



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
COLEGIO DE GEOGRAFÍA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA

**“Exclusión
de los Servicios de Salud
de las Mujeres en Condiciones de Pobreza
en la Periferia de la Ciudad de México.
El caso de la Delegación Xochimilco”.**

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN GEOGRAFIA

PRESENTA:

BRENDA GRETA MONTAÑO HERNÁNDEZ

ASESORA: DRA. FLOR MIREYA LÓPEZ GUERRERO



Octubre 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Dedicatoria

A Dios.

Al bello planeta Tierra.

La primera riqueza es la salud.

-Ralph Waldo Emerson

La correlación entre pobreza y la obesidad
puede ser rastreada en las políticas agrícolas y subsidios.

-Michael Pollan

Esta investigación fue realizada gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) con clave **IN300811** denominado “Segregación socioespacial y pobreza urbana en las Zonas Metropolitanas de la Ciudad de México, Cuernavaca y Querétaro”, el cual coordino el Dr. Adrian Guillermo Aguilar Martínez.

AGRADECIMIENTOS

Los hombres son como los dados, se lanzan en la partida de la vida.

-Jean Paul Sartre

Gracias a Dios por todas sus bendiciones y su generosidad.

Gracias al Arcángel Rafael por su inspiración.

Gracias a los ángeles por su soporte.

Gracias al Universo por toda la prosperidad que hay en mi vida.

Gracias al planeta Tierra.

Gracias a Barbará por patrocinar la impresión de éste proyecto.

Gracias a mis tíos y tías maternos, quienes indirectamente me animaron a salir de mi zona de confort para conocer y explorar nuevos lugares.

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México por admitirme en ésta carrera.

Gracias a la Facultad de Filosofía y Letras por todo lo que es y representa para el conocimiento de nivel superior.

Gracias al Instituto de Geografía: por permitirme utilizar sus instalaciones, especialmente el internet y sus computadoras.

Gracias a la Dirección General de Asuntos del Personal Académico por permitirme la participación en el proyecto PAPIIT **IN300811** así como por la beca brindada.

Gracias al Dr. Adrian Guillermo Aguilar Martínez por su ayuda y presencia.

Gracias a la Dra. Flor Mireya López Guerrero por sus innumerables asesorías, su crítica y su ingenio. Además por demostrarme que la calidad de una tesis depende de la asesora.

Gracias a mis sinodales por su cortesía y su paciencia: el Lic. Balanzario Zamorate, el Lic. Hernández Lara, la Mtra. Damián.

Gracias a mis grandes amistades por su ánimo positivo así como su lealtad durante este largo camino: Cassandra Morales, Fabiola Hernández García, Isabela Rojas Villamar.

Gracias a mis queridos colegas: Marco Antonio Miramontes, Patricia Martínez Cruz, Javier López Ruiz, Rosa Marta Peralta Blanco.

Gracias a la Lic. Alejandra Aguirre Sosa por atender mi solicitud de información pública.

Gracias a las mujeres de Xochimilco que permitieron la aplicación de encuestas.

Gracias a los mexicanos, que con sus impuestos, pagaron mi carrera.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
(i) Perspectivas sobre el acceso a los servicios de salud de las mujeres en condición de pobreza.	3
(ii) La condición de pobreza femenina y su acceso a los servicios de salud en México.....	4
(iii) Enfoque socioterritorial de la Geografía de la Salud	5
CAPITULO I. ACCESO, COBERTURA Y EXCLUSIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS MUJERES POBRES EN MÉXICO Y EL DISTRITO FEDERAL..	11
1.1 Introducción a la Geografía de la Salud	11
1.2 Las mujeres y el acceso a los servicios de salud.....	14
1.3 Dimensiones de acceso a los servicios de salud	17
1.4 De la pobreza a la exclusión de los servicios de salud.	19
1.5 La relación entre la salud, la población y la periferia urbana	22
1.6 La relación espacial de la periferia y el estado de salud de las mujeres pobres	26
1.7 La cobertura de los servicios de salud en México.....	29
1.8 Cobertura de los servicios de salud en el Distrito Federal	34
CAPITULO II. EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS MUJERES EN CONDICIÓN DE POBREZA EN LA PERIFERIA DEL DISTRITO FEDERAL. EL CASO DE LA DELEGACIÓN XOCHIMILCO.....	40
2.1 Desigualdad en la distribución de los servicios de salud en el Distrito Federal.....	40
2.2 Contexto socioterritorial de la Delegación Xochimilco.....	44
2.3 La periferia urbana en Xochimilco.....	48
2.4 Localización y características demográficas de la Delegación Xochimilco ..	51
2.5 La situación de los servicios de salud de la Delegación Xochimilco	52
2.6 Las enfermedades más comunes de las mujeres en México.....	53
2.7 Morbilidad de las mujeres en la delegación Xochimilco	54
2.8 El perfil social de las mujeres pobres y su relación con su estado de salud en Xochimilco.....	57

2.9 ¿Cómo resuelven las mujeres pobres su estado de salud?.....	61
2.10 Dificultades que experimentan las mujeres en condiciones de pobreza para acceder a los servicios de salud.	63
2.11 ¿Cómo las mujeres pobres de Xochimilco auto-resuelven su estado de salud?	65
CAPÍTULO III. ACCESO, COBERTURA Y EXCLUSIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA PERIFERIA URBANA HACIA LAS MUJERES EN CONDICIÓN DE POBREZA. EL CASO DE TRES ASENTAMIENTOS IRREGULARES EN LA DELEGACIÓN XOCHIMILCO.	
3.1 Acceso a los servicios de salud en la periferia urbana de Xochimilco	72
3.2 Distribución de los servicios de salud públicos en la delegación Xochimilco	73
3.3 Metodología para medir el acceso de los servicios de salud	75
3.4 El acceso a los servicios de salud de las mujeres de la periferia urbana en condición de pobreza	76
3.5 Análisis sociodemográfico de las mujeres en condición de pobreza a los servicios de salud para la periferia urbana en Xochimilco	79
3.5.1 Características sociodemográficas	79
3.5.2 Correlación de derechohabiencia con educación	80
3.5.3 Correlación entre servicio de salud utilizado y escolaridad.....	83
3.5.4 Correlación de servicios de salud usados con procedencia	84
3.5.5 Correlación de los servicios de salud con el ingreso por salario mínimo del hogar.....	86
3.5.6 Calidad en el acceso a los servicios de salud.....	88
3.5.7 Accesibilidad y asequibilidad en gastos de salud con relación al empobrecimiento de las mujeres.	93
3.5.8 Principales enfermedades de las mujeres y su relación con su condición de pobreza.....	96
3.5.9 Calidad y exclusión de los servicios de salud.	98
3.5.10 Mujeres pobres y alternativas para autorresolver su estado de salud.	100
3.5.11 Calidad de los servicios de salud.....	105
CAPÍTULO IV. LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DIRIGIDAS A LAS MUJERES EN MÉXICO.	
4.1 Cobertura socioterritorial de los servicios de salud	115

4.2 Tendencias de las políticas públicas de salud dirigidas hacia las mujeres a nivel nacional y local	126
4.3 Perspectivas a futuro en la cobertura socioterritorial de los servicios de salud para las mujeres en condición de pobreza.....	146
CONCLUSIONES.....	151
Bibliografía	165
Hemerografía	177
Referencias electrónicas	184
ANEXO.....	194
Cuadro 3.3 Hospitales públicos generales y de especialidades de la Secretaría de salud del Distrito Federal (SSA-DF), por delegación y detalle de los servicios ofrecidos.	195

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1 México. Población según condición de derechohabiencia, 2000 y 2005.	4
Cuadro 2 México. Distribución relativa entre hombres y mujeres por tipo de derechohabiencia, 2000 y 2004.	5
Cuadro 1.1 Población a nivel nacional por sexo según derechohabiencia del 2010	31
Cuadro 1.2 Comparación de la población a nivel nacional por sexo según tipo de afiliación	32
Cuadro 1.3 Comparación de la población a nivel nacional por sexo según asistencia y tipo de servicio de salud que utilizó en el último año	34
Cuadro 1.4 Distrito Federal. Diez principales causas de enfermedades según tipo de transmisión.	39
Cuadro 2.1 Distrito Federal. Centros de salud y hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSA-DF), IMSS e ISSSTE por delegación.	41
Cuadro 2.2 Distrito Federal. Hospitales generales y de especialidad de la Secretaría de Salud federal y estatal en cada delegación, por número de unidades.	42
Cuadro 2.3 Distrito Federal. Hospitales públicos que existen para atender la salud de las mujeres.	45
Cuadro 2.4 Principales enfermedades atendidas en las mujeres por Centro de Salud perteneciente a la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSA-DF), dentro de Xochimilco en 2013	56
Cuadro 2.5 Patrón de actividad diario de una empleada doméstica a tiempo parcial, en Bangladesh.	58
Cuadro 2.6 Consultas de primera vez y subsecuentes realizadas por mujeres según edades en los Centros de Salud de la SSA-DF, durante el 2011.	68
Cuadro 3.1 Xochimilco. Centros de Salud Comunitarios de la SSA-DF por nivel de atención.	74
Cuadro 3.2 Xochimilco. Correlación entre asentamiento y el estado de donde las mujeres provienen.	79
Cuadro 3.3 Xochimilco. Correlación entre derechohabiencia, nivel de escolaridad y asentamiento.	81
Cuadro 3.4 Xochimilco. Correlación entre servicio de salud usado para resolver la salud y estado de origen por porcentajes	85
Cuadro 3.5 Tipos de calidad por categorías, según servicio de salud.	89
Cuadro 3.6 Xochimilco. Ingreso por hogares según derechohabiencia	90
Cuadro 3.7 Xochimilco. Porcentaje invertido del ingreso mensual en servicios de salud privados	92

Cuadro 3.8 Xochimilco. Ingresos de hogares según servicios gratuitos brindados por la SSA-DF	93
Cuadro 3.9 Xochimilco. Inversión de los ingresos en pago de: consultas medicas, agua embotellada, medicamentos y transporte.	96
Cuadro 3.10 Práctica de ejercicio correlacionada con enfermedades	97
Cuadro 3.11 Xochimilco. Relación de población femenina sin derechohabiencia, sus enfermedades y el servicio de salud utilizado.	100
Cuadro 3.12 Xochimilco. Accesibilidad de las mujeres para acudir a servicios de salud por asentamiento: según la distancia, gasto monetario, tiempo por ingreso familiar mensual; incluye automedicación.	101
Cuadro 3.13 Xochimilco. Motivo de la negación del servicio.	106
Cuadro 3.14 Xochimilco. Cuadro resumen de la relación entre tiempo de espera y duración de consulta, según trato del médico	108
Cuadro 3.15 Xochimilco. Relación entre el tiempo para obtener turno y la resolución de la salud según la opinión de las mujeres.	109
Cuadro 3.16 Xochimilco. Relación entre trato del médico y percepción personal del trato.	110
Cuadro 3.17 Xochimilco. Relación entre servicio de salud utilizado y la percepción de las mujeres acerca de la resolución de las necesidades en salud	111
Cuadro 3.18 Xochimilco. Cuadro general del grado de dificultad en la accesibilidad a servicios de salud por: tiempo, distancia y gasto.	112
Cuadro 3.19 Xochimilco. El trato del médico según el servicio de salud utilizado por las mujeres.	113
Cuadro 3.20 Xochimilco. Cuadro completo de la calidad de la atención medica prestada por servicio de salud, según percepción de la atención.	114
Cuadro 3.21 Xochimilco. Relación entre el ingreso familiar mensual y percepción de las carencias existentes en los servicios de salud	115
Cuadro 4.1 Distrito Federal. Mujeres con derechohabiencia en porcentaje.	119
Cuadro 5.1 Xochimilco. Relación entre asentamientos irregulares y enfermedades.	163

INDICE DE FIGURAS Y MAPAS

Mapa 1.1 Xochimilco. Distribución de asentamientos irregulares por colonias.	24
Mapa 1.2 Distrito Federal. Distribución de los principales servicios de salud según institución.	38
Mapa 2.1 Distrito Federal. Distribución de servicios de salud de la SSA-DF por grado de marginación.	43
Mapa 2.2 Xochimilco. Grado de marginación por agebs.	47
Mapa 2.3 Xochimilco. Ubicación de pueblos.	47
Mapa 2.4 Distrito Federal. Localización de Xochimilco	51
Figura 2.1 Xochimilco. Pirámide de población.	52
Mapa 2.5 Xochimilco. Principales enfermedades durante 2013.	55
Mapa 2.6 Xochimilco. Consultas de primera vez realizadas por mujeres en Centros de Salud de la SSA-DF durante 2011	67
Mapa 2.7 Xochimilco. Consultas de segunda vez realizadas por mujeres en Centros de Salud de la SSA-DF durante 2011	67
Mapa 3.1 Xochimilco. Distribución de servicios de salud públicos según grado de marginación.	74
Mapa 3.2 Xochimilco. Ubicación de los tres asentamientos de estudio.	78
Mapa 3.3 Xochimilco. Asentamientos irregulares distribuidos por colonias y manzanas	78
Figura 3.1 Xochimilco. Correlación entre nivel de escolaridad y servicio de salud utilizado para la resolución de salud.	87
Figura 3.2 Xochimilco. Correlación entre el ingreso familiar mensual y el servicio de salud usado para resolver la salud	88
Mapa 5.1 Xochimilco. Principales enfermedades por asentamiento.	164

INTRODUCCIÓN

“El enfermo quiere su vida, el médico quiere sus honorarios”

Proverbio africano

La Geografía de Salud es una rama de la Geografía Humana que analiza la cobertura, accesibilidad y eficacia de los servicios de salud, así como su relación con los patrones espaciales de la sociedad y el ambiente natural. Agentes como el género, estatus socioeconómico y poder político son importantes influencias en la salud y para los servicios de salud (Anthamatten and Hazen, 2011: 1). Tradicionalmente, la Geografía de la Salud se ha dedicado a la cartografía y estadística de enfermedades; por ejemplo, los geógrafos de la salud explicarían porque la malaria sólo se presenta en determinadas regiones del planeta. Pero los geógrafos de la salud también han orientado acerca de la mejor localización para situar servicios de salud. Sin embargo, recientemente la Geografía de la Salud cuestiona acerca de la calidad de los servicios de salud, además de la ética de los cuidados de la salud. Es decir, se ha tornado más atenta respecto de las cualidades de los servicios de salud, que de las cantidades (Anthamatten and Hazen, 2011:4).

Por otro lado, la Geografía de la Salud se ha interesado significativamente por la cobertura de los servicios de salud, incluyendo su desigualdad al acceso; pero también la calidad del servicio ofrecido por los prestadores de servicios de salud. Esto además está vinculado a la distribución espacial de los servicios de salud que no corresponden a la atención pronta y expedita de los servicios de salud de quienes lo requieran (Rosenberg, 1998: 217).

Uno de los grupos de población más desatendidos en la investigación de la Geografía de la Salud son las mujeres que se encuentran en condición de pobreza y que por lo regular se localizan en territorios muy alejados como las periferias urbanas, lo cual es una condicionante que las excluye del acceso a servicios de salud, y que también les ofrece un trato inequitativo por su género (Rosenberg y

Wilson, 2000: 275). Annandale (2009: 67) menciona diferentes perspectivas de las mujeres y la salud, pero no aborda directamente a las mujeres en situación de pobreza. Gesler y Kearns (2002: 102) indica que la mujer no ha sido tomada en cuenta para estudios de salud. Además, que tradicionalmente los estudios que se han realizado en torno a la mujer se refieren al periodo fértil de las mujeres, así como algunos procesos reproductivos; pero que los aspectos concernientes a procesos no reproductivos de la mujer se menosprecian.

Gatrell (2009: 216) refiere la financiación inequitativa de los servicios de salud en países desarrollados y en vías de desarrollo, pero no contempla si ésta financiación inequitativa afecta a hombres y mujeres por igual o más a las mujeres. Phillips (1990: 224) menciona como el mayor enfoque en grupos específicos, en materia de cuidado de la salud en el Tercer Mundo, han sido las madres y sus hijos. Curtis (et. al., 2004:50) proporcionan estudios del patrón de inequidad de salud, a partir de los ingresos de países desarrollados. Pero no refiere que parte de esos ingresos son producidos por mujeres pobres que no tienen acceso a servicios de salud.

Rosenberg (2000: 276) brinda una perspectiva más amplia que otros autores respecto a la Geografía de la Salud y la mujer. Por ejemplo, el autor menciona como en Canadá las mujeres discriminadas por motivos raciales y/o de color, son quienes sufren más la pobreza y por tanto, la falta de acceso a servicios de salud, que los hombres del mismo grupo social. Por otro lado, Rosenberg (2000: 280-282) demuestra que las mujeres padecen más enfermedades crónicas que los hombres, así como las amas de casa jóvenes son las que se quedan sin dinero para conseguir alimentos, lo cual incide directamente en el estado de salud femenina.

Desde la perspectiva de la Geografía de la Salud, es importante analizar cómo las mujeres pobres son excluidas a los servicios de salud por su género y condición socio-económica, así como las que habitan las orillas del espacio urbano, el cual agudiza su desatención en relación al acceso a los servicios de salud.

(i) Perspectivas sobre el acceso a los servicios de salud de las mujeres en condición de pobreza.

Desde luego que los factores que influyen en el estado de la salud tales como la higiene, el medio ambiente, nivel de ingresos económicos, condiciones adecuadas de vivienda, localización y el acceso al agua potable son inequitativos entre la población que habita los espacios urbanos; mientras unos gozan del conjunto de estos factores, otros tienen serias deficiencias, es decir, el acceso a los servicios de salud no es equitativo para todos. El sector de la población pobre en el espacio urbano es el que experimenta carencias de todos o de algunos de los factores anteriores, y dentro de éste sector, existe un grupo de población que es más susceptible a dichas carencias como es el grupo de las mujeres en condición de pobreza urbana (Phillips, 1990:13).

Las mujeres en condición de pobreza urbana tienen mucha dificultad para acceder a los servicios de salud por varias razones, una de ellas se refiere a la lejanía de los centros de atención de salud como son, clínicas u hospitales. Otra razón es que tienen acceso a los servicios de salud de más bajo nivel, que nos les resuelve su problema de salud de forma integral, sino solo de forma parcial y al corto plazo (Phillips, 1990:23).

Una tercera razón, es que a los centros de salud a los que tienen posibilidad de acceder, no llevan una continuidad de sus enfermedades, lo que causa un agravamiento en el deterioro de su estado de salud, aunado a que la atención es de baja calidad tanto del personal como de la infraestructura (Phillips, 1990:105). Y una última razón, es que ocurre con frecuencia que las mujeres pobres que logran acudir a algún centro de salud más cercano, enfrentan que la atención del personal es deficiente, por lo que tardan muchas horas en conseguir consulta con el médico que les es asignado (Phillips, 1990:24).

(ii) La condición de pobreza femenina y su acceso a los servicios de salud en México

En el contexto de la pobreza urbana en México, las mujeres en condición de pobreza no cuentan con derechohabiencia a servicios de salud por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que reportó 18 170 584 derechohabientes femeninas en el 2010, o del Instituto de seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que reporto 3 473 315 derechohabientes femeninas en el mismo año. Aunque existe el Seguro Popular, el cual es un seguro médico voluntario para la población sin derechohabiencia, no cubre todas las enfermedades existentes ni es permanente; lo cual se confirma con lo que dice Phillips (1990: 104-105) de que la ayuda se minimiza.

De acuerdo el cuadro 1, la población derechohabiente del año 2000 en México constituye el 40% del total poblacional, siendo mayor la proporción de no derechohabientes. Sin embargo para el año 2005, la población no derechohabiente representó la mitad de la población total. Hombres y mujeres representan volúmenes similares entre derechohabientes y no derechohabientes (Colinas, 2008: 28).

Cuadro 1 México. Población según condición de derechohabiencia, 2000 y 2005.

	Año	Total	Hombres (%)	Mujeres (%)
Población total	2000	97 483 412	48.8	51.1
	2005	103 263 388	48.6	51.3
Población derechohabiente	2000	39 120 682	48.1	51.8
	2005	48 452 418	47.7	52.2
Población no derechohabiente	2000	55 555 788	49.2	50.7
	2005	51 402 597	49.4	50.6
No especificado	2000	2 806 942	50	49.9
	2005	3 408 373	48.9	50

Fuente: Colinas, L. (2008) Economía productiva y reproductiva en México: un llamado a la conciliación. *Serie estudios y perspectivas*. Febrero de 2008 (No. 94), pagina 28.

Pero la situación cambia cuando se compara el tipo de derechohabiencia del que gozan hombres y mujeres, según el cuadro 2 durante el 2000, hay una proporción similar entre hombres derechohabientes titulares y beneficiarios, mientras que la mitad de las mujeres derechohabientes son beneficiarias y un pequeño porcentaje son titulares; ésta tendencia en las mujeres aumenta para el 2004, para los hombres no hay mucha diferencia. Esto significa que para las mujeres les es más sencillo acceder a servicios de salud siendo familiares del titular, que trabajando para un patrón, empresa, estado o independientemente (Colinas, 2008: 28).

Cuadro 2 México. Distribución relativa entre hombres y mujeres por tipo de derechohabiencia, 2000 y 2004.

Tipo de derechohabiencia	2000		2004	
	Hombres (%)	Mujeres (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
Total de derechohabientes	100	100	100	100
Trabajador o asegurado titular	32.8	18	43.7	23.8
Pensionado o jubilado	4.4	1.8	7.1	3.5
Beneficiario	31.2	51.7	41.1	64.8
Estudiante	n.d.	n.d.	2.8	2.4
Otro tipo	1.1	1.2	5.4	5.5

Fuente: Colinas, L. (2008) Economía productiva y reproductiva en México: un llamado a la conciliación. *Serie estudios y perspectivas*. Febrero de 2008 (No. 94), pagina 28.

(iii) Enfoque socioterritorial de la Geografía de la Salud

En consecuencia, desde el punto de vista de la Geografía de la Salud, las desigualdades en la salud son muy notorias debido a la exclusión e inequidad de los servicios de salud de las mujeres que se encuentran en condición de pobreza urbana (Rosenberg, 2000:275).

Existe una relación muy estrecha entre pobreza urbana, género y localización porque los mejores servicios de salud siempre se ubican en las áreas más exclusivas de la ciudad, esto es, en los espacios centralizados de la ciudad. Y

para la periferia, justamente donde se localizan los sectores más pobres, sólo hay accesibilidad a los servicios de salud más básicos (Rosenberg, 2000: 276). Sumado a esto, las mujeres pobres no tienen posibilidades para acceder a los servicios de salud, tanto por falta de ingresos como falta de tiempo. Las mujeres pobres son las que deberían tener más facilidad para obtener servicios de salud, especialmente cuando la principal ocupación de ellas es ser amas de casa y cuando en algunos casos son el sostén de la familia (Lamas, 2011).

Con todo lo anterior, hay que detenerse en las siguientes reflexiones, una de ellas es que son muy pocas las investigaciones relacionadas con la Geografía Médica o de la Salud en México. Del mismo modo, hacen falta estudios locacionales sobre el estado de salud de las mujeres pobres como en espacios urbanizados y/o rurales que están alejados de los servicios de salud. Aludiendo a Rosenberg, (2000: 286) la utilidad de éste tipo de proyectos es la de conocer las verdaderas necesidades de salud de las mujeres pobres, con el fin de que puedan ser solventadas a futuro por las autoridades correspondientes.

En la presente investigación se planteo la hipótesis sobre la manera en que las mujeres pobres resuelven su estado de salud. Esto es, en la medida que las mujeres tienen acceso a servicios de salud, se incrementa la posibilidad de resolver su estado de salud.

