población en el área rural, lo cual torna muy difícil la atención de salud y asistencia a cada uno de ellos”²⁵.

El objetivo de esta administración con respecto a salud era brindar servicios oportunos eficaces, eficientes y de manera equitativa, mediante la unión de esfuerzos que realizaran los ámbitos de gobierno federal, estatal y municipal, ya que solo así se podría abarcar a la mayor parte de lugares.

Para abatir los problemas de cobertura y acceso a servicios de salud se tenían contempladas las siguientes estrategias que normarían a dicho sector “mejorar la calidad del servicio, atenuar las desigualdades sociales, modernizar el sistema salud, y descentralizar y consolidar la coordinación de los servicios de salud”²⁶, el objetivo era mejorar la calidad ampliando la cobertura de servicios médicos a través de la inversión, la eficiencia y la eficacia mediante la continua educación del personal de salud.

La educación consistió en sensibilizar al personal para que atendiera de forma más rápida a los pacientes y que esta incluyera la eficacia y eficiencia del servicio que se brinda. “La efectividad y eficiencia de las acciones médicas serán mejoradas a través de educación médica continua, el establecimiento de comités para la calidad asistencial, y la permanente evaluación de la operación del sistema de atención al público usuario”²⁷.

Otra estrategia que trato de atenuar las desigualdades sociales y modernizar el sistema de salud, llegando a las zonas más marginadas tanto rurales como urbanas, además de poner mayor empeño en el trabajo de

²⁴ Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994. p 104.

²⁵ Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994. p 105

²⁶ Ibidem p 105.

²⁷ Ibid p 105.

atención primaria o de primer nivel, este era básicamente orientado a prevenir. Este servicio no requiere de alta tecnología, se otorga de manera más cercana entre el paciente y el médico o mediante la colaboración de personal técnico y auxiliares capacitados en el área de salud “Este se orienta para prevenir y resolver los problemas más frecuentes de salud que requieren de una tecnología sencilla, aunada a la participación activa de comunidad”²⁸.

Para llegar a la última región de México es básica la participación de la población que interviene como personal auxiliar de salud en las unidades de primer nivel “La ampliación de la cobertura de servicios en estas áreas se hará fundamentalmente mediante personal técnico o auxiliares capacitado para este propósito”²⁹ Se eligieron personas de acuerdo a solicitud de sus vecinos y por su disponibilidad de esta manera los servicios de salud podrían estar cerca de la población, aunque este auxiliar estaría capacitado para dar atención de primer nivel también tiene la capacidad de referir a servicios de segundo o tercer nivel.

Esta administración comprendida del periodo 1988-1994 pretendió llegar a la población a través de los SILOS (Sistemas Locales de Salud) con estos se podría atender a las personas de acuerdo a su problemática de salud “Para la Secretaría de Salud un Silos correspondía a una jurisdicción sanitaria, cuyos límites, en la mayoría de los casos, se corresponderían con los de uno o varios municipios”³⁰.

Para la descentralización se desarrollo el programa de SILOS que tuvo como sustento las siguientes estrategias “la coordinación funcional del Sistema Nacional de Salud, el fortalecimiento de los sistemas locales de salud, la descentralización de los servicios de salud, la modernización administrativa, la coordinación intersectorial, la participación intersectorial y la participación de la comunidad”³¹

La creación de los SILOS permitió delegar los gastos y prioridades de salud a cada estado, por tal motivo se logro crear centros médicos “Cabe destacar que se les ha adjudicado la responsabilidad financiera y operativa, con lo cual se ha logrado la construcción de Centros Médicos Regionales y se ha extendido la Red de Laboratorios Regionales y Estatales”³²

²⁸ González Enrique Tiburcio. Ajuste Económico y política social en México. p 118.

²⁹ Ibid p105.

³⁰ Schteingart, Martha, Boltvinik. Julio. Pobreza, condiciones de vida y salud en la ciudad de México. p 220.

³¹ Ibid p 221.

³² Warman. Arturo. La política social en México. p 157.

Otra estrategia fue el modernizar el sistema de salud mediante la estimulación de las actividades destinadas a la creación de una cultura de prevención y el autocuidado de salud individual, familiar y colectiva además de fomentar y proteger la salud a través de instituciones de los tres ámbitos de gobierno con apoyo de instituciones educativas y asociaciones civiles comprometidas con el bienestar de la población.

“Se impulsará vigorosamente en la sociedad una cultura de prevención y el auto cuidado de la salud individual, familiar y colectiva; esto se hará a través de la educación para la salud y del desarrollo de acciones de fomento y protección, donde colaboren las empresas y los organismos empleadores, los centros de educación, los distintos niveles de gobierno, y las asociaciones sociales, profesionales y cívicas que comparten responsabilidades o interés en la protección de la salud”³³. Este fomento se dio mediante la vacunación con el objeto de prevenir enfermedades además de que se implementaron actividades destinadas al control de enfermedades respiratorias, parasitarias e infecciosas y crónicas degenerativas. También se fomento la prevención de accidentes esto con los programas ya existentes.

Finalmente estuvo la estrategia destinada a descentralizar y mejorar la coordinación de los servicios de salud, se busco fortalecer los servicios locales de salud. Se pretendió que se establecieran convenios y mecanismos para superar los problemas que se producen por la capacitación y el desarrollo del personal, las instalaciones y el mantenimiento, o la administración acertada de los recursos destinados a este sector salud.

Como resultado se amplía el programa de IMSS-SOLIDARIDAD de 1988 a 1990 aumentando las unidades médicas y el personal médico. En 1988 se contaba con 2 374 unidades médicas para 1990 eran 3 129 aumentado con esto 755 unidades, en lo que concierne al personal médico en 1988 eran 3003 y en 1990 ya eran 3 152 incremento 149 de los recursos humanos.

Entre lo creado en materia de prevención en 1988 se encuentra la creación del Programa Nacional de Control de infecciones respiratorias agudas IRAS, se iniciaron actividades enfocadas a la promoción del hospital amigo del niño y la mujer, además se crea el programa de Salud Empieza en Casa dirigido a las amas de casa con el fin de capacitarlas en materia de higiene y prevención de enfermedades.

³³ Plan Nacional de Desarrollo 1988-1994 p 106.

En su último informe del Dr. Carlos Salinas de Gortari, refiere que para ampliar la cobertura de servicios de salud se aplicaron vacunas a los menores de cinco años, mediante el Programa de Vacunación Universal, logrando así que se vacunaran al 93% de niños, con esta labor se pretendió llegar a la meta mundial de inmunización para el 2000; "Mediante el Programa de Vacunación Universal se lograron coberturas hasta de 93% en niños menores de 5 años"³⁴. En el 2003 se puede decir que gracias a estas vacunas se ha erradicado la poliomielitis con esto se logran "Trece años sin poliomielitis en el país"³⁵.

Además durante la administración del Dr. Carlos Salinas de Gortari se vio beneficiada la población que habita en zonas rurales, ya que se implementó el programa de cirugía extramuros, en el cual se realizaron "dos mil intervenciones quirúrgicas especializadas en zonas rurales"³⁶. En el programa Niños en solidaridad se apoyó con consultas médicas.

Para mejorar la calidad en las instalaciones de servicio médico en 1991 y 1992 se llevó a cabo el programa de Hospital Digno con el cual se remodelaron y dio mantenimiento a 100 hospitales, para 1993 habían sido beneficiadas las zonas de consulta externa y urgencias de 190 hospitales. Gracias a las vacunas impulsadas por el programa de PRONASOL "los menores de cinco años cuentan hoy día con esquemas completos de vacunación"³⁷. Por lo que respecta al programa de hospital digno dentro del programa de solidaridad, los nosocomios tanto de la Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE incrementaron su equipo médico, hubo remodelaciones en los servicios de consulta externa y urgencias.

Se iniciaron las semanas nacionales de salud en 1993 y se amplió la cobertura de servicios médicos. En lo que respecta al número de unidades se crearon 13 457 destinadas a brindar servicios de primer nivel, por otro lado las unidades de segundo y tercer nivel sumaron 741 unidades.

En el Plan Estatal de Desarrollo del Estado de Puebla 1987-1993. Del gobernador Lic. Mariano Piña Olaya, hace mención de la salud dentro de los sectores sociales, iniciando con el diagnóstico del plan define el concepto salud como el estado de bienestar físico y mental que permite obtener el desarrollo "La salud es vital para alcanzar

³⁴ VI Informe de Gobierno 1988-1994 p 40.

³⁵ Servicios de Salud del Estado de Puebla "Programa de la primera semana nacional de salud".

³⁶ 5 to informe 1989. Diario Oficial. p 47.

³⁷ Warman. Arturo. La política social en México. p 155.

el desarrollo. Salud significa, en su sentido más amplio el bienestar físico y mental de la sociedad³⁸. Por tal motivo la salud se considera como un derecho constitucional.

A pesar de que la salud es esencial para todos los estados, Puebla tuvo cifras mayores de defunciones que el resto de los estados del país “Así mientras en 1980 el Estado tenía una tasa de mortalidad de 9.3 por 1 000 habitantes, la del país fue de 6.5, de 1980 a 1984 la tasa estatal se redujo a 7.2³⁹ y las defunciones corresponden por lo regular a menores de un año, las causas generalmente son infecciones diarreicas y respiratorias.

Las vacunas contra la poliomielitis, difteria, tos ferina y tétanos permitieron disminuir el índice de enfermedades prevenibles en menores de edad “En cuanto a las enfermedades prevenibles por vacunación, estas presentan menores tasas de mortalidad⁴⁰. Por otro lado las enfermedades que han ido en aumento son las crónicas y degenerativas como son las del “corazón, diabetes, cáncer y cirrosis hepática⁴¹. Enfermedades que generalmente se presentan en personas adultas.

Para la atención de “infecciones respiratorias agudas: enteritis y diarreas: amibiasis; parasitosis; accidentes; hipertensión y parotiditis; varicela y diabetes⁴². Se dispone de los servicios médicos de primer nivel “La población abierta cuenta con 402 unidades de primer nivel⁴³ y los centros coordinados cuentan para los lugares más alejados con 559 casas de salud.

En cuanto a la infraestructura de servicios de salud en el estado. “Para la población abierta existen 323 camas⁴⁴. Por otro lado”En lo que corresponde al número de habitantes por médico, el promedio estatal es de 2 mil 68, aunque cabe destacar que existen 34 municipios donde no se tienen servicios médicos y en otros un médico atiende a toda la población⁴⁵. Estas cifras demuestran que continúan habiendo desigualdades en la distribución de servicios médicos y que existen lugares sin ningún servicio médico.

³⁸ Plan Estatal de Desarrollo 1987-1993 p 86.

³⁹ Ibidem p 86.

⁴⁰ Ibidem p 86.

⁴¹ Plan Estatal de Desarrollo 1987-1993 p 86.

⁴² Ibidem p 87.

⁴³ Plan Estatal de Desarrollo 1987-1993 p 88.

⁴⁴ Plan Estatal de Desarrollo 1987-1993 p 88.

⁴⁵ Ibidem p 89.

La descentralización de los servicios de salud es una estrategia del Programa Nacional de Salud, con esto se pretende vincular a las instituciones de salud pública, social, y privados con el fin de llegar a todos los habitantes y así proporcionar protección a la salud “La descentralización en salud es la estrategia del Programa Nacional de Salud para proporcionar la integración de sistemas estatales de salud que agrupen a las dependencias de los sectores público, social y privado, funcionando articuladamente bajo la normatividad de la Ley General de Salud, con el propósito de hacer realidad el derecho a la protección de la salud en nuestro Estado”⁴⁶.

El Plan Estatal 1987-1993 tuvo que vincularse con el Plan Nacional 1988-1994 en el cual se pretendía una reforma de descentralización en la que se quería que cada entidad federativa se hiciera responsable de sus servicios de salud con el fin de llegar a todos los lugares de cada estado y municipio.

Al final del periodo 1987-1993 quedan las siguientes cifras que demuestran que el servicio más demandado fue el IMSS-COPLAMAR, la institución con más médicos y unidades es la asistencia médica, así que existen más servicios médicos para la población abierta, esto no los demuestran las cifras del cuadro 4.

POBLACIÓN DERECHOHABIENTE Y USUARIA, RECURSOS HUMANOS Y UNIDADES MÉDICAS EN SERVICIO DE LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD SEGÚN RÉGIMEN E INSTITUCIÓN 1993

Cuadro 4

RÉGIMEN E INSTITUCIÓN	POBLACIÓN DERECHOHABIENTE	POBLACIÓN USUARIA	MÉDICOS	PARAMÉDICOS	UNIDADES
TOTAL	1 626 073	ND	4 564	7 320	757
Seguridad Social	1 626 073	1 047 490	2 633	4 254	144
IMSS	1 260 535	ND	1 800	3 053	52
Asistencia Social	NA	ND	1 931	3 066	613
IMSS-SOLIDARIDAD	NA	1 276 472	430	821	308
SSA	NA	941 787	975	1 510	284
INI	NA	29 750	9	12	1
HU-BUAP	NA	82 932	316	350	12
DIF	NA	ND	59	69	5
CRUZ ROJA	NA	ND	53	35	1

Cuadro 4. Fuente. Anuario Estadístico de Puebla Edición 1994. p 216.

⁴⁶ Ibidem p 89.

Dentro de esta administración del Lic. Mariano Piña Olaya la Secretaría de Salud inauguro hospitales generales el primero en octubre de 1992 en San Salvador el Seco contando con 18 camas censables y el segundo en el año de 1993 en Tehuacan con 120 camas censables.

El Lic. Guillermo Pacheco Pulido 1987-1990 en su tercer informe refiere que se realizaron 30 acciones encaminadas al mejoramiento de la salud como la vacunación a infantes y "Se revisaran 1 151 pacientes para la detección oportuna de cáncer cervico uterino y mamario, 2 606 para hipertensión arterial"⁴⁷. Con estas acciones básicamente preventivas se continúa ampliando la cobertura de servicios.

Dentro de lo que plantea el Programa de Reforma del Sector Salud en la administración del Dr. Ernesto Zedillo 1995-2000, en el apartado de cobertura insuficiente plantea una estrategia para los "10 millones de mexicanos sin acceso regular a servicios de salud"⁴⁸ esta consiste en la integración con el fin de que se anulen los trabajos fragmentados que solo provocan trabajos y gastos innecesarios, las personas no alcanzaban a identificarlos por tal motivo no se obtenía el éxito esperado, se pretendió que se realizara la descentralización pues así se ofertan los servicios que se demandan de acuerdo a la problemática del estado o municipio.

En los lineamientos de la reforma se pretende ampliar la cobertura a través de los servicios básicos, con el fin que se llegue a la población abierta que se caracteriza por tener un limitado ingreso que no le permite pagar por anticipado sus servicios de salud y a cambio debe asistir a las instituciones de la Secretaría de Salud e IMSS-SOLIDARIDAD.

Para 1995 la descentralización que consiste en delegar parte de la autoridad del gobierno federal a cada entidad federativa ya se había iniciado en las instituciones de salud destinadas a brindar servicios a la población abierta de "14 entidades federativas, así como los trabajos para descentralizar las 17 entidades federales restantes"⁴⁹. Esta descentralización fue más accesible con el apoyo y participación municipal, con programas orientados a difundir y apoyar la participación de la comunidad en actividades de salud, esto mediante el programa de Municipio Saludable.

⁴⁷ 3er informe de gobierno estatal p 24.

⁴⁸ "Programa de Reforma del Sector Salud" 1995-2000 p14.

⁴⁹ Ibid p 18.

La ampliación de cobertura se pretende hacer mediante el paquete básico el cual se define como “el mínimo de intervenciones de salud que debe otorgarse a toda la población en respuesta a necesidades prioritarias (factores de riesgo, lesiones y enfermedades). Se trata de intervenciones clínicas, de salud pública y de promoción de la salud factibles de instrumentar, de bajo costo y alto impacto,”⁵⁰ con estas acciones se quiere mejorar la salud de los habitantes, se mejoran las instalaciones como “centros de salud urbanos, centros de salud rurales dispersos y concentrados, casas de salud, posadas de nacimiento, comunidades, escuelas y hogares”⁵¹.

El Programa de Reforma del Sector Salud plantea programas prioritarios en materia de “salud pública, atención médica, fomento sanitario y sistemas de información, en lo que respecta a la salud pública se pretende realizar acciones de promoción a la salud, protección, prevención y control dirigidas al individuo, familia y sociedad en general con el fin de crear y fortalecer una cultura de salud. En lo que respecta a la atención médica se diseñan programas de ampliación de cobertura brindando y promoviendo el paquete básico a las personas que así lo requieran

En lo que respecta al Plan Nacional de Desarrollo del Dr. Ernesto Zedillo Ponce de León (1995-2000) en el capítulo correspondiente al desarrollo social en el apartado de salud concerniente al Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 al referirse que el motor que genera habilidades, capacidades y desarrollo es la salud, por tal motivo menciona una reforma que consiste en mejorar los servicios, infraestructura de las instituciones y estimular la participación del equipo multiprofesional de médicos, enfermeras, auxiliares de salud y personal de salud del Sistema Nacional de Salud, poniendo énfasis en ensanchar la cobertura de los servicios médicos “La reforma del sistema nacional de salud adquiere entonces un doble compromiso: mejorar la calidad de los servicios mediante la reestructuración de las instituciones, y ampliar la cobertura de los servicios , fortaleciendo su coordinación e impulsando su federalización”⁵².