Para comprobar la hipótesis, los objetivos generales de la presente tesis es el de analizar la exclusión que sufren las mujeres en condición de pobreza al acceso de los servicios de salud y examinar la calidad de los servicios de salud que se ofrecen a las mujeres que viven en condición de pobreza.

Los objetivos particulares son:

1. Analizar como el acceso, la cobertura y la exclusión afectan a las mujeres en condición de pobreza en México y el Distrito Federal.
2. Examinar el acceso a los servicios de salud de las mujeres que viven en la delegación Xochimilco, la morbilidad de las mujeres que utilizan servicios

de salud en Xochimilco así como el perfil sanitario de las mujeres pobres en Xochimilco.

3. Justificar el acceso, la cobertura y la exclusión de los servicios de salud en las mujeres pobres que viven en tres asentamientos irregulares de la periferia urbana de la delegación Xochimilco.
4. Comprobar la exclusión socioterritorial a los servicios de salud que padecen las mujeres pobres, a través de las políticas públicas en materia de salud a nivel federal y estatal, esto es, a nivel del país y del Distrito Federal.

Los objetivos fueron desarrollados en cuatro capítulos. La tesis se realizó mediante búsqueda de información bibliográfica como hemerográfica en bibliotecas físicas, bibliotecas digitales y en internet con el objetivo de localizar información sobre la situación de las mujeres en condiciones de pobreza y su acceso a los servicios de salud en México a nivel federal, estatal y local.

El análisis cartográfico sobre los servicios de salud se realizó desde una escala estatal a local, esto es, empezando por el Distrito Federal para continuar con Xochimilco. El análisis de mapas toca importantes temas: la periurbanización, marginación por agebs (áreas geoestadísticas básicas), localización de servicios de salud, distribución de las enfermedades en las mujeres de Xochimilco así como de consultas a servicios de salud.

En el primer capítulo titulado "Acceso, cobertura y exclusión de los servicios de salud en las mujeres pobres en México y Distrito Federal" se analizaron los siguientes puntos: análisis conceptual del acceso y la exclusión; acceso a los servicios de salud; dificultades de las mujeres en el acceso a los servicios de salud; dimensiones de acceso a los servicios de salud; relación pobreza-exclusión de los servicios de salud; relación entre salud, población y periferia urbana; el proceso de periurbanización a nivel Distrito Federal y a nivel local; la relación espacial de la periferia y el estado de salud de las mujeres pobres; la cobertura de los servicios de salud en México; la cobertura de los servicios de salud en el Distrito Federal.

En el segundo capítulo llamado "El acceso a los servicios de salud de las mujeres en condición de pobreza en la periferia del Distrito Federal. El caso de la delegación Xochimilco" se examinaron los siguientes temas: desigualdad en la distribución de los servicios de salud en el Distrito Federal; contexto socioterritorial de la Delegación Xochimilco; la periferia urbana en Xochimilco; localización y características demográficas de la delegación Xochimilco; la situación de los servicios de salud de la Delegación Xochimilco; las enfermedades más comunes de las mujeres en México; morbilidad de las mujeres en la delegación Xochimilco; el perfil social de las mujeres pobres y su relación con su estado de salud en Xochimilco; ¿cómo las mujeres pobres resuelven su estado de salud?; dificultades que experimentan las mujeres en condiciones de pobreza para acceder a los servicios de salud; ¿cómo las mujeres pobres de Xochimilco auto-resuelven su estado de salud?;

Mientras que en el tercer capítulo titulado "Acceso, cobertura y exclusión de los servicios de salud en la periferia urbana hacia las mujeres en condición de pobreza. El caso de tres asentamientos irregulares en la delegación Xochimilco" se justificarán los siguientes puntos: el acceso a los servicios de salud en la periferia urbana de Xochimilco; la distribución de los servicios de salud públicos en la delegación Xochimilco; la metodología para medir el acceso de los servicios de salud; el acceso a los servicios de salud de las mujeres de la periferia urbana en condición de pobreza; el análisis sociodemográfico de las mujeres en condición de pobreza a los servicios de salud para la periferia urbana en Xochimilco, el cual abarca: características sociodemográficas, correlación de derechohabencia con educación, correlación entre servicio de salud utilizado y escolaridad, correlación de servicios de salud usados con procedencia, correlación de los servicios de salud con el ingreso por salario mínimo del hogar, calidad en el acceso a los servicios de salud, accesibilidad y asequibilidad en gastos de salud con relación al empobrecimiento de las mujeres, principales enfermedades de las mujeres y su relación con su condición de pobreza, calidad y exclusión de los servicios de salud, mujeres pobres y alternativas para autorresolver su estado de salud, calidad de los servicios de salud.

En particular se identificará que el acceso a los servicios de salud está vinculado en términos sociales, al género femenino y al nivel económico; mientras que en términos territoriales, está relacionado a su localización, en este caso a la población establecida en la periferia urbana.

La exclusión a los servicios de salud de las mujeres en condición de pobreza se evidenciará mediante la aplicación de encuestas en tres asentamientos irregulares de la Delegación Xochimilco: Barrio San Antonio, Circuito Panamericano y Nochicala. Estos asentamientos humanos básicamente fueron elegidos por su localización en las orillas de la delegación Xochimilco, sus viviendas de mala calidad, sus calles sin pavimentar, su falta de infraestructura, falta de transporte, carencia de servicios educativos y especialmente ausencia de servicios de salud.

La evaluación de la calidad de los servicios de salud se obtuvo a través de la percepción de las mujeres pobres de los servicios de salud que usaron para resolver su estado de salud, a través de medidores específicos de satisfacción entre el médico y la paciente. Estos medidores consideran desde la derechohabiencia de las mujeres pobres, el tipo de servicio de salud que utilizaron para resolver su estado de salud hasta el proceso que experimentaron antes, durante y después de la consulta médica.

En el último capítulo denominado *Las políticas públicas y la cobertura de los servicios salud dirigidas a las mujeres en México*, se comprobará que las políticas públicas de salud excluyen en un nivel socioterritorial a las mujeres en condición de pobreza en el acceso a servicios de salud. Además se verificará cuales son tendencias de las políticas públicas de salud dirigidas hacia las mujeres a nivel nacional y local. Finalmente se reflexionará sobre el futuro de la salud en México de las mujeres en condición de pobreza.

En la presente investigación solamente se estudia a las mujeres porque hay diferencias en el acceso a los servicios de salud. Esto depende del: estado civil, posesión de derechohabiencia, ocupación, entre otros factores que se desarrollarán a lo largo de los capítulos. De forma particular, se realizó un enfoque al acceso a los servicios de salud de la población usuaria femenina, la cual es la población que tiende a ser la más afectada por la falta de acceso a éstos servicios

por la escasez de infraestructura médica focalizada a las enfermedades propias de las mujeres pero también a enfermedades comunes como diabetes, que en muchos de los casos está asociada a su edad, a la frecuencia con que requieren atender sus enfermedades, y a las dificultades que experimentan en su entorno social por su condición de mujer dada la responsabilidad que recae en sus personas sobre el buen funcionamiento de sus familias, la administración económica del hogar, de su ocupación. Por supuesto, todo esto aunado a las carencias de los servicios urbanos y sociales que existen en la periferia urbana de Xochimilco.

CAPITULO I. ACCESO, COBERTURA Y EXCLUSIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS MUJERES POBRES EN MÉXICO Y EL DISTRITO FEDERAL.

Este primer capítulo trata sobre la importancia de análisis sobre la exclusión a los servicios de salud desde la perspectiva geográfica en los siguientes pasos: análisis conceptual del acceso y la exclusión; parámetros del acceso y la exclusión de los servicios de salud; acceso y exclusión de las mujeres a los servicios de salud; diferencias entre la pobreza y la exclusión de los servicios de salud para las mujeres pobres; el proceso de la periferia urbana en la Ciudad de México; el efecto espacial de la periferia urbana en la salud de las mujeres en condiciones de pobreza y la cobertura de los servicios de salud a nivel nacional- local.

1.1 Introducción a la Geografía de la Salud

La Geografía de la Salud se dedica a investigar las cualidades de los lugares donde las personas viven, para conocer las influencias físicas y socio-económicas que afectan la salud de éstas personas (Anthamatten y Hazen, 2011: 2). También la Geografía de la Salud analiza la distribución de los servicios de salud, así como la capacidad de las personas para obtener acceso a los servicios de salud (McLafferty, 2003: 25).

En la investigación de la Geografía de la Salud, según Ricketts (2010:521) “el acceso ha sido considerado en el contexto de la interacción entre una persona como paciente y un sanador, usualmente un profesional”. Sin embargo, para McLafferty (2003: 28) el acceso se define como “la habilidad de las personas para usar servicios de salud donde y cuando ellos lo necesiten”. En cambio, según Millman (1993:4), el acceso es “el uso oportuno de servicios de salud personales para adquirir los mejores resultados posibles en salud”. Por todo lo anterior, se puede considerar que el acceso es la oportunidad de usar un servicio en el momento que se necesite, en el lugar donde la misma persona se encuentre con el fin de obtener salud de nuevo.

El acceso a servicios de salud está definido por los lugares cercanos donde las personas desarrollan sus actividades cotidianas, teniendo en cuenta la vivienda como sitio de base, alrededor de la cual los integrantes de una familia se desplazarán de un lugar a otro para realizar su rutina diaria. Básicamente entre más cercano se encuentre el servicio de salud a la vivienda, las personas podrán acudir a él con más frecuencia y facilidad. En cambio, si el servicio de salud se

encuentra muy alejado de la vivienda, con lo que su uso demanda: tiempo, ánimo y determinado gasto, es más probable que su uso sea mínimo o nulo (Cromley y McLafferty, 2012: 304-306).

Ricketts (2010: 528-529) cita a Penchansky (1977; 1981)^{1 2}, quien sugirió que dentro de lo que es el acceso, existe un *ajuste* entre las necesidades de los pacientes y la habilidad del sistema para atender dichas necesidades. Éste *ajuste* se manifiesta como la interrelación entre: disponibilidad, accesibilidad, alojamiento, asequibilidad y aceptabilidad. Disponibilidad en los recursos humanos y recursos materiales; accesibilidad para usar los servicios de salud desde la menor distancia posible; alojamiento para ser recibido en una estancia agradable y con la facilidad de realizar citas médicas; asequibilidad en el costo de las consultas, estudios y cirugías; aceptabilidad en el trato atento y cordial entre el médico y el paciente.

Por otro lado, Ricketts (2010: 529) cita a Frenk (1992)³, quien señala que hay diferencias entre el término “acceso” y “accesibilidad”: “el acceso es la habilidad de una persona para utilizar un servicio de salud dada la necesidad y/o el deseo de obtenerlo; en tanto, la accesibilidad es el grado en el cual una persona que necesita y busca el servicio de salud, realmente recibe el servicio”. Es decir, acceso es simplemente tener la disposición del servicio de salud al alcance de uno mismo, se encuentre sano o enfermo; sin embargo, accesibilidad es la posibilidad de usar éste servicio de salud cuando urge hacerlo.

Asimismo, Millman (1993:4) considera que el acceso es “el uso oportuno de servicios de salud personales para conseguir los mejores resultados posibles”. Esto es definido así porque utilizar un servicio de salud, sea público o privado, no es siempre garantía de que la persona dejará de estar enferma o inestable.

¹ Penchansky, R. (1977) *The Concept of Access: A Definition*. National Health Planning Information Center / Bureau of Health Planning Resources Development/ Department of Health, Education and Welfare, Washington, DC.

² Pechansky, R. and Thomas, J. W. (1981) The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care* 19, 127-40.

³ Frenk, J. (1992) The concept and measurement of accessibility. In K.L. White (ed.), *Health Services Research: An Anthology*. Pan American Health Organization, Washington, DC, pp. 842-55

Entonces lo más importante es que la persona en si pueda recuperar la salud hasta el término de lo posible, especialmente en situaciones delicadas donde la intervención médica es decisiva, como puede ser la atención a una persona que haya sido atropellada.

Sin embargo el acceso implica servicios fáciles de obtener y a una distancia razonable, pero también se requiere que sea socialmente aceptable y encaminado hacia las necesidades críticas de salud para diversas localidades (Stevens, 1993: 40).

Cromley y McLafferty (2012:303) indicaron que:

“Millones de americanos carecen de seguro de salud (un estimado de 43.8 millones en 2008), incluyendo 9% de todos los niños, y la población se está volviendo más diversa en términos de clases, cultura y transfondo cultural. Estos cambios están teniendo profundos efectos en el acceso a servicios de salud. Algunas instalaciones de servicios de salud están cerrando sus puertas, otras se están relocalizando o expandiendo, y muchas están ofreciendo diferentes tipos de servicios, en diferentes configuraciones. Además, a pesar de la retórica de elección, el acceso al cuidado de la salud está siendo cada vez más regulado por seguros médicos y proveedores de cuidados y restringida por falta de cobertura del seguro.”

De lo anterior se puede interpretar que se están presentando diferentes ofertas para que la población atienda su salud, de acuerdo a sus necesidades y su economía. Sin embargo, esto son sólo apariencias porque en realidad la población tiene un acceso limitado a servicios de salud; los seguros médicos públicos y privados son los que imponen el tipo, ubicación y calidad de servicio que se brindará así como el límite de gastos que serán cubiertos.

Ejemplo preciso de que la oferta de servicios de salud está cambiando significativamente son los consultorios médicos que se encuentran dentro de

super mercados o centros comerciales, que provoca que la actividad comercial y las actividades de salud se mezclen. En cierto modo, el acceso a servicios de salud se puede monopolizar en el futuro caso de que grandes cadenas de centros comerciales decidan expandir su área de atención médica (Ricketts, 2010: 527). En México, los consultorios médicos que se encuentran dentro de super mercados también ofertan servicios de salud y está es una realidad que se está extendiendo a otras cadenas de super mercados, lo que genera un cambio en la oferta de servicios de salud privados porque se da un nuevo acceso a servicios de salud para ofrecer consultas médicas generales y medicamentos⁴.

1.2 Las mujeres y el acceso a los servicios de salud

Existen dos tipos de proveedores de servicios de salud: informal y formal. El proveedor formal es el que se reconoce mayormente, es el que se brinda a través de organizaciones, a través de hospitales, médicos y enfermeras. En cambio el proveedor informal se presenta en familias y comunidades. Las mujeres suelen ser las principales proveedoras informales (Cromley, 2012: 303-304). Las mujeres se consideran como proveedoras informales, ya que principalmente por su posición como madres son las primeras observadoras en darse cuenta del estado de salud de los miembros de toda la familia: hijos, esposo, padre, abuelos, tíos, primos, etc. Entonces una vez que detectan al miembro que se encuentra enfermo, lo que hacen es evaluar que tipo de tratamiento requerirá y los servicios de salud que están a su alcance. Si el estado de salud de la persona afectada es poco grave, es posible que la madre sólo le suministre algún remedio casero como algún té herbal o algún masaje. Sin embargo si el estado de salud de la persona afectada fuera más grave, es posible que la madre considere acompañar a dicha persona al servicio de salud de su preferencia o alcance económico, o mínimo le hará la urgente recomendación de que acuda con un médico.

Que las mujeres sean proveedoras informales de servicios de salud no significa que el acceso a servicios de salud sea mayor, en la medida de que no está en su

⁴ Cantera, S. (2014, 29 de mayo) Soriana se autorreceta negocio en México. CNNEXPANSION. Obtenido el 12 de agosto de 2014, de: <http://www.cnnexpansion.com/negocios/2014/05/28/soriana-compite-con-consultorios>

poder que los servicios de salud les otorguen la atención en el momento y lugar que deseen. Pero la disposición de las mujeres por interesarse en la salud de los miembros de su familia además de otras personas ajenas a ésta, y conocer varios remedios caseros, es la única alternativa que tienen muchas familias pobres que no pueden permitirse pagar un servicio de salud privado o que ni siquiera pueden acudir a un servicio de salud público por la gran distancia de éste y los costos en transporte que conllevaría el desplazamiento.

Cabe mencionar que las mujeres son las principales proveedoras informales de servicios de salud porque los roles sociales – y el sistema patriarcal en algunos casos - han señalado rígidamente que las mujeres prioricen la salud de sus hijos, esposos, padres (entre otros familiares) antes que cuidar su propia salud; incluso cuando las mujeres enferman, ellas deben continuar forzosamente sus responsabilidades domésticas y/o laborales porque su familia o parientes dependen de ella, por lo que muchas veces las mujeres pueden *automedicarse* para resolver sus molestias de manera temporal. Además las mujeres tienen más dificultades para conseguir servicios de salud que los hombres; en esto influyen muchos factores como el grado de educación obtenido, la afiliación a un seguro médico, el nivel de ingresos así como prestaciones obtenidas y la ocupación que tienen (OMS, 2009a: 2; Fernández, 2003: 273-280).

Entre las dificultades principales se encuentra la educación, que la restricción de las mujeres al conocimiento más básico ha derivado que la principal causa de muerte de mujeres entre 15 y 49 a nivel mundial sea el Síndrome De Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el cual es el estado más avanzado del daño causado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el cual causa daño al sistema inmunológico. Esto ocurre porque las mujeres en etapa reproductiva adquieren el VIH sin atenderlo a tiempo por falta de acceso a servicios de salud, con lo que la infección continua hasta una fase final: el SIDA (OMS, 2009b: 334).

Además, como sugiere Figueroa (1998:42) “la falta de educación condena a la mujer a un bajo estatus social, a la ignorancia de sus derechos, a una oportunidad restringida de acceso al mercado laboral, y a una baja autoestima”. La falta de

educación hará que las mujeres se encuentren en serios problemas para acceder a servicios de salud porque sin conocer sus derechos, no podrán reclamar una atención que merecen. También la falta de educación les limitará el ingreso a un empleo formal con seguro social incluido, siendo así que las mujeres no podrán atender su salud con gastos mínimos. Por si fuera poco, una mujer con pocos conocimientos ni siquiera sabrá qué tipo de atención médica necesita en caso de que sufra un síntoma anormal, como puede ser la aparición de pequeños tumores en el pecho.

Una segunda dificultad se refiere a la localización, ser mujer y vivir con buena salud está sujeto al país donde se reside. En los países desarrollados, las mujeres viven más y sufren menos enfermedades, menos muertes; incluso muchas mujeres mueren después de los 60 años. Para los países en desarrollo, esto no sucede: las adolescentes y adultas jóvenes son las que mueren en una proporción mayor que las adultas maduras, posiblemente por problemas relacionados con la reproducción (OMS, 2009a: 2). Esto indica que en los países en desarrollo como México, se está dando una deficiente atención a mujeres adultas jóvenes durante la maternidad en los centros de salud por varias razones, que pueden ser: falta de personal médico, falta de aparatos, negación del servicio, negligencia de parte del médico o enfermera, entre otros.

Pero también indica que hay un incremento de embarazo en adolescentes, lo que conlleva varios riesgos durante la gestación y el parto puesto que el cuerpo aún no ha madurado. En México según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (Gutiérrez y Rivera, 2012: 83), los embarazos en adolescentes han aumentado de 30 embarazos por cada 1000 mujeres en 2005, a 37 embarazos por cada 1000 mujeres en 2011. Además hay que reflexionar que el aborto es una razón detrás de las muertes maternas en adolescentes especialmente en los estados donde el aborto aún es ilegal, porque se pudo llevar a cabo en condiciones médicas inadecuadas o cuando el embarazo estaba en una etapa muy avanzada. Considérese que de 2005 a 2011, según INEGI ocurrieron 8230 muertes maternas, esto es muertes relacionadas con el embarazo y de esas 588

fueron por aborto. Además ocurrieron 210367 muertes infantiles, es decir muertes de niños durante su primer año de vida.

Una tercera dificultad está relacionada al rol que desempeñan las mujeres al interior de sus respectivas familias, ya que se convierten en el eje central, ellas usualmente se encargan de: la limpieza del hogar, la administración de los ingresos, el lavado de las prendas, la preparación de las comidas, la obtención y almacenamiento de agua, el cuidado y educación de los hijos, entre otras tareas. Por el tiempo invertido que implican las mencionadas actividades, es que las mujeres descuidan su propia salud a favor de los otros miembros de la familia (OMS, 2009a: 4).

Una cuarta dificultad hace referencia a que una mujer siempre tendrá más dificultad para ocupar un puesto de gran relevancia en empresas grandes que en una pequeña. Se ha convertido en un suceso común que las mujeres trabajen la misma jornada laboral que los hombres, que realicen las mismas actividades y con todo, que se les pague menos. También está el hecho de que a las mujeres les es más complicado acceder a educación; dos terceras partes de los analfabetas que hay en el mundo son mujeres (Poy, 2009:37).

1.3 Dimensiones de acceso a los servicios de salud

A continuación se realizaron referencias conceptuales para entender el significado de acceso a los servicios de salud como una forma de medir la carencia de servicios de salud de la población que se encuentra en condición de pobreza.

El acceso es un *ajuste* entre las necesidades de la población y la habilidad del sistema para atender dichas necesidades. Éste *ajuste* se manifiesta como la interrelación entre: disponibilidad, accesibilidad, alojamiento, asequibilidad y aceptabilidad (Ricketts, 2010: 528-529). Esto es, el acceso a los servicios de salud considera un conjunto de cinco partes:

1. La disponibilidad, que implica un servicio que la población pueda utilizar;
2. La accesibilidad, que consiste en la admisión de la población que busca servicios de salud;

3. El alojamiento, que consiste en permitir que la población pueda visitar un centro de salud, clínica u hospital para adquirir servicios de salud;
4. La asequibilidad, que implica que la población pague precios de los servicios de salud utilizados de acuerdo a sus ingresos familiares con facilidad;
5. La aceptabilidad, la cual obliga a que los servicios de salud que se otorguen a la población sean aprobados por ésta.

Sin embargo, hay otros factores que pueden considerarse para medir la falta de acceso a los servicios de salud, como es la calidad del servicio de salud a través de la percepción de la atención que recibe la población, de la escala en los precios que los servicios de salud ofrecen, sean públicos o privados; del uso, tipo o nivel de servicio de salud al que la población acude.

Una forma de medir el acceso es través de la calidad del servicio de salud.

Silva (2005, 174) cita a Donabedian (1980), quien menciona que la calidad del servicio de salud es “la adecuada utilización de los medios para alcanzar mejoras en salud de las personas”, esto es, la calidad es el manejo completo de los servicios de salud para resolver las enfermedades que las personas padecen. Así es como una mala calidad en la prestación de servicios de salud implica una exclusión para que las mujeres enfermas resuelvan su estado de salud.

Otro factor que está relacionado al acceso, es el precio que como ya se menciona, se refiere a la asequibilidad, esto es, la capacidad de pago monetario de los pacientes para poder obtener un bien o servicio acorde a su nivel de ingreso. Para el caso de los servicios de salud que ofrece la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSA-DF) la población queda exenta de cualquier tipo de pago monetario, al manejar el concepto de *gratuidad*, la cual se manifiesta como un medio de inclusión dirigido a la población que no cuenta con derechohabencia que se encuentra en condición de mucha pobreza con el fin de que resuelva su salud en centros de salud, lo cual permite que ésta población en condición de mucha pobreza se beneficie de consultas y medicamentos sin costo alguno (Vera, 2010:136).

1.4 De la pobreza a la exclusión de los servicios de salud.

La exclusión y la pobreza están muy relacionadas, pero no se les debe confundir. Según Narayan (2000:32), “la pobreza se define comúnmente como la falta de lo necesario para asegurar el bienestar material, en particular alimentos, pero también viviendas, tierras y otros activos. En otras palabras, la pobreza entraña una carencia de muchos recursos que da lugar al hambre y a privaciones físicas.” Esto es, la pobreza no sólo es falta de dinero como habitualmente se considera. La pobreza es la falta de bienes tanto materiales, como sociales y políticos que permitan una vida digna y el pleno desarrollo de las personas para desenvolverse en su respectiva sociedad.

Además Narayan (2000: 32) señala que “la pobreza nunca se produce debido a la falta de un solo elemento, sino que es consecuencia de múltiples factores relacionados entre sí que inciden en las experiencias de la gente y sus definiciones de la pobreza.” Esto implica que la pobreza es un resultado de varios sucesos experimentados por una persona o más, sucesos que le llevan a sufrir la falta de ciertos elementos para una vida digna. Estos sucesos pueden ser: falta de educación, falta de alimentos, falta de servicios de salud, falta de vivienda, falta de empleo, falta de participación política, entre otros. Sin embargo a veces sólo se necesita un sólo suceso para que el nivel de vida de la persona disminuya y se convierta en pobre; entiéndase que ése único suceso es diferente para cada persona dependiendo de sus circunstancias, por ejemplo: para una mujer viuda puede ser la pérdida de la fortuna de su marido por cuestiones legales, para un agricultor puede ser la sequía porque sus cultivos de temporal se perderían, para un empresario ir a la bancarrota, la mortalidad masiva de abejas para una apicultora podría significar la pérdida total de sus inversiones.

La pobreza se ha relacionado mucho con la exclusión. La exclusión es la división que se crea dentro de un grupo de personas por cuestiones que pueden ser: económicas, políticas, religiosas o sociales. Es decir, una parte mayoritaria de un grupo apuesta por un requisito específico y quienes no cumplen con éste requisito, lo van alejando del grupo hasta dejarlo por fuera del mismo. Exclusión significa

dejar sin voz ni voto, intencionalmente, a las partes que se hayan dejado fuera del grupo (Perez y Mora, 2006: 22).

Citando a Dieterlen (2008: 67), ella expuso que “la palabra “exclusión” nos remite al hecho de negarles a algunas personas la posibilidad de adquirir un bien, un lugar, un beneficio, un servicio que en condiciones normales, le correspondería. [...] Si somos excluidos para ocupar un lugar, para obtener un bien o un servicio, nos encontramos con muy pocas o casi ninguna posibilidad de elegir.” Es decir, la exclusión como un acto de negación que inmediatamente limita la libertad de acción de ciertas personas por decisión de otras que si tienen un mayor rango de acción y decisión.

Para aclararlo un poco más, Toledo y Romero (2006: 16) cita a Gacitúa y Davis (2000: 14), quienes señalan que la exclusión es hallada como la dificultad de un grupo para participar efectivamente a todos los niveles: económico, espacial, político, y social.

Todo lo anterior sirve para entender que la exclusión a los servicios de salud es la negación de un grupo poblacional a los servicios que restauran el estado de salud dentro del sistema de salud existente en un país, lo cual incluye medicina preventiva, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades (Organización Panamericana de la Salud, 2003:6).

La exclusión a los servicios de salud puede manifestarse en dos maneras: una exclusión social y una exclusión territorial. Según Cortés (2013:78), “la exclusión social es un problema relacional, se da en contacto con el otro, pero ese contacto no es de integración sino de ruptura”. Lo cual significa que la exclusión social representa un proceso de división dentro de una sociedad, de separación de un individuo a otro pero que varía de acuerdo al tipo de ruptura que se busque realizar.

Por lo que la exclusión a los servicios de salud, desde una perspectiva social, representa una ruptura entre la población que tiene la necesidad de recuperar su estado de salud y los servicios que les permitirían satisfacer dicha necesidad. La

exclusión a servicios de salud afecta tanto a hombres como a mujeres, pero las mujeres son más susceptibles a ser excluidas porque la sociedad ha marcado unos patrones de comportamiento según edad y estatus. A las mujeres se les excluye principalmente por tener bajos recursos económicos, por no tener vivienda estable, por reclusión voluntaria o forzada, o por ofrecer servicios sensuales y/o sexuales (Vargas, 2012: 25-28).

Las mujeres pobres son excluidas de los servicios de salud porque el estado y/o el gobierno les exige tener un empleo formal para obtener seguridad social, ya que sin esto las mujeres son restringidas a usar servicios de salud limitados (Silver, 1994:2). De esta manera la exclusión se presenta con mayor severidad para las mujeres pobres, de las cuales una cantidad significativa no tienen un satisfactorio curriculum vitae que les permita obtener un puesto suficientemente bien pagado. Sin ingresos propios y constantes, sin un patrón que les contrate, las mujeres pobres no tienen seguro social y se ven excluidas del acceso a servicios de salud (Godoy, 2004: 12-14).

No obstante se debe tener en cuenta que hay mujeres que son atendidas por un seguro social sin ser empleadas, pero sólo porque su compañero sentimental cuenta con un seguro social que brinda cobertura a su familia, por lo que las mujeres pasan a ser “beneficiarias” de servicios de salud (Prieto, 2002: 2, 3).

Por otro lado, está presente la exclusión territorial, la cual sucede cuando los accesos a funciones urbanas (servicios de salud, militares, políticas, administrativas, comerciales, industriales, culturales, entre otras) están restringidos por la localización de las ofertas y las demandas (Mansilla, 2010: 118).

El mismo Mansilla (2010:18) cita que “la exclusión adopta una forma fundamentalmente espacial, en donde las oportunidades de acceso a funciones urbanas se encuentran determinadas por la posición geográfica, tanto de los puntos oferentes como de los puntos consumidores.” Entonces exclusión territorial se conceptualiza como el rechazo de una población con determinadas

características socioeconómicas dentro de un espacio, ya sea rural o urbano, que encuentra dificultades para obtener ciertos servicios a causa de limitaciones impuestas por los mismos servicios o por la distancia para llegar a ellos.

La exclusión territorial se manifiesta principalmente en los barrios bajos del centro de las ciudades, lotes ilegales en las periferias y las áreas donde las viviendas precarias se reconocen con facilidad por la sencillez de sus materiales de construcción (Rolnik, 1999: 5).

En virtud de lo anterior, desde una perspectiva territorial, la población de la periferia urbana sufre exclusión territorial de los servicios de salud porque la ubicación de éstos es de difícil acceso, y esto es resultado de una cobertura insuficiente de servicios de salud en la periferia urbana. Esto es, la población encuentra limitado su acceso a servicios de salud por la gran distancia para llegar a ellos y/o porque no cuentan con los requisitos para ingresar y hacer uso de los servicios que requieren para recuperar su estado de salud (Santos, 2006:136).

1.5 La relación entre la salud, la población y la periferia urbana

Es importante resaltar que es exactamente en las periferias donde el suelo no está regularizado para edificar viviendas por ser un suelo frágil, peligroso o difícil de urbanizar por un relieve donde puede haber pendientes, barrancas, riberas de ríos y pantanos. Claro que no en todas la periferias pasa lo mismo, depende de la ubicación geográfica y de la altitud donde se encuentran los asentamientos humanos. Sin embargo, la población con bajos recursos económicos suele habitar la periferia por incapacidad de acceder a programas de vivienda gubernamentales o imposibilidad para cubrir los gastos de la renta o compra de una vivienda en áreas centrales de la ciudad. Todo lo anterior da como resultado la periurbanización (Rolnik, 1999: 4).

La periurbanización se considera el espacio límite de la ciudad, donde converge la frontera de lo rural y lo urbano. Citando a Simon, McGregor y Thompson (2006:11) “es importante considerar la zona peri-urbana como una extensión de la ciudad más que un área completamente separada”. En efecto, puede parecer que la periferia urbana no está conectada con la ciudad, pero tampoco se puede afirmar

que está enlazada al área rural: el espacio, la cantidad de población, la cultura, el transporte, la movilidad es totalmente diferente. A la periurbanización se le reconoce con diferentes nombres: interfaz urbano-rural, periferia metropolitana, límite urbano-rural, continuo urbano-rural; todos ellos son términos correctos, porque todos se refieren a un espacio de transición (Aguilar, 2008: 134).

El proceso de periurbanización en el Distrito Federal se puede identificar desde la década de 1950 cuando la ciudad central -considerada lo que ahora son las delegaciones Benito Juárez, Cuauhtémoc, Miguel Hidalgo y Venustiano Carranza- concentraba más del 50% de población y poco a poco los comercios se empezaron a distribuir hacia lo que era la periferia, esto es, el resto de las delegaciones incluidas en el Distrito Federal. Un dato interesante es que para la década de los 60's, la población va en aumento hacia el norte, por la Sierra de Santa Catarina y hacia el este, por la zona del exlago de Texcoco, donde los terrenos salinosos no son aptos para construcción de vivienda y no obstante, la población de bajos recursos decidió hacer sus asentamientos en esas zonas (Aguilar, 2002: 134-135; Escamilla y Santos, 2012).

Para la década de 1970, la ciudad central registraba mucha más expulsión de la población hacia asentamientos periféricos, con lo que perdía el espacio que se usaba como habitacional. Municipios del Estado de México que tienen frontera con el Distrito Federal comenzaron a crecer de manera considerable (Aguilar, 2002:134-135).

En 1990, la ciudad central no tenía nuevos residentes mientras que la población seguía aumentando en municipios del Estado de México y en algunos municipios de Hidalgo. Llegando al nuevo milenio, en el 2000, ya no era la ciudad central la única zona afectada por las tasas de crecimiento negativas, sino también otras delegaciones contiguas como Azcapotzalco e Iztacalco (Aguilar, 2002:134-135).

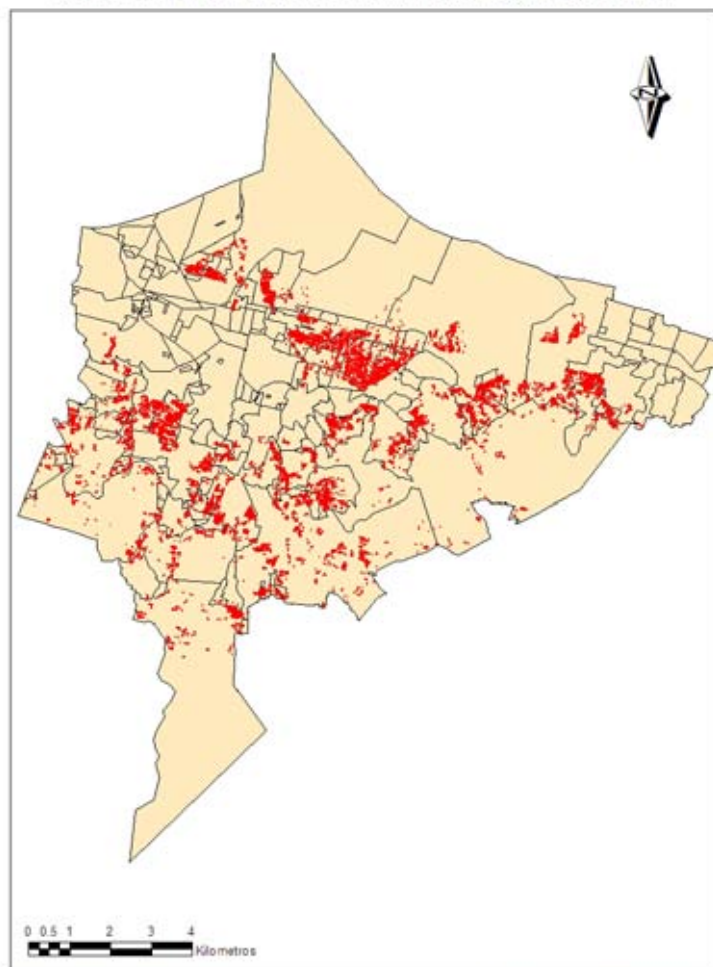
Cabe señalar que el desplazamiento de la población desde la ciudad central a la periferia, en dirección al estado de México, fue motivado así como favorecido por una parte, por la creación y establecimiento de políticas de protección al Suelo de

Conservación con enfoque al sur de la ciudad (Aguilar, 2002:134-135). Sin embargo la población en condiciones de pobreza, que no puede comprar terrenos con uso habitacional en el centro de la ciudad, ha tenido que conformarse con construir sus viviendas en las áreas ecológicas destinadas al Suelo de Conservación, con lo que ocurre un deterioro del suelo y de la vegetación; además de que ponen en peligro su estado de salud por la falta de servicios urbanos.

En este contexto, la periurbanización hacia el sur del Distrito Federal, específicamente en Xochimilco, tuvo gran impulso en la década de 1960 con la instalación de una pista de canotaje para las Olimpiadas de 1968 en Cuemanco y con la construcción de la importante avenida Prolongación División del Norte, la

cual pasó a unir Periférico con Cuemanco y brindó una entrada del norte hacia el centro de la delegación Xochimilco (Barbosa, 2004: 182). Estos dos eventos hicieron que empresas inmobiliarias empezaran a construir nuevas viviendas para sectores de clase media y que también llegara población de bajos recursos a habitar en asentamientos irregulares. Sin embargo, en muchas ocasiones las empresas inmobiliarias o fraccionadores compraban terrenos dedicados de uso

Mapa 1.1 Xochimilco. Distribución de asentamientos irregulares por colonias.



Fuente: CORENA, Instituto Federal Electoral (2012)

Elaboró: Brenda Greta Montaño Hernández y Flor Mirya López Guerrero

agrícola a ejidatarios bajo contratos fraudulentos y también bajo presiones para que los terrenos fueran vendidos a un precio muy bajo (Barbosa, 2004: 185).

Esta situación se extendió hasta finales de la década de 1980 también porque campesinos vendían sus terrenos a empresarios porque debido al deterioro de cuerpos de agua, sus propiedades no eran aptos para cultivos, pues habían perdido su fertilidad; sin embargo hubo casos de campesinos que vendieron terrenos comunitarios sin autorización en cuotas económicas (Barbosa, 2004: 187-188). Se intentó evitar que aumentaran los asentamientos irregulares, con normas más estrictas sobre el Suelo de Conservación pero no se lograron los objetivos por parte del gobierno.

Para finales de la década de 1980 hasta el año presente, como se observa en el mapa 1.1, la periurbanización se ha extendido especialmente hacia el oeste de Xochimilco, en los pueblos de: Tulyehualco, San Luis, San Gregorio, y Nativitas. Sin embargo, en los últimos años también se ha registrado un fuerte aumento de asentamientos irregulares hacia las zonas montañosas, esto es, hacia el suroeste de Xochimilco, en los pueblos de San Mateo, Santa Cecilia y San Andrés (Barbosa, 2004: 191-198).

La periurbanización es estimulada por la infraestructura que es barata y el costo del metro cúbico tiene un precio razonable para la economía de personas con bajos recursos. No obstante, con el eventual poblamiento de la periferia, los precios del suelo aumentan, encareciéndose los costos de los servicios (FPNU, 2007: 48,49).

La periurbanización tiene amplia relación con la salud, en el sentido de que sin un buen medio ambiente, ni el equipamiento e infraestructura adecuados es imposible asegurar una buena salud. Esto es, en la periferia suele haber un acceso irregular a los servicios más básicos: agua potable, alumbrado, drenaje, entre otros. La falta de agua potable hace a las personas más susceptibles a enfermedades que pueden afectar negativamente su inmunidad, elevando el riesgo de que contraigan una enfermedad, desde un sencillo dolor de estómago hasta dengue hemorrágico

(Tacoli, 2012: 24). Por ejemplo en la periferia urbana, donde aún no se ofrezcan servicios como agua potable de manera regular, las mujeres deben transportar el agua en grandes cubetas o en voluminosos tambos, de modo que es posible que se lastimen la espalda o los hombros al hacer el esfuerzo por transportar esos recipientes (Mogrovejo, 1997: 747-748). Las mujeres son las que principalmente transportan el agua porque así están dados los roles sociales dentro de sus familias, y éstos roles dependen principalmente de su estado civil.

En la periferia urbana es notable la carencia de infraestructura de servicios de salud, esto es, existen muy pocas unidades de salud (centros de salud, clínicas y/o hospitales) que brindan atención médica básica. Esto ocurre porque en las políticas públicas de salud, existe una incorrecta planificación de la distribución de los servicios de salud, que hace que estos se ubiquen de acuerdo a distancia y cantidad de población. Sumado a esto, las pocas carreteras y el reducido transporte público con tarifas de diverso costo dificultan que la población puedan llegar a alguna unidad de salud con rapidez cuando necesitan los servicios de un médico. Por lo que la población acude al servicio de salud que les quede más cercano, cuya calidad y precio se ajuste a su economía familiar (Aguilar y López, 2004:187-188).

1.6 La relación espacial de la periferia y el estado de salud de las mujeres pobres

Existen al menos tres agentes interactivos, para la conformación de la periurbanización, y son: el factor económico como el suelo; el agente público, como el Estado y los gobiernos; el agente social, como la población. El Estado impone leyes para el ordenamiento territorial de uso de suelo habitacional; en el límite de la ciudad y el campo, el suelo que se utilizaba para la agricultura comienza a venderse irregularmente en lotes y por otro lado, la población con más bajos recursos económicos busca oportunidad para construir una vivienda que sea suya, sin pagar costos de suelo que están fuera de su alcance económico (Ávila, 2001: 113).

Según Aguilar (2006:6), en el proceso de la periurbanización se desarrollan situaciones más negativas que positivas:

- La infraestructura es instalada poco a poco, de manera desigual. En muchas ocasiones, el gobierno sólo instala infraestructura bajo presión social a través de marchas, platonos y peticiones escritas. En ocasiones, la misma población debe mejorar la infraestructura de sus viviendas para proteger su patrimonio; como sucede en la colonia Santa María Aztahuacán, delegación Iztapalapa, donde la gente tuvo que instalar barreras de protección frente a sus casas para que cuando llueva muy fuerte, las aguas residuales de las coladeras no se introduzcan (Quintero, 2005: 44). Esto es un inconveniente para las familias en general porque si no tuvieran esas barreras de protección, las aguas residuales contaminarían sus pertenencias y tendrían el riesgo de contraer enfermedades de la piel y estomacales.
- La población cuyo centro de empleo se encuentre lejos de su domicilio, como por ejemplo, los que viven en la periferia, pero tienen sus lugares de trabajo en el centro de las ciudades, tendrán que realizar largos desplazamientos, invirtiendo un mayor tiempo, tanto como parte de sus ingresos y un mayor gasto en el traslado (Fuentes, 2009: 139-141). Además implica un desgaste físico, sea que la persona vaya sentada o parada porque debe mantener la misma postura corporal por un largo plazo, como un desgaste mental debido al estrés por llegar pronto al destino o por tolerar algún congestionamiento vial.
- La intromisión de población de escasos recursos que comienza a asentarse en los lotes desigualmente divididos. Mucha población se asienta porque le resulta más barato tener su propia vivienda en la periferia, que comprar o rentar en la zona habitacional más cercana a su centro de empleo. Pero también ocurre que los migrantes se infiltran por falta de recursos (Fuentes, 2009: 118-119). Asentarse en lotes desiguales hace que las familias se hacen porque sus miembros no tienen los suficientes recursos económicos para conseguirse otro lugar donde vivir. El hacinamiento

conlleva una falta de espacio que afecta la salud física y mental. Como las personas conviven y descansan tan cerca una de la otra, pueden contagiarse entre sí fácilmente infecciones respiratorias. Pero por la misma falta de privacidad, las familias pueden sentir estrés o ansiedad (Grupo de Economistas y Asociados: 13-14).

- Cuando se establecen los asentamientos irregulares en una zona cercana a un tiradero de desechos, la población buscará que el tiradero sea regularizado para que su salud se vea lo menos afectada posible por la cercanía a los residuos. El tiradero de desechos en si es un foco grave de contaminación, por lo que algunas personas se han quejado de padecer conjuntivitis y ronchas en la piel (Salinas, J., Chávez, S. y Ramón, R., 2012: 35). Es posible que la fauna nociva que atraiga el tiradero, como ratas y moscas, pueda meterse a las viviendas de las familias que viven cerca, con el riesgo de contraer enfermedades como rabia o infecciones estomacales.
- Cuando se establecen los asentamientos irregulares sobre un área de suelo de conservación, la población se expone a: hundimientos, inundaciones, derrumbes por deslizamiento del suelo o por encontrarse en zona de alto riesgo sísmico, entre otros desastres naturales (PAOT, 2003: 7). Ante estos desastres naturales, las viviendas de la población sufren daños estructurales o los bienes adquiridos pueden perderse como sucede cuando hay una inundación de aguas residuales. En varios casos, la transmisión de enfermedades cutáneas es lo menos que puede presentarse. En el peor de los casos, por citar un ejemplo, en el caso de un fuerte sismo peligran la vida de las personas, especialmente si sus viviendas están construidas sobre un suelo inestable.

Otro factor que influye en el deterioro de salud de la población que habita en la periferia urbana de las ciudades, es cuando la población en condición de pobreza, construye en la periferia es la calidad de los materiales de su vivienda. Muchas personas usan materiales frágiles como: lámina de cartón, de metal o de asbesto; lonas o carteles de propaganda política; madera, palma, barro o adobe. El piso frecuentemente es de suelo, lo que popularmente se conoce como tierra. Todo lo

anterior conlleva a que las viviendas construidas con materiales frágiles son susceptibles a inundaciones, tornados y/o deslizamientos de suelo, con lo que sus habitantes siempre estarán exponiendo su salud y hasta su vida ante desastres naturales (SEDESOL, 2010: 23).

El servicio de electricidad en la periferia urbana está subestimado en la forma en que influye en la población porque actualmente es muy sencillo “colgarse” de la red eléctrica y no pagar, lo haga un comerciante -ambulante o un habitante de la periferia. Se olvida que en realidad la electricidad es un recurso público sin el cual, la población estaría muy limitada en sus actividades, así tenga un estatus económico alto o bajo. Por mencionar que sin electricidad, no habría iluminación nocturna en las viviendas y la población tendría que recurrir forzosamente a fogatas o velas para alumbrarse, con el riesgo de intoxicación por el humo. Con el servicio de electricidad y la infraestructura necesaria para la obtención de agua, se puede bombear agua a las viviendas, ahorrándole tiempo a las familias para transportar agua desde lugares lejanos (Komives *et al*, 2005: 3).

1.7 La cobertura de los servicios de salud en México

La cobertura en términos médicos está expresada como la distribución de servicios de salud donde la población puede usar servicios de salud, dependiendo de: la edad, la afiliación a un seguro social público o privado, la condición laboral, la inscripción a un programa social, una pensión, sus ingresos económicos, el domicilio de la persona que requiere el servicio y la atención médica que necesite (Gomes da Conceicao, 2002: 4).

En México, la cobertura de los servicios de salud públicos depende de la Secretaría de Salud, quien básicamente crea y administrará establecimientos de salubridad, según el artículo 39, del capítulo II de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, que se publicó con la última reforma el 26 de diciembre de 2013. A través de la Secretaría de Salud, funcionan las dependencias que brindan los servicios de salud. Para los que gozan de un seguro social, existen el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) está dirigido hacia empleados de empresas

privadas, mientras que el Instituto de Seguro Social para Trabajadores del Estado (ISSSTE) es apto sólo para empleados de empresas públicas. Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEMAR) dirige su servicio exclusivamente a empleados que están dentro de sus respectivas plantillas (Gomes da Conceicao, 2002: 2).

Por otra parte, para los que no gozan de un seguro social, existe el programa social IMSS- OPORTUNIDADES, Seguro Popular de Salud (SPS), Secretaría de Salud (SSA) y los Servicios Estatales de Salud (SESA). Estas dependencias dirigen su atención principalmente a población de escasos recursos y que viven en zonas de alta marginación (Gómez, 2011: 221).