⁵⁰ Programa de Reforma del Sector Salud” 1995-2000 p 73.

⁵¹ Ibid p 76.

⁵² Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 p 92.

Este Plan señala que los servicios médicos no han llegado a toda la población ya que las cifras muestran que en 1995 el número total de habitantes era de 91 158 290 a quienes les corresponden “15 525 unidades médicas.”⁵³

Hay aún personas que viven en lugares poco salubres e higiénicos, además de que existen enfermedades de la pobreza como el cólera e infecciones respiratorias agudas en los niños, hay enfermedades que surgen de acuerdo al ritmo de vida como son problemas mentales, tumores, adicciones, pero cabe señalar que si hubiera más de la prevención de accidentes automovilísticos y laborales se podían evitar, además se necesita orientar acerca de los beneficios que trae el tener prácticas sexuales seguras.

En el plan 1995-2000 se hace énfasis en el éxito de los programas preventivos como los de Vacunación Universal, Promoción y Fomento de la Salud, Salud Infantil y Escolar, Salud Reproductiva, Salud de la Población Adulta y Anciana

Existe un problema en el sistema de salud y es que funciona de manera segmentada, cada institución se rige por sus propias normas financieras y servicios, operando de manera centralizada, generando que aumente tiempo y mano de obra es por esto que “Esta operación segmentada y centralizada de los servicios públicos de salud reduce las posibilidades de dar respuesta ágil y efectiva a los problemas y necesidades locales, diluye la asignación de responsabilidades y resulta cada vez más costosa e inoperante”⁵⁴.

Ante esta desorganización se observó la necesidad de reestructurar el funcionamiento del sistema de salud para poder brindar a todos los usuarios un mejor servicio”Es urgente reformar nuestro sistema de salud con el propósito de mejorar el nivel de salud de la población, distribuir equitativamente los beneficios y la carga de los servicios, satisfacer a los usuarios y a los prestadores de servicios, y evitar dispendios”⁵⁵.

A diferencia del Plan Nacional de Desarrollo del Dr. Carlos Salinas de Gortari que buscaba llegar a las localidades por muy apartadas que estuvieran y en esta administración pretendía llegar a la población brindándole el paquete básico que consiste en la promoción, prevención y rehabilitación.

⁵³ Anuario de Estadísticas por entidad federativa, INEGI p 161.

⁵⁴ Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 p 93.

⁵⁵ Ibid p 93.

Esta administración 1995-2000 trabajo con el fin de que al mayor número de personas se les brindará los servicios del paquete básico. "En este gobierno se trabajara para alcanzar un sistema que incorpore a más población, que garantice un paquete básico de servicios de salud para todos los mexicanos"⁵⁶

Para lograr que los servicios se brinden de acuerdo a las necesidades de la población se continúa con el deseo de descentralizar los servicios de atención a la población no asegurada, la descentralización consistió en delegar a los estados y D.F las acciones y responsabilidades por tal motivo "serán transferidos a los gobiernos estatales los servicios de la Secretaría de Salud y el IMSS-Solidaridad junto con los recursos y apoyos técnicos, operativos y organizativos necesarios para su operación.

Esto facilitará llevar a todos los estados y municipios los servicios de salud. Los municipios tienen una parte muy importante ya que para obtener comunidades saludables es importante satisfacer las necesidades básicas por tal motivo el "Programa Municipio Saludable alentará la participación de los ayuntamientos en acciones tales como: instalación de agua potable, construcción de letrinas, alcantarillado, recolección de basura, control de la fauna nociva y manejo adecuado de desechos residuales"⁵⁷. Como ejemplo del acercamiento de servicios de primer nivel de salud a la población, tenemos que en el municipio de Puebla en 1995 se creó el programa de casas de salud. Instalando primero en 1995 quince casas de salud, en 1996 diecinueve, en 1997 veintiséis, 1998 cincuenta y uno haciendo un total de ciento once casas de salud.

Durante esta administración en el sexto informe se reporta que aumentó el número de unidades médicas, este incremento fue de 4 mil unidades médicas. Refiere que la cobertura de servicios básicos médicos impartidos a través de Centros de Salud y Brigadas Móviles de atención aumenta a un 99 por ciento. Existían en el año 2000 un total de 97 483 412 habitantes de Estados Unidos Mexicanos de los cuales la población abierta correspondió a 55 555 788 habitantes.

El gobierno federal del Dr. Ernesto Zedillo Ponce de León, enfoca sus actividades en continuar desarrollando el sistema de salud, así que se quiso unir esfuerzos y prevenir las enfermedades. Por lo que concierne al Programa Nacional de la mujer 1995-2000 se pretende llegar con la prevención mediante la detección de cáncer cervicouterino el cual es una de las principales causas de muerte entre las mujeres.

⁵⁶ Idid p 94.

⁵⁷ Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 p 95.

La planificación familiar amplió la cobertura de servicios y difusión de los métodos anticonceptivos reduciendo así el número de hijos por familia “La tasa global de fecundidad pasó de 6.8 hijos promedio por mujer a finales de la década de los sesenta a 3.0 hijos en 1994”.⁵⁸

Para lograr este desarrollo se diseñaran los ejes de la política de salud, el primero es el nivel de bienestar que al igual que el segundo de equidad en los programas y la igualdad en las oportunidades se busca que en todos los lugares sin excepción puedan tener acceso a los programas sociales como los de salud (planificación familiar, detección de enfermedades) aprovechando algún espacio destinado a la sociedad o recursos de cada población para satisfacer sus variadas necesidades.

La mujer padece enfermedades e incluso llega a perder la vida por padecimientos que pudo prevenir. Ha disminuido el riesgo de mortandad en mujeres embarazadas ya que se presta atención al 85.3 por ciento antes y durante el parto “Entre 1987 y 1994, la proporción de mujeres que recibió atención médica durante el embarazo se elevó de 63.3 a 85.3 por ciento”⁵⁹. Se fortalece la prevención de tumores mamarios y cervicouterinos. Entre las enfermedades a las que está expuesta la mujer se encuentran las de transmisión sexual misma que se tratan de abatir por medio de pláticas, orientaciones y medios masivos.

Entre los retos del gobierno del Dr. Ernesto Zedillo Ponce de León esta el invertir en capital humano por la importancia que tiene la salud y educación porque si se logran personas saludables y con educación se llegará a mejorar los niveles de vida, es por esto que la salud se debe plantear como un objetivo social e integrar a las instituciones, organizaciones y grupos para generar personas saludables a través de la promoción y prevención de enfermedades.

Para lograr lo antes planteado se ve la necesidad de democratizar la atención a la misma “Esta democratización supone aplicar las normas y los procedimientos de la ciudadanía a instituciones que estaban regidas por otros principios, como el control coactivo, la tradición social, el juicio de los especialistas o las prácticas administrativas”⁶⁰

⁵⁸ Programa Nacional de la Mujer 1995-2000. p 21.

⁵⁹ Ibidem p 22.

⁶⁰ Programa Nacional de la Mujer 1995-2000. p 53.

La salud debe estar dispuesta para todos y no comercializar con ella o que este disponible a los que puedan pagar por ella "Este principio indica que los servicios de salud no deben ser considerados una mercancía, un objeto de calidad o un privilegio, sino un derecho social"⁶¹

En el Plan Estatal de Desarrollo 1993-1999 el Lic. Manuel Bartlett Díaz, plantea el Mejoramiento de las condiciones de vida, haciendo referencia a la salud y asistencia social, con hincapié en el problema de salud que existe en Puebla donde continúan existiendo muertes de recién nacidos y niños a causa de infecciones gastrointestinales y respiratorias originadas por la mínima capacidad de atención de los servicios de salud. Este problema se complica con la alta tasa de crecimiento de la población "Entre las principales causas de muertes destacan las infecciones gastrointestinales y respiratorias. El problema se ve agravado por alta tasa de crecimiento de la población en el Estado, sobre todo en el medio rural, y el creciente déficit en la capacidad de atención de los servicios de salud, concentrados en la zona metropolitana de Puebla"⁶²

Las defunciones en Puebla en el periodo 1981-1990 sitúa la esperanza de vida de los poblanos en 66.4 años y en otros estados de la República es de 70 años o más."Mientras la esperanza de vida en la mayoría de los estados de la República es superior a los 70 años, en Puebla es de sólo 66.4 años, situando al Estado como el penúltimo en el país"⁶³. Esto refleja que la salud de los poblanos no era la óptima, motivo que les impedía llegar al promedio de la esperanza de vida de los habitantes del resto de la república.

Ante esta situación se señala el siguiente objetivo; Ampliar la cobertura de calidad Y prevenir enfermedades especialmente en zonas marginadas mediante la participación del gobierno, instituciones y comunidad "Es necesario mejorar la calidad y cobertura de los servicios de salud, especialmente en las zonas marginadas, con énfasis en las actividades de prevención de enfermedades. Se buscará la vinculación de las acciones de salud con las de otros sectores, al igual que la participación de la comunidad en la atención primaria, ya que es evidente que la salud es un compromiso de la sociedad en su conjunto"⁶⁴

Dentro de las líneas de acción como ya se planteo en el Plan Nacional (1995-2000) se planteo buscar una descentralización y aumento de cobertura, con esta se da el seguimiento a lo establecido en el Plan Nacional con

⁶¹ Ibidem p 53.

⁶² Plan Estatal de Desarrollo 1993-1999 p 126.

⁶³ Ibidem p 126.

⁶⁴ Ibidem p 127.

el que se pretende llegar a todos los municipios. "Impulsar el programa federal de descentralización, reforzando el esquema administrativo de grupos de municipios aledaños similares entre sí que concreten acuerdos intermunicipales con el fin de garantizar los servicios y atención que en este rubro debería disfrutar toda la población del Estado".⁶⁵ Este se pretende lograr mediante la ampliación de cobertura de servicios generando programas de acuerdo a las necesidades de la comunidad. Para extender la cobertura se crean las casas de salud en 1995.

La utilización de los recursos se deben emplear adecuadamente y hacerlos eficientes para beneficiar a los habitantes de la comunidad esto se lograra mediante "Rehabilitar y desarrollar la infraestructura de casas de salud, clínicas y hospitales, dotándolos del equipo adecuado, bajo el criterio de obtener el mayor beneficio social"⁶⁶

En lo que concierne a la prevención de enfermedades se pretendía que ningún niño se quede sin vacunas. Pero esto no se puede lograr sin la participación de la sociedad así que hay que difundir la importancia de recurrir a solicitar servicios de atención básica "Implantar un programa de prevención y control de las enfermedades gastrointestinales de origen infeccioso, intensificando simultáneamente el control sanitario de alimentos"⁶⁷

Además se quería impulsar la participación de la inversión privada con el fin de mejorar la infraestructura de los hospitales y servicios de salud en general. "Se promoverá la participación de la iniciativa privada en inversión para infraestructura y servicios de salud tradicionales, en proyectos específicos de salud y asistencia social"⁶⁸

En lo que respecta a los resultados, el quinto informe del Lic. Manuel Bartlett Díaz reporta que en el periodo 1993-1997 se unen el gobierno federal y estatal en un solo Sistema Estatal invirtiendo un total de 16 mil 700 millones de pesos "De 1993 a 1997 integrados los servicios federales y estatales de salud en un solo Sistema Estatal. El sector invirtió 16 mil 700 millones de pesos a precios de 1997. Además de haber unificado los servicios, se han coordinado las instituciones públicas y privadas"⁶⁹.

⁶⁵ Ibid p 128.

⁶⁶ Ibid p 129

⁶⁷ Ibid p 130.

⁶⁸ Ibid p 130.

⁶⁹ Ibid p 55.

En lo que concierne a las casas de salud se designa parte del gasto social federal y del Estado para la compra de 18 medicamentos para 1998 el número de casas de salud era de 2 mil 347 “Las casas de salud materializan en las comunidades, con sus aportaciones y gestión, el servicio de medicina preventiva y de primer contacto, con el apoyo del estado y federación. Hoy 2 mil 347 casas de salud”⁷⁰. Con el fin de consolidar la descentralización. Cabe mencionar que las casas de salud instaladas en el municipio de Puebla no cuentan con el mismo impacto que en el resto de los municipios, debido a que no tienen la promoción suficiente por tal motivo la población desconoce este servicio y no acude a solicitarlo. Esta causa de acuerdo al diagnóstico que realiza la jurisdicción sanitaria número seis puede ser la “falta de personal para supervisar casas de salud, renuncia continua de auxiliares de salud, debido a cambios de Presidentes locales, así como la falta de apoyo de los mismos, falta de papelería, de formatos oficiales ya que no se ha dotado, falta de apoyo por parte de Mantenimiento, ya que se giran oficios para cambios de antena, de ubicación, de domicilio”⁷¹

Para esta fecha los servicios médicos con los que contaba el Estado eran los siguientes “843 unidades médicas de consulta externa, 33 hospitales generales y 7 hospitales de especialidades”⁷², estos servicios médicos destinados a atender al 97 por ciento de la población. Entre los hospitales inaugurados estuvieron los siguientes.

Cuadro 5

HOSPITALES CREADOS DE 1993 A 1999 EN PUEBLA

MUNICIPIO	TIPO DE UNIDAD	NIVEL DE ATENCIÓN	NÚM DE CAMAS CENSABLES
Zacatlan	Hospital General	2º nivel	30
Puebla	Hospital General	2º nivel	180
Acatlan de Osorio	Hospital General	2º nivel	45
Tetela de Ocampo	Hospital Integral	1º nivel	12
Guadalupe Victoria	Hospital Integral	1º nivel	12

5to Informe de Gobierno Participativo de Puebla 1998. pág 56.

⁷⁰ Ibid p 56.

⁷¹ Diagnóstico situacional de casas de salud.

⁷² 5to informe de Gobierno Participativo de Puebla. 1998 p 56.

En el Plan Municipal de Desarrollo 1999-2002 que correspondió al periodo del Lic. Mario Marín Torres, dentro del apartado de servicios públicos de calidad de vida se plantea que la salud y asistencia social es trabajo del gobierno municipal, debido a que la salud es elemental para elevar el nivel de vida de la ciudadanía es preciso elaborar políticas que cubran las necesidades y así se logre un bienestar económico, político y social.

Dentro del diagnóstico se señala que las muertes más frecuentes están entre la población menor de 5 años ya que aun sigue muriendo de diarrea y enfermedades respiratorias, hubo enfermedades que se pudieron prevenir por medio de las vacunas y las que aumentaron de manera moderada fueron las enfermedades de transmisión sexual. "Las enfermedades infecciosas y parasitarias como las diarreicas presentan descensos considerables en niños menores de 5 años. En el rubro de las inmunizaciones los casos de enfermedades prevenibles por vacunación se redujeron considerablemente; la incidencia de las enfermedades respiratorias agudas se han incrementado en todas las edades siendo más frecuentes y severas en los niños menores de 5 años y con respecto a las enfermedades por transmisión sexual se presentaron ligeros incrementos en el periodo 1990-1997."⁷³

La mortandad infantil en 1988 alcanzo una tasa de 24.26 defunciones y en 1990 subió a 36.9, cuando la tasa nacional era de 14.26 defunciones infantiles.

Para abatir estos problemas el trabajo se enfoca a la medicina preventiva con la cual se pretende bajar el índice de mortandad infantil y de controlar el desarrollo y nutrición del menor "Disminuir los niveles de mortalidad materna e infantil, a través de la medicina preventiva; además de vigilar el nivel nutricional, de crecimiento y desarrollo de la población menor de un año y hasta los 19 años en lo que respecta a los servicios de salud"⁷⁴

Con esto nos damos cuenta que la medicina preventiva puede preservar la salud y evitar muertes de niños y adultos, además de educar a la población para cuidar y conservar su salud a través del autocuidado, en caso de tener una enfermedad crónica o degenerativa se puede aprender a vivir con ella y controlarla "Prevenir y detectar a tiempo, así como tratar en forma adecuada las enfermedades crónico degenerativas, que afectaran a futuro a la población"⁷⁵

⁷³ Plan Municipal de Desarrollo 1999-2002 p 50.

⁷⁴ Ibid p 52.

⁷⁵ Ibidem p 52.

Las acciones deben estar vinculadas con lo que se propone en el Plan Nacional y Estatal así que las estrategias y líneas de acción están enfocadas a ampliar la cobertura de servicios médicos así como mejorar la calidad en lo que respecta a los servicios básicos y dar prioridad a la salud de las personas de bajos recursos económicos. “El Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 señala entre otras estrategias fundamentales; el ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios básicos; privilegiar la atención a la población con mayor desventaja económica y social e impulsar una política integral de desarrollo social”⁷⁶.

En el informe del Lic. Mario Marín se reporta que para llegar a la población a partir del 16 de febrero del 2001 se implementaron unidades de atención médica, las cuales acudían a juntas auxiliares que atendieron a más de “96 mil ciudadanos que requirieron asistencia médica”⁷⁷

En lo que respecta a los servicios del DIF municipal del periodo 1999-2002 realizo jornadas médico-asistenciales para acercar hasta las colonias beneficios para toda la familia estos consistían en corte de cabello, canasta básica a bajo costo, otorgaban también asistencia médica, jurídica, dental, psicológica y campañas de vacunación, además de los servicios médicos que brinda en sus instalaciones el DIF municipal avenida Cue Merlo 201 San Baltazar Campeche. Por otra parte los servicios de salud también se acercaron a través del programa de asistencia alimentaría a población indigente y de escasos recursos, la atención a la salud se brindo a las personas que asistían al comedor este servicio era de primer nivel pero si lo requerían eran referidos a servicios de segundo y tercer nivel.