En el cuadro 1.1, se observan los porcentajes de población que cuenta con derechohabiencia, la que no cuenta con derechohabiencia y la que no está especificada. Estos datos son significativos para comprender más el grado de cobertura a los servicios de salud dentro del país. De acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010 (INEGI, 2010), la población total derechohabiente es de 72 514 513 personas, que es el 64.5% del total de la población mexicana. Esto significa que más de la mitad de la población está cubierta por algún servicio de salud. Asimismo dentro de éste 64.5% que es derechohabiente, 34 418 910 son hombres y 38 095 603 son mujeres, es decir, el 47.4% son hombres y 52.5% son mujeres; lo cual indica que las mujeres están más respaldadas por un seguro médico. Sin embargo, 38 020 372 personas no tienen derechohabiencia, que es el 33.8 % de la población mexicana total. Dentro de éste 33.8%, 19 512 963 son hombres y 18 507 409 son mujeres, es decir 51.3 % son hombres y 48.6% son mujeres; lo cual indica que una mayor porción de hombres están desprotegidos ante la necesidad de un seguro médico. Por último, 1 801 653 personas que es el 1.6% de la población mexicana total no tiene especificada su derechohabiencia, esto significa que si tienen derechohabiencia o no tienen. Dentro de éste 1.6%, 923 358 son hombres, esto es, el 51.2% y 878 295 son mujeres, esto es, 48.7%. Todo lo anterior, indica que la derechohabiencia está más presente en mujeres que en hombres. Sin embargo, se debe tener presente que existe más población

femenina que masculina en todo el país y el hecho de que existan más mujeres con derechohabiencia que hombres, no significa que las mujeres estén más protegidas por un seguro social o un seguro médico.

Cuadro 1.1
Población a nivel nacional por sexo según derechohabiencia del 2010

	Población total	Población derechohabiente	Población no derechohabiente	No especificado
Hombres (%)	48.8	47.4	51.3	51.2
Mujeres (%)	51.1	52.5	48.6	48.7

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010) *Censo de Población y Vivienda 2010*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

Asimismo, en el cuadro 1.2 se puede observar la población por sexo según tipo de afiliación tanto en 2004 como en 2009. Cabe mencionar que sólo se usaron estos datos porque la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social solamente fue publicada y actualizada para esos años durante el 2012, es decir, en el año en que se inició la presente tesis. Aunque la proporción de hombres trabajadores ha sido mayor en ambos años que la proporción de mujeres trabajadoras, es significativo como el porcentaje de trabajadores ha bajado de 43.7% a 37.9%, mientras el porcentaje de trabajadoras ha aumentado de 23.8% a 33.7%. Esto puede significar que hay más mujeres trabajando en el sector formal. Por otro lado, los hombres pensionados representan naturalmente una mayor proporción que las mujeres pensionadas puesto que en el pasado, la cantidad de trabajadores ha sido mayor que el de trabajadoras. Sin embargo, la proporción de hombres pensionados ha disminuido de 7.1% a 6.5%, también la proporción de mujeres pensionadas ha disminuido de un 3.5% a 3.2%. Entonces la disminución ha sido menos drástica en las mujeres, tal vez porque las mujeres han logrado vivir por más tiempo.

Las mujeres beneficiarias tenían una mayor proporción en 2004 con un 64.8%, y para 2009 se redujo a 60.9%; mientras que los hombres beneficiarios tuvieron un aumento de 41.1% a 53%. Esto es interesante porque habitualmente son las

mujeres las que dependen de su pareja, para obtener el título de “beneficiarias”, ya que sus parejas trabajan mientras ellas se ocupan de la casa y los hijos. Así que esto puede significar que las mujeres son las que están actuando como proveedoras de dinero dentro de la familia, mientras que el hombre se ocupa de otras actividades. Podría ser que la migración tuviera un papel importante en esto, porque en algunos casos de estudio son los hombres los que migran en busca de mejores oportunidades económicas, dejando a la mujer e hijos.

Tanto hombres como mujeres que son estudiantes, mostraron una reducción; los hombres de 2.8 a 2.3% y las mujeres de 2.4 a 1.9%. Por último, tanto hombres como mujeres que tienen otra opción de derechohabencia, posiblemente haya sido bajo la afiliación de un seguro médico privado, presentaron una gran reducción. Los hombres de 5.4 a 0.3% y las mujeres de 5.5 a 0.3%; ésta reducción tan igual puede significar que ese segmento de población cayó en pobreza.

Cuadro 1.2 Comparación de la población a nivel nacional por sexo según tipo de afiliación

Sexo	2004 (%)		2009 (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total de derechohabientes	100	100	100	100
Trabajador o asegurado titular	43.7	23.8	37.9	33.7
Pensionado o jubilado	7.1	3.5	6.5	3.2
Beneficiario	41.1	64.8	53	60.9
Estudiante	2.8	2.4	2.3	1.9
Otro	5.4	5.5	0.3	0.3

Fuentes: *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2004* (2004) Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2009* (2009) Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

En el cuadro 1.3, se observa una relación de la población por sexo según el uso de algún servicio de salud durante el último año durante el 2004 y el 2009. Se aprecia como hombres y mujeres no suelen usar algún servicio de salud, lo que desafortunadamente va en aumento; en hombres de 38.3 a 46.8% y en mujeres

de 31 a 37.5%. Ahora bien, los hombres que si usan algún servicio de salud están disminuyendo, de 61.6 a 53.2%; lo mismo sucede con las mujeres, de 68.9 a 62.5%.

Dentro de la población que si usó un servicio de salud, haciéndose una comparación de 2004 a 2009, ocurre que:

- La población masculina y femenina están dejando de usar servicios del IMSS. El porcentaje de derechohabientes masculinos bajó de 20.7 a 14.5% y el porcentaje de derechohabientes femeninas también bajó de 23.1 a 17.3%
- También la población masculina y femenina están reduciendo el uso de servicios del ISSSTE, con una reducción de 3.1 a 2.7% en hombres y 3.9 a 3.5% en mujeres
- En el caso del uso de servicios de la SSA, ocurre un pequeño descenso del uso por parte de los hombres, de 16 a 15.7%; mientras que hay un aumento en mujeres, de 18.6 a 19.1%
- En el caso de otros servicios de salud públicos, como puede ser el uso de consultorios de farmacias que vendan medicamentos similares, hay un aumento por ambas partes. Con un aumento en hombres de 2.6 a 2.9%, y en mujeres de 2.8 a 3.3%
- Existe un aumento significativo en servicios de salud privados en ambas partes; en hombres de 16.8 a 17.5% y en mujeres de 18.4 a 19.2%
- Por último, no hay datos para el 2009 sobre quienes se automedican o acuden a servicios alternativos de yerberos o curanderos; sin embargo en 2004, se aprecia que son más los hombres quienes utilizan esa opción

Todo lo anterior señala que la utilización de servicios de salud gubernamentales como los del IMSS e ISSSTE están decayendo, mientras que el uso de los servicios por parte de la SSA y de “Consultorios médicos anexos a farmacias” está en franco aumento. Esto se comprueba con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Gutiérrez y Rivera, 2012: 96), que señalo que los servicios de salud más utilizados fueron los privados, esto es, “Consultorios médicos anexos a

farmacias” y consultorios particulares, con un 40.7% mientras la Secretaría de Salud (SSA) fue utilizada en un 19%. Por tanto durante 2012, el 59.7% de la población prefirió utilizar servicios de salud que prestan atención a costos económicos.

Cuadro 1.3 Comparación de la población a nivel nacional por sexo según asistencia y tipo de servicio de salud que utilizó en el último año

Año	2004		2009	
	(%)		(%)	
Sexo	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Población total	100	100	100	100
No utilizó algún servicio	38.3	31.0	46.8	37.5
Si utilizó algún servicio	61.6	68.9	53.2	62.5
IMSS	20.7	23.1	14.5	17.3
ISSSTE	3.1	3.9	2.7	3.5
SSA	16.0	18.6	15.7	19.1
Otro servicio de salud público	2.6	2.8	2.9	3.3
Servicio de salud privado	16.8	18.4	17.5	19.2
Automedicación, yerbero, curandero	2.1	1.8	s. d.	s.d.

Fuentes: *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2004* (2004) Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2009* (2009) Instituto Nacional de Estadística y Geografía

Nota: Estos datos están basados en el artículo de Colinas, L. (2008) Economía productiva y reproductiva en México: un llamado a la conciliación. *Serie estudios y perspectivas*. Febrero de 2008 (No. 94), paginas 27-28.

1.8 Cobertura de los servicios de salud en el Distrito Federal

El problema de seguridad social en México es la escasez de cobertura en servicios de salud. La cobertura es superior de acuerdo al desarrollo económico de la localidad donde se requieren los servicios de salud, pero también tienen relación las actividades económicas que se llevan a cabo. Por ejemplo, en el Distrito Federal el número de clínicas y hospitales es muy alto comparado con la zona de Los Altos de Chiapas (Bellinghausen, 2009: 16).

La cobertura de recursos humanos a nivel nacional es deficiente. En el 2005, sólo había 143 919 médicos brindando atención en el sector público. En el sector privado se localizaban 55 000 médicos; esto es la mayor parte de los médicos laboran en el sector público. La distribución equitativa de los médicos de todo el país es de 1.85 por 1000 habitantes; sin embargo, la situación se modifica respecto la localización pues en el Distrito Federal se incrementa la cantidad disponible, se cuentan tres médicos por cada mil habitantes (Secretaría de Salud, 2007: 57-58).

A pesar de que en el Distrito Federal la cobertura en servicios de salud es la mejor de todo el país porque es la entidad federativa que concentra la mayor cantidad de servicios de salud públicos y privados, la ubicación de los servicios de salud es desigual. En el área periférica del Distrito Federal se agrupa la población en condiciones de pobreza que no tienen derechohabiencia, precisamente donde los servicios de salud son limitados por su distante ubicación e insuficiente cantidad. Por ejemplo las delegaciones Milpa Alta, Tlalpan y Xochimilco son las que se encuentran con un índice precario de condiciones de vida; esto es concentran población de bajos recursos económicos, que tienen viviendas con materiales de baja calidad, que viven en territorios que carecen de equipamiento, con una escasa o nula escolaridad y con ingresos económicos muy bajos. No obstante, apenas existen 59 Centros de Salud Comunitarios de primer nivel y tres Centros de Salud Comunitarios de segundo nivel, centros que resultan insuficientes para atender a 905 854 habitantes, de los cuales la mitad son mujeres (López, O. y Blanco J., 2007: 59-61).

Como se observa en el mapa 1.2, la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSA-DF) es la institución que tiene mayor cobertura en los servicios que ofrece con 206 centros de salud. Le siguen el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con 68 unidades, después el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con 54 unidades. Pero si observamos con detenimiento, se aprecia que el IMSS y el ISSSTE ubican sus unidades cerca de la ciudad central, además de que la SSA-DF tiene algunas unidades cerca de la

periferia urbana pero no alcanza a cubrir suficiente territorio. Los servicios federales de la Secretaría de Salud (SSA), los cuales la mayor parte son institutos de investigación o de alta especialidad, están super concentrados en Tlalpan, con lo que otras delegaciones quedan sin cobertura de éste tipo.

Los servicios de Petroleos Mexicanos (PEMEX) están ubicados entre el norte y noroeste; mientras que la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) se mantiene restringida en la delegación Miguel Hidalgo. Los servicios de la Secretaría de Marina (SEMAR) se mantienen cercanos a la ciudad central.

Entonces la cobertura de servicios de salud públicos en el Distrito Federal muestran una cobertura muy grande en la ciudad central, esto es, en las delegaciones de Benito Juárez, Miguel Hidalgo, Venustiano Carranza y Cuauhtemoc; en contraste, la cobertura disminuye hasta ausentarse en las periferias urbanas, con lo que la población que vive en áreas remotas o alejadas quedan excluidas. Es decir, la población de las periferias urbanas queda sin influencia de los beneficios que pueden brindarles los servicios de salud públicos, por lo que se encuentran apartados.

A nivel estatal, en el Distrito Federal la población total en el 2010 - según el Censo de Población y vivienda realizado por INEGI - fue de 8 851 080 personas. La población total con derechohabiencia era de 5 644 901 personas; la población total sin derechohabiencia era de 2 971 074. De modo que había mayor cantidad de población con derechohabiencia, esto es, 3 036 963 personas afiliadas al IMSS; 1 084 346 personas afiliadas al ISSSTE, 938 554 personas afiliadas al Seguro Popular o una Nueva Generación y 104 447 personas afiliadas a Pemex, SEDENA o SEMAR. Lo que significa que el IMSS es la institución que carga con la mayor responsabilidad para prestar servicios de salud por tener mayor cantidad de afiliados.

Según la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS), en el 2013 había 4 729 751 mujeres en total dentro del Distrito Federal; el 76.2% tiene derechohabiencia a alguna institución mientras el 23.8%, mujeres carecían de

alguna derechohabiencia. Es interesante notar que el IMSS es la institución con más mujeres afiliadas con un 51.5%, le sigue con 25.8% el Seguro Popular y con 18.4% el ISSSTE.

Por otro lado, la ENESS (2013) registró que 64.5% de las mujeres si había utilizado algún servicio de salud en el último año, a diferencia del 35.5% que no lo hizo. Quienes si utilizaron algún servicio para recuperar su estado de salud: 22.6% utilizó un servicio privado, 20.4% utilizó IMSS, 11.4% utilizó algún servicio de la SSA-DF o del Seguro Popular y 8.4% utilizó el ISSSTE. Entonces esto muestra que aún muchas mujeres en el Distrito Federal no pueden utilizar algún servicio de salud, y también muestra que una proporción alta de las mujeres utiliza servicios de salud privados, con lo que puede considerarse que existe algún tipo de ruptura entre la población femenina y los servicios de salud públicos.

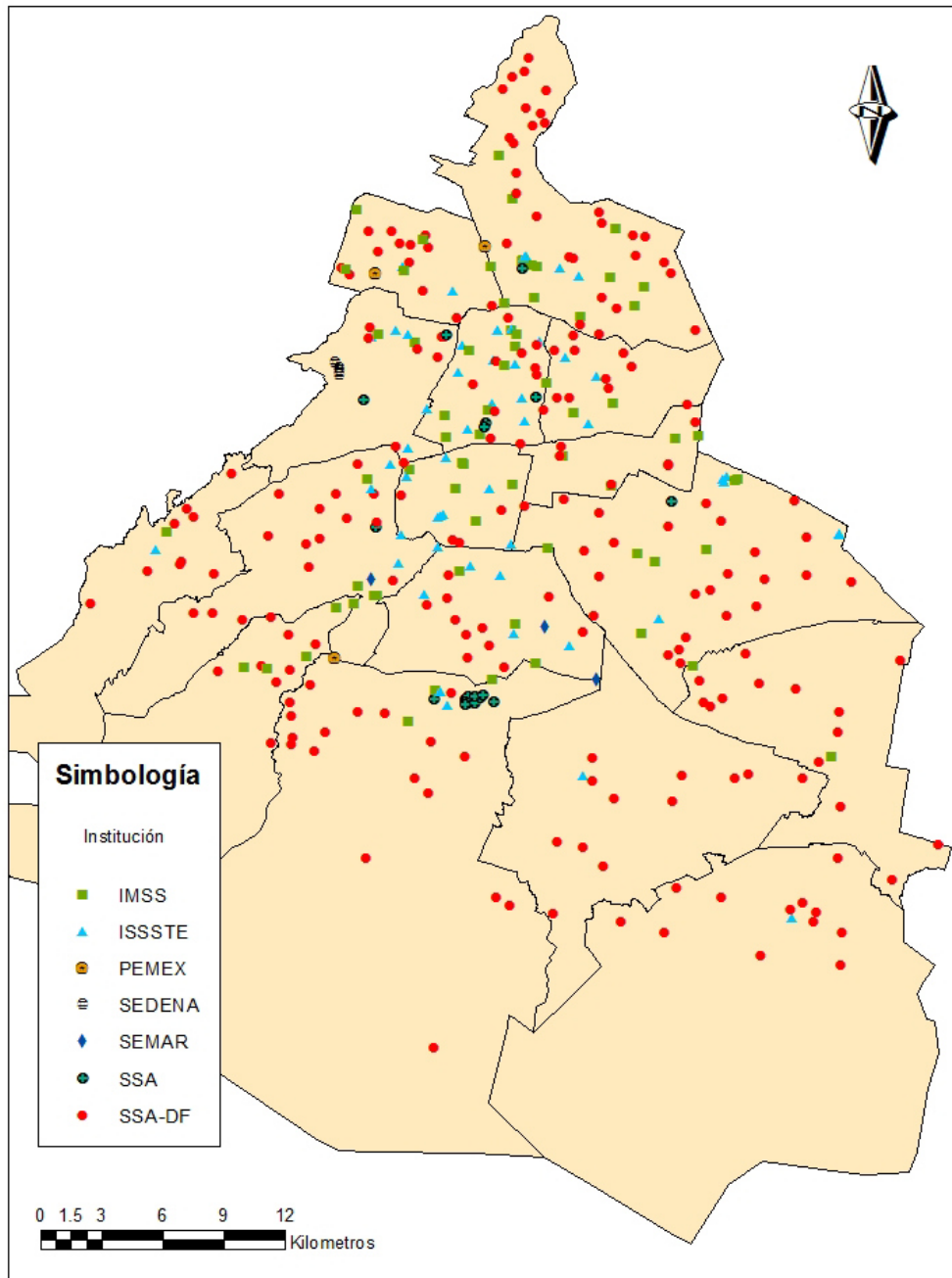
Para cerrar este capítulo es importante considerar las principales enfermedades que sufre la población en el Distrito Federal. La Secretaría de Salud (2012) las distingue por tipo de transmisión. Las tres principales enfermedades transmisibles son: las infecciones respiratorias agudas, las infecciones intestinales y las infecciones de vías urinarias. Las otras tres principales enfermedades no transmisibles son: enfermedades del estomago; enfermedades de la cavidad bucal y enfermedades del sistema circulatorio.

Las principales enfermedades transmisibles pueden tener diferentes relaciones con la pobreza: las infecciones respiratorias agudas se pueden asociar con la construcción de viviendas con deficientes materiales; las infecciones intestinales así como las infecciones de vías urinarias pueden relacionarse con la falta de agua potable y con el consumo de agua contaminada.

Las principales enfermedades no transmisibles también pueden tener connotaciones vinculadas con la pobreza: las enfermedades del estomago pueden relacionarse con consumo de agua y alimentos en mal estado. Las enfermedades de la cavidad bucal como las caries pueden estar asociadas a una higiene incorrecta como a consumo excesivo de azúcares. Finalmente las enfermedades

del sistema circulatorio como es la hipertensión, tienen asociación con la alimentación y un estilo de vida muy sedentario.

Mapa 1.2 Distrito Federal. Distribución de los principales servicios de salud según institución.



Fuente: Instituto Federal Electoral (2012).
Secretaría de Salud (2014).

Elaboró: Brenda Greta Montaña Hernández

Cuadro 1.4 Distrito Federal. Diez principales causas de enfermedades según tipo de transmisión.

No transmisibles	Número de casos	Transmisibles	Número de casos
1. Úlceras, gastritis y duodenitis	123069	1. Infecciones respiratorias agudas	2087795
2. Gingivitis y enfermedades periodontales	75234	2. Infecciones intestinales por otros organismos	397345
3. Hipertensión arterial	34836	3. Infecciones de vías urinarias	372021
4. Diabetes mellitus tipo II	30607	4. Conjuntivitis	43224
5. Asma y estado asmático	22145	5. Otitis media aguda	34596
6. Accidentes de transporte en vehículos con motor	15398	6. Varicela	23921
7. Quemaduras	14476	7. Otras helmintiasis	18497
8. Mordeduras de perro	11511	8. Amebiasis intestinal	14447
9. Desnutrición leve	8452	9. Neumonías y bronconeumonías	10607
10. Enfermedades isquémicas del corazón	8356	10. Candidiasis urogenital	8879

Fuente: Secretaría de Salud (2012) Información Epidemiológica de Morbilidad: Anuario 2011, Versión Ejecutiva. SUIVE/DGE/SALUD. Pp. 134, 170

CAPITULO II. EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS MUJERES EN CONDICIÓN DE POBREZA EN LA PERIFERIA DEL DISTRITO FEDERAL. EL CASO DE LA DELEGACIÓN XOCHIMILCO.

En el presente capítulo se examinarán los siguientes puntos: desigualdad en la distribución de los servicios de salud en el Distrito Federal; contexto socioterritorial de la Delegación Xochimilco; la periferia urbana en Xochimilco; localización y características demográficas de la delegación Xochimilco; la situación de los servicios de salud de la Delegación Xochimilco; las enfermedades más comunes de las mujeres en México; morbilidad de las mujeres en la delegación Xochimilco; el perfil social de las mujeres pobres y su relación con su estado de salud en Xochimilco; ¿cómo las mujeres pobres resuelven su estado de salud?; dificultades que experimentan las mujeres en condiciones de pobreza para acceder a los servicios de salud; y ¿cómo las mujeres pobres de Xochimilco auto-resuelven su estado de salud?

2.1 Desigualdad en la distribución de los servicios de salud en el Distrito Federal

Los servicios de salud en la Ciudad de México están distribuidos de forma desigual, lo cual se identifica a través de la concentración y dispersión de los mismos en el territorio del Distrito Federal. Están concentrados en el centro de la Ciudad de México; están dispersos conforme el patrón de su distribución se va desvaneciendo hacia el límite entre la ciudad y el campo.

En la periferia del Distrito Federal, existen pocos servicios de salud y de los menores niveles de atención, predominan los servicios de salud que ofrece la Secretaría de Salud del Distrito Federal en las 16 delegaciones.

En el cuadro 2.1, se muestra la lista de centros de salud que la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSA-DF) ofrece especialmente a la población no derechohabiente:

Cuadro 2.1 Distrito Federal. Centros de salud y hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSA-DF), IMSS e ISSSTE por delegación.

Delegación	CSC I SSA- DF	CSC II SSA- DF	CSC III SSA- DF	Hospital General SSA-DF	Hospital De Especialidad SSA-DF	Hospital General IMSS	Hospital De Especialidad IMSS	Hospital General ISSSTE	Hospital De Especialidad ISSSTE	Total
Álvaro Obregón	8	1	8	1	0	1	1	1	1	22
Azcapotzalco	9	3	2	0	2	2	4	0	0	22
Benito Juárez	2	0	2	1	0	2	1	2	0	10
Coyoacán	5	4	3	0	2	2	0	0	0	16
Cuajimalpa	9	0	2	0	1	0	0	0	0	12
Cuauhtémoc	0	0	5	1	4	2	4	1	0	17
Gustavo A. Madero	19	8	5	2	4	2	4	0	1	45
Iztacalco	0	1	4	0	1	2	0	0	0	8
Iztapalapa	11	7	5	2	2	2	0	1	1	31
Magdalena Contreras	6	1	2	0	1	0	0	0	0	10
Miguel Hidalgo	0	0	5	1	4	0	0	1	0	11
Milpa Alta	7	3	1	1	0	0	0	0	0	12
Tláhuac	2	7	2	1	2	0	0	0	0	14
Tlalpan	13	3	5	1	10	0	1	0	0	33
Venustiano Carranza	5	5	4	1	3	0	0	0	0	18
Xochimilco	5	2	5	0	2	0	0	0	0	14
Total	101	45	60	12	38	15	15	6	3	295

Fuente: Directorio de los Hospitales de la Secretaría de salud del Distrito Federal. Disponible en <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=38&Itemid=56>, consultado el 26 de agosto de 2013.

Por otra parte, como se muestra en el cuadro 2.2, en el Distrito Federal existen 50 hospitales generales y de especialidades; los hospitales generales se concentran en Iztapalapa y Gustavo A. Madero, en tanto los hospitales de especialidades se concentran en Tlalpan. Entonces hay una distribución muy desigual en todo el Distrito Federal, que afecta especialmente a la población que vive en la periferia urbana. La lista de hospitales completos con los servicios que ofrecen, pueden verse en el Anexo (cuadro 3.3).

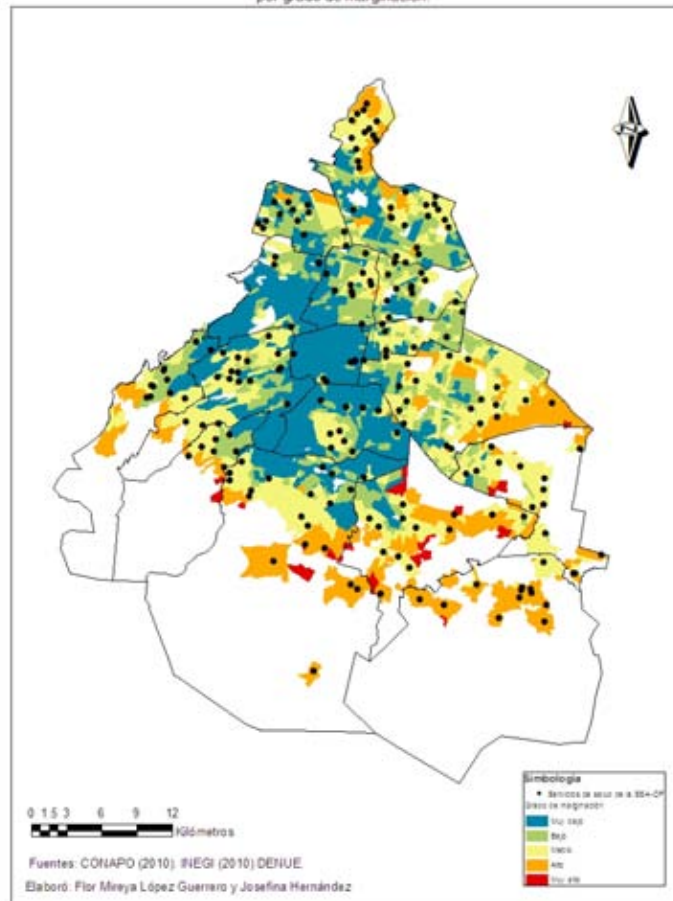
Cuadro 2.2 Distrito Federal. Hospitales generales y de especialidad de la Secretaría de Salud federal y estatal en cada delegación, por número de unidades.

Delegación	Hospital general	Hospital de especialidad
Álvaro Obregón	1	0
Azcapotzalco	0	2
Benito Juárez	1	0
Coyoacán	0	2
Cuajimalpa	0	1
Cuauhtémoc	1	4
Gustavo A. Madero	2	4
Iztacalco	0	1
Iztapalapa	2	2
Magdalena Contreras	0	1
Miguel Hidalgo	1	4
Milpa Alta	1	0
Tláhuac	1	2
Tlalpan	1	10
Venustiano Carranza	1	3
Xochimilco	0	2

Nota: Los hospitales pediátricos, hospitales materno-infantiles, clínicas toxicológicas, institutos y hospitales psiquiátricos son de especialidad. Fuente: Directorio de los Hospitales de la Secretaría de salud del Distrito Federal. Disponible en <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=38&Itemid=56>, consultado el 26 de agosto de 2013.

*Hospital Federal. El dato de los servicios fue extraído de la correspondiente página web de cada instituto u hospital.

Mapa 2.1 Distrito Federal. Distribución de servicios de salud de la SSA-DF por grado de marginación.



Esta desigualdad también se identifica por clase social y género. Como se muestra en el mapa 2.1, en las periferias urbanas hay pocos servicios de salud y los que existen son de baja calidad, por lo que el acceso a servicios de salud es bajo en las zonas de alta y muy alta marginación.

Por otro lado, existen pocos servicios de salud públicos especializados en enfermedades de las mujeres. Los principales hospitales públicos que existen para atender enfermedades de las mujeres son: la Clínica de Displasias⁵ ⁶ Santa

⁵ La displasia es una anomalía en el aspecto de las células debido a alteraciones en el proceso de maduración de las mismas. Es una lesión celular caracterizada por una modificación irreversible del ADN que causa la alteración de la morfología y/o de la función celular. Si se produce un incremento en el número de células se convierte en una hiperplasia. La displasia también puede acabar provocando una neoplasia, ya sea en forma de carcinoma *in situ*, cuando es benigna, o de cáncer, cuando no se respetan los límites del tejido y por lo tanto se convierte en maligna.

⁶ La displasia es una lesión previa al cáncer, también llamada lesión precancerosa o precursora, que puede ocurrir en el cuello de la matriz. La displasia se caracteriza porque las células presentan cambios en su forma, que pueden ser observadas al microscopio por personal habilitado en el diagnóstico de displasia.

Martha (ofrece colposcopia y tratamiento de displasias), Clínica de Atención Integral a la Mujer (ofrece colposcopía, captura de híbridos para la detección de VPH, toma de biopsia, electrocirugía, criocirugía, mastografía, ultrasonido de mama y abdominal) y Hospital de la Mujer (ofrece atención Ginecológica, Obstétrica y Oncología ginecológica⁷).

Sin embargo, como se puede apreciar en el cuadro 2.3, existen ocho hospitales que están obligados a atender la salud de mujeres embarazadas. Además ocho hospitales y un centro de salud permiten la realización de la Interrupción Legal del Embarazo.

Es de importancia resaltar que muchos servicios de salud dirigidos a las mujeres por parte de la SSA federal se encuentran en delegaciones con baja marginación como Miguel Hidalgo y Cuauhtémoc, mientras que muchos otros servicios de salud por parte de la SSA-DF están concentrados en Iztapalapa; esto es, hay una desigualdad en la distribución de los servicios de salud dirigidos a las mujeres, por lo que ocurre también una falta de acceso a éstos servicios en la periferia urbana.

2.2 Contexto socioterritorial de la Delegación Xochimilco

En la presente investigación, se identificó que la delegación Xochimilco es una de las delegaciones que se localiza en la periferia urbana del sur del Distrito Federal, el cual es un espacio geográfico física y socialmente alejado del centro de la ciudad, se considera alejada por localizarse en la orilla de la ciudad.

Desde la perspectiva territorial porque es parte de la frontera de lo rural y lo urbano, apareciendo como un espacio limítrofe con pocas vías de comunicación y transporte hacia el centro de la ciudad. En lo social, es parte de la periferia del Distrito Federal donde se establecen grupos de población con altos grados de pobreza y marginación.

⁷ El término *oncología ginecológica* hace referencia al estudio y tratamiento de los tumores que afectan al aparato reproductor femenino. Los ginecólogos oncológicos son especialistas en Obstetricia y Ginecología que posteriormente han recibido formación en prevención y tratamiento del cáncer, principalmente el que afecta al útero, ovarios, vulva y cuello uterino.

Cuadro 2.3 Distrito Federal. Hospitales públicos que existen para atender la salud de las mujeres.

Delegación	Hospital o clínica	Institución	Exclusivo para mujeres	Obligados a atender mujeres embarazadas ¹	Interrupción Legal del Embarazo ²
Iztapalapa	Clínica de Displasias Santa Martha	SSA-DF	si		
Iztapalapa	Clínica de Atención Integral a la Mujer	SSA-DF	si		
Miguel Hidalgo	Hospital de la Mujer	SSA	si	si	
Álvaro Obregón	Hospital General Dr. Enrique Cabrera	SSA-DF		si	si
Gustavo A. Madero	Hospital General Ticomán	SSA-DF		si	si
Iztapalapa	Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez	SSA-DF		si	si
Miguel Hidalgo	Instituto Nacional de Perinatología	SSA		si	
Cuauhtémoc	Hospital General de México	SSA		si	
Tlalpan	Hospital General Manuel Gea González	SSA		si	
Cuauhtémoc	Hospital Juárez de México	SSA		si	
Azcapotzalco	Hospital Materno Infantil Nicolás Cedillo Soriano	SSA-DF			si
Cuajimalpa	Hospital Materno Infantil Cuajimalpa	SSA-DF			si
Milpa Alta	Hospital General Milpa Alta	SSA-DF			si
Venustiano Carranza	Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán	SSA-DF			si
Venustiano Carranza	Hospital Materno Infantil Inguarán	SSA-DF			si
Gustavo A. Madero	Hospital Materno Infantil Cuauhtepic	SSA-DF			si

Fuentes:

¹ Obstetricia Universal. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Consultado el 23 de agosto de 2013, de http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=4648

² Directorio oficial de Hospitales para la realización de la Interrupción Legal del Embarazo. Instituto de las Mujeres. Consultado el 23 de agosto de 2013, de http://www.inmujeres.df.gob.mx/wb/inmujeres/directorio_de_hospitales_en_donde_se_realiza_la_in

De acuerdo a datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2010), en Xochimilco 123 404 personas están en condición de pobreza, esto es el 28.4% de la población total, del cual 25.7% se encuentran en pobreza moderada y el 2.7% se encuentra en pobreza extrema.⁸ Además según los datos ofrecidos por Consejo de Evaluación del Desarrollo

⁸ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2010) Anexo Estadístico de la Medición Municipal 2010 [Internet] Disponible en: <http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Medici%C3%B3n/Anexo-estad%C3%ADstico-municipal-2010.aspx> [Consultado el 9 de octubre de 2013].

Social del Distrito Federal (2010), el grado de desarrollo social de Xochimilco es bajo.⁹

Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2011), "la marginación es un fenómeno multidimensional y estructural originado, en última instancia, por el modelo de producción económica expresado en la desigual distribución del progreso, en la estructura productiva y en la exclusión de diversos grupos sociales, tanto del proceso como de los beneficios del desarrollo"¹⁰. Esto es, la marginación es el resultado de una población que padece carencia en cuatro aspectos determinantes: una vivienda construida con materiales de baja calidad y que carece de servicios básicos (agua, drenaje, electricidad), una deficiente escolaridad, ingresos económicos insuficientes para cubrir necesidades básicas y una ubicación socioterritorial en una localidad con pocos habitantes o dispersa del centro de la ciudad.

Es importante considerar que de acuerdo al CONAPO (2010), véase el mapa 2.2 y mapa 2.3, el grado de marginación en Xochimilco es predominantemente medio. Sin embargo la marginación se eleva en las áreas periféricas, dándose una concentración en: la zona chinampera cercana al embarcadero Cuemanco, en la zona inmediata entre San Lorenzo Atemoaya y Santa María Nativitas, así como en la zona aledaña a San Lorenzo Atemoaya y Santa Cecilia Tepetlapa conocida coloquialmente como "El Capulín".

⁹ Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal (2010) Índice de Desarrollo Social de las Unidades Territoriales del DF por Delegación, 2010. México. [Internet] Disponible en: <http://www.evalua.df.gob.mx/medicion-unidades-territoriales-2010.php> [Consultado el 11 de octubre de 2013]

¹⁰ Consejo Nacional de Población (2011) Capítulo 1. Concepto y dimensiones de la marginación. México. [Internet] Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1755/1/images/01Capitulo.pdf> [Consultado el 24 de junio de 2014].

2.3 La periferia urbana en Xochimilco

Dentro del contexto de la delegación, se identifica que este espacio no tiene un patrón exclusivo donde la población planifica estratégicamente los asentamientos, ni considera el impacto ambiental de los mismos. Sino que es un margen de la ciudad donde asentamientos irregulares cada vez crecen más, pues según el Programa Delegacional de Desarrollo Urbano para la Delegación del Distrito Federal en Xochimilco (2005:43) en el 2004 Xochimilco tenía un total de 300 asentamientos irregulares y estos han crecido exponencialmente hasta llegar 451 asentamientos irregulares en 2007¹¹.

Estos asentamientos se expanden territorialmente de modo desigual a medida de que la población se moviliza desde el centro de la ciudad hacia la periferia, especialmente en la zona de montaña, para edificar viviendas de manera irregular, dada la falta de espacio para hacerlo en las delegaciones ubicadas en el centro del Distrito Federal y la incapacidad para rentar o comprar una vivienda en esa misma área (Programa Delegacional de Desarrollo Urbano para la Delegación del Distrito Federal en Xochimilco, 2005: 42).

Con frecuencia, en las periferias urbanas se da una concentración de población pobre, generalmente conformada por hombres y mujeres jóvenes con pocas expectativas para un mejor futuro educativo y laboral, que habitan viviendas precarias en colonias con escasa infraestructura (Lindón, 1997: 8). Es decir, la periferia urbana ya es considerada como una de las primeras opciones dentro de la ciudad, para que la población en condición de pobreza pueda desarrollar su vida, debido a la falta de oportunidades para obtener una vivienda de manera legal. En este espacio, la población enfrenta una serie de dificultades tales como, no encontrar un empleo bien remunerado en la periferia urbana, muchas personas buscan en un área más lejana la forma de emplearse, subemplearse o hasta autoemplearse; y cuando lo encuentran, deben acostumbrarse a hacer un largo desplazamiento desde su vivienda hasta su empleo a través del transporte colectivo que, los pobladores están obligados a invertir hasta seis horas de viaje

¹¹ Propuesta con punto de acuerdo. (2007, 11 de julio) [Internet] Disponible en: <<http://www.aldf.gob.mx/archivo-72bdd37860251eb739f325f69259ee2e.pdf>> [Consultado el 13 de octubre de 2013]

redondo, aunado a que una porción del transporte público, generalmente no cumple con condiciones de higiene, comodidad y modernización (Montes, 2012: 2). Otra dificultad es que, la capacidad del transporte público en la periferia no es suficiente, lo cual es notorio en horas de mayor afluencia pues las puertas de entrada y salida de la unidad de transporte se encuentran bloqueadas por pasajeros; esto aunado al manejo imprudente de los conductores del transporte respectivo, desafortunadamente ha producido graves accidentes con saldo de personas fallecidas (De Marcelo, 2012: 41).

Otra dificultad es el tiempo invertido en el empleo, agregado al tiempo invertido en el desplazamiento de ida y venida, tienen como resultado que en muchas ocasiones la periferia urbana se convierta en una “zona dormitorio” para los trabajadores que se emplean en actividades económicas secundarias y terciarias, llegando a sus respectivas viviendas sólo para descansar de una larga jornada laboral (Lindón, 1997:14). Xochimilco no es la excepción este en éste proceso pues de acuerdo a Daniel (2010: 38,66), la mayor parte de la población que habita en la periferia se traslada principalmente para acudir a su escuela o a su empleo, aunque también a las zonas de comercio por lo que invierten mucho tiempo en desplazarse dentro de la ciudad.

Vivir en la periferia implica muchas dificultades que la población experimenta cotidianamente, una de ellas es que la expansión urbana se ha presentado especialmente en suelo de conservación¹² (SC) a pesar de que en estas áreas no hay facilidad para introducir servicios urbanos como tuberías de agua potable, ni drenaje. De modo que las personas para obtener agua deben buscar alternativas: comprar pipas¹³, transportar agua en botes o garrafones desde una llave pública o desde un pozo público. Para la eliminación de aguas residuales y desechos

¹²Suelo de conservación o SC: “comprende el que lo amerite por su ubicación, extensión, vulnerabilidad y calidad; el que tenga impacto en el medio ambiente y en el ordenamiento territorial; los promontorios, los cerros, las zonas de recarga natural de acuífero; las colinas, elevaciones y depresiones orográficas que constituyan elementos naturales del territorio de la ciudad y aquel cuyo subsuelo se haya visto afectado por fenómenos naturales o por explotaciones o aprovechamientos de cualquier género, que representen peligros permanentes o accidentales para el establecimiento de los asentamientos humanos. Así mismo, comprende el suelo destinado a la producción agropecuaria, piscícola, forestal, agroindustrial y turística y los poblados rurales”. (Ley de Desarrollo Urbano del Distrito Federal, artículo 30, párrafo 2)

¹³ Entiéndase que las “pipas” son camiones con tanques que transportan agua por miles de litros.

humanos, se construyen fosas sépticas y letrinas; si no hay dinero para hacerlo, se depositan en la vía pública (Aguilar, 2009: 40).

Por otra parte, el bajo precio de los suelos de usos agrícolas, la escasa productividad del campo, la falta de interés económico de los jóvenes por la agricultura y la crisis económica del país ha fomentado el asentamiento irregular de la población, pues algunos ejidatarios se encuentran presionados por vender sus terrenos para incrementar sus ingresos y vivir mejor temporalmente; aunque también los ejidatarios se pueden encontrar presionados por empresas de bienes raíces (Aguilar, 2009: 42).

En el caso de la zona chinampera¹⁴, la población se ha asentado de manera descontrolada, edificando con cascajo¹⁵ como base de sus viviendas que se extienden a lo largo de los canales y dentro de lo que queda del antiguo Lago de Xochimilco. Se ha buscado la introducción de drenaje, pero ante el alto precio por la instalación de fosas sépticas, muchos pobladores han optado por eliminar sus aguas residuales directamente en los canales, lo cual ha resultado en contaminación del agua, extinción progresiva de la fauna y aumento de lirio acuático. La salud de quienes tienen contacto cercano con las aguas de los canales se ve afectada, pues a algunas personas les ha generado reacciones en la piel (Quintero, J. y Cruz, A., 2008:35).

¹⁴ La zona chinampera es todo el espacio donde se localizan chinampas. Las chinampas son islas artificiales creadas con lodo del fondo del lago donde se encuentra, que se mezcla con una cantidad determinada de ramas, se estructuran por capas y se fijan al suelo del lago por medio de árboles llamados ahuejotes. En Xochimilco, se localizan principalmente hacia el noroeste: desde Cuemanco hasta San Luis Tlaxialtemaco.

¹⁵ Fragmentos de piedra y de otros materiales parecidos que pueden quebrarse.

2.4 Localización y características demográficas de la Delegación Xochimilco

Como se observa en el mapa 2.4, Xochimilco se encuentra ubicado en el sur del Distrito Federal. Limita al norte con Coyoacán e Iztapalapa, al este con Tláhuac, al sur con Milpa Alta, al oeste con Tlalpan. La delegación Xochimilco se divide básicamente en 14 pueblos, 18 barrios, 15 colonias, y 4 fraccionamientos.¹⁶ Según el Censo de Población y Vivienda 2010 (INEGI:2010), Xochimilco tiene una población total de 415 007 habitantes, de los cuales 205 305 son hombres y 209 702 son mujeres; esto es el 49.5% son hombres y 50.5% son mujeres.



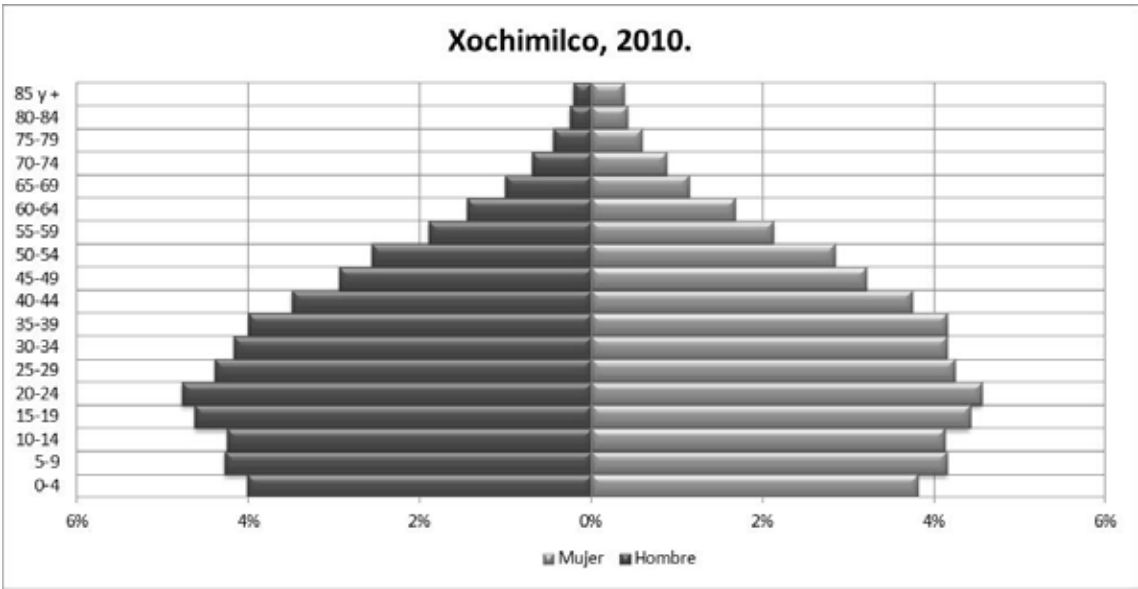
Elaboró: Flor Mireya López Guerrero

Como se aprecia en la figura 2.1, para el año 2010 en Xochimilco la mayor parte de la población se concentra en el rango de los 20-24 años. La población masculina se mantiene por encima de la femenina de los 0 hasta los 34 años; a

¹⁶ Página electrónica de la Delegación Xochimilco (2010) [Internet] Disponible en: <<http://www.xochimilco.df.gob.mx>> [Acceso el 1 de octubre de 2013].

partir de los 35 años, la población masculina empieza a decrecer, de tal suerte que la población femenina prevalece en el rango de edad de los 40 años y más. Así queda demostrado que las mujeres viven una vida más longeva que los hombres. No obstante, cabe resaltar que la natalidad se ha reducido y esto puede ser producto del uso adecuado de métodos anticonceptivos, así como del apoyo de las instituciones en el Distrito Federal para interrumpir embarazos no deseados (INEGI: 2010).

Figura 2.1 Xochimilco. Pirámide de población.



2.5 La situación de los servicios de salud de la Delegación Xochimilco

La población derechohabiente de Xochimilco es de 222 238 habitantes, de los cuales 104 041 son hombres y 118 197 son mujeres; esto es el 53.5% de la población total tienen derechohabiencia. Mientras que la población no derechohabiente es de 179 132 habitantes, de los cuales 90 712 son hombres y 88 420 son mujeres; esto implica que 43.1% de la población total no tiene derechohabiencia. Mientras que el 3.28% de la población mantiene desconocido su estado de derechohabiencia. Entonces se puede considerar que la mayor parte de la población de Xochimilco está protegida con una derechohabiencia servicios de salud, aunque hay una proporción significativa que está desprotegida y que

debe resignarse a usar servicios de salud que no soliciten derechohabiencia, como los que ofrece la Secretaría de Salud del Distrito Federal (INEGI: 2010).

De los 222 238 habitantes que tienen derechohabiencia: el 44.16% están afiliados al IMSS; el 32.32% están afiliados al ISSSTE; el 16.29% están afiliados al Seguro Popular; el 1.6% están afiliados a la SEDENA, PEMEX o SEMAR; el 4.34% están afiliados a alguna institución privada y por último el 2.7% están afiliados a alguna otra institución pública o privada. Lo anterior implica que la población con derechohabiencia en Xochimilco depende principalmente del IMSS para resolver su estado de salud (INEGI: 2010).

En Xochimilco, las mujeres pobres pueden acudir a cualquier centro de la Secretaría de Salud, donde les cobrarán una cuota de acuerdo a sus ingresos familiares. Por ejemplo: si una mujer sólo gana hasta un salario mínimo, por consulta general le cobrarán \$18.00 de acuerdo al “Tabulador de cobros de derechos por los servicios médicos que presta el Distrito Federal” según la Gaceta Oficial del Distrito Federal (2014: 9-18).

Sin embargo, el tiempo y la distancia son elementos que repercutirán para que no asistan a una consulta médica. Desde formarse temprano para alcanzar una ficha para el turno matutino hasta esperar su turno, puede implicarle que no pueda encargarse de las actividades matutinas de costumbre como preparar el desayuno y acompañar a sus hijos a la escuela. Así es que la cobertura de servicios de salud actuales puede que no sean suficientes para apoyar a las mujeres más necesitadas (Ballinas, 2010: 38).