En el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, del presidente Vicente Fox, se establece que la base del desarrollo esta en la salud de los mexicanos “La salud ha sido uno de los pilares en el desarrollo de México”⁷⁸

Para tener salud es esencial la participación de las instituciones de salud quienes se encargan de la investigación, educación, organización administrativa y financiera “Las instituciones de salud han sido fundamentales en el desarrollo de México en muy diversos campos, como la investigación, la educación y la organización administrativa y financiera”⁷⁹. Con esta unión de esfuerzos se ha logrado disminuir los índices de

⁷⁶ Plan Municipal de Desarrollo 1999-2002 p 52.

⁷⁷ Segundo informe municipal Lic.Mario Marin. p 71.

⁷⁸ Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006 p 49.

⁷⁹ Ibid p 49.

mortalidad infantil. Existen grupos de personas que requieren de servicios médicos y medicamentos que les permita mejorar su estado de salud que como antes se menciona les permitirá conseguir el desarrollo.

Para que se cristalice la democratización hace falta contar con un sistema de salud que atienda a la gente sin que el costo condicione la calidad de los servicios, además de que se pueden expresar inconformidades y pueda participar la ciudadanía en la toma de decisiones de este sistema ante esta se compromete el gobierno de Vicente Fox 2000-2006 a plantear cuatro objetivos que consisten en "Elevar el nivel de salud de la población y reducir las desigualdades, Garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, ofrecer protección financiera en materia de salud a todos los mexicanos, apoyando de manera prioritaria el financiamiento público, Fortalecer el sistema de salud"⁸⁰. En este Plan Nacional 2000-2006 se expresa que a comparación del anterior este inicia con 11 646 unidades médicas, para 1998 se crearon 1 699 dando un total de 13 345.

En el programa Nacional de Salud 2001-2006 para disminuir los problemas de salud que afectan a los pobres especialmente mujeres en edad reproductiva y menores de dos años. Aplica el programa de Arranque Parejo a la Vida el que ofrece atención de primer nivel como estrategia en cuatro estados pobres, Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Puebla.

El programa esta dirigido a la salud y nutrición de los pueblos indígenas ya que para el año 2000 el total de la población era de 97 483 412 de los cuales la población no derechohabiente es de 55 555 788 según datos del INEGI esto quiere decir que más del cincuenta por ciento de la población acude a servicios que brinda la SSA. Para los problemas del rezago es necesario garantizar el acceso efectivo de la población de alta marginación tanto rural como urbana a servicios básicos de salud mediante la focalización de ciertos programas (PROGRESA. Arranque Parejo en la Vida. Programa de Salud)" en las comunidades y grupos poblacionales más vulnerables.

El programa de Arranque Parejo en la Vida tiene como visión que la población tenga acceso igualitario a los servicios de salud. Tiene como compromiso dar acceso a la salud por medio de vacunas en menores de dos años. Se desconoce si se aplica en el municipio ya que esta destinado a grupos indígenas.

⁸⁰ Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006 p 54.

Con la reforma a la Ley General de Salud que se aprobó en este gobierno, las personas que no contaban con seguridad social, tiene la alternativa de asegurarse y tener acceso a servicios médicos y medicina. La meta consiste en que 20 millones de personas cuenten con un Seguro Popular en el 2006.

En el Plan Estatal de Desarrollo 1999-2005 el Lic. Melquíades Morales coincide en que la salud es primordial para lograr el desarrollo individual y por esto que se debe velar por el cuidado y promoción de la salud que debería estar a cargo de todos, este plan aumentara esfuerzos para crear una cultura de la salud "por lo que se han enfatizado las acciones referentes a favorecer la adquisición de una cultura de la salud"⁸¹.

Se ha trabajado en esta administración para ampliar a la totalidad de la población la cobertura de servicios, se incrementan las actividades que tienen que ver con la salud pública, pero para que estos servicios se presten de manera correcta se promueve una cultura de calidad orientada al personal que presta estos servicios, pero no a todos llega el servicio es por esto que se busca tener un Sistema Estatal de Salud que pueda atender a toda la población, ocupándose de sus necesidades de salud, que sea un servicio de calidad y que presente eficacia en sus servicios"Se han encaminado los esfuerzos para lograr la cobertura total de los servicios y se han fortalecido las acciones referentes a la salud pública y a la promoción de una cultura de la calidad entre los prestadores de los servicios"⁸²

Entre los objetivos que se plantean esta el fomentar una cultura de salud esto quiere decir que se fomente el cuidado de la salud iniciando en el hogar, así como cubrir a toda la población poblana de servicios de primer y segundo nivel, que el personal que colabore en estas instituciones de salud preste servicios de una forma eficaz, eficiente y de calidad para esto hace falta dotar de recursos necesarios destinados a la salud de los poblanos.

La prevención de enfermedades y accidentes se le comisiono a la Secretaría de Salud para poder llegar a todos los lugares y así reducir las enfermedades de las diferentes regiones se plantea como un

⁸¹ Plan Estatal de Desarrollo 1999-2005. p 44.

⁸² Plan Estatal de Desarrollo 1999-2005. p 44.

objetivo “Impulsar las acciones de salud pública que permitan prevenir la presencia de las enfermedades y accidentes, coadyuvar en la regulación del crecimiento demográfico y reducir las desigualdades en el panorama epidemiológico de las regiones de la entidad”⁸³.

Las acciones prioritarias contemplan fortalecer la educación en la salud es decir que la población por medio del acceso a servicios básicos pueda procurar su salud ya que así conseguirá el desarrollo económico e integral del estado. Impulsar las acciones de la salud pública con el fin de contribuir a eliminar los rezagos que aun afecta a los pobres, para esto se requiere enfrentar los problemas más urgentes.

Además se pretende invertir en estudios enfocados a la salud, así como procurar los recursos económicos, a través de una adecuada administración, pero no se podría avanzar en el sector salud sin la participación ciudadana. Para llegar a todos el gobierno estatal realizo campañas de salud que llegaron a todos los lugares brindando servicios de primer nivel y con la capacidad de referir a servicios que se requieran, en el año 2002 se implemento una forma de llegar a la gente con servicios de salud y esto fue por medio de las unidades móviles de desarrollo de servicios básicos.

En el informe de actividades estatales del 2001 se indica que realizaron actividades enfocadas a la salud y se estableció un programa de prevención a través de la educación en menores “El Sistema Nacional DIF y el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia en coordinación con el Sistema Estatal para la Infancia y Adolescencia, implementaron en el 2001 el Programa “Club de la Salud” siendo su objetivo fomentar en los niños de 3 a 6 años de edad una cultura de higiene y salud por medio del juego” este programa es interesante ya que la cultura de la salud se logra a través de los niños y este aprendizaje lo adquieren de una manera dinámica.

⁸³ Ibidem. p. 44.

Entre los hospitales inaugurados están los siguientes:

Cuadro 6

HOSPITALES CREADOS DE 1999 A 2001

MUNICIPIO	TIPO DE NIVEL	NIVEL DE ATENCIÓN	NÚMERO DE CAMAS CENSABLES
Pahuatlan de valle	Hospital Integral	1º nivel	12
Ahuacatlan	Hospital Integral	1º nivel	12
Oyotoxco de Guerrero	Hospital Integral	1º nivel	14
Ciudad de Cuetzalan	Hospital Integral	1º nivel	18
Huehuetla	Hospital Integral	1º nivel	14
Tulcingo de valle	Hospital Integral	1º nivel	12
Cuacnopalan	Hospital Integral	1º nivel	15
Coxcatlan	Hospital Integral	1º nivel	13
Zoquitlan	Hospital Integral	1º nivel	12

Datos proporcionados por la Secretaría de Salud del Estado.

Después de haber analizado las administraciones de los gobernadores cabe mencionar que las actividades estuvieron enfocadas a la salud nunca perdieron la meta que se tenía que alcanzar, salud para todos en el año 2000 es por esto que "Puebla cumplió con excelente puntuación al ocupar el tercer lugar nacional en materia de certificación de la cobertura por parte de la Organización Panamericana de la Salud"⁸⁴

En lo que respecta al Plan de Desarrollo Municipal 2002-2005 él arquitecto Luís Paredes dentro de los objetivos de la Secretaría de Desarrollo Humano incluye el programa para fomentar los hábitos de higiene y salud,"Programas para inculcar hábitos de higiene y salud, los valores de los símbolos patrios, la preservación del medio ambiente"⁸⁵.

⁸⁴ Aarún Ramé Jesús Lorenzo. Puebla, hacia la calidad en salud. p 204.

⁸⁵ Plan de Desarrollo Municipal 2002-2005.p 30 (nota este material sólo fue de consulta aun no esta publicado).

El DIF municipal además de sus campañas que brindan servicios médicos de primer nivel en sus instalaciones de avenida Cue Merlo número 201 existen servicios médicos de consulta externa de lunes a viernes de 8 de la mañana a 8 de la noche y sábados de 9 de la mañana a 2 de la tarde con un costo de \$30.00. Además de consultas dentales y psicológicas. Por parte del DIF municipal se funda la Casa de la Mujer ubicada en la 6 norte número 1 201 donde se brinda servicio de médico general.

CAPÍTULO 3

TRABAJO SOCIAL Y EL FUNCIONAMIENTO DE LA CASA DE SALUD DE LA SEGUNDA SECCIÓN DE BOSQUES DE SAN SEBASTIAN.

3. TRABAJO SOCIAL Y EL FUNCIONAMIENTO DE LA CASA DE SALUD DE BOSQUES DE SAN SEBASTIAN SEGUNDA SECCIÓN

En el presente capítulo se dará una explicación acerca de la población abierta además de las acciones que se han emprendido a nivel mundial para brindarles servicio de salud a esta población, dentro de las alternativas para llegar a toda la población se encuentra la creación de las casas de salud por tal motivo se dará una breve exposición acerca del funcionamiento de estas, además de la importancia del prevenir enfermedades y promocional la salud.

3.1 POBLACIÓN ABIERTA Y SERVICIOS DE SALUD

Para introducirnos en el tema es conveniente mostrar las siguientes cifras que de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística Geografía e informática (INEGI) para el año 2000 en los Estados Unidos Mexicanos la población total era de 97 483 412, de los cuales 55 555 788 habitantes no son derechohabientes. En el estado de Puebla el total de la población era de 5 076 686 habitantes donde 3 627 261 no son derechohabientes, en lo que corresponde al municipio el total de la población era de 1 346 916 habitantes de los cuales 635 531 no son derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad Social al Servicio de Trabajadores del Estado (ISSSTE), Servicios de salud de Petróleos Mexicanos, y la Secretaría de Defensa Nacional.

Los países miembros a la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre ellos México buscaron alguna alternativa para brindar los servicios a todas las personas, en 1978 en Alma Ata URSS es cuando se acuerda otorgar servicios médicos a todas las personas y se comprometen a garantizar, Salud para todos en el año 2000", como fue planteado en Alma-Ata en 1978"¹ y estos servicios serían de primer nivel. Con la reforma de la atención médica ya no se espera la enfermedad para ser curada, ahora se promocionaría la salud y esto se conseguirá cuidándola con el apoyo de un equipo multiprofesional y con la colaboración de la comunidad, esta reforma se plasma en el cuadro 7.

REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD

¹ Aarún Ramé Jesús Lorenzo "Puebla hacia la calidad en salud" p 62.

Cuadro 7

Antes del Convenio de Alma Ata 1978

Después de 1978

ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA. En esta es necesaria la presencia de un médico para brindar atención primaria	ATENCIÓN PRIMARIA SALUD. Esta atención la puede brindar un auxiliar médico y no esta antepuesta la enfermedad.
OBJETIVOS	OBJETIVOS
Curación. En esta acción es necesaria la presencia de un médico para atender una enfermedad específica.	Atención integral. Se busca que los individuos se realicen chequeos completos y cuiden su salud.
PRESTACIONES	PRESTACIONES
Tratamiento. Este se brinda por parte de un profesional a un individuo con una molestia en especial	Promoción de la salud. Esta se va a dar para prevenir la llegada de alguna enfermedad.
Atención episódica. Esta atención se brinda solo cuando existe algún padecimiento.	Atención continúa. Se pretende que las personas cuiden su salud constantemente.
ORGANIZACIÓN	ORGANIZACIÓN
Médicos. Una vez establecida la enfermedad el médico buscara el alivio.	Multiprofesiones. Se busca que integre un grupo de profesionales destinados a promocionar la salud y a prevenir enfermedades.
Práctica individual. Solo actúa el médico.	Equipo. Se unen varios profesionales para cuidar la salud de una comunidad.
RESPONSABILIDAD	RESPONSABILIDAD
Sector salud. Solo participa el grupo destinado a la salud.	Colaboración intersectorial. Se busca que para que se unan varios sectores como el de educación para apoyar a la tarea de vigilar la salud.
Hegemonía profesional. Solo intervienen profesionales.	Participación comunitaria. Además del sector salud participa la comunidad practicando las medidas de salud que proporciona el personal profesional.
Individuo: Objeto pasivo. Esto quiere decir que las personas no se preocupan por cuidar su salud.	Autorresponsabilidad. Se pretende sensibilizar acerca del la importancia de cuidar la salud y después de este proceso no esperar que algún profesional este impulsándote constantemente para conservar la salud.

Cuadro 7 ALEMÁN BRACHO CARMEN. POLÍTICA SOCIAL. MCGRAW-HILL. PÁG 216.

En 1980 después del compromiso por otorgar salud a todos los ciudadanos, los gobiernos federales pusieron énfasis en hacer efectivo lo que se plantea en el artículo cuatro “Con la operación de dicho sistema se pretende dar cumplimiento al “derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos”, establecido en la reforma del artículo 4 constitucional.”²

Para hacer frente al desafío de “Salud para todos en el año 2000” y Atención Primaria de Salud en América se plantea trabajar en coordinación con otros sectores lo cual provocaría que el costo de este programa disminuyera, ya que desde su inicio se contó con presupuesto reducido para tal acción “Por que los presupuestos para la salud son reducidos, se hace más necesario que nunca que los problemas de salud prevalentes en las Américas se aborden con un enfoque multisectorial”³

Con la meta de salud para todos en el año 2000 se pretendía que toda la población tuviera acceso a los tres niveles de atención, esto se haría aprovechando los recursos de salud con los que se contaba. Para 1984 entra en vigor la Ley General de Salud la cual contendría la forma en la cual llegarían los servicios de salud a la población abierta “en 1984 entró en vigor la Ley General de Salud, fundamentándose con estos dos hechos la prestación igualitaria de los servicios de salud”⁴

Para consolidar la descentralización se crea el Modelo de Atención a la Salud para la Población abierta donde se establece la forma de organización y cobertura de servicios además de que plantea que se brindara atención de primer nivel a la población abierta.

El Programa Nacional de Salud contempla las estrategias a seguir, este de aplicación sectorial “con el objeto de establecer los diversos criterios, estrategias y procedimientos que el sistema requiere para su operación, e instrumentó el “Programa Nacional de Salud” que es de aplicación sectorial y que contempla como estrategias las siguientes⁵”.

Las estrategias consisten en sectorizar que se traduce en la integración organizada de instituciones dedicadas a la salud, esta organización es con la finalidad de trabajar de manera conjunta en cuanto a los

² Ibid p 48.

³ Revista Internamericana VISIÓN 26 de julio 1982 p 45.

⁴ Programa Operativo Anual de Casas de Salud

⁵ Hernández Martínez Enrique. La introducción a la Salud Pública. p 48.

programas, esto con el objeto de hacer eficaz y eficiente la prestación de servicios, cada gobierno estatal y municipal se hiciera cargo de la salud de sus habitantes.

Modernización Administrativa: En la cual se quería que fuera más sencilla la administración sanitaria con el fin de corregir los desequilibrios en la organización que existió y así colaborar a que se consolidara el Sistema Nacional de Salud.

Participación Comunitaria: En esta estrategia se tiene que estimular la participación de la comunidad, siguiendo las recomendaciones que tienen como fin mejorar la salud.

Coordinación Intersectorial: Se pretende que las acciones del sector salud se coordinen con las actividades de otros con el fin de mejorar la calidad del servicio que presta el sector salud.

El Modelo de atención a la salud para la población abierta tiene como características la universalidad que consiste en brindar servicios de salud a toda la comunidad pero hacer hincapié en las personas menos favorecidas, a estas personas se les brindan servicios para mejorar su salud a través de acciones dirigidas a la comunidad y medio ambiente. Así se lograría la integración de servicios, tendría que ser accesible situándose en un lugar clave para la comunidad y a donde todos tengan acceso por su ubicación otra característica es la gratuidad que el Estado asume, el otorga servicios de manera gratuita a través de unidades rurales al igual que en unidades de segundo y tercer nivel con el requisito de que sean referidos del primer nivel, este exento de pago se hace a cambio de trabajo en beneficio de su colonia.

Con la eficiencia se pretende aprovechar los recursos de la comunidad y brindar servicios de acuerdo a su problemática de salud con esto mejoraría la calidad y se brindarían los servicios necesarios y se reducirá el costo.

Para cada población existen servicios de salud, para la población rural y con habitantes situados de manera dispersa existen Centros de Salud rural para población dispersa, Centros de Salud para la población concentrada y Centros de Salud urbanos "A la comunidad que cuenta con el área física de una unidad auxiliar de salud (UAS), un centro de salud para la población dispersa (CSR), un centro de salud para población concentrada (CSU), en donde el equipo de salud de cada unidad sea el responsable de la salud de su población"⁶

⁶ Ibidem p 53.