2.6 Las enfermedades más comunes de las mujeres en México

En México, hay enfermedades que se han convertido en la principal causa de muerte en mujeres mexicanas desde el 2006 como es el cáncer de mama, por falta de información, por falta de acceso a los servicios de salud, hasta por la ignorancia misma de muchas mujeres que están en condición de pobreza sobre los síntomas de ésta enfermedad. A pesar de las múltiples campañas que se han hecho en radio, prensa y televisión para descubrirse a tiempo, el cáncer de mama

usualmente se detecta en fase avanzada, cuando es prácticamente incurable (Cruz, 2011: 42).

Un padecimiento que en los últimos años ha caracterizado a México, de hecho es el país a nivel mundial que ocupa el primer lugar en obesidad, la cual afecta a todas las clases sociales, pero se destaca especialmente en la clase baja y en las mujeres. La obesidad se ha convertido en un patrón de pobreza porque hay alimentos procesados que son más baratos que los naturales: por ejemplo, es más barato comprar una sopa rápida que comprar frutas y verduras, aunado al sedentarismo, la inseguridad en las calles y los cambios en la dieta tradicional mexicana son factores que facilitan el aumento de obesidad (Miranda, 2013: 41).

2.7 Morbilidad de las mujeres en la delegación Xochimilco

En la delegación Xochimilco, según información brindada por la Secretaría de Salud del Distrito Federal (2014) las enfermedades con mayor número de casos que las mujeres padecieron durante el año 2013 en cada Centro de Salud fueron: 1) infecciones respiratorias agudas, 2) caries dental, 3) cistitis, uretritis, síndrome uretral e infección de vías urinarias de sitio no especificado, 4) menstruación ausente, escasa o rara, 5) otras enfermedades del sistema respiratorio, 6) obesidad, 7) otras afecciones inflamatorias de la vagina y de la vulva, 8) enteritis y colitis no infecciosas, 9) otras enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, 10) gingivitis y enfermedades periodontales y 11) otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén.

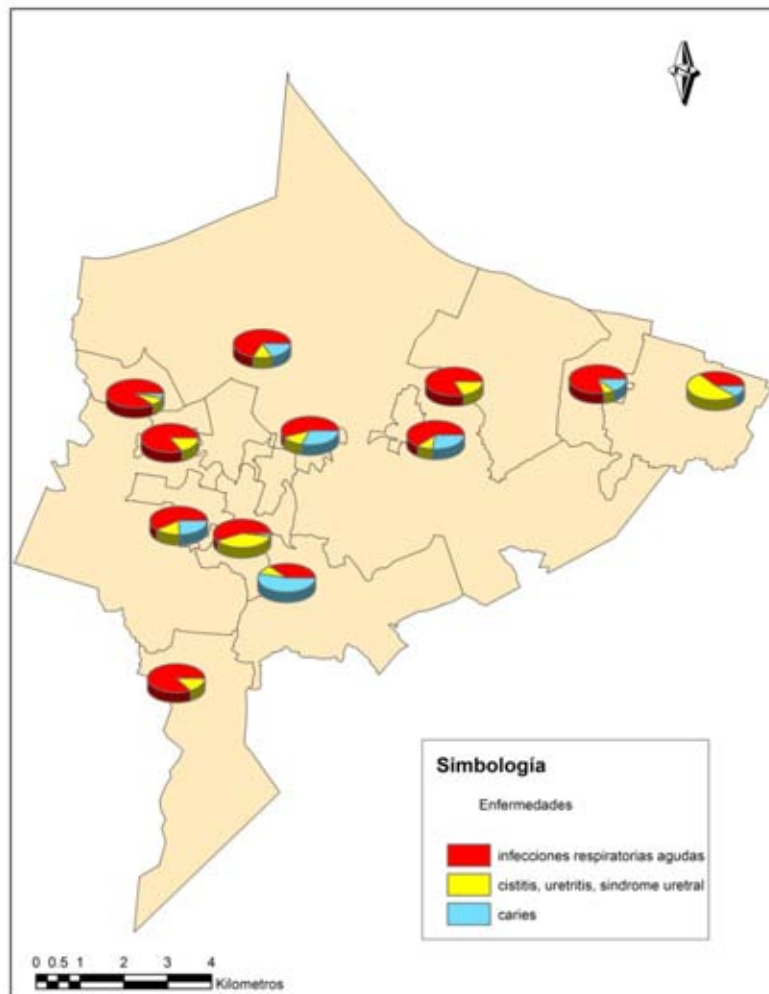
Sin embargo, para el presente análisis, (véase el mapa 2.4) sólo se consideraron las tres enfermedades con mayor prevalencia, las cuales son: infecciones respiratorias agudas con 10 338 casos, infecciones del sistema urinario con 3739 casos y caries dental con 3201 casos. En este sentido, en Xochimilco predominan las enfermedades transmisibles y de éste tipo, las que destacan son las infecciones respiratorias agudas.

Según el cuadro 2.4, el Centro de Salud “Santa Cruz Acalpixca” registro el mayor número de casos de infecciones respiratorias agudas con 19.4%, seguido del Centro de Salud “Xochimilco” con 16.1% y el Centro de Salud “San Mateo Xalpa” con 12%. En relación a las caries registraron mayor número de casos en los

siguientes centros de salud: “Santa Cruz Acapulco” con 28.6%, “San Mateo Xalpa” con 16.5% y “Santa María Nativitas” con 13.6%. Las infecciones del sistema urinario con mayor número de casos fueron: cistitis, uretritis, síndrome uretral y otras infecciones de vías urinarias de sitios no especificados. Otra vez, con referencia al cuadro 2.4, se aprecia que el Centro de Salud “Tulyehualco” registro 46.1% de casos, seguido del Centro de Salud “Xochimilco” con 10% y el Centro de Salud “San Mateo Xalpa” con 9.6%.

Estos datos permiten comprender que el área de influencia de los Centros de Salud de “Xochimilco”, “Santa Cruz Acapulco” y “San Mateo Xalpa” presentan

Mapa 2.5 Xochimilco. Principales enfermedades durante 2013.



Subdirección de Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica,
 Dirección de Vigilancia e Inteligencia Epidemiológica,
 Servicios de Salud Pública del Distrito Federal,
 Secretaría de Salud del Distrito Federal

Elaboró: Brenda Montaño Hernández

condiciones sanitarias deficientes para mantener un buen estado de salud como puede ser que exista falta de agua potable, falta de drenaje, viviendas hechas con materiales de baja calidad. Pero también permite deducir que existe una falta de acceso a servicios de salud debido a que no existe promoción educativa especialmente sobre la higiene personal y sobre una alimentación equilibrada.

Por tanto, es vital señalar que el estado de salud de las mujeres en Xochimilco se encuentra deteriorado, las mujeres son vulnerables a enfermedades transmisibles y que especialmente en el área de influencia del Centro de Salud de “Santa Cruz Acalpixca”, las condiciones sanitarias requieren mucho mayor atención por parte del gobierno.

Cuadro 2.4 Principales enfermedades atendidas en las mujeres por Centro de Salud perteneciente a la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSA-DF), dentro de Xochimilco en 2013

Centro de salud		Enfermedades por tipo		
		Transmisibles		No transmisibles
		Infecciones respiratorias agudas	Infecciones del sistema urinario	Caries
Xochimilco	Num	1691	373	426
	(%)	16.1	10.0	13.3
Tulyehualco	Num	1213	1723	335
	(%)	11.6	46.1	10.5
San Mateo Xalpa	Num	1253	360	527
	(%)	12.0	9.6	16.5
San Gregorio	Num	424	93	1
	(%)	4.0	2.5	0.0
Sta Maria Nativitas	Num	764	180	434
	(%)	7.3	4.8	13.6
Sta Cruz Acalpixca	Num	2029	356	916
	(%)	19.4	9.5	28.6
San Luis	Num	633	61	102
	(%)	6.0	1.6	3.2
Santiago	Num	843	159	5
	(%)	8.0	4.3	0.2
Sta Cruz Xochitepec	Num	377	33	16
	(%)	3.6	0.9	0.5
Santa Cecilia	Num	298	71	425

	(%)	2.8	1.9	13.3
San Andrés	Num	307	225	12
	(%)	2.9	6.0	0.4
San Francisco	Num	641	105	2
	(%)	6.1	2.8	0.1
Total por enfermedad		10473	3739	3201

Fuente: (2014) Subdirección de Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica, Dirección de Vigilancia e Inteligencia Epidemiológica, Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, Secretaría de Salud del Distrito Federal.

2.8 El perfil social de las mujeres pobres y su relación con su estado de salud en Xochimilco

Los siguientes testimonios se exponen con el fin de evidenciar que las mujeres en condiciones de pobreza experimentan día con día la misma situación, esto es, tienen bajo salario que no corresponde a la jornada laboral, no cuentan con algún tipo de cobertura en salud brindada por el patrón o contratista, y no tienen capacidad de conseguir cubrir sus necesidades a través de la canasta básica para ellas y sus familias.

Un claro ejemplo de la vida de una empleada doméstica y sus actividades cotidianas, lo demuestra el siguiente cuadro 2.5 que, a pesar de que es una persona que habita en otro país de otro continente, se hace referencia a las condiciones de pobreza del tiempo para el cuidado de su propia salud, al tiempo que invierte en la alimentación y cuidado de su familia así como el tiempo que invierte en su empleo y en el traslado a éste, lo cual pone a ésta mujer en mayor desventaja con respecto a otras mujeres con otra elevada condición social.

Como se puede observar, ésta mujer realizaba muchas actividades y lo máximo que le pagaban eran 200 taka, equivalente actual a \$32 pesos mexicanos diarios, ¡una cantidad ínfima por realizar el trabajo doméstico! Es posible que ésta mujer haya padecido enfermedades como mialgia¹⁷ y resfriados por el cambio de temperatura entre lavar pisos y arreglar habitaciones; dolor de espalda; problemas de circulación sanguínea por permanecer tanto tiempo de pie; desnutrición y gastritis por comer poco de manera irregular, además de fatiga crónica. No hay

¹⁷ Dolor muscular.

que olvidar la exposición al riesgo de quemaduras y cortes por preparar los alimentos en la cocina (NOTIMEX, 2003: 27).

Cuadro 2.5 Patrón de actividad diario de una empleada doméstica a tiempo parcial, en Bangladesh.

Mañana	Tarde
<p>05:15-06:00 Lavarse el rostro, preparar roti (pan) para los niños y la pareja. Prepararse para ir al primer empleo.</p> <p>06:00-06:15 Salir de casa y caminar 20 minutos hacia el primer empleo.</p> <p>06:30-11:00 Lavar utensilios, cubiertos, platos, escombrar habitaciones y limpiar pisos, tomar el desayuno, ir al mercado por alimentos frescos, regresar a la casa, lavar la ropa y tenderla. Prepararse para ir al segundo empleo. Paga mensual: 200 taka</p> <p>11:10-14:00 Caminar al segundo empleo por cinco minutos. Lavar utensilios, ayudar a preparar la comida, recoger a los niños de la escuela, limpiar pisos, tomar un baño, comer algunas sobras de comida, tal vez tomar algunas de las sobras para los niños. Pago mensual: 200 taka</p>	<p>14:00-16:00 Regresar a casa caminando, cocinar arroz o roti para los niños, con lentejas o con vegetales cocinados traídos del segundo empleo. Se puede tomar un descanso o hablar con los niños. Prepararse para ir al tercer empleo.</p> <p>16:00-16:15 Caminar quince minutos al siguiente empleo.</p> <p>16:15-18:30 Lavar utensilios y ropa, limpiar pisos, preparar té, llevar a los niños a jugar, hacer las camas, tal vez beber té. Prepararse para ir al cuarto empleo. Pago mensual: 150 Taka</p> <p>18:30 a 20:00 Caminar unos pocos minutos al cuarto empleo. Ayudar a preparar y servir la cena, limpiar habitaciones, hacer camas, lavar utensilios, tal vez el empleador brinde alimentos para llevar a casa. Pago mensual: 100 taka</p> <p>Caminar a casa, cocinar arroz y algo para la familia, charlar con la familia, discutir problemas familiares con la pareja, descansar.</p>

Fuente: Huq-Hussain, S. (1995) Fighting poverty: the economic adjustment of female migrants in Dhaka. *Environment and urbanization*, 7 (2). Pp. 64

Aunque más adelante se verá con mayor precisión, aquí se adelanta el caso de una persona que se encuestó en Xochimilco, la cual tiene una ocupación de empleada doméstica. Esta persona tiene 4 hijos, vive separada de su marido, sólo terminó la primaria, trabaja 6 días a la semana (10 horas al día). Apenas gana el salario mínimo y como su patrón no le cubre servicios de salud, tuvo que tramitar el Seguro Popular.

Asimismo lo anterior, cabe complementar con un testimonio de una persona en igual circunstancia laboral, que habita en algún lugar indeterminado del México. Es el caso de Celerina Morales que se ha dedicado por 18 años al trabajo doméstico; ella tuvo una experiencia laboral donde laboraba 9 horas diarias por \$30, cuando su contratista le había prometido \$50. Sólo le daban una comida al día, la cual consistía en sobras de otros alimentos y la cual tuvo que rechazar por su pésima calidad (Alcántara, 2009:A6). Estos casos permiten examinar como las mujeres en condiciones de pobreza que son contratadas como empleadas domésticas hacen una labor incorrectamente remunerada y escasamente reconocida, con nulos derechos laborales; esto es, no firman un contrato formal y lo más importante: no tienen seguro social que les garantice servicios de salud por parte de su patrón, por lo que frecuentemente quedan excluidas de cualquier acceso a servicios del IMSS para mantener un estado de salud estable.

A pesar de que las mujeres realizan muchas actividades, normalmente no son tomadas en cuenta por la sociedad porque no son remuneradas. Sin embargo, a las mujeres no les da tiempo ni ánimos para concurrir a eventos recreativos, para practicar deporte o realizar actividades lúdicas. Según datos de la encuesta realizada para la presente tesis, 60% de las mujeres no tienen tiempo disponible para realizar algún deporte o ejercicio y del 40% que si hace ejercicio, el 17.1% sólo hace caminatas ocasionales.

Todo el exceso de actividades que las mujeres llevan a cabo, la monotonía de sus horarios, la falta de apoyo emocional y reconocimiento de las actividades realizadas provocan que la salud de las mujeres – que puede ser de cualquier clase socioeconómica pero especialmente las pobres - que juegan el papel como

amas de casa, tarde o temprano se desequilibra y se manifiestan estrés, fatiga, ira y depresión. Si a la vida diaria de las mujeres, se le añaden conflictos con los hijos que no obedecen reglas de la escuela, de la familia o del hogar, así como peleas o distanciamiento con la pareja, la salud mental decae mucho (Moral, J., González, M., y Landero, R., 2011: 140). Un ejemplo de esto en Xochimilco, según la encuesta aplicada, es que el 74.2% de las mujeres son amas de casa y de ese universo, el 30.7% reportó padecer alguna enfermedad de tipo crónico-degenerativo o simplemente una enfermedad que padecían en el tiempo preciso de la encuesta; las enfermedades que padecían eran: tiroides, juanetes, cataratas, varices, infección en riñones, diabetes, hipertensión arterial, cáncer cervicouterino, gripe, cirrosis biliar.

Según el Instituto Nacional de las Mujeres (2005: 14), muchas familias pobres no suelen tener aparatos electrodomésticos como lavadoras, ni infraestructura como agua potable entubada, que les permita a las mujeres realizar las tareas domésticas con más facilidad. De modo que las mujeres deben emplear más tiempo y energía en ello, lo que produce un desbalance en su salud. He aquí algunos de los padecimientos que sufren las amas de casa: dolor de espalda, dolor de cintura, dolor de cuello, dolor lumbar, hipertensión, dermatitis por contacto con detergente, infecciones en los ojos por contacto con agua sucia, sobrepeso u obesidad, depresión, fatiga, cefaleas, ansiedad (Murguialday, B. y Bosque, A., 1994: 14-30).

Sin embargo, las mujeres pobres que tienen un empleo fuera de casa como empleadas domésticas con el objetivo de aportar un ingreso a la familia, tienen otro tipo de enfermedades. Aunque éste es el único empleo donde se les paga más que a los hombres, el 95% de ellas no tiene acceso a servicios de salud por parte del empleador y se ven más susceptibles a peligros en la ruta hacia su empleo, así como a situaciones desafortunadas en casa del empleador. Además, en muchas ocasiones su salud decae porque no tienen tiempo para alimentarse suficientemente bien, y sus empleadores no les brindan alimentos frescos cuando están trabajando en sus casas, sino residuos de comida (Díaz, 2011: 18).

Otras enfermedades que pueden padecer son: reumatismo, problemas musculoesqueléticos, conjuntivitis o alergias por el uso de sustancias para limpiar, artritis, osteoporosis, entre otras. Por último, es necesario agregar que las trabajadoras domésticas sufren en depresión y estrés extremo cuando son maltratadas física y psicológicamente por sus empleadoras (Alcántara, 2009: A6).

2.9 ¿Cómo resuelven las mujeres pobres su estado de salud?

Las mujeres pobres son generalmente quienes tienen menos lazos con el mercado de trabajo por variadas razones, entre las que se encuentran su baja preparación académica y el empleo difícilmente remunerado con nulas prestaciones. En este sentido, las mujeres pobres son las que menos consiguen empleos formales con seguridad social incluida, por tanto son las mujeres pobres quienes quedan excluidas de los mecanismos gubernamentales para la protección de la salud (CONEVAL, 2012: 74).

Según la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2009 (INEGI, 2010: 17), el 62.4% de las mujeres a nivel nacional si utilizan algún servicio de salud, de lo cual se deriva que: el 19.1% acude a servicios del SSA, 17.3% del IMSS, 3.5% del ISSSTE, 3.3% otro tipo de servicio público y 19.2% acudieron a un servicio de salud privado. Sólo 37.5% no utilizó servicio de salud alguno.

Es destacable que el porcentaje de mujeres que acude a servicios de la SSA sea similar al porcentaje de quienes acuden a servicios de salud privados porque es en estos dos tipos de servicios donde se concentra realmente la atención a la población femenina. El 3.3% que acude a servicios públicos no especificados puede ser que acudan a “Consultorios Médicos Anexos a Farmacias”; es un porcentaje muy pequeño comparado con el 19.2% que acude a servicios de salud privado. Lo relevante es que el gasto de consulta y medicamentos en los servicios de salud públicos es pequeño comparado con el gasto de consulta y medicamentos que representa obtener los servicios de salud privados; lo cual significa que 19.2% de mujeres prefieren gastar aproximadamente más de 3 salarios mínimos en servicios de salud privados. Según Zurita, B. y Ramírez, T. (2003: 156-157), la población prefiere los servicios de salud privados para

consultas de especialidad, destacando dentro de éste sector las consultas con el pediatra y el ginecólogo. Lo cual significa que las mujeres prefieren invertir en su salud reproductiva y en la atención de sus hijos.

Respecto al 37.5% de mujeres que no utiliza servicios de salud, y considerando lo que escribió Arreola, H., Soto, H. y Garduño, J. (2003: 182), es posible que ése porcentaje de mujeres no acudan a algún servicio de salud por varias razones: la consulta es cara, no hay ningún centro de salud cercano o disponible según la localización de la persona, no tiene dinero para desplazarse, no tiene confianza en el personal médico, no tiene tiempo para acudir a consulta, no lo atendieron en el pasado y/o le disgusta el trato desagradable que le han ofrecido. Sin embargo por no usar servicios de salud, por no revisarse con el médico anualmente pero también por ignorancia de la salud propia, es que a nivel nacional las mujeres mueren principalmente por diabetes mellitus a partir de que tienen edad productiva, es decir, a partir de que cumplen 15 años (SINAIS: 2011).

Las mujeres pobres no suelen acudir con frecuencia a servicios de salud por diferentes motivos: primero, por la distancia que deben recorrer para llegar al centro más cercano; segundo, porque acudir implica invertir un tiempo extra que muchas veces no tienen, tanto si son amas de casa de tiempo completo o son empleadas de jornada completa o parcial. Esto es, en el caso de ser amas de casa, les implica descuidar temporalmente sus obligaciones como cuidar a los niños más pequeños o que requieran atención especial como personas con discapacidad, atender el negocio familiar o atender a la pareja antes de que se retire a su empleo. En el caso de ser empleadas, deben anticipar su falta laboral ante su jefe. Una tercera razón es el gasto que se debe hacer en el pago de consulta, transporte y compra de medicamentos, así como otros estudios médicos. Una cuarta razón es que las mujeres sienten que el servicio no es el más óptimo, pues el trato del personal es poco amable y el diagnóstico del médico en turno posiblemente subestima el padecimiento real que las mujeres sufren (Lara, M., Acevedo, M. y Berenzon, S., 2004: 825).

2.10 Dificultades que experimentan las mujeres en condiciones de pobreza para acceder a los servicios de salud.

A nivel Distrito Federal, las mujeres pobres que tienen acceso a servicios de salud en el IMSS o en el ISSSTE, para tener consulta médica muchas veces deben llegar horas antes a su unidad familiar correspondiente para formarse por una “ficha”¹⁸, que les autoriza una cita con el médico que les atenderá. Pero hacer esto implica que ellas deberán invertir un tiempo extra en su traslado de su domicilio hacia su centro de salud y tal vez pasar toda la mañana fuera de casa. Usualmente para tener una “ficha”, es necesario formarse de madrugada, aproximadamente a partir de las 5 horas para que a las 8 horas, cuando enfermeras y médicos llegan, se pueda obtener una “ficha” que sea una de las primeras consultas que él médico realice durante la siguiente hora. No obstante en ciertos casos, es posible esperar más de tres horas para que él médico atienda a sus pacientes, lo que crea impaciencia y angustia en las mujeres que esperan (Poy, 2007: 18).

Sin embargo, existen problemas en la atención médica para mujeres de la tercera edad en los que: el médico no les dirige con el especialista adecuado, faltan medicinas para surtir una receta que caduca a los tres días, largas horas de espera para que el médico asignado les atienda y negligencia médica. Todo esto hace que a largo plazo, las mujeres pobres no se sientan que sus derechos sean respetados (Gómez, 2012: 2).

Por otra parte, las mujeres pobres pueden solicitar servicios de salud a la Secretaría de Salud, donde el sistema para agendar cita es similar al IMSS o ISSSTE, con la diferencia de que pueden estar exentas de pago por determinados servicios o consultas si se encuentran afiliadas al “Seguro Popular”¹⁹. Éste último

¹⁸ Papel con un número escrito que señala el turno que la persona tendrá que esperar para ser atendido por el médico.

¹⁹ El Seguro Popular es un seguro médico voluntario para los hogares mexicanos sin importar su condición laboral, ubicación geográfica o capacidad de pago que no estén afiliados a ninguna institución de seguridad social (como IMSS, ISSSTE, PEMEX, Fuerzas Armadas, entre otros). Fuente: *Seguro Popular*. Consultado el 10 de agosto de 2012, de http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro_popular/

ha presumido de brindar cobertura universal a toda la población, para que no se paguen consultas ni medicamentos. Pero la realidad es que la atención que brinda el Seguro Popular es muy básica, careciendo de medicinas, personal médico titulado, enfermeras capacitadas y establecimientos con la adecuada higiene. En el caso de la periferia urbana es muy frecuente que las mujeres pobres se encuentren con la desagradable sorpresa de que en su centro de salud más cercano sólo les puedan dar consultas generales y si requieren atención médica especializada, deben trasladarse hacia otro centro de salud con más nivel pero a una distancia más lejana. Además, si su padecimiento no está cubierto por el Seguro Popular, deberán pagar el costo de sus tratamientos, lo cual es muy difícil para ellas, siendo sus ingresos muy limitados o nulos (Cruz, 2012: 30).