3.2 CASAS DE SALUD

En el mandato del Presidente Luis Echeverría 1973 se realizó un Plan Nacional de Salud en el cual estableció ampliar la cobertura de servicios médicos y se empieza a considerar que comiencen a prestar sus servicios las casas de salud, estas fueron creadas ante la demanda de salud.

En 1995 con el presidente municipal de Puebla Lic. Rafael Cañedo Benitez se comenzó a capacitar en el Hospital General de Puebla a los auxiliares de salud, en este año se crearon 15 casas de salud. En 1996 se crearon 19 casas de salud, en 1997 se crearon 26 y por ultimo 51 todos los auxiliares de salud fueron previamente capacitados, las casa de salud del municipio de Puebla pertenecen a la jurisdicción sanitaria número seis.

Los auxiliares de salud deben prestar sus servicios cuatro horas diarias de lunes a viernes y son elegidos de acuerdo a la disponibilidad de tiempo de los auxiliares de salud.

La instalación de las casa de salud en las comunidades se rigen por reglamentos legales así que están sustentadas jurídicamente en la "Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (D.O.5 de febrero de 1917), Reforma de los 4º y 115 (D.O., 3 febrero de 1983), Ley Orgánica de la Administración Publica Federal, artículos 19 y 39 (D.O., 29 de diciembre de 1982), Ley General de Salud capítulo Tercero, Capitulo IV artículo 59 (D.O., 7 de febrero de 1985), Reglamento Interior de la Secretaria de Salud, artículo 27, fracciones II (D.O., 19 de agosto de 1985), Decreto por el Ejecutivo Federal establece las basas para el Programa de Descentralización (D.O., 30 de agosto de 1983), Decreto por el que ordena la Descentralización de los Servicios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y los denominados "IMSS-COPLAMAR", y su integración Orgánica a un sistema estatal (D.O.8 de marzo de 1984)"⁷

La casa de salud tiene como función esencial la promoción y orientación de medidas preventivas, así como planificación familiar, referencia de pacientes, saneamiento básico y consultas utilizando solo dieciocho claves de medicamentos del botiquín básico estas son las siguientes: acido acetilsalicilico, acetominofen tabletas, acetominofen suspensión, pasta lassar, benzoato de bencilo emulsión, albendazol tabletas, albendazol solución, fumarato ferroso tabletas, dextrometofan jarabe, clorafenicol oftal, clorfeniramina tabletas, clorfeniramina jarabe, electrolitos orales, vitamina a solución, lindano shampoo, miconazol crema, yodoclorhidroxiquinoleina crema.

⁷ Ibid.s/n de páginas

Al auxiliar de salud se le proporciona el material y medicamento antes mencionado para que de acuerdo se desarrollen las actividades de las “Casas de Salud cuya función se basa en la promoción y orientación sobre programas preventivos, de planificación familiar, referencia de pacientes, saneamiento básico, consulta elemental con un botiquín básico, y participación en la vigilancia epidemiológica”⁸.

Como objetivo general se tiene el conocer el lugar donde se ubica la casa de salud, la problemática que se obtiene de acuerdo al diagnóstico para poder dar alternativas de solución de acuerdo a los recursos que brinda el paquete básico “Conocer la problemática tanto de las localidades donde están ubicadas las Casas de Salud y Líderes, para así darles una solución. Así como detectar necesidades de capacitación y actualización sobre Paquete Básico de Servicios de Salud”⁹.

El objetivo específico es capacitar de manera constante a los auxiliares de salud “Capacitar en forma continua a Auxiliares de Salud para que puedan brindar atención con calidad”¹⁰.

Entre las actividades que tienen que desarrollar los auxiliares de salud esta otorgar orientación acerca de la planificación familiar, control de embarazadas, control de menores de 5 años, curaciones, aplicar inyecciones, aplicar sueros, desparasitación, platicas de EDAS, IRAS, nutrición, saneamiento básico, materno infantil, se detectan a personas con hipertensión, diabetes, detección de cloro residual, visitas domiciliarias y referencias.

⁸ Programa Operativo Anual de Casas de Salud. s/n de pág.

⁹ Diagnóstico situacional de casas de salud. s/n de pág.

¹⁰ Ibidem

3.3 LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES A TRAVÉS DE LA CASA DE SALUD.

Las casas de salud de acuerdo al Modelo de Atención a la salud, son unidades de primera instancia para la población que requiere de servicios de salud, ya que estas son el primer contacto con el usuario. Estas funcionan cinco días a la semana, cuatro horas diarias según se elija, son atendidas por auxiliares de salud previamente capacitadas, laboran de manera voluntaria, habitan en la comunidad, entre los recursos humanos que se encuentran en la jurisdicción sanitaria número seis, están 2 supervisoras de auxiliares de salud y un coordinador médico. Brindan el paquete básico ver pagina 63 y recetan medicamento del cuadro básico que consiste en 18 claves.

Prevenir es preparar con anticipación una cosa y en este caso con la prevención se pretende no dejar que se desarrollen las enfermedades en los individuos, esta estrechamente vinculada con la salud pública, los objetivos es “promover y conservar la salud y prevenir enfermedades”¹¹ esta es una función del trabajo social que se ajusta a las actividades que caracterizan a la atención de primer nivel que brinda la casa de salud, para desempeñar esta actividad enfocada a la salud de los habitantes se requiere de un auxiliar, aunque hay que tomar en cuenta que atrás de esta persona existe un equipo multiprofesional.

Para prevenir hay que destacar que la medicina preventiva cuenta con tres niveles, los cuales se caracterizan por el tipo de servicios que brindan a través de sus diferentes unidades, el primer nivel de prevención es en cual se realizan básicamente la promoción, prevención y educación, esta dirigida a usuarios que se encuentran aparentemente sanos, además en este nivel se aplica la prevención específica llamada así porque su actividad esta dirigida a prevenir a la población de una enfermedad en un grupo con características de salud similares, como por ejemplo prevenir enfermedades por medio de la vacunación. Esta labor es la que se desarrolla específicamente en las casas de salud.

El segundo nivel de prevención esta dirigido a personas ya enfermas por tal motivo se pretende con esta evitar que progresen las enfermedades, esto solo se consigue por medio de un diagnóstico y tratamiento acertado.

¹¹ Álvarez Alva Rafael “Salud Pública y Medicina Preventiva” p 43.

En el tercer nivel de prevención se realizan actividades básicamente de rehabilitación y terapia para regresar al paciente a su medio y de acuerdo a sus limitantes. Con estos niveles actúa la medicina preventiva esta explicación se resume en el siguiente cuadro.

Cuadro 8

NIVELES DE LA MEDICINA PREVENTIVA

Prevención	Objetivos	Actividades
Primaria	Promover la salud Evitar la aparición de las enfermedades	Educación para la salud Prevención específica
Secundaria	Evitar que las enfermedades progresen Limitar la invalidez.	Detección Diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado.
Terciaria	Rehabilitar al enfermo	Rehabilitación.

Cuadro 8. Álvarez Alva Rafael "Salud Pública y Medicina Preventiva" pág 45

La medicina preventiva también se aplica en unidades que se clasifican por niveles, esto se puede realizar a través de los tres planos de atención médica en los que se divide la prestación de servicios de salud esta distribución se hace mediante la infraestructura, nivel profesional del personal y los servicios que brinda una unidad médica.

En el primer nivel se encuentra la prevención, en donde se da la acertada alternativa de solución a la problemática de salud que afecta a cierta comunidad por medio de personas que sean capacitadas, para desarrollar este trabajo de prevención, no es necesaria la participación directa de profesionistas, espacios e instrumentos espaciales "El primer nivel es en el que labora personal de salud que busca remediar o resolver los

problemas médicos más frecuentes y sencillos, sin requerir para su prevención, diagnóstico y tratamiento, instalaciones especiales o tecnología compleja. Este nivel es atendido por médicos y enfermeras generales”¹² Esta es la infraestructura y servicios que pueden brindar las unidades auxiliares de salud, centros de salud rurales para la población dispersa, unidades móviles, centros de salud rurales para la población concentrada, centros de salud urbanos y las casa de salud.

El segundo nivel requiere de personal profesional y la infraestructura propia de un hospital general, los servicios que brinda son de cirugía general, ginecoobstetricia y pediatría, en lo que se refiere a los instrumentos requiere de instalaciones auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

En lo que concierne al tercer nivel, este brinda especialidades y requiere de una infraestructura e instrumentos más complejos. Existe mayor número de unidades de primer nivel ya que esta se presenta como primera instancia y previene que se requiera de un segundo o tercer nivel.

Los servicios que brinda el primer nivel son generalmente dirigidos a toda la población, desde el individuo, familia y comunidad estos se brindan a través de acciones de promoción y primer nivel de medicina preventiva para conseguir prevenir por medio de técnicas sencillas en las cuales participa la población, así que las unidades de primer nivel están dirigidas a “desarrollar acciones dirigidas al individuo, a la familia, a la comunidad y a su medio ambiente; los servicios están enfocados principalmente a preservar la salud por medio de actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación, cuya resolución es factible con recursos de poca complejidad técnica: estimulan además, las formas de organización y participación comunitaria en los servicios.”¹³

El trabajo social participa en el primer nivel mediante la sensibilización de la población a cerca del cuidado de la salud del individuo y su familia, a través de la educación, promoción y organización de los habitantes de una comunidad. La meta de “Salud para todos en el año 2000” se hace efectivo a través de la instalación de casas de salud, las cuales brindan servicios de primer nivel a toda la población que lo solicite y de acuerdo a lo establecido con los habitantes de la colonia el servicio se brinda a cambio de una cuota baja, recurso que es invertido en el mejoramiento y mantenimiento de la casa de salud o si el usuario no cuenta con recursos económicos el servicio es gratuito.

¹² Álvarez Alva Rafael “Salud Pública y Medicina Preventiva” p 64.

¹³ Secretaría de Salud “Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta” 1995 p 20.

La prevención de enfermedades que ofrece la casa de salud hace que se amplíe la cobertura de servicios médicos y que los habitantes de la comunidad participen. La casa de salud sólo está diseñada de acuerdo a su infraestructura y personal a brindar el paquete básico el cual consiste en trece intervenciones estas se realizan mediante la promoción, prevención, curación y rehabilitación dirigida a un individuo, familia o comunidad

La primera intervención es de Saneamiento Básico a Nivel Familiar: En esta se desarrollan actividades destinadas a la desinfección de agua domiciliaria, disposición sanitaria de excretas a nivel domiciliario y educación para la salud.

La segunda consiste en el Manejo efectivo de casos de diarrea en el hogar: Realiza actividades de orientación como la capacitación de madres, reconocimiento de signos de alarma, distribución de sobres vida suero oral, referencia para tratamiento.

La tercera es de Tratamientos antiparasitarios a las familias: Destaca la ministración de antiparasitarios y la educación para la salud.

Cuarta es de Identificación de signos de alarma de las infecciones respiratorias agudas y referencia a unidades de atención médica: Consiste en desarrollar reconocimientos de signos de alarma, capacitación de madres, tratamiento específico y referencia para tratamiento.

Quinta se refiere a la Prevención y control de tuberculosis pulmonar: Sus actividades específicas consisten referencia de tosedores crónicos, tratamientos supervisados de casos confirmados y de contactos y educación para la salud.

La sexta es de Prevención y control de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus: Consiste en actividades de detección, tratamientos supervisados y educación para la salud.

Séptima intervención es de Inmunizaciones: Consiste en la identificación de susceptibles, derivación de susceptibles, ministración de vacunas y educación para la salud.

La octava consiste en la Vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño: En esta se identifican menores de 5 años, orientación nutricional, detección, diagnóstico, capacitación de madres, referencia, seguimiento y ministración de micro nutrientes.

Los Servicios de Planificación Familiar comprenden a la novena intervención: Consiste en la identificación de la población en riesgo, distribución de métodos: orales, inyectables y condones, referencia para la aplicación de DIU, salpingoclasia y vasectomía y por ultimo otorgan educación para la salud.

La décima es de Atención prenatal del parto y puerperio: Se realiza la identificación de embarazadas, consulta prenatal de primera vez y subsecuente, aplicación de toxoide tetánico, promoción de la lactancia materna, identificación y referencia del embarazo de alto riesgo, atención del parto eutócico, detección y referencia del parto de alto riesgo, cuidados inmediatos del recién nacido, detección y referencia del recién nacido con problemas, aplicación de Sabín y BCG al recién nacido, ministración de hierro a embarazadas y educación para la salud.

La décimo primera se refiere a la Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones: Esta el otorgamiento de primeros auxilios, referencia y educación para la salud.

La décimo segunda consiste en la Participación Social: Se realizan acciones de formación de comités locales de salud, protección de fuentes de abastecimiento de agua, eliminación sanitaria de la basura, promoción de la producción y aprovechamiento de alimentos para autoconsumo y control de fauna nociva.

La décimo tercera es de Detección oportuna de Cáncer Cervico uterino: Se desarrollan actividades de educación y orientación, toma de citología, registro computarizado esto a través de las unidades de trabajo, entrega de resultados, canalización a clínica de displasia, tratamiento específico y control y seguimiento.

Estas intervenciones son básicamente de promoción, prevención y curación se caracterizan por su bajo costo y alto impacto, son para ampliar la cobertura de servicios de salud y se imparten de manera gratuita.

Dentro de la atención primaria a la salud esta el promocionar la salud, prevenir enfermedades, tratamiento y diagnóstico. En lo que concierne a la prevención es importante promover la participación de la población en los programas de prevención como los de vacunación.

La vacuna es “una sustancia elaborada con micro-organismos vivos, que pueden ser bacterias o virus, que forman anticuerpos o defensas que protegen contra las enfermedades”¹⁴ son básicamente destinadas a preservar la salud de los niños.

¹⁴ Sistema Estatal de Salud “Este es tu primer cuaderno de salud y educación”

En los programas de salud infantil y escolar esta la prevención y control de enfermedades prevenibles por vacunación dentro de estas vacunas se encuentran la del sarampión, poliomeilitis, difteria, tosferina, tétanos y la tuberculosis. Se deben aplicar las vacunas contra la poliomeilitis, hepatitis B, tuberculosis (BCG), triple viral (SRP), difteria, tétanos y tosferina, contra sarampión, rubéola y parotiditis.

Algunas vacunas se deben aplicar al nacer como la del BCG, el Sabín se aplica a los dos, cuatro y seis meses de edad el SRP al año de edad. Los refuerzos que se deben aplicar son los siguientes: Sabín (contra la poliomeilitis) en cada Semana Nacional de Salud, DPT a la edad de dos y cuatro años, SRP a los seis años o al ingresar a la primaria y la Td (toxoides Tetánico- Diftérico) a los doce años de edad.

En lo que consiste a las vacunas en mujeres de doce a cuarenta y cuatro años que es la edad fértil son importantes debido a que cuando están embarazadas pueden transmitir el tétanos a sus hijos y si reciben la vacuna, quedan protegidos desde antes de nacer, así que se debe prevenir con la aplicación de toxoides tetánico o toxoides tetánico-diftérico, se aplican de inicio 2 dosis con un espacio de dos meses y se refuerza al año. Para llevar el control de la aplicación existe la Cartillas Nacionales de Vacunación que se distribuyen de manera gratuita.

Las enfermedades en los niños más frecuentes son las diarreicas y respiratorias por tal motivo se realizan en las unidades de primer nivel medidas de prevención y primordialmente se enseña a las madres de familia la importancia del suero oral.

Entre las cuatro políticas en las que se basa la atención primaria se encuentra la protección de la salud, debido a que esta es un derecho humano que deja como consecuencia habitantes sanos con mayor productividad dentro de la sociedad de acuerdo a su edad y sexo, la protección de la salud se realiza a través de la promoción.

La información y educación son básicas para la prevención debido a que con esta el usuario tienen la oportunidad de conocer y aprovechar los recursos que le ofrece su comunidad "En efecto, la información apunta a poner al asistido al corriente de los recursos y de sus derechos"¹⁵.

La población también tiene el deber de participar en la comunidad para plantear modelos y programas de acuerdo a sus necesidades, esto con el apoyo de personal profesional de salud con el objetivo de hacer más económico y con mayor impacto este trabajo. Por tal motivo el objetivo general del trabajador social en el área de

¹⁵ De Robertis Cristina "Metodología de la intervención en Trabajo Social" p 144.

salud esta enfocado a prevenir enfermedades y promover la salud de la comunidad para lograr en sus habitantes el bienestar social "Promover la salud de la comunidad para lograr el máximo desarrollo de sus capacidades físicas y mentales."¹⁶

Entre los objetivos específicos y para lograr prevenir las enfermedades se debe motivar a la población para que participe recibiendo información, después aplicándola en su hogar y difundiéndola para obtener una comunidad saludable, logrando así que la población utilice medidas preventivas con su familia.

¹⁶ Infante Gama Vicente "Revista de Trabajo social". 1996. México. p 17.