Otra situación que sucede es cuando las mujeres necesitan una solución urgente para sus enfermedades, acuden a servicios de salud públicos, el médico les diagnostica, les escribe una receta y al solicitar su surtido en la farmacia, no es posible por falta de medicamento. Entonces sólo les queda esperar a que la farmacia tenga el medicamento en existencia o conseguirlo en alguna farmacia de medicamentos genéricos, que por su bajo costo resulta más accesible. Esto a largo plazo resulta en insatisfacción del servicio de salud público, además de un empobrecimiento progresivo de las mujeres, pues ése dinero que necesitaban para cubrir sus necesidades básicas como alimentación o vestido, lo deben invertir en medicamentos. En el peor de los casos, las mujeres que no encuentran a personal médico en su centro de salud más cercano, deben trasladarse a otro centro más lejano con la desdicha de gastar un dinero extra para el transporte (Gómez, 2010: A12-A13).

Un ejemplo muy común de lo que ocurre con las mujeres en Xochimilco que utilizan servicios del ISSSTE enfrentan varios obstáculos para recibir atención médica, que van desde esperar desde tempranas horas de la mañana para conseguir un turno, hasta la cancelación imprevista de consultas agendadas. Esto

es, las mujeres padecen una exclusión indirecta para que reciban atención médica dependiendo de la organización en el sistema de citas²⁰.

Cabe mencionar que el servicio que brindan el IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud, incluso en situaciones de emergencia, requiere muchos trámites y documentación que solicitan los encargados de los servicios de salud. Toda esta burocracia se convierte en un proceso agotador para las mujeres en condición de pobreza, quienes con un alto estado de estrés deben tolerar malos tratos y actitudes escasamente amables del personal médico, personal administrativo y recepcionistas (Ballinas, 2009: 5).

2.11 ¿Cómo las mujeres pobres de Xochimilco auto-resuelven su estado de salud?

En la delegación Xochimilco, se evidencia aun mas las dificultades que experimentan las mujeres en condición de pobreza para auto resolver su estado de salud. Hasta ahora solo cuentan con una única alternativa por parte del gobierno mexicano, que es la que ofrece el sistema de salud del Distrito Federal a través de la Secretaria de Salud del Distrito Federal (SSA-DF) que ofrece servicios de salud a toda la población no derechohabiente por medio de Centros De Salud Comunitarios, los cuales se encuentran clasificados en tres niveles de atención. Es necesario explicar que el nivel I se refiere a un médico, una enfermera y una trabajadora social; el nivel II a menos de ocho: médicos generales, servicio dental, farmacia, enfermería y trabajo social; y el nivel III se refiere a más de: ocho médicos generales, con servicio de odontología, Rayos X, Farmacia, Laboratorio, Enfermería y Trabajo Social (López, 2011: 387).

Como un ejemplo cuantitativo de la atención médica en la Secretaría de Salud, se muestran las consultas por primera vez y consultas subsecuentes según edades realizadas por mujeres en los Centros de Salud de la SSA-DF durante el 2011 según datos de la Secretaría de Salud Pública del Distrito Federal (2014).

²⁰ Aguilar, H. (2012, 14 de mayo) *Xochimilco: entra en crisis clínica del ISSSTE tras generar bloqueo en citas telefónicas*. Informativo Anahuac [Internet] Consultado el 2 de octubre de 2014, de http://infoanahuac.blogspot.mx/2012/05/xochimilco-entra-en-crisis-clinica-del_14.html

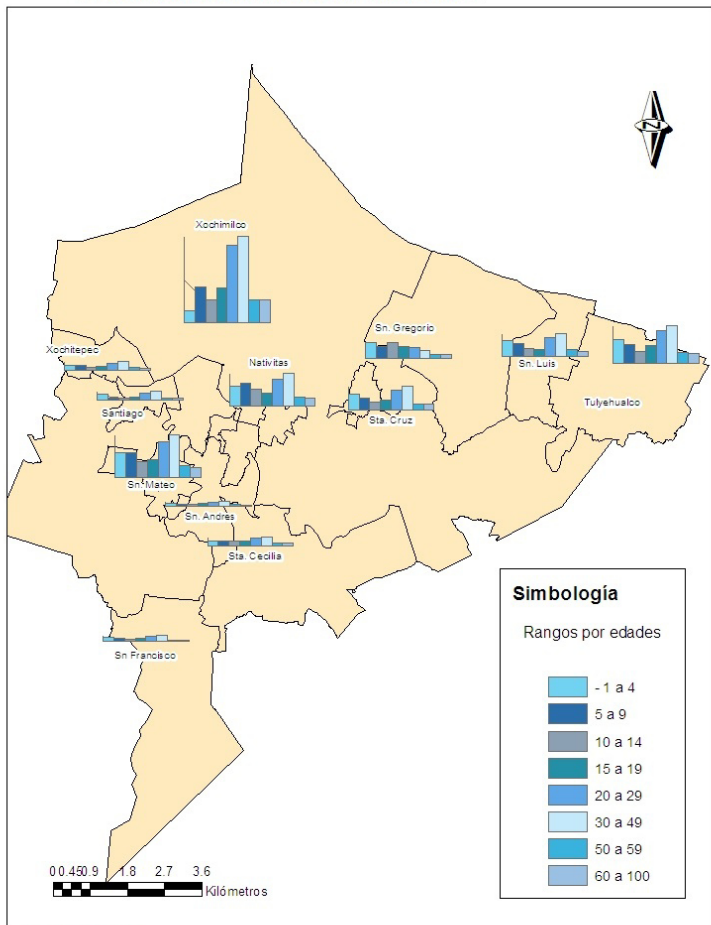
En cuanto a las consultas de primera vez, se percibe que son las niñas de 5 a 9 años quienes son llevadas más a consultas dentro de la población infantil, mientras que las mujeres de 30 a 49 años son el rango de población adulta que más busca consulta por primera vez. Los Centros de Salud que reciben más consultas por primera ocasión son: Xochimilco, Tulyehualco y San Mateo Xalpa.

Mientras que en las consultas de segunda vez, las niñas de 0 a 4 años son quienes reciben más consultas y las mujeres de 30 a 49 años se mantienen como el rango de población femenina adulta que acude a más consultas. Los mismos Centros de Salud son los que reciben mayor de pacientes femeninas.

En conclusión estos datos señalan que las niñas más jóvenes son quienes más necesitan atención médico, del mismo modo que las mujeres de 30 a 49 años. Es necesario deducir que esto puede ocurrir por dos razones: las niñas de 0 a 4 años son quienes requieren más vacunación por su frágil salud. Mientras que las mujeres de entre 30 a 49 años son las mujeres que necesitan mayor atención ginecológica, pues se encuentran en el período en que su sistema reproductor pierde su propiedad de fertilidad.

Asimismo, los Centros de Salud más visitados son de nivel tres, con lo que su capacidad para recibir mayor cantidad de pacientes. A pesar de esto, es menor la cantidad de mujeres de todas las edades que vuelven a conseguir una consulta subsecuente, lo cual significa que las mujeres no continúan una revisión al tratamiento médico que solicitaron ya sea porque su estado de salud decayó o no percibieron alguna mejoría pronta.

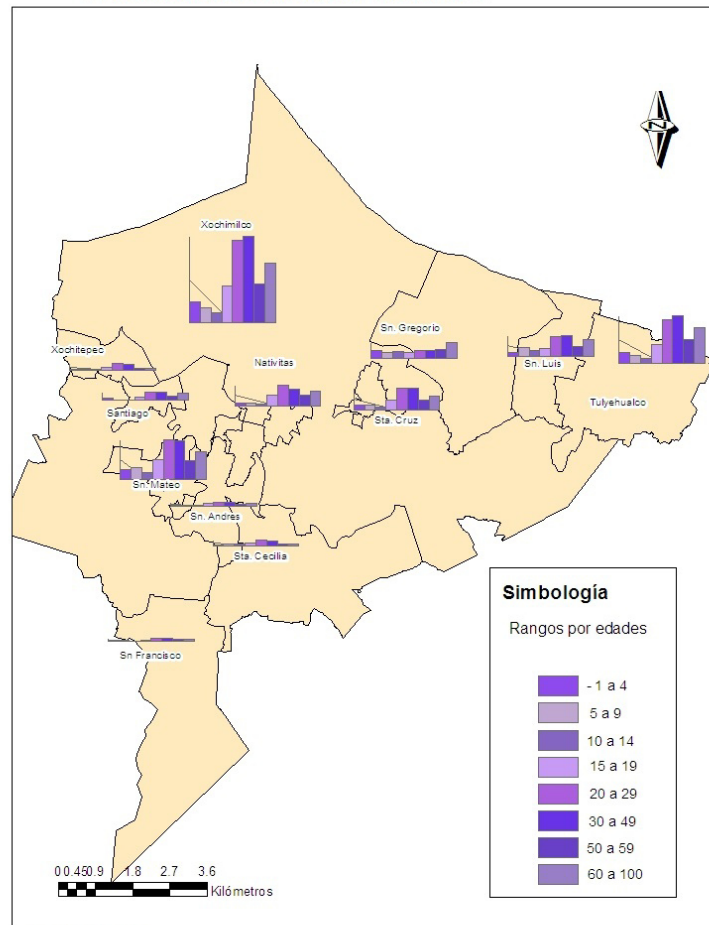
Mapa 2.6 Xochimilco. Consultas de primera vez realizadas por mujeres en Centros de Salud de la SSA-DF durante 2011.



Secretaría de Salud,
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal,
Oficina de Información Pública.

Elaboró: Brenda Greta Montañó Hernández

Mapa 2.7 Xochimilco. Consultas de segunda vez realizadas por mujeres en Centros de Salud de la SSA-DF durante 2011.



Secretaría de Salud,
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal,
Oficina de Información Pública.

Elaboró: Brenda Greta Montañó Hernández

Cuadro 2.6 Consultas de primera vez y subsecuentes realizadas por mujeres según edades en los Centros de Salud de la SSA-DF, durante el 2011.

Centro de Salud	Consultas de mujeres	
CST-I San Andrés Ahuayucan	Primera vez	Subsecuente
Edad	Casos	
menos 1-4	124	26
5-9	88	3
10-14	81	2
15-19	134	123
20-29	197	185
30-49	264	199
50-59	70	105
60 y +	59	160
Centro de Salud	Consultas de mujeres	
CST-I San Francisco Tlalnepantla	Primera vez	Subsecuente
Edad	Casos	
menos 1-4	225	17
5-9	161	10
10-14	117	8
15-19	134	81
20-29	261	164
30-49	297	169
50-59	77	123
60 y +	64	128
Centro de Salud	Consultas de mujeres	
CST-I San Luis Tlaxialtemaco	Primera vez	Subsecuente
Edad	Casos	
menos 1-4	788	228
5-9	652	492
10-14	379	329
15-19	372	410
20-29	949	1051
30-49	1126	1093
50-59	331	509
60 y +	226	891

Centro de Salud	Consultas de mujeres	
CST-I Santa Cecilia Tepetlapa	Primera vez	Subsecuente
Edad	Casos	
menos 1-4	227	26
5-9	231	82
10-14	243	70
15-19	243	130
20-29	389	299
30-49	435	266
50-59	140	95
60 y +	130	84
Centro de Salud	Consultas de mujeres	
CST-I Santa Cruz Xochitepec	Primera vez	Subsecuente
Edad	Casos	
menos 1-4	229	52
5-9	248	63
10-14	153	49
15-19	169	148
20-29	333	348
30-49	451	285
50-59	120	83
60 y +	98	123
Centro de Salud	Consultas de mujeres	
CST-I Santiago Tepalcatlalpan	Primera vez	Subsecuente
Edad	Casos	
menos 1-4	297	128
5-9	122	36
10-14	95	27
15-19	178	190
20-29	385	451
30-49	486	415
50-59	91	246
60 y +	126	369
Centro de Salud	Consultas de mujeres	
CST-II Santa Cruz Acalpixca	Primera vez	Subsecuente
Edad	Casos	
menos 1-4	802	239

5-9	569	257
10-14	362	132
15-19	458	518
20-29	971	1145
30-49	1157	1147
50-59	289	489
60 y +	266	697
Centro de Salud	Consultas de mujeres	
CST-II Santa María Nativitas	Primera vez	Subsecuente
Edad	Casos	
menos 1-4	998	123
5-9	1130	117
10-14	820	96
15-19	647	565
20-29	1332	1095
30-49	1650	875
50-59	421	538
60 y +	385	782
Centro de Salud	Consultas de mujeres	
CST-III San Gregorio Atlapulco	Primera vez	Subsecuente
Edad	Casos	
menos 1-4	846	423
5-9	624	334
10-14	844	391
15-19	613	327
20-29	573	439
30-49	417	432
50-59	219	466
60 y +	206	873
Centro de Salud	Consultas de mujeres	
CST-III San Mateo Xalpa	Primera vez	Subsecuente
Edad	Casos	
menos 1-4	1234	477
5-9	1216	595
10-14	762	359
15-19	875	1018
20-29	1786	2079

30-49	2113	2029
50-59	600	945
60 y +	509	1451
Centro de Salud	Consultas de mujeres	
CST-III Tulyehualco	Primera vez	Subsecuente
Edad	Casos	
menos 1-4	1191	524
5-9	902	392
10-14	577	233
15-19	866	974
20-29	1636	2279
30-49	1859	2453
50-59	502	1222
60 y +	499	1861
Centro de Salud	Consultas de mujeres	
CST-III Xochimilco	Primera vez	Subsecuente
Edad	Casos	
menos 1-4	599	1110
5-9	1793	762
10-14	1154	517
15-19	1746	1902
20-29	3888	4296
30-49	4330	4501
50-59	1130	2033
60 y +	1170	3129

Fuente: Subdirección de Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica, Dirección de Vigilancia e Inteligencia Epidemiológica, Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, Secretaría de Salud del Distrito Federal

CAPÍTULO III. ACCESO, COBERTURA Y EXCLUSIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA PERIFERIA URBANA HACIA LAS MUJERES EN CONDICIÓN DE POBREZA. EL CASO DE TRES ASENTAMIENTOS IRREGULARES EN LA DELEGACIÓN XOCHIMILCO.

El objetivo de este capítulo es se justificarán los siguientes puntos: el acceso a los servicios de salud en la periferia urbana de Xochimilco; la distribución de los servicios de salud públicos en la delegación Xochimilco; la metodología para medir el acceso de los servicios de salud; el acceso a los servicios de salud de las mujeres de la periferia urbana en condición de pobreza; el análisis sociodemográfico de las mujeres en condición de pobreza a los servicios de salud para la periferia urbana en Xochimilco, el cual abarca: características sociodemográficas, correlación de derechohabiencia con educación, correlación entre servicio de salud utilizado y escolaridad, correlación de servicios de salud usados con procedencia, correlación de los servicios de salud con el ingreso por salario mínimo del hogar, calidad en el acceso a los servicios de salud, accesibilidad y asequibilidad en gastos de salud con relación al empobrecimiento de las mujeres, principales enfermedades de las mujeres y su relación con su condición de pobreza, calidad y exclusión de los servicios de salud, mujeres pobres y alternativas para autorresolver su estado de salud, finalmente la calidad de los servicios de salud.

3.1 Acceso a los servicios de salud en la periferia urbana de Xochimilco

En el caso de la zona de la montaña, según la Procuraduría Ambiental y del Ordenamiento Territorial del Distrito Federal (2008:44), en los pueblos de Santiago Tepacaltlalpan, San Mateo Xalpa, San Andres Ahuayucan y Santa Cecilia Tepetlapa se concentra la mayor cantidad de asentamientos irregulares. Así que en realidad la población se está desplazando hacia la zona montañosa de Xochimilco en dirección a Milpa Alta. Lo que confirma lo mencionado por Aguilar (2009:42): “la expansión irregular sobre el suelo de conservación sucede en mayor medida cuando éste es lejano a los poblados tradicionales, en zonas de clara prohibición a la ocupación urbana”.

Sin embargo el acceso a los servicios de salud en la periferia urbana es deficiente por dos razones: una razón es que el gobierno restringe la seguridad social es, la derechohabiencia, a quienes no gozan de un empleo formal. De este modo, la población de la periferia urbana sólo tiene acceso a servicios de salud que no exijan derechohabiencia, por lo que quedan excluidos de servicios como el IMSS y el ISSSTE (Cerdeña, 2010:13).

Otra razón de que el acceso sea deficiente es el factor territorial: no existen suficientes servicios de salud públicos en la periferia urbana, que es justamente el área de mayor marginación. En consecuencia, la población se encuentra fuera del alcance de la atención médica necesaria para recuperar su estado de salud (Cerdeña, 2010: 15).

3.2 Distribución de los servicios de salud públicos en la delegación

Xochimilco

En la presente tesis, la salud es un indicador de la pobreza porque ante la carencia de salud, la población se muestra afectada negativamente en la realización de sus actividades cotidianas y de esta manera, no puede satisfacer sus necesidades más básicas como lo es alimentarse y vestirse adecuadamente.

Dentro de ese marco, en la delegación Xochimilco se identifica que la población que se encuentra en espacios socioterritorialmente más marginados son más vulnerables a ser pobres por las siguientes razones: por no tener acceso a los servicios de salud, por sus bajos ingresos económicos, por sus empleos mal remunerados o incluso por estar desempleados, por falta de servicios urbanos como el agua, por su baja escolaridad, la inseguridad de sus calles, por sus viviendas incorrectamente construidas, etc.

Como se señala, en Xochimilco se cuenta con servicios de salud por parte del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el cual ofrece una clínica de medicina familiar, mientras que la Delegación Xochimilco ofrece cuatro consultorios médicos. Según el Programa Delegacional de Desarrollo Urbano de la delegación Xochimilco (Gaceta Oficial del Distrito Federal, 2005:37-38), existen las siguientes unidades: 1 clínica del ISSSTE (clínica de medicina familiar), 1 Hospital Materno Pediátrico de la Secretaría de Salud, 12 Centros de Salud Comunitarios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, 5 consultorios delegacionales, 2 clínicas de especialidad (una de medicina alternativa y otra de toxicología) y 2 unidades móviles de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Cabe señalar que los servicios de salud de la delegación Xochimilco son escasos y que éstos mismos se encuentran distribuidos de manera desigual, pues la mayor

parte se concentra en el centro de la delegación, y del centro a la periferia existen menor cantidad de servicios de salud.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) no cuenta con ningún servicio de salud dentro de Xochimilco, de tal manera que sus derechohabientes deben atenderse hasta la Unidad Médica Familiar No. 7 que se encuentra en la delegación Tlalpan.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) cuentan con una clínica en el área central de la delegación Xochimilco. Mientras que los Centros de Salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSA-DF) se encuentran dispersos en los pueblos y todos los barrios del centro de la delegación deben conformarse con una sola unidad.

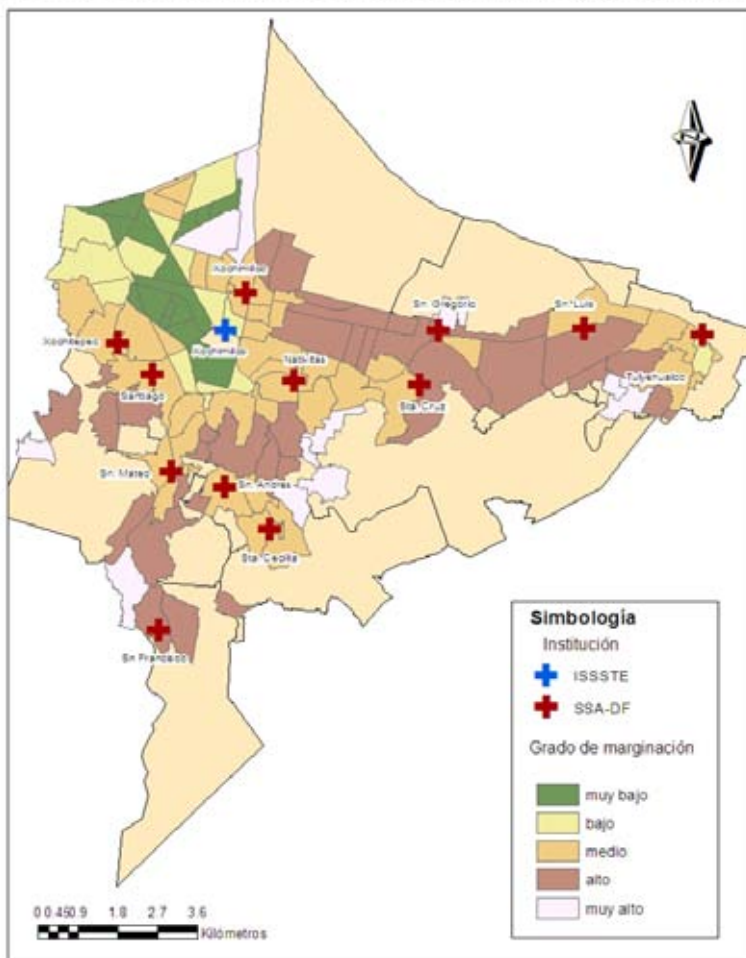
Lo anterior se demuestra en el cuadro 3.1 donde se observa que existe una desigual distribución en los servicios de salud, pues aunque existen igual cantidad de CSC de nivel I y III, su distribución es desigual porque los CSC de nivel I se encuentran cercanas a zonas de alta marginación mientras que los CSC de nivel III se encuentran en zonas de media o baja marginación, tal y como es posible observar en el mapa 3.1

Cuadro 3.1 Xochimilco. Centros de Salud Comunitarios de la SSA-DF por nivel de atención.

Centro de Salud Comunitario	Niveles		
	I	II	III
Santa Cecilia Tepetlapa	I		
San Andres Ahuayucan	I		
San Mateo Xalpa			III
Santa Cruz Xochitepec			III
Santiago Tepalcatlalpan	I		
Tulyehualco			III
San Francisco Tlalnepantla	I		
San Luis Tlaxialtemalco	I		
San Gregorio Atlapulco			III
Santa Cruz Acalpixca		II	
Xochimilco			III
Santa María Nativitas		II	
Total	6	2	5

Fuente: [Directorio de los Hospitales de la Secretaría de salud del Distrito Federal](http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=38&Itemid=56). Consultado el 26 de agosto de 2013, de <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=38&Itemid=56>

Mapa 3.1 Xochimilco. Distribución de servicios de salud públicos según grado de marginación.



Fuentes: CONAPO (2010); IFE (2012)

Elaboró: Brenda Greta Montafío Hernández,
Flor Mireya López Guerrero
y Josefina Hernández

3.3 Metodología para medir el acceso de los servicios de salud

En este apartado una forma de medir el acceso a los servicios de salud de la población femenina en condición de pobreza de la delegación Xochimilco es a través de su distribución, que incide en la habilidad de las personas para usar los servicios de salud **donde y cuando** ellos lo necesitan (McLafferty, 2003: 28), en este caso se trataron específicamente los servicios de salud públicos, otorgados por la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSA-DF) en la delegación Xochimilco.

Tal como se explico en el capítulo I (Ricketts, 2010: 521), la percepción de la población usuaria sobre la calidad de los servicios de salud recibidos, que permite la interacción **adecuada** entre un paciente y un sanador, la cual implica: el nivel de atención, el tiempo de espera, el trato del médico durante la consulta, el diagnóstico recibido del médico, la satisfacción del paciente con respecto al diagnóstico del médico, los precios de los medicamentos y de la consulta así como del transporte utilizado para llegar al servicio de salud usado, la disponibilidad de medicamentos, la facilidad para adquirir medicamentos, entre otros parámetros de accesibilidad.

3.4 El acceso a los servicios de salud de las mujeres de la periferia urbana en condición de pobreza

Para el estudio de caso, se analizo particularmente como resuelven su estado de salud de las mujeres porque son las que administran todas la mayor parte de las necesidades del hogar, como es la alimentación, el suministro del agua, es la que se encarga de acompañar a algún miembro de la familia al médico, quienes cuidan a los hijos, y son las que se encuentran la mayor parte del día en el hogar.