3.4 PROMOCIÓN DE LOS SERVICIOS QUE BRINDA LA CASA DE SALUD.

Como ya se había planteado anteriormente, para cubrir a toda la población de acuerdo a la meta de salud para todos en el año 2000, se amplían los servicios a través de estas características “La promoción de la salud y el incremento de las acciones preventivas tienen prioridad entre las características de esta estrategia. Es necesario que tanto el personal de salud, como los beneficiarios de los servicios correspondientes, piensen más en salud que en enfermedad”¹⁷

La promoción de la salud es básica para que se pueda llevar a cabo la prevención de enfermedades. En esta es necesaria la organización de los miembros de una comunidad, ya que resulta importante que cada comunidad cuente con un grupo de promotores que pertenezca a ella, debido a que estas personas comparten las necesidades, problemas de salud, cultura, educación y medio socioeconómico.

La promoción se puede encomendar a algún vecino con previa instrucción, debido a que esta tarea no requiere de especial infraestructura o capacitación especializada, además de que es una forma de dar a conocer a la población la manera de cuidar su salud, esto resulta a corto, mediano y largo plazo más económico para la familia y para el estado que se comprometió desde 1983, con el derecho a la salud se constituye legalmente en la constitución “a partir de 1983 el derecho a la salud fue incorporado a la constitución y la ley atribuye al Estado la responsabilidad de hacerlo efectivo”¹⁸

A partir de la conferencia en el Alma-Ata en 1978, se declararon artículos en los cuales en el IV se establece que para conseguir la salud debe participar la población como un derecho que tiene y deber en la organización de medidas en beneficio de la salud. “El artículo IV de la Declaración de Alma-Ata establece que: la gente tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención a la salud”.¹⁹

Con la participación de la comunidad se promueve la salud entre sus habitantes, para esta promoción se requiere medios de comunicación básicos, por medio de los cuales es probable que oigan o vean los miembros de la familia, esta información se puede reforzar en las instituciones de salud de primer nivel en las cuales por medio de orientaciones y pláticas se amplía la información, así que se pasa de oír a escuchar, en lo que concierne a los

¹⁷ Álvarez Alva Rafael “Salud Pública y Medicina Preventiva” p 67.

¹⁸ Schteingart Martha, Boltvinik Julio. “Pobreza, condiciones de vida y salud en la ciudad de México” p 215

¹⁹ Infante Gama Vicente “Revista de Trabajo social”. 1996. México. p 11.

niños la promoción de la salud les llega a través de pláticas en instituciones escolares. Esta información cada miembro de la familia la lleva a casa, se puede reforzar con la promoción que imparte el auxiliar de salud en su comunidad. Con la difusión se busca el autocuidado en cuestiones de salud.

Para promocionar la salud entre los habitantes, la Secretaría de Salud diseña folletos con ilustraciones atractivas para la población entre los que destacan 35 titulados cuidemos nuestra salud, los temas que abordan son los siguientes:

Cuadro 9

CUIDEMOS NUESTRA SALUD

NÚMERO	TEMA
Folleto 1	Suplemento alimenticio
Folleto 2	Alimentación y salud
Folleto 3	Saneamiento básico a nivel familiar
Folleto 4	Participación social
Folleto 5	Adolescencia y sexualidad
Folleto 8	Embarazo
Folleto 9	Alimentación durante el embarazo y la lactancia
Folleto 10	Parto y puerperio
Folleto 11	Lactancia materna
Folleto 12	El recién nacido
Folleto 13	Cáncer cérvico uterino y mamario
Folleto 14	El menor de 1 año
Folleto 15	El mayor de 1 año
Folleto 16	Vacunas
Folleto 17	Diarreas
Folleto 18	Vida suero oral
Folleto 19	Parasitosis
Folleto 20	Infecciones respiratorias agudas
Folleto 21	Tuberculosis pulmonar
Folleto 22 A	Diabetes
Folleto 23	Prevención de accidentes
Folleto 24	Manejo inicial de lesiones
Folleto 25	Salud bucal
Folleto 26	Enfermedades transmitidas por vectores y alarcanismo
Folleto 27	Prevención de las adicciones
Folleto 28	Infecciones de transmisión sexual
Folleto 29	VIH/SIDA
Folleto 30	Género y salud
Folleto 31	Violencia familiar
Folleto 32	Menopausia
Folleto 33	Acciones básicas en caso de desastres
Folleto 34	Atención del adulto mayor
Folleto 35	Discapacidad

Folletos de la S.S.A, PROGRESA, IMSS.

La promoción es primordial a donde se quieren tener resultados positivos en cuanto a higiene y hábitos, ya que por medio de esta se da a conocer a la población los programas de salud que se están aplicando en su comunidad.

El auxiliar médico o promotor social debe estar comprometido con la salud de su comunidad, para esto es esencial que actúe con apoyo de personal profesional que sepa aprovechar la experiencia y además se una con capacitación para brindar atención de primer nivel y sobre todo esta pueda asimilar la problemática de salud de los habitantes y contribuir a la elaboración de alternativas para mejorar lograr el desarrollo comunitario.

Así que es primordial que el profesional apoye al auxiliar de salud a descubrir sus habilidades y aproveche sus recursos para mejorar la salud de la comunidad. Es importante que el auxiliar conozca la cultura de la población, porque de esta manera sabrá que tipo de dinámica dejara más impacto en la población y así poder promocionarla a todas las familias de la comunidad.

Con la promoción se pretende sensibilizar a la población y cuidar su salud. Al promotor después de la capacitación se le debe infundir la confianza de lo que esta haciendo y posteriormente dejarlo que promueva la salud teniendo como apoyo a un profesional, él cual no intervendrá durante el trabajo del promotor. Para que la gente tenga la familiaridad de solicitar los servicios de primer nivel de salud. "En la formación de promotores, cuando se atiendan pacientes, es importante brindarles nuestra confianza dejándolos que asuman el caso, venciendo la atención de hacerlos a un lado. El médico/médica debe quedarse como apoyo, participando lo menos posible."²⁰

El promotor de la salud debe saber lo que significa para la gente la salud, la manera en la actúa y a dónde recurre cuando enferma, para que así a partir de sus conceptos retroalimente la información y no maneje vocabulario diferente al que utiliza la población, que solo provocaría que las personas no se interesen de el tema. "Si comprendemos el cómo la gente de la comunidad siente y piensa las cosas, sus conceptos clave sobre el mundo y la salud, será más fácil que nuestros conceptos sean entendidos y aceptados"²¹

Con este mecanismo se pretende aprovechar su información y tradiciones para complementarlos con los profesionales y no llegar a caer en contradicciones. Para saber si la población entendido lo que el promotor quiso

²⁰ Grajales Valdespino Carolina "Revista de Trabajo social".2001. México. p 91.

²¹ Ibid. p 92.

promocionar, es necesario evaluar esta plática a través de dinámicas y observación ver que impacto deje con los habitantes.

Para que la promoción entre los asistentes deje impacto y no sea efímera es preciso que haya seguimiento con el cual se podrá dar de manera constante así que el seguimiento “asegura la práctica de lo aprendido para que no se olvide, dar seguimiento continuo a los grupos, para verificar la aplicación concreta de los conocimientos y habilidades aprendidas”²²

Los promotores deben hacer una evaluación de la forma en que han trabajado para que a partir de esto se observen las fallas, se trabaje con el equipo multiprofesional para que no se repitan los errores que limitan que se consigan los resultados deseados. “Uno de los medios importantes en cualquier trabajo grupal es evaluar los logros, fallas, limitaciones, etc. Esto nos da la oportunidad de analizar nuestra dirección y planear el futuro y constituye también un estímulo para seguir trabajando.”²³

²² Ibid p 94.

²³ Ibid.p 95.

3.4 TRABAJO SOCIAL Y LA FORMACIÓN DE GRUPOS EN MATERIA DEL FUNCIONAMIENTO DE LA CASA DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES.

Para intervenir el trabajo social se divide en atención individualizada, desarrollo comunitario y en este caso se aplicara la de grupos, para formarlos con el fin de que promuevan la prevención de enfermedades mediante la infraestructura y servicios de primer nivel que presta la casa de salud de la unidad habitacional bosques de San Sebastián segunda sección, el grupo se puede describir como el “conjunto humano cuyos elementos se conocen y se influyen recíprocamente”²⁴.

“Para Bass (1951) sólo existe grupo cuando los objetivos de cada uno están interconectados con los de los demás por algún objetivo común.

Shaw (1980) define el grupo como dos o más personas que interactúan mutuamente, de modo que cada persona influye en todas las demás y es influida por ellas.

Según Barriga (1982), grupo es el conjunto de personas que se relacionan entre si de modo directo”²⁵

Existen otros conceptos como el que refiere que los grupos son “conjuntos de individuos en situación de interdependencia funcional, a partir de la cual y mediante una situación de comunicación, ordenan su conducta y fijan objetivos”²⁶ En este es conveniente que se forme con personas de la misma comunidad porque compartan mismas necesidades y recursos, con la formación de grupos se puede llegar a una mayor población, para cubrir una necesidad común de salud.

Dentro de estos conceptos es básico el objetivo que se plantea el grupo para tener a más de una persona unida, este fin debe ser semejante en todos los integrantes y por compartir los intereses se generan relaciones afectivas “el objetivo es el elemento que primero los une, a ellos se suman luego la relación afectiva y una percepción colectiva de su unidad” estas relaciones hacen que un grupo llegué a cumplir sus prioridades de una manera organizada la función a desempeñar será la prevención y promoción de la salud de los habitantes de su comunidad.

²⁴ Moreno “Sociometría” p 31.

²⁵ Tschorne Patricia, “La Dinámica de grupo aplicada al trabajo social”. p 12

²⁶ Kisnerman Natalio “Servicio Social de grupo” p 54

Regularmente no se puede hablar de un solo objetivo, debido a que los grupos se plantean más de un objetivo, pero siempre encaminado al desarrollo de su comunidad los que desarrollaran de manera inmediata y el objetivo final "Por lo general, los grupos no tienen un solo objetivo, sino varios: un objetivo final y varios inmediatos subordinados al primero y denominados objetivos secundarios, o específicos"²⁷.

Los objetivos del grupo no siempre van estar encaminados a lograr un fin, como ya se había expuesto es necesaria la relación afectiva que se alimentara con actividades encaminadas a fortalecer las relaciones del grupo "Los objetivos del grupo pueden dividirse en dos clases: objetivos ligados al trabajo o tarea; y objetivos ligados al mantenimiento de la vida del grupo.

Los objetivos ligados a la tarea suelen ser más o menos explícitos; en cambio, los relativos al mantenimiento de la armonía y unidad del grupo suelen ser inconscientes y constituir lo que se llama la agenda secreta del grupo"²⁸.

El trabajador social para plantear los objetivos junto con los miembros del grupo desarrolla su función de organización con el fin de que participen los integrantes y con esto se sientan parte de el grupo"El hecho de participar en la elección de un objetivo aumenta la productividad del grupo y la satisfacción de sus miembros por sentirse protagonista"²⁹.

Por lo expuesto en las anteriores definiciones de grupos se puede plantear que ***es un conjunto de individuos que interactúan, se comunican con el fin de cumplir un objetivo por el cual están unidos.*** Una vez conformado el grupo estos se clasifican de acuerdo a sus características, al primer que integramos en nuestra vida y el que nos va dar la pauta para formar otros es el grupo primario, este es natural porque es el que formamos en la familia, en estos se mantienen una contribución íntima y generalmente es duradera ya que con ellos conformamos nuestra vida cotidiana. Según Cooley "Podemos agregar las siguientes: las relaciones son íntimas y personales ya que emanan de una comunicación continua; los roles y status configuran una estrecha estructura de interrelaciones, son informales y duraderos"³⁰ de acuerdo a Olmsted los miembros pueden comunicarse sin inhibiciones.

²⁷ Tschorne Patricia, "La Dinámica de grupo aplicada al trabajo social". p 14.

²⁸ Ibidem p 14.

²⁹ Ibidem p 15.

³⁰ Kisnerman Natalio "Servicio Social de grupo" p 99.

Una vez que se pertenece a un grupo primario, puedes ingresar al secundario, estos pueden ser de estudiantes, comisiones de vecinos, religiosas, etc. Los integrantes de los grupos secundarios están unidos por un objetivo común y específico, al satisfacer el objetivo regularmente termina, por tal motivo no tiene una duración permanente.

La clasificación también puede ser de acuerdo a la forma de integrarse. El grupo natural o espontáneo es integrado particularmente por niños, no existe una persona que los motive pero si necesidades psicológicas, las características de edades e intereses son semejantes y sus líderes pueden ser las personas que sobre salen por su destreza y capacidad física.

Existen grupos impuestos, son generalmente grupos de escuela, sus integrantes permanecen en el de manera obligatoria es heterogéneo y por lo regular esta regido por una institución, el jefe del grupo suele ser una persona adulta a la cual le corresponde generar un ambiente donde no se sientan sus integrantes que están de manera obligatoria.

Grupo motivado, en este sus integrantes ingresan al grupo con un objetivo general o varios, estos responden a sus necesidades básicas, la motivación puede ser cerrada, en este las instituciones se encargan de formar grupos y en la abierta están motivados individualmente.

Grupos preformados, sus integrantes se conocen y mantienen relaciones afectivas con anterioridad, el líder es elegido por su prestigio, este asegura la permanencia, por lo regular son grupos de aprendizaje que se forman para capacitarse con un instructor ajeno al grupo.

De acuerdo a las normas que los rigen pueden ser formales o informales:

Formal: En este los miembros tienen prescriptos sus roles, su conducta esta determinada y la seguridad está basada por reglamentos por ejemplo en las ordenes religiosas y grupos militares..

Informal: En este la conducta de los miembros no esta limitada y no existe reglamento que los rija. Independientemente de que sea formal o informal todo grupo inicia con una estructura formal.

Existen también grupos de pertenencia llamados a sí por que sus integrantes se reconocen como tales entre sí, por otro lado el grupo de referencia es el que influye con sus normas sobre una persona, un ejemplo del grupo de pertenencia es la familia, esta es la encargada de introducir al menor a los grupos secundarios.

Por la forma de ingresar y egresar los integrantes de un grupo, se pueden denominar grupos abiertos o cerrados en el primero son flexibles ya que sus miembros pueden entrar y salir del grupo, en el cerrado no es fácil desertar de él ya que los demás participantes ponen resistencia, tienen miedo al cambio debido a que creen que ponen en disputa su prestigio esto es común en pandillas.

También se forman grupos de acuerdo a la edad de los integrantes, empezaremos por mencionar al grupo preescolar que se da generalmente cuando un niño ingresa al preescolar, después ingresa a la primaria, en los adolescentes se da en la secundaria, grupos deportivos, los adultos en el trabajo, clubes, religiosos etc, y de ancianos que se dan en clínicas para cuidar su salud, religiosos y recreativos.

En lo que concierne a la estructura del grupo, es definida por que es una “constelación o conjunto específico de elementos constitutivos de un todo, cuya razón de ser se define por su funcionalidad con miras a un objetivo determinado”³¹. Se da de acuerdo a las funciones y actividades que desarrollan los miembros y la unión de todos hacen la estructura del grupo. Dentro de esta estructura se desarrollan los roles de cada miembro, estos son definidos por “Las partes que integran ese todo, unidas dentro de una red de interacción”³². Los roles deben de desempeñarse adecuadamente para que la estructura permanezca estable.

Estas estructuras pueden ser autocráticas llamadas así cuando los líderes toman las decisiones de acuerdo a su interés y necesidades personales a nombre de todo el grupo. Por tal motivo el grupo toma la postura de receptor de órdenes, se caracterizan estos grupos por ser formales, cerrados y organizados, permanecen bajo las decisiones del líder cuando este deja a el grupo este generalmente se desintegra.

La estructura paternalista, nombrada así porque su líder toma decisiones que le parecen favorables para los integrantes, el líder es visto como el padre de los miembros del grupo por que este los protege, por tal motivo los integrantes se hacen dependientes, incapaces de tomar decisiones y algunos se sienten resentidos porque no aportan decisiones.

³¹ Kisnerman Natalio “Servicio Social de grupo” p 111.

³² Ibidem p 111

Estructura permisiva, esta se caracteriza porque el “líder orienta sin marcar su conducción, deja al grupo en completa libertad, respetando más la libertad individual que la integración grupal; hay nula o casi nula productividad, la influencia mutua entre los miembros es casual”³³, esta no es recomendable debido a que no se puede llegar a un objetivo común debido a que los integrantes no se unen para tomar decisiones para aplicar un programa.

La estructura participativa, en esta los integrantes participan a través del adiestramiento en las habilidades, pueden estar sin su líder, es este los miembros actúan de forma conjunta para lograr su objetivo al principio el líder es indispensable en un grupo, pero después de haber distribuido roles, la comunicación que se establece es abierta, flexible a cambios que pueda tener su estructura, por ser participativo los integrantes cumplen con sus tareas llegando a ser productivos.

Dentro del proceso del grupo, la primera etapa es la formación del grupo en la cual se motiva a las personas para integrar el grupo, después de formarse generalmente se generan conflictos que sirven para que surjan alianzas que más adelante lo fortalecerán, en la “oposición. Newstetter y Newcomb distingue tres categorías: a) conflictos de valores y normas; b) de objetivos; c) de personalidades”³⁴. En estos conflictos generalmente son causados o tienen como base las relaciones afectivas de los integrantes del grupo. Estos no son del todo negativos ya que sus miembros deben aprender, debido a que con este tipo de inconformidades se conoce la forma de cómo se actuaría ante un problema similar.

La segunda etapa es la organización definida por “desarrollar la capacidad de autodirigirse”³⁵. Por tal motivo resulta más productivo estar en un grupo organizado, debido a que todo miembro tiene su rol y el líder funciona de manera sociológica en cuanto a los integrantes se muestran participantes, aportan ideas e influyen en las actividades de liderazgo, este acepta nuevas ideas. La organización es una necesidad, se crea del grupo y no es impuesta a los integrantes de este.

Cuando hay organización la comunicación suele ser cerrada debido a que de esta manera consolidan la unidad de grupo, por otro lado la comunicación resulta negativa porque se limita el contacto con el exterior,

³³ Ibid p 114.

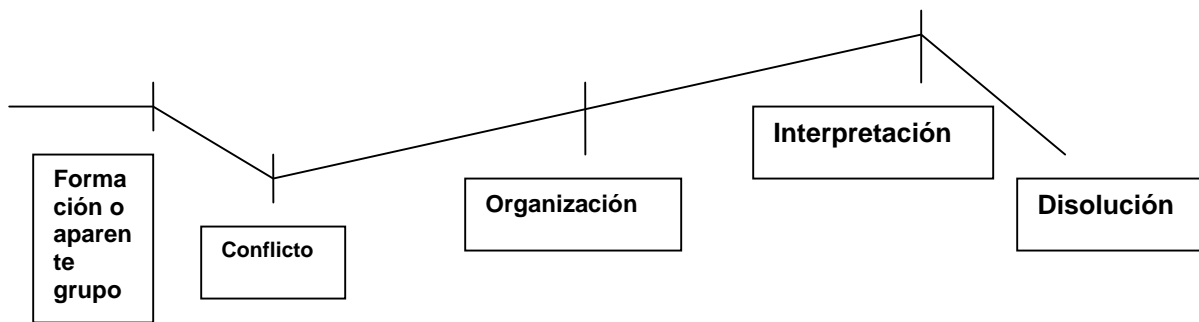
³⁴ Kisnerman Natalio “Servicio Social de grupo” p 131.

³⁵ Ibidem p 134.

generalmente cuando el grupo esta en la madurez se observa la organización donde la participación de quien maneja el grupo, ya no es indispensable.

Finalmente el grupo después de su madurez llega a la inclinación o muerte, la causa puede que sus miembros pierdan el interés y deciden cambiar de grupo o cambian de actividades dentro del rol que desempeñan en casa, familia, trabajo etc. La muerte del grupo es natural y no debe ser interpretado como fracaso de este.

ETAPAS DEL PROCESO DE GRUPO



Grafica 10

Grafica 10 Fuente Kisnerman Natalio "Servicio Social de grupo" pág 120.

Pertenecer a un grupo te puede caracterizar dentro de tu comunidad e incluso darte un estatus, al pertenecer a un grupo desarrollas un rol ya sea que se te designe o la adquieras de manera voluntaria, para que de esta forma se tenga una organización, por lo regular dentro de un grupo existe la persona que va a coordinar, él va a enlazar las ideas e información de los que integran el grupo, con este se puede enriquecer lo planeado debido a que se exponen ideas y vivencias que el coordinador capta y sintetiza.

Existe también el aportador el cual como su nombre lo dice aconseja posibles soluciones, además de otorgar el procedimiento a seguir para conseguir el objetivo, el investigador juega un papel muy importante debido

a que aclara dudas, responde preguntas y evalúa que tan viables son las propuestas de solución de alguna problemática, el estructurador desarrolla las propuestas en una secuencia de pasos y deriva los resultados que se podrían conseguir.

El orientador percibe la posición del grupo y presenta alternativas para evitar que se desvíen los objetivos del grupo, por otro lado esta la persona que escribe todo lo que se realiza y acuerda, tiene control de los datos y resultados del trabajo que se realiza en equipo y por último esta el estimulador el cual se encarga de alentar, reconoce el trabajo y estimula para que se mejoren las actividades del grupo.

Estos integrantes de un grupo pueden denominarse como positivos, pero también están los negativos que impiden el adecuado funcionamiento del grupo estos son el desertor, esta persona se caracteriza por velar por sus intereses y no evidenciar sus perjuicios o inclinaciones que afectan al grupo, el exhibicionista tiene como finalidad llamar la atención del resto del grupo haciéndose el gracioso o dando propuestas fantasiosas para recibir elogios.

La persona obstruccionista es cien por ciento negativo y pone resistencia sin tener sustento lógico, en la misma línea se encuentra el individuo que se muestra agresivo con el grupo y sus acciones, realiza críticas destructivas que lastiman al resto del grupo, el autoritario trata de tener el dominio, procura realizar las cosas como le parece mejor aunque estas sean de manera injusta y antidemocráticas, por último esta el dependiente que para realizar una actividad necesita apoyo de los integrantes del grupo, esto lo consigue mediante la compasión que despierta de los demás.

Una vez ya conocidos los roles de cada individuo la conducta del grupo puede estar condicionada por el “comportamiento del grupo estará dado por la capacidad de adaptación que las personas tengan con respecto a las normas del grupo y el condicionamiento que hagan de los factores emocionales que la mayor parte de los autores consideran como pasiones universales o reacciones humanas ingénitas representadas por el amor, el odio y el miedo. Así las inhibiciones, el afecto, el retraimiento y la multitud de grados y formas de conducta que se asumen en un grupo estarán determinadas por estos factores”³⁶, así que de acuerdo a la convicción de sus objetivos estará el éxito de lo que se propongan porque será un grupo positivo.

Se pretende que el grupo de personas que van a prevenir enfermedades sean positivos para que puedan convertirse en unos promotores que aprovechan los conocimientos de los habitantes de la comunidad, que

³⁶ Mora Carrillo “Dinámica de grupos y capacitación con juegos vivenciales” p 107.

rescatan la información que ya se tiene de la medicina tradicional y que forman grupos que se dedican básicamente a educar y orientar de los cuidados que se requieran para conservar la salud.

Dentro de los grupos se puede plantear y elaborar el material con el cual se trabajara con la comunidad, si los grupos asimilan el compromiso de cuidar la salud de los habitantes de su comunidad se lograra el desarrollo comunitario, serán más viables las propuestas para abatir los problemas de salud. “Una constante en todos los grupos es la importancia que se le da al trabajo en equipo. La formación se da de manera grupal donde se asumen las responsabilidades colectivamente, el papel protagónico se rota entre todas las personas que participan, pues se anima a que adquieran habilidades para convertirse en promotoras/es, y hay el compromiso de trabajar para el logro de sus objetivos y propósitos. Esta forma de aprendizaje promueve nuevas formas de relaciones, así como la solidaridad y la cooperación”³⁷.

En la primera etapa se recomienda que el grupo sea pequeño y homogéneo ya que permite una adhesión de los integrantes del grupo, porque comparten la edad y objetivos.

Por otro lado el que sea un grupo heterogéneo permite que se aporten varias ideas para un problema que tenga que afrontar el grupo. Ante lo expuesto seria favorable que se buscara el equilibrio entre la homogeneidad y heterogeneidad con el fin de que el grupo funcione dando resultados positivos. “Lo ideal es encontrar el equilibrio entre el grado de homogeneidad, heterogeneidad y compatibilidad, para que el grupo funcione”³⁸.

Los componentes que se deben prever cuando se forma un grupo es la edad, sexo, tamaño del grupo y horarios para realizar reuniones: Generalmente en la edad esta concentrado el objetivo, ya que si hay varias edades en un grupo es difícil llegar al fin deseado, en lo que concierne a las familias las edades si pueden ser variadas al igual que en los grupos espontáneos, para el trabajo que se pretende realizar de promoción a la atención de primer nivel y prevención de enfermedades no importa el sexo siempre que se tenga bien definido el objetivo.

El tamaño del grupo va girar de acuerdo al objetivo, se sugiere que sea de 6 a15 cuando los temas son de reflexión y en caso de que sea un grupo de 50 a 100 personas se aconseja dividirlo en subgrupos.”Si el grupo es de reflexión en función de unos contenidos es recomendable que el mínimo de participantes sea de 6 y el máximo

³⁷ Grajales Valdespino Carolina “Formación de promotoras y promotores de salud desde PRODUSSEP. A.C. p 91.

³⁸ Tschorne Patricia. “La dinámica de grupo aplicado al trabajo social” p 56.

de 15. De todos modos, si el grupo es muy grande (50, 100 o más personas) es conveniente subdividirlo en grupos pequeños de 12 a 15 personas³⁹. El horario es indispensable que se respete para que las personas continúen con sus actividades cotidianas sin alterarlas.

En la segunda etapa después de haberse conformado se atraviesa por un proceso donde se pretende “Acentuar semejanzas y diferencias y no la interdependencia es típico de la fase descriptiva, clasificatoria”⁴⁰. Para formar un grupo es importante más no una regla que se habite la misma área geográfica, situación económica, sentimientos y lealtad, con el fin de que sea práctico reunir a los integrantes para trabajar con ellos, así que se toma en consideración la “interdependencia de los hechos”⁴¹.

³⁹ Tschorne Patricia. “La dinámica de grupo aplicado al trabajo social” p 51.

⁴⁰ Torres Zelia “Grupo instrumento de servicio social” p 15.

⁴¹ Ibidem p 16.

3.6 CARACTERÍSTICAS DE BOSQUES DE SAN SEBASTIÁN SEGUNDA

SECCIÓN

La Unidad Habitacional Bosques de San Sebastián segunda sección se localiza en el municipio de Puebla, limita al norte con la tercera sección de Bosques de San Sebastián y Fraccionamiento de Bosques de San Sebastián, al sur con la primera sección de bosques de San Sebastián, al este con la colonia Miguel Hidalgo y San Antonio Abad, al oeste con los campos deportivos.

En el año de 1980 se funda la segunda sección de bosques de San Sebastián, en 1990 entra de manera regular el transporte público, en 1993 se instala el mercado, en 1997 se funda la casa de salud.

POBLACIÓN

La población total de acuerdo al Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática INEGI es aproximadamente de 8 680 habitantes, de los cuales 4168 son del sexo masculino y 4510 femenino, en lo que corresponde a los niños menores de 0 a 4 años la población total es de 847 de los cuales 424 son niños y 423 niñas, de 5 a 18 años hay 7698 en total, del sexo masculino son 3675 y femenino 4023, la población de 18 años y más es de 5276 donde 2449 son hombres y 2827 son mujeres, la población de 60 años y más es de 255, 100 son del sexo masculino y 155 femenino. Con estos datos expuestos nos damos cuenta que en la población de 0 a 4 años predominan los niños, y en las demás disminuye el número de personas del sexo masculino y aumentan las del sexo femenino.

SALUD

La población derechohabiente a servicios de salud es de 6074, de los cuales 5323 son derechohabientes del IMSS y la que no es derechohabiente es de 2449, con estos datos se muestra que es menor el número de personas que no cuenta con seguridad social. pero cabe mencionar que esta casa brinda sus servicios a toda la población que lo requiera, en lo que respecta a las personas que tienen alguna discapacidad son 79.

RELIGIÓN LA POBLACIÓN

La población católica mayor de 5 años de edad corresponde a 7024, con otra religión 530, sin religión 624. Con estas cifras nos damos cuenta que predomina en la población la religión católica.

EDUCACIÓN

La población de 6 a 14 años que sabe leer y escribir corresponde a 1598 habitantes de los cuales 818 son del sexo masculino y 780 femenino, la población de 15 años y más que son alfabetos es de 5747 de estos 2700 son hombres y 3047 son mujeres, de estas personas culminaron la primaria 827 e incompleta 284, las personas que culminaron la secundaria es de 1291, los habitantes de 18 años y más que cuentan con instrucción superior es de 1065, la población de 15 años y más sin instrucción es de 95.

ESTADO CIVIL

La población de 15 a 24 años que esta soltera corresponde a 1403 de estos 712 son hombres y 691 mujeres, las cifras muestran que hay 21 hombres más que mujeres solteras. Los habitantes casados de acuerdo al INEGI de 12 años en adelante son 3021 de los cuales 1482 corresponde al sexo masculino y 1539 del sexo femenino, con esto se observa que existen mayor número de mujeres casadas y en lo que concierne a la unión libre el número total es de 459 personas.

ECONOMÍA

La población económicamente activa es de 3363 de los cuales sus salarios varían así que los que perciben menos de un salario mínimo por su trabajo mensual son 147 personas, 1 y hasta 2 salarios mínimos 789, de 2 y hasta 5 salarios mínimos 1560 y 590 reciben más de 5 salarios mínimo, la población inactiva es de 298 habitantes, con estas cifras nos damos cuenta que el salario de los habitantes oscila entre los 2 y 5 salarios mínimos.

INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS PÚBLICOS.

La segunda sección de bosques de San Sebastián esta integrada por 217 edificios, 1736 departamentos, un mercado con quince locales, una escuela secundaria técnica, una escuela primaria con dos turnos (matutino y vespertino), un preescolar, una tienda CONASUPO, 52 comercios, 1 salón social, un mini deportivo y una casa de salud.

CAPÍTULO 4

TRABAJO SOCIAL Y EL DESARROLLO COMUNITARIO

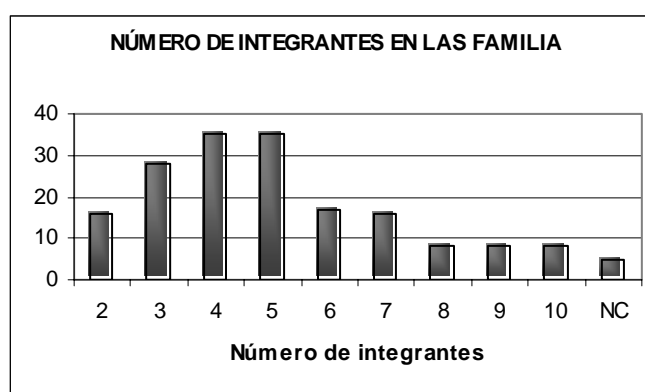
4.1 APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

En este capítulo se sistematiza la aplicación del instrumento (anexo 1) se realizó de la siguiente manera, de los 217 edificios, cada uno tiene 8 departamentos, dando así un total de 1736 viviendas que integran la segunda sección de bosques de San Sebastián, se tomó el 10 por ciento, así que se entrevistaron a 176 personas que habitan estos departamentos

En lo que respecta a la aplicación del cuestionario se realizó en dos semanas que comprendió del 21 de abril al 2 de mayo del 2003 cumpliendo un horario de diez de la mañana a dos de la tarde.

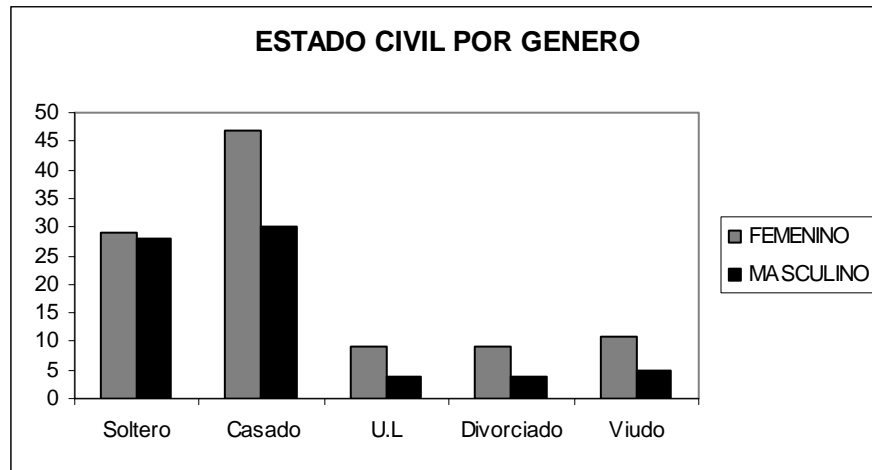
Se realizaron las entrevistas a personas que pasaban frente a la casa de salud. Preguntando datos del cuadro objetivo, 99 personas tuvieron desconfianza de dar su número telefónico y 77 lo dieron sin ningún problema.

En lo que respecta al número promedio de habitantes esta representado por familias donde hay cuatro y cinco personas, seguida por tres, seis integrantes, dos, siete, y por último hay hogares que tienen ocho integrantes, nueve y diez, cabe señalar que cinco entrevistadas no quisieron aportar este dato. Es importante saber que tan saludable es que vivan un número mayor de ocho personas en el mismo departamento, la gráfica nos demuestra que en promedio las familias están integradas por cuatro y cinco habitantes por departamento lo cual resulta sano, ya que estos cuentan con tres recamaras. Como lo señalan los resultados de la grafica 1



Fuente: Cuestionario Anexo 1(Cuadro familiar)

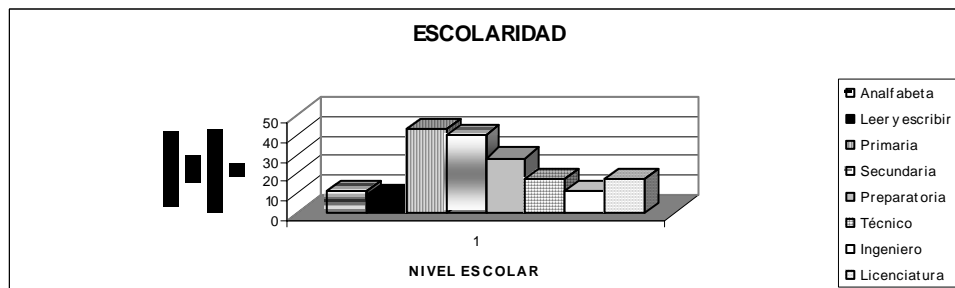
Dentro de las personas casadas entrevistadas, se encontró que el mayor índice corresponde al sexo femenino, mismas que como amas de casa pueden practicar en sus hogares las medidas de prevención y promocionar la salud, ya que si hay familias saludables podremos encontrar comunidades desarrolladas. Por otro lado tenemos que en lo que respecta al sexo masculino entre los hombres entrevistados el mayor número corresponde a los casados, seguido por los solteros y solo cinco son viudos, como lo muestra la grafica 2



Fuente: Cuestionario anexo 1 (Cuadro familiar)

ESCOLARIDAD

En cuanto a la escolaridad el mayor número de personas entrevistadas corresponde a personas con primaria y secundaria esto refleja que cuentan con educación básica y que no existirían problemas de comunicación si se quisiera promocionar la salud a través de carteles en la comunidad, continúan las personas que tienen preparatoria, en lo que respecta a técnicos y con licenciatura es el mismo número, solo existen once analfabetas y nueve no asistieron a la escuela pero saben leer y escribir. Grafica 3

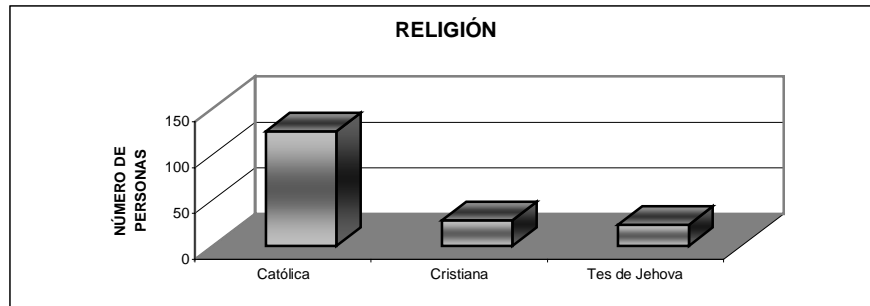


Fuente: Cuestionario anexo 1

RELIGIÓN

La religión predominante de los 176 entrevistados es la católica, seguida en un mínimo de cristianos y solo veintitrés familias entrevistadas son testigos de Jehová. Esto nos indica que un lugar para captar y promocionar es por medio de avisos afuera de la iglesia o con el apoyo del padre del templo.

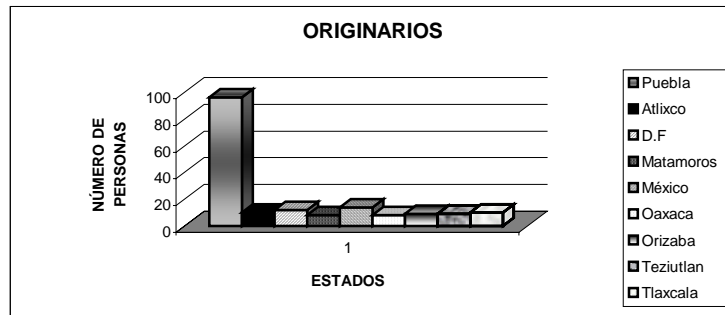
GRAFICA 4



Fuente: Cuestionario anexo 1(Datos generales)

ORIGINARIOS

En lo que respecta al lugar de origen de las personas entrevistadas el lugar que predomina es el municipio de Puebla y con un número menor provienen de México, D.F, solo 10 personas de las entrevistadas provienen de Atlixco y Tlaxcala respectivamente, ocho de Matamoros, Oaxaca, nueve de Orizaba y Teziutlan. Esto nos refleja que los habitantes por ser del mismo lugar de origen comparten una vida social, política y cultural, estas características semejantes podrían permitir que la gente se uniera y formara grupos de prevención de enfermedades. Grafica 5



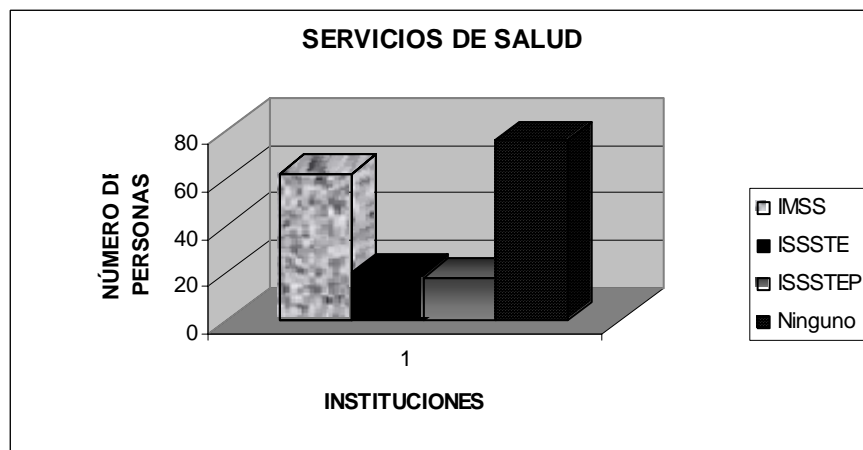
Fuente: Cuestionario Anexo 1(Datos generales)

SERVICIOS DE SALUD

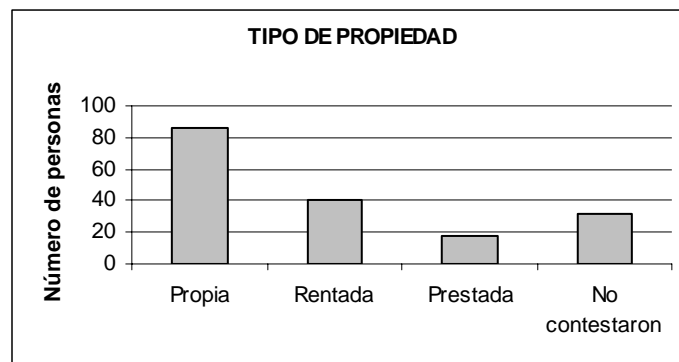
Entre la población sobresalen las personas entrevistadas sin seguridad social respecto a los servicios de salud, estas personas podrían ser las que más acudieran a solicitar el servicio de la casa de salud, continúan los derechohabientes del IMSS, y en un menor número las personas derechohabientes del ISSSTE y dieciocho familia son derechohabientes al ISSSTEP. Independientemente del servicio con el que cuenten las instituciones coinciden en cuidar la salud debido a que solo de este modo se puede brindar atención a más gente y con personas sanas se pueden conseguir comunidades desarrolladas.

GRAFICA 6

Fuente:
Cuestionario
Anexo 1(Datos
generales)



En lo que se refiere al tipo de vivienda de los mayoría de la población habita departamento propio, seguido por personas que se negaron a contestar este dato, treinta y dos son departamentos rentados y veinte prestados. El que las personas tengan departamento nos garantiza que será poco probable que cambien de domicilio así que se pueden dar cursos ya que la gente es estable. Como lo muestra grafica 7



Fuente: Anexo 1(Vivienda)

Otro dato que resulto para los entrevistados de desconfianza fue cuando se llevo al cuadro familiar y se cuestiono acerca del ingreso de los integrantes de la familia ninguna quiso reportarlo y otros refirieron no conocerlos.

Por ser departamentos con características similares los 217 cuentan con tres dormitorios y cocina aparte, en lo que concierne al material de construcción las paredes son de ladrillo, techo de concreto y piso de mosaico, en los servicios públicos tienen luz, agua potable, drenaje, línea telefónica, alumbrado público y pavimentado.

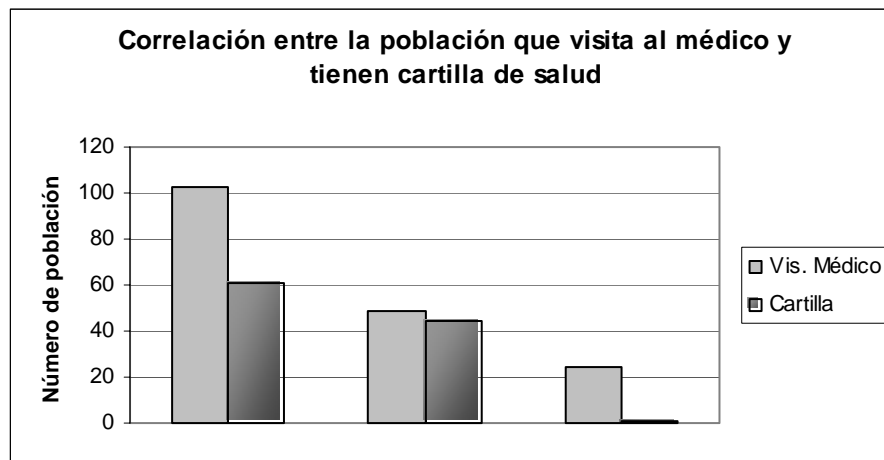
Otra pregunta que no respondieron los entrevistados fue la siguiente.

24.- ¿A que integrante de la familia le interesaría capacitarse y prevenir enfermedades?

Respondieron que desconocían los intereses y el horario de los integrantes de su familia.

4.2 DATOS DE SALUD DE LOS HABITANTES DE BOSQUES DE SAN SEBASTIÁN SEGUNDA SECCIÓN.

La salud de los habitantes de la Unidad Habitacional Bosques de San Sebastián segunda sección se presenta de la siguiente manera: Cuando sienten alguna molestia la mayoría representada por 103 personas cuestionadas acuden al médico seguida por 49 que no acuden al médico y por último 24 a veces. Esto como lo representan los datos de la gráfica 8.

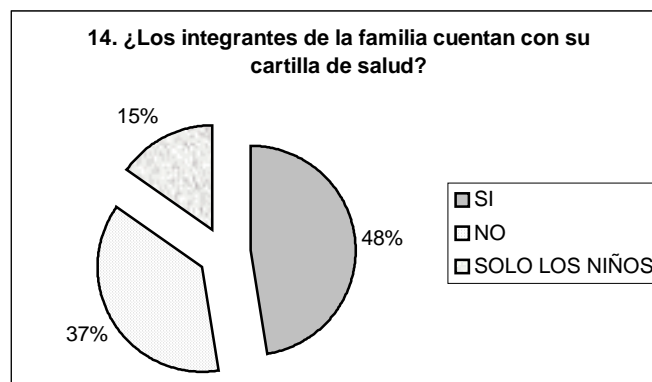


Fuente: Cuestionario Anexo 1

12. ¿Acude al médico cuándo siente alguna molestia?

14. ¿Los integrantes de la familia cuentan con cartilla de salud?

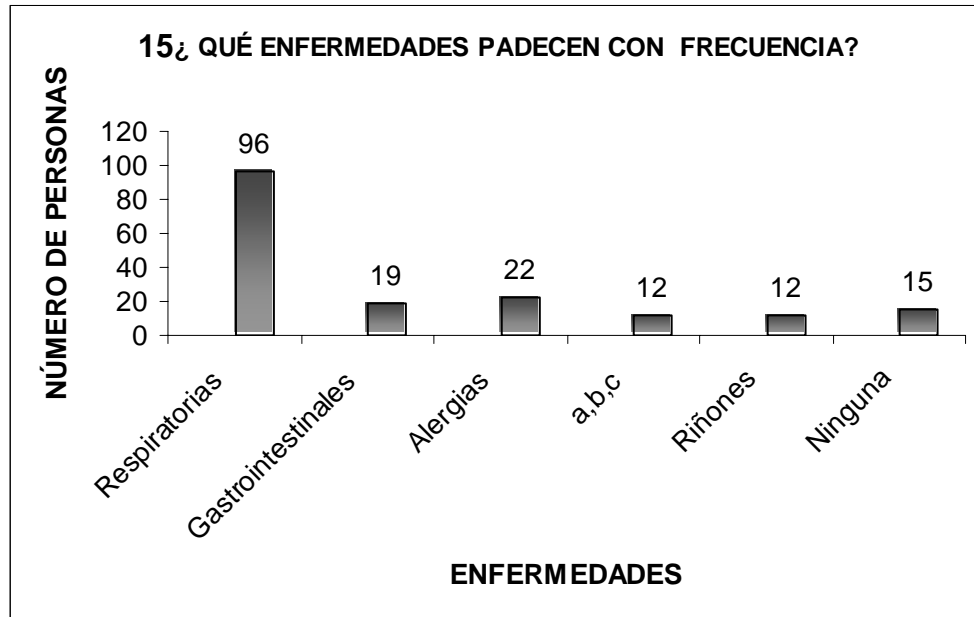
Acuden al médico pero no todos los integrantes de la familia cuentan con cartilla de vacunación, el 48% si tiene cartilla de salud y el 37% cuentan con cartilla los niños como lo muestran datos de la grafica 9.



Fuente Anexo 1

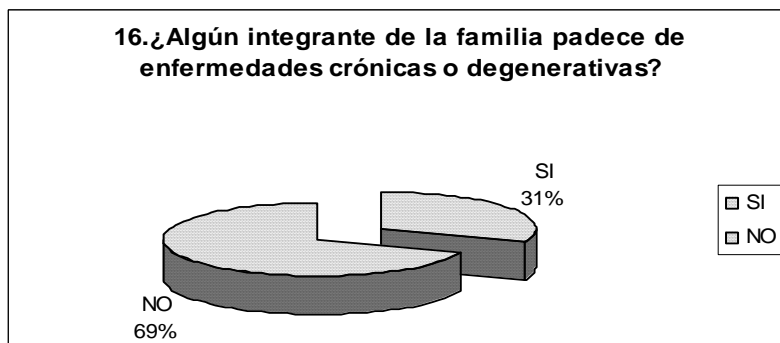
Las enfermedades que padecen con mayor frecuencia los habitantes de la unidad habitacional bosques de San Sebastián segunda sección son las respiratorias, seguida por las alergias, ocho familias con enfermedades gastrointestinales, una con respiratorias, gastrointestinales y alergias, finalmente una de los riñones.

Gráfica 10



Fuente: Cuestionario Anexo 1

De acuerdo a los datos obtenidos nos damos cuenta que el número de entrevistados con algún familiar con padecimientos crónicos o degenerativos son los siguientes 31 cuestionados si tienen familiares con padecimientos crónicos y 69 no, como lo muestra la grafica 11.



Fuente: Cuestionario Anexo 1

De las veintiuna personas entrevistadas con familiares que padecen enfermedades crónicas catorce han suspendido su tratamiento médico y siete han podido solventar sus gastos generados por sus enfermedades.

GRAFICA 12



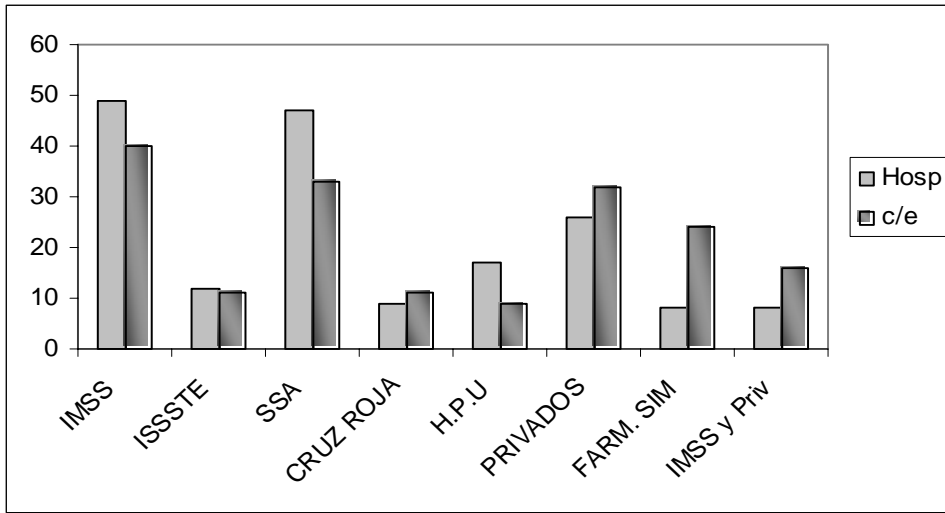
Fuente: Cuestionario Anexo 1

De las personas que cuentan con seguro social no todas asisten a él cuando requieren de consulta externa, ya que refieren que por tiempo y por la calidad del servicio asisten a consulta a diversas instituciones, a este acuden solo cuando requieren de hospitalización y en el caso del ISSSTE las personas también lo prefieren para hospitalización, a la Secretaría de Salud la prefieren para hospitalización al igual que el hospital universitario que es más solicitado para hospitalización lo contrario sucede en la Cruz Roja Mexicana donde es más demandada para consulta externa, lo mismo que en los servicios privados que son más demandados para consulta externa, al igual que las farmacias similares y en consulta es común que se intercale el servicio de privados y al cual son derechohabientes.

Esta preferencia por los servicios médicos de acuerdo a los datos obtenidos se debe a que es más rápido y más efectivo para recobrar su salud acudir a servicios médicos privados, en lo que se refiere a hospitalización esto requiere de servicios más especializados es por esto que los que son derechohabientes recurren a el servicio que se les ofrece por cuestiones económicas, como se puede apreciar en los datos que muestra la grafica 13 que se muestra a continuación.

Grafica 13.

- 10. ¿A qué institución acude cuando enferma y solo requiere de consulta externa?
- 11. ¿A qué institución acude cuando requiere de ser hospitalizado?



Fuente: Cuestionario Anexo 1

CONCLUSIÓN.

En la presente investigación se integraron datos de la situación de salud y servicios médicos desde el siglo XVIII en la Nueva España, donde las instituciones religiosas regularon los servicios médicos y hospitalarios que se ofrecían, además de la insalubridad que se presentó, los servicios médicos más completos solo se encontraron en la capital del virreinato esto originó que todos los enfermos de las ciudades y pueblos tuvieran que viajar a esta para encontrar el alivio.

Uno de los avances fue la inoculación de la viruela. Los progresos en la medicina no lo podemos concebir sin la influencia de Europa que permitió se crearan las condiciones necesarias para diagnosticar algunas enfermedades que requerían especial atención.

Por lo que respecta a las instituciones de salud pública en el siglo XIX estas atravesaron por problemas económicos los cuales provocaron que algunos hospitales se fueran a la quiebra, Puebla en este siglo creó un centro botánico donde logró abastecerse de plantas medicinales, además se intentó controlar a las personas que practicaron la medicina, para que estos brindaran un mejor servicio.

En los últimos 30 años del siglo XIX se termina la autoridad de la iglesia que ejerció sobre las instituciones de salud. Para el siglo XX se crearon instituciones públicas y privadas dedicadas a brindar servicios de salud y finalmente en 1943 se unen el departamento de salubridad y la secretaría de asistencia pública creando así a la secretaría de salubridad y asistencia.

Con el origen de las instituciones públicas de salud se brindan servicios a persona que tuvieran empleo que les ofreciera una afiliación, pero quedaba población sin servicio a la cual se le llamó abierta.

A través de la descentralización de los servicios médicos cada entidad federativa generaría sus propias medidas para abatir los problemas de salud más frecuentes, esto se ve plasmado en los programas nacionales, estatales y municipales destinados a prestar servicios de primer nivel logrando que Puebla ocupe el tercer lugar en la meta propuesta de "Salud para todos en el año 2000".

La instalación de las 109 casas de salud en las colonias del municipio de Puebla permitieron otorgar servicios de salud a más personas, resultaron de gran impacto en comunidades rurales en donde no existen centros de salud y el promotor tiene la responsabilidad de dar atención de primer nivel.

Debido a que en Bosques de San Sebastián segunda sección se encuentra una casa de salud abandonada surgió como inquietud, ponerla en función e invitar a la comunidad a que conozca los servicios que proporciona y cual es el objetivo de tenerla, para que así se cumpla la hipótesis de Entre más sean difundidos los servicios que prestan las casas de salud mayor será el número de personas que acuda y así menor será el índice de enfermedades.

Después de lo antes mencionado acerca de la importancia de la prevención de enfermedades a través de infraestructura de primer nivel, cabe mencionar que se sensibilizó a la población con respecto del adecuado empleo de las casas de salud y no dejarlas al abandono por el hecho de ser atendidas por auxiliares y no por médicos.

La casa de salud no era utilizada, se propone a una enfermera pensionada del IMSS Ofelia Lezama Vargaz ella se apego a los lineamientos para poder ser auxiliar de salud de el programa de casas de salud solicitados por las jurisdicción 6, esta voluntaria iba a recibir una gratificación de \$250.00 mensuales y capacitación constante. Para el mes de marzo la enfermera empieza a trabajar con un horario de 9:00 a 13 horas.

Se hicieron invitaciones verbales cada vez que se culminaba la aplicación de la cedula de sondeo acerca del funcionamiento de la casa de salud (Anexo 1) después de estas exhortaciones para asistir y conocer los servicios que brinda la casa de salud, se aumento el número de personas atendidas en la casa de salud, especialmente para abarcar cuestiones de planificación familiar, inyecciones y curaciones.

Con esta acción se consiguió el objetivo general que era lograr que funcione de manera regular la casa de salud, difundir los servicios y el horario, esta propagación se hizo a través de transmisión oral debido a que cuando se realizaron las entrevistas se informaba a cerca de los servicios que brinda la casa de salud y el horario de servicio.

En lo que respecta a las hipótesis en cuanto se empezó a difundir los servicios de la casa de salud el número de personas se incremento de 1 por semana a 4, además que las personas se interesaban por conocer los servicios. De esta manera se empiezan a aplicar las actividades del paquete básico.

Otra actividad que se podría programar es formar grupos para difundir los servicios preventivos, este se desarrollaría con mayor facilidad debido a que todos se conocen porque son vecinos, por tal motivo se impulsaría

las actividades de la casa de salud, se iniciarían los grupos regidos de manera formal y conforme pase y estén cimentadas las reglas pueden quedar ya informales y abiertos.

De los 176 cuestionarios 44 entrevistados expresan que para cubrir los requerimientos de su enfermedad han tenido que pedir prestado, esto los atrasa en su crecimiento económico, ya que tienen que pagar el dinero solicitado en lapsos de uno a seis meses, además de el interés que genere este, las situaciones antes mencionadas se podrían evitar adquiriendo servicios de primer nivel como los que prestan las casas de salud.

Entre las actividades propagadas esta el formar un comité de salud que funcione con 5 vocales y se renovará cada año, este podrá gestionar medidas preventivas de salud y promover las jornadas de servicios médicos en la casa de salud.

Estas casas generan una comunicación constante entre la gente de la comunidad y el personal de la casa de salud, con esta actividad se puede cambiar la imagen de que un médico es el único que puede cuidar la salud.

Es importante hacer uso de las casa de salud para cuestiones propias de esta, para que así las personas la conozcan y sepan que cualquier situación relacionada con su salud puede acudir a esta casa y solicitar sus servicios.

BIBLIOGRAFIA

1. Aarún Ramé Jesús Lorenzo. "Puebla hacia la calidad en salud" Edit. Secretaría de Cultura. México. pp 340.
2. Alemán Bracho Carmen, "Política Social". Edit. McGraw Hill. España. 1997. pp 415.
3. Álvarez Alva Rafael. "Salud Pública y Medicina Preventiva". Edit Manual Moderno. México. 1998. pp 432.
4. Barquin Manuel. "Historia de la Medicina" México. 2001. Edit. Méndez Editores. pp 400.
5. Cuenya Mateos Miguel Ángel. "Puebla de los Ángeles en tiempos de una peste colonial" México. 1999. BUAP Puebla. pp 315.
6. De Robertstis Cristina, "Metodología de la intervención en trabajo social". Edit Ateneo. Argentina. 1988. pp 225.
7. Georke Heinz "3000 años de la Historia de la medicina de Hipócrates a la medicina bioquímica" Edit Gustavo Gili, Barcelona, 1986, pp 280.
8. González Casanova Pablo. "México Hoy". Edit. Siglo XXI. México. 2000. pp 419.
9. González Enrique Tiburcio. "Ajuste Económico y política social en México". México.
10. González Gómez Francisco. "Historia de México 2 del Porfirismo al Neoliberalismo". Edit. Quinto sol. México. 1991. pp 218.
11. Gran Diccionario Enciclopédico Visual. México. pp 1291.
12. Hernández Martínez Enrique. "La introducción a la Salud Pública". Edit Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México. 1994. pp 193
13. Huerta Jaramillo, Ana María, "Boticarios Poblanos". México. 1994. Edit. Gobierno del Estado de Puebla. pp 281.
14. Huerta Jaramillo, Ana María, "Salus et solatium". México. 2001. Edit. Gobierno del Estado de Puebla. pp 121.
15. Kisnerman Natalio. "Servicio Social de Grupos". Edit Humanitas. Argentina. 1981. pp 315.
16. Larousse (diccionario enciclopédico) Q-Z Tomo 3, 1988. México. pp 997.
17. Ley Estatal de salud. Edit ACD. México. 2001. pp106.
18. Mackenzie, Beatriz, "Antiguo Hospital de San Pedro". México Edit. Gobierno del Estado de Puebla. pp 60.

19. Mora Carrillo Enrique. "Dinámica de grupos y capacitación con grupos vivenciales". 1982. pp 327.
20. Moreno. "Sociometría" pp 312.
21. Muriel, Josefina, "Hospitales de la Nueva España Tomo I y II". México. 1990, 1991. pp 358.
22. Schteingart, Martha, Boltvinik. Julio. "Pobreza, condiciones de vida y salud en la ciudad de México". Edit Colegio de México. Centro de Estudios Demograficos y Desarrollo Urbano. México 1997 pp 824
23. Silvestre Méndez José "Problemas Económicos de México" Edit McGraw Hill. México. 2001. pp 404
24. Torres Zelia, "Grupo Instrumento de servicio social". Edit. Humanitas. Argentina. 1982. pp 117.
25. Tschorne, "La dinámica de grupo aplicada al trabajo social". Edit Obelisco, España. 1990. pp 140.
26. Warman Arturo. La política social en México. Edit Fondo de cultura económica. México. 1994. pp 579

Manuales, Modelos, Revistas, Planes, Informes y Folletos

1. "Diagnóstico Situacional de casas de salud". Servicios de salud en el Estado de Puebla. Jurisdicción Sanitaria número seis.
2. "PLAN MUNICIPAL DE DESARROLLO" 1999-2002. México. pp 144.
3. "Programa Operativo Anual de Casas de Salud". Coordinación de servicios de salud. Coordinación de casa de salud. Servicios de salud en el Estado de Puebla. Jurisdicción Sanitaria número seis.
4. 5to informe de Gobierno Participativo de Puebla. 1998 pp 55.
5. Anuario de Estadísticas por entidad federativa, INEGI. 2002. México. pp 619.
6. Ayuntamiento de Puebla Plan de Desarrollo Municipal 2002-2005. (nota este material es sólo de consulta aun no esta publicado). pp 56
7. Diario Oficial viernes 27 de enero de 1995.
8. Folletos
9. Gobierno del Estado de Puebla. "PLAN ESTATAL DE DESARROLLO". 1987-1993. México. pp 73.
10. Gobierno del Estado de Puebla. "PLAN ESTATAL DE DESARROLLO". 1993-1999. México. pp 156.
11. Gobierno del Estado de Puebla. "PLAN ESTATAL DE DESARROLLO". 1999-2005. México. pp 73.
12. Gobierno del Estado de Puebla. "PLAN SECTORIAL DE SALUD Y ALIMENTACIÓN". 1999-2005. México. pp 70.
13. Gobierno participativo 5 to informe 1989. Diario Oficial. pp 87.
14. Grajales Valdespino Carolina "Revista de Trabajo social". 2001. México. pp 144.

15. Infante Gama Vicente "Revista de Trabajo social". 1996. México. pp 64.
16. La Economía Mexicana en cifras 1998. pp 18.
17. Modelo de atención a la salud para población abierta 1995
18. Poder Ejecutivo Federal. "PLAN NACIONAL DE DESARROLLO". 1982-1988. México. Internet.
19. Poder Ejecutivo Federal. "PLAN NACIONAL DE DESARROLLO". 1989-1994. México. pp. 143.
20. Poder Ejecutivo Federal. "PLAN NACIONAL DE DESARROLLO". 1995-2000. México. pp 177.
21. Poder Ejecutivo Federal. "PLAN NACIONAL DE DESARROLLO". 2001-2006. México. pp 157.
22. Poder Ejecutivo Federal. Programa de Reforma del sector Salud. 1995-2000. pp 81.
23. PROGRAMA DE ACCIÓN "ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA"
24. Programa Nacional de la Mujer 1995-2000. pp 80.
25. Revista de Trabajo Social. Reflexiones sobre la transición de la política social en México. Solís San Vicente. Número uno invierno 2000. pp 84
26. Revista Interamericana VISION. Salud para todos. 26 de julio 1982. México pp 52
27. Secretaría de Salud "Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta" 1995 pp 46
28. Servicios de Salud del Estado de Puebla "Programa de la primera semana nacional de salud".
29. Sistema Estatal de Salud "Este es tu primer cuaderno de salud y educación"
30. VI Informe de Gobierno 1988-1994 pp 40.

ANEXOS.

VIVIENDA:				
CASA:	Propia ()	Rentada ()	Prestada ()	Otros: _____
Número de	Dormitorios ()	¿Cuenta con cocina? Si () No ()		

MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN:						
Paredes:	Ladrillo ()	Block ()	Adobe ()	Madera ()	Lamina ()	Otros: _____
Techo:	Concreto () Lamina de: Albesto () Carton () Galvanizada ()					Otros: _____
Piso:	Mosaico () Cemento () Lozeta () Tierra ()					Otros: _____

SERVICIOS PUBLICOS:				
Luz ()	Agua Potable ()	Drenaje ()	Teléfono ()	Alumbrado Público ()
Pavimentación () Abastecimiento de agua ()				

- 9.- ¿Porqué no es derechohabiente?
 a) Por tener un empleo informal b) Por ser desempleado c) Trabaja por honorarios
 d) Otros ¿Cuál? _____
- 10.- ¿A qué institución acude cuando enferma y solo requiere de consulta externa?
 a) IMSS b) ISSSTE c) S.S.A d) Cruz Roja e) H.U.P. f) Farmacias Similares _____
 g) Privados ¿Cuál? _____ Otros: ¿Cuál? _____
- 11.- ¿A qué institución acude cuando requiere de ser hospitalizado?
 a) IMSS b) ISSSTE c) S.S.A d) Cruz Roja e) H.U.P.
 OTRO: ¿Cuál? _____ ¿Porqué? _____
- 12.- ¿Acude al médico cuando siente alguna molestia?
 Si () No () ¿Porqué? _____
- 13.- ¿Cubre en su totalidad los gastos que genera el acudir al médico y surtir sus medicamentos?
 Si () No ()
- 14.- ¿Los integrantes de la familia cuentan con su cartilla de salud?
 Si () No () Porqué _____
- 15.- ¿Qué enfermedades padecen con frecuencia?
 Respiratorias () Gastrointestinales () Alergias ()
- 16.- ¿Algún integrante de la familia padece de enfermedades crónicas o degenerativas?
 Si () No () ¿Quién? _____ ¿Qué enfermedad? _____
- 17.- En caso de que su respuesta sea si ¿A esta persona le ha suspendido su tratamiento por no poder solventar los gastos.
 Si () No () Por cuanto tiempo _____
- 18.- ¿Para cubrir sus gastos de servicios médicos qué hace?
 a) Pide prestado () b) Vende sus pertenencias () c) Lo apoya su familia
 b) Lo apoya alguna institución. () d) Recibe algún descuento ()
- 19.- Si pide prestado ¿Cómo paga?
 a) En facilidades a corto plazo 1 a 6 meses c) No pide prestado ()
 b) En facilidades a largo plazo 6 a 12 meses
- 20.- Se ha complicado la enfermedad de algún integrante de la familia por no ser derechohabiente
 Si () No () Porqué _____
- 21.- ¿Usted sabe como prevenir enfermedades ?
 Si () No () Porqué _____
- 22.- ¿Práctica con su familia estas medidas de prevención?
 Si () No () Porqué _____

23.- ¿Le gustaría participar en grupos de capacitación en prevención de enfermedades?

Si () No ()

24.- ¿A que integrante de la familia le interesaría capacitarse y prevenir enfermedades ?

25.- ¿Con que horario dispone para pertenecer a este grupo?

OBSERVACIÓN:

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN LO APLICA

CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL COMPROMISO DEL AUXILIAR DE LA CASA DE SALUD DE LA UNIDAD HABITACIONAL DE BOSQUES DE SAN SEBASTIÁN SEGUNDA SECCIÓN.

1 DATOS GENERALES				
				FECHA: _____
Nombre	Apellido Paterno		Apellido Materno	Nombre(s)
Sexo: Femenino ()	Masculino ()			
Estado civil: Casado ()	Soltero ()	Union Libre ()	Divorciado ()	Viudo ()
Fecha de nacimiento	_____		Completa ()	Incompleta ()
Escolaridad	_____		Originario	_____
Religión	_____			
Domicilio:	_____			
	Calle	N. ext	N. int	Colonia
	Municipio Estado		_____	
C.p	_____	Teléfono	_____	

2

1.- ¿Desde cuándo esta a cargo de la casa de salud?

2.- ¿Cuál es el horario de servicio de la casa de salud?

3.- ¿Por qué se le destino la responsabilidad de esta casa de salud?

4.- ¿El horario lo eligió usted?

a) Sí () b) No ()

5.- ¿Qué servicios son los que presta la casa de salud?

6.- ¿Cuál es el número aproximado de personas que asiste a solicitar el servicio a la semana?

a) 1-5 () b) 5-10 () c) 10-15 () d) más () Cuántos _____

7.- ¿Con frecuencia suspende el servicio?

a) Sí () b) No ()

8.- ¿Las causas de la suspensión las conoce la encargada de casas de salud?

a) Sí () b) No ()

9.- ¿Usted obtiene algún beneficio por prestar su servicio?

a) Sí () b) No () c) ¿Cuál? _____

11.- ¿Se le hace equitativo el beneficio que obtiene por prestar su servicio?

a) Sí () b) No () Porqué _____

12.- ¿Cree que la promoción que a tenido la casa de salud a sido suficiente?

a) Sí () b) No ()

13.- ¿Considera que los habitantes de Bosques de San Sebastián segunda sección identifican el servicio que presta la casa de salud?

a) Sí () b) No () Porqué _____

14.- ¿Le gustaría que se difundiera el servicio de la casa de salud?

a) Si () b) No ()

OBSERVACIONES:

Nombre y firma de quien lo aplica

GLOSARIO

- Exequias. Honras fúnebres.
- Súmmum. M. (pal.lat). El grado sumo, el colmo: el súmmum de la elegancia.
- Laringólogo. M. y F. Especialista dedicado al estudio y tratamiento de las enfermedades de la laringe.
- Otólogo. M. y f. Médico o médica especialista en enfermedades del oído.