En el caso de las mujeres que viven en la periferia urbana de la delegación Xochimilco se analizó la falta de oportunidades que sufren para obtener servicios de salud por su condición de pobreza y por la desigualdad socioterritorial en la que se encuentran.

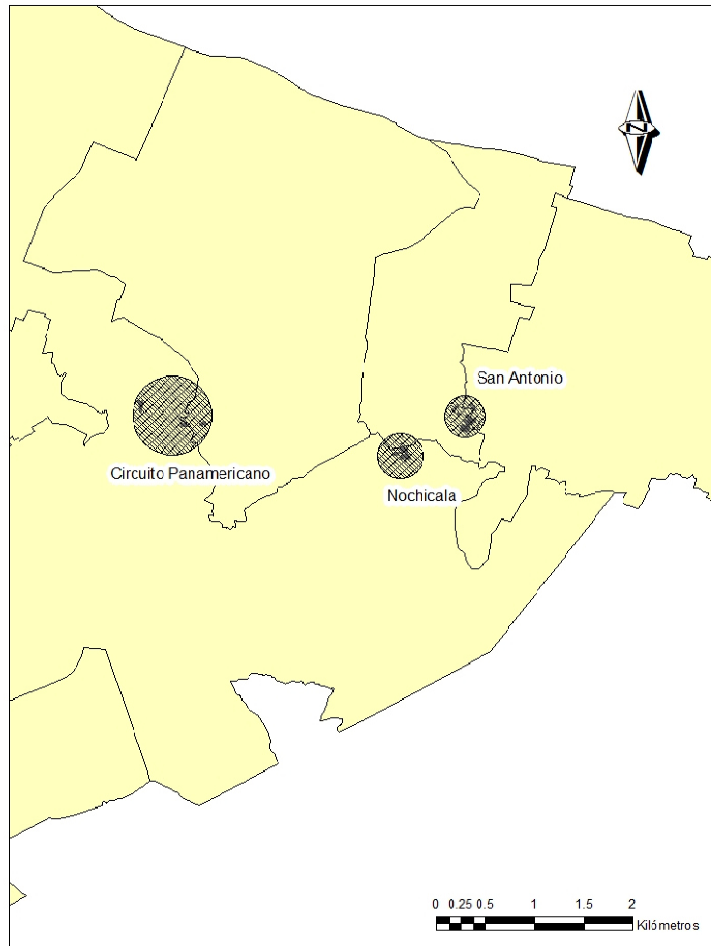
Para verificar lo anterior, se aplico una encuesta en tres asentamientos irregulares de Xochimilco con un estudio realizado por medio de 70 encuestas en la periferia urbana del Distrito Federal, específicamente en tres asentamientos humanos irregulares de la delegación, de la siguiente manera: 23 para Nochicala, 24 para Circuito Panamericano y 23 para San Antonio (véase mapa 3.2).

La investigación de la presente tesis se centró en la periferia urbana oeste de Xochimilco, específicamente en el paraje Nochicala perteneciente al pueblo de San Luis Tlaxialtemalco; Barrio San Antonio perteneciente al pueblo de San Gregorio Atlapulco y Circuito Panamericano perteneciente al pueblo de Santa Cruz Acalpixca. Se eligieron éstos asentamientos por tres motivos:

- Su localización en Xochimilco por ser una de las delegaciones con más asentamientos irregulares en la actualidad; no hay un registro completo en tiempo real dado que la naturaleza de los asentamientos irregulares es cambiante. Sin embargo la Comisión de Recursos Naturales (CORENA) ha registrado 2677 unidades (véase mapa 3.3)
- Por el alto grado de marginación en que se encuentran. Marginación que es medida por la exclusión de la población a servicios urbanos como agua potable y drenaje, así como por los materiales utilizados para la construcción de las viviendas, y nivel de alfabetización.
- Por la dispersión territorial de las viviendas y limitación difusa entre los asentamientos.
- Por la exclusión socioterritorial que estos asentamientos sufren por la ubicación desigual de servicios de salud

La encuesta se dividió en cuatro partes: en la primera parte se solicitaron datos personales para obtener características sociodemográficas de las mujeres; la segunda parte se solicitaron datos socioeconómicos para comprobar su nivel de pobreza; la tercera parte se recabaron datos sobre la vivienda donde las mujeres viven, haciendo énfasis en la obtención de agua; y en la cuarta parte se recabaron datos para conocer la calidad de los servicios de salud, así como el grado de exclusión que los servicios de salud generan hacia las mujeres.

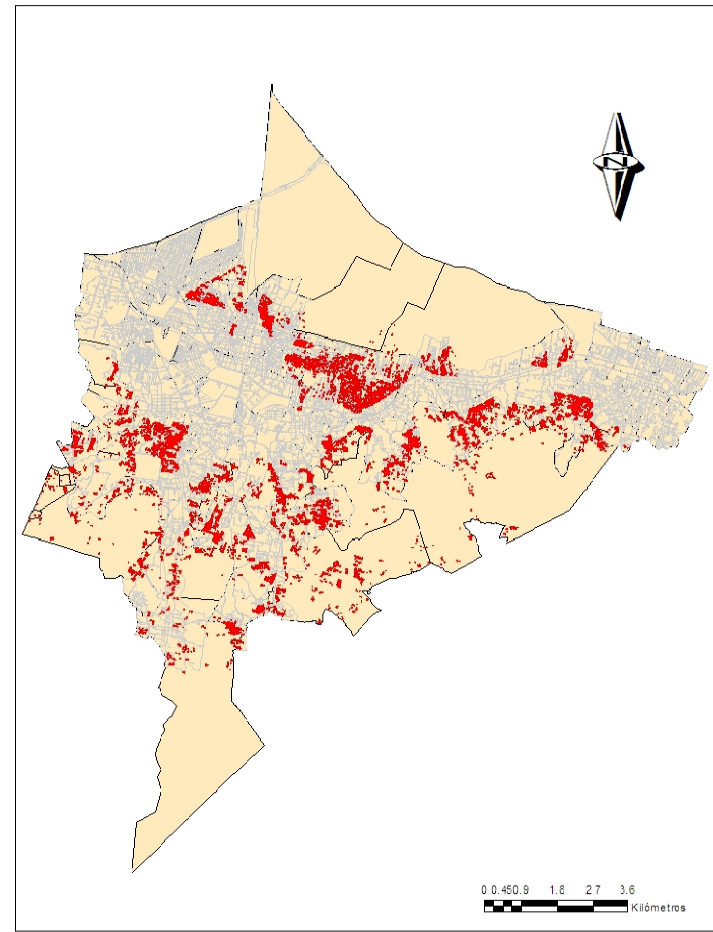
Mapa 3.2 Xochimilco. Ubicación de los tres asentamientos de estudio.



Fuente: CORENA

Elaboró: Flor Mireya López Guerrero

Mapa 3.3 Xochimilco. Asentamientos irregulares distribuidos por colonias y manzanas.



Fuente: CORENA. IFE (2012)

Elaboró: Branda Greta Montañó Hernández
y Flor Mireya López Guerrero

3.5 Análisis sociodemográfico de las mujeres en condición de pobreza a los servicios de salud para la periferia urbana en Xochimilco

Esta metodología se correlaciona con aspectos socioterritoriales como: la edad, la procedencia de otro estado de la República Mexicana, el nivel de estudios, el nivel de ingresos familiares al mes, estado civil, el número de personas que componen la familia.

3.5.1 Características sociodemográficas

Como se aprecia en el cuadro 3.2, se correlacionó el asentamiento con la entidad federativa de origen de las mujeres encuestadas, se observa que en la periferia de Xochimilco habitan mujeres que provienen tanto del interior del Distrito Federal, como de otros estados del país, cuyos motivos fueron encontrar una mayor calidad de vida y también un espacio propio donde asentarse.

La mayor cantidad de mujeres provenientes del Distrito Federal se encuentran establecidas en Circuito Panamericano, en contraste con San Antonio donde viven más mujeres provenientes de otros estados. El Estado de México es el estado de donde provienen más mujeres del exterior del Distrito Federal, seguido de Guerrero y Puebla; esto es, la mayor parte se traslada de entidades federativas lejanas a la capital del país. En menor medida, hay mujeres que han llegado desde Guanajuato.

Cuadro 3.2 Xochimilco. Correlación entre asentamiento y el estado de donde las mujeres provienen.

Asentamiento	Estado de origen								Total
	DF	Estado De Mexico	Guanajuato	Guerrero	Hidalgo	Jalisco	Michoacan	Puebla	
Nochicala	16	2	0	3	0	0	1	1	23
Circuito Panamericano	18	2	0	1	1	1	0	0	23
San Antonio	14	4	1	2	0	0	0	3	24
Total	48	8	1	6	1	1	1	4	70

Fuente: elaboración propia a través de la aplicación de las encuestas.

3.5.2 Correlación de derechohabiencia con educación

Por otra parte se hizo la correlación entre el nivel de escolaridad por derechohabiencia, entonces se observa que la mayor parte de las mujeres que viven en la periferia concluyeron la primaria, son pocas las que lograron concluir el nivel medio superior o incluso superior. Ni siquiera la cuarta parte de las mujeres que viven en la periferia lograron concluir su educación básica, lo que es un factor más que aumenta su pobreza.

En cuanto a la derechohabiencia de las mujeres que viven en esta zona, 45.7% de las mujeres encuestadas están afiliadas al Seguro Popular, 21.42% no tienen derechohabiencia, y 12.8% están afiliadas al SSA-DF. El 20% están afiliadas al IMSS e ISSSTE.

El acceso a los servicios de salud por derechohabiencia es muy desigual, como se observa en el cuadro 3.3: la mayor parte de las mujeres que no tienen estudios no tiene derechohabiencia mientras que la mayoría de las mujeres que concluyeron la licenciatura tiene derechohabiencia del ISSSTE.

A continuación se examinará la derechohabiencia tomando como referencia el nivel de escolaridad, ya que puede determinar en el futuro la oportunidad a un empleo con prestaciones – entre ellas la seguridad social- :

- La derechohabiencia al Seguro Popular es el principal acceso a los servicios de salud de las mujeres que no tienen estudios hasta las mujeres que concluyeron el bachillerato.
- En cambio las mujeres que no tienen derechohabiencia tienen diferente nivel de escolaridad, la mayoría tiene la primaria terminada, otras mujeres terminaron la secundaria y el resto tiene estudios de diferentes niveles de escolaridad incompletos como la educación básica.
- Por otro lado, la mayoría de mujeres con derechohabiencia a la SSA-DF suelen tener la secundaria incompleta o el bachillerato completo, sin embargo resalta que ninguna mujer que haya estudiado licenciatura tenga derechohabiencia de la SSA-DF.

- En cuanto a las mujeres que tienen derechohabiencia al Seguro Popular, la mayoría tiene un rango que va desde quien no tuvo estudios hasta quien termino la secundaria.
- En tanto la derechohabiencia al IMSS, se aprecia que la mayor parte de las mujeres que lo tienen concluyeron la primaria y en menor medida, las mujeres que concluyeron la secundaria.
- Respecto a la derechohabiencia del ISSSTE, las mujeres que concluyeron la licenciatura son las que presentan mayor afiliación; mujeres que estudiaron la secundaria completa o el bachillerato completo también tienen ésta afiliación.

Lo anterior demuestra que a menor nivel de escolaridad, el acceso a servicios de salud por medio de derechohabiencia es muy limitado. La mayor parte de las mujeres están afiliadas al Seguro Popular, el cual en si es un mecanismo del Estado mexicano dirigido especialmente a la población sin seguridad social, por tanto las mujeres afiliadas al Seguro Popular son mujeres que no tienen seguridad social. El hecho de que estas mujeres no tengan seguridad social demuestra una clara exclusión a los servicios de salud.

Cuadro 3.3 Xochimilco. Correlación entre derechohabiencia, nivel de escolaridad y asentamiento.

Derecho- habiencia	Escolaridad	Asentamiento			Total
		Circuito Panamericano	Nochicala	San Antonio	
IMSS	No fue a la escuela	1	0	0	1
	Bachillerato incompleto	0	0	1	1
	Licenciatura incompleta	0	1	0	1
	Primaria completa	0	2	1	3
	Secundaria completa	2	0	0	2
	Total	3	3	2	8
ISSSTE	No fue a la escuela	0	0	1	1
	Bachillerato incompleto	0	0	1	1

	Secundaria completa	0	0	1	1
	Bachillerato completo	0	1	0	1
	Licenciatura completa	0	1	1	2
	Total	0	2	4	6
SSA	No fue a la escuela	0	1	0	1
	Bachillerato incompleto	1	0	0	1
	Primaria completa	1	0	0	1
	Secundaria completa	0	1	0	1
	Bachillerato completo	0	0	2	2
	Primaria incompleta	1	0	0	1
	Secundaria incompleta	0	1	1	2
	Total	3	3	3	9
Sguero Popular	No fue a la escuela	0	0	1	1
	Secundaria incompleta	2	0	0	2
	Bachillerato incompleto	1	0	1	2
	Licenciatura incompleta	0	1	0	1
	Primaria completa	5	3	4	12
	Secundaria completa	3	4	0	7
	Bachillerato completo	1	2	0	3
	Primaria incompleta	1	0	1	2
	Primaria incompleta	1	0	0	1
	Secundaria incompleta	0	0	1	1
	Total	14	10	8	32
No tiene derechohabiencia	No fue a la escuela	0	1	1	2
	Bachillerato incompleto	0	1	1	2
	Primaria incompleta	1	0	0	1

	Primaria completa	2	1	1	4
	Secundaria completa	1	1	1	3
	Licenciatura completa	0	0	1	1
	Primaria incompleta	0	0	1	1
	Secundaria incompleta	0	1	0	1
	Total	4	5	6	15

Fuente: elaboración propia a través de la aplicación de las encuestas.

3.5.3 Correlación entre servicio de salud utilizado y escolaridad

Posteriormente se observa la correlación entre el nivel de escolaridad de las mujeres encuestadas y el servicio de salud que utilizaron para resolver su salud, de modo que más de la mitad de las mujeres viviendo en la periferia resuelven su salud acudiendo a los centros de salud de la SSA-DF mientras otra parte importante acude a “*Consultorios médicos anexos a farmacias*” y a consultorios particulares.

Como se observa en la figura 3.1, son minorías las mujeres que acuden a clínicas del IMSS o del ISSSTE, o incluso a asistencia médica brindada por su mismo empleo. A continuación se examinará el uso de servicios de salud por escolaridad, del servicio de salud más usado al menos usado:

- Las mujeres que acudieron a servicios de la SSA-DF tienen diversos grados de escolaridad, pero la mayor cantidad de mujeres que acudieron tienen la secundaria terminada, es decir, tienen su educación básica concluida.
- Las mujeres que acudieron a “*Consultorios médicos anexos a farmacias*” por lo general tienen la primaria o la secundaria completa, pero tomando en cuenta el rango de escolaridad son mujeres que pueden tener primaria completa hasta bachillerato incompleto, es excepcional el caso de la mujer que acudió sin tener estudios.
- Quienes acudieron a un consultorio particular suelen tener secundaria completa, las demás mujeres tienen bachillerato incompleto o completo; en

los extremos, acudieron una mujer sin primaria terminada y otra con la licenciatura completa.

- Las mujeres que usaron servicios del ISSSTE tienen por lo general licenciatura completa, otras mujeres tienen estudios de bachillerato sin terminar y completo, y otra más no tuvo estudios. Es en este servicio de salud donde se presenta mayor disparidad en el nivel de escolaridad.
- Las mujeres que usaron servicios del IMSS tienen la primaria completa.
- En un caso muy particular, una mujer con licenciatura incompleta acudió a un servicio que su mismo empleo le brindaba.

Con todo lo anterior, se aprecia que la tendencia de las mujeres que viven en la periferia en el uso de servicios de salud es acudir a los servicios de la SSA-DF, y que la escolaridad promedio de las mujeres es la primaria completa. Se puede considerar que a menor escolaridad, el uso de los servicios de salud es limitado a los que son públicos y que dan la posibilidad de ser gratuitos. A mayor escolaridad, la resolución de la salud queda en los servicios de salud privados, como los de *“Consultorios médicos anexos a farmacias”*, y consultorios particulares. Lo que permite deducir que la exclusión a los servicios de salud se presenta generalmente en mujeres con menor escolaridad.

3.5.4 Correlación de servicios de salud usados con procedencia

Como se muestra en el cuadro 3.4 las mujeres tienden a usar principalmente los servicios de salud que no requieren obligatoriamente de una derechohabencia para obtener consulta médica y por la gratuidad que se ofrece, y en segundo lugar, tienden a usar los servicios que ofrecen atención médica y medicamentos al más bajo precio.

Por otro lado, con referencia a la relación entre estado de origen y tipo de servicio usado para resolver la salud, los servicios de salud usados con mayor frecuencia por las mujeres pobres que viven en la periferia urbana de Xochimilco son en primer lugar los que ofrece la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSA-DF), seguido de los servicios ofrecidos por los *“Consultorios médicos anexos a farmacias”*, los consultorios particulares, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los

Trabajadores del Estado (ISSSTE) y por último el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Las mujeres que provienen de otros estados no cuentan con servicios de salud en el Distrito Federal, esto es el 31.4% de las mujeres encuestadas, por lo que en primer lugar acuden a los centros de salud de la SSA-DF.

Sin embargo no todas las mujeres que provienen fuera del Distrito Federal usan los mismos servicios de salud como segunda alternativa porque las mujeres que son originarias del Estado de México prefieren acudir a consultorios particulares y a clínicas del ISSSTE.

En cambio, las mujeres originarias de Guerrero y Puebla acuden a servicios ofrecidos por los “Consultorios médicos anexos a farmacias”. Se puede especular que la principal razón por la que las mujeres acuden a servicios de salud de la SSA-DF es por la gratuidad a los servicios de salud, o porque el precio es más bajo.

Cuadro 3.4 Xochimilco. Correlación entre servicio de salud usado para resolver la salud y estado de origen por porcentajes

Tipo de servicio de salud donde se resuelve la salud	Estado de origen								Total
	DF	Estado De Mexico	Guanajuato	Guerrero	Hidalgo	Jalisco	Michoacan	Puebla	
“Consultorios médicos anexos a farmacias”	12.85	0.00	0.00	1.42	0.00	0.00	0.00	1.42	15.71
SSA-DF	42.85	5.71	1.42	7.14	1.42	1.42	0.00	2.00	62.85
Servicio particular de su mismo empleo	1.42	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.42
Consultorio particular	4.28	2.85	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.42	8.57
IMSS	2.85	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.42	0.00	4.28
ISSSTE	4.28	2.85	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	7.14
Total	68.57	11.42	1.42	8.57	1.42	1.42	1.42	5.71	100.00

Fuente: elaboración propia a través de la aplicación de las encuestas.

3.5.5 Correlación de los servicios de salud con el ingreso por salario mínimo del hogar.

La gran mayoría de las mujeres invierten muy poco en su salud por el gasto extra que implica la atención, y por lo mismo, ellas se atienden con menor frecuencia.

De acuerdo a la correlación realizada del ingreso familiar mensual con el servicio de salud usado para resolver la salud, el ingreso familiar mensual del 52.8 % de las mujeres no alcanza ni siquiera un salario mínimo mensual, es decir, \$1800²¹.

Esto comprueba que la mayor parte de las mujeres que viven en la periferia urbana de Xochimilco son mujeres en condición de pobreza.

A continuación se observará en la figura 3.2 el ingreso familiar mensual de acuerdo al servicio de salud que las mujeres hayan usado para resolver su salud:

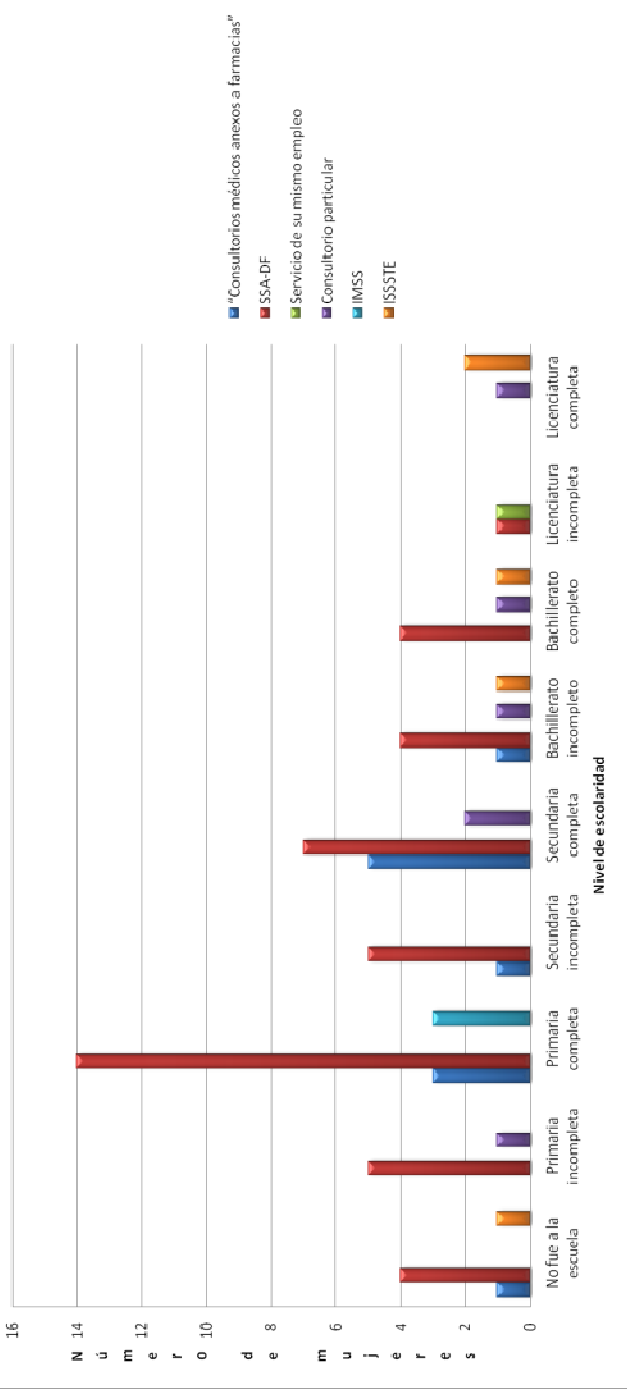
- El 37.1% de las mujeres que tienen un ingreso por salario mínimo menor a 1, acuden a centros de salud de la SSA-DF en primer lugar; en segundo lugar a los “*Consultorios médicos anexos a farmacias*”. Escasamente se presentan en un consultorio particular o en el ISSSTE.
- Las mujeres cuyo ingreso familiar mensual oscila entre 1 y 2 ingresos por salarios mínimos, esto es el 17.1%, también prefieren acudir a centros de salud de la SSA-DF en primer lugar, en segundo lugar acuden a clínicas del IMSS y a “*Consultorios médicos anexos a farmacias*”; en tercer lugar a consultorios particulares. Las minorías acuden al ISSSTE o al servicio médico que le ofrece su mismo empleo.
- El 5.7% de las mujeres cuyo ingreso familiar mensual oscila entre los 2 a 3 ingresos por salarios mínimos, acuden a centros de salud de la SSA-DF en primer lugar; a “*Consultorios médicos anexos a farmacias*” y al ISSSTE en segundo lugar, la minoría acudió a servicios de salud del ISSSTE.
- Por último, el 2.8% de las mujeres cuyo ingreso familiar mensual es de 3 a 5 ingresos por salarios mínimos extraordinariamente acude a centros de salud de la SSA-DF.

Lo anterior, permite examinar que las mujeres más pobres son las que más gastan en servicios de salud privados. Las mujeres que tienen menos ingresos mensuales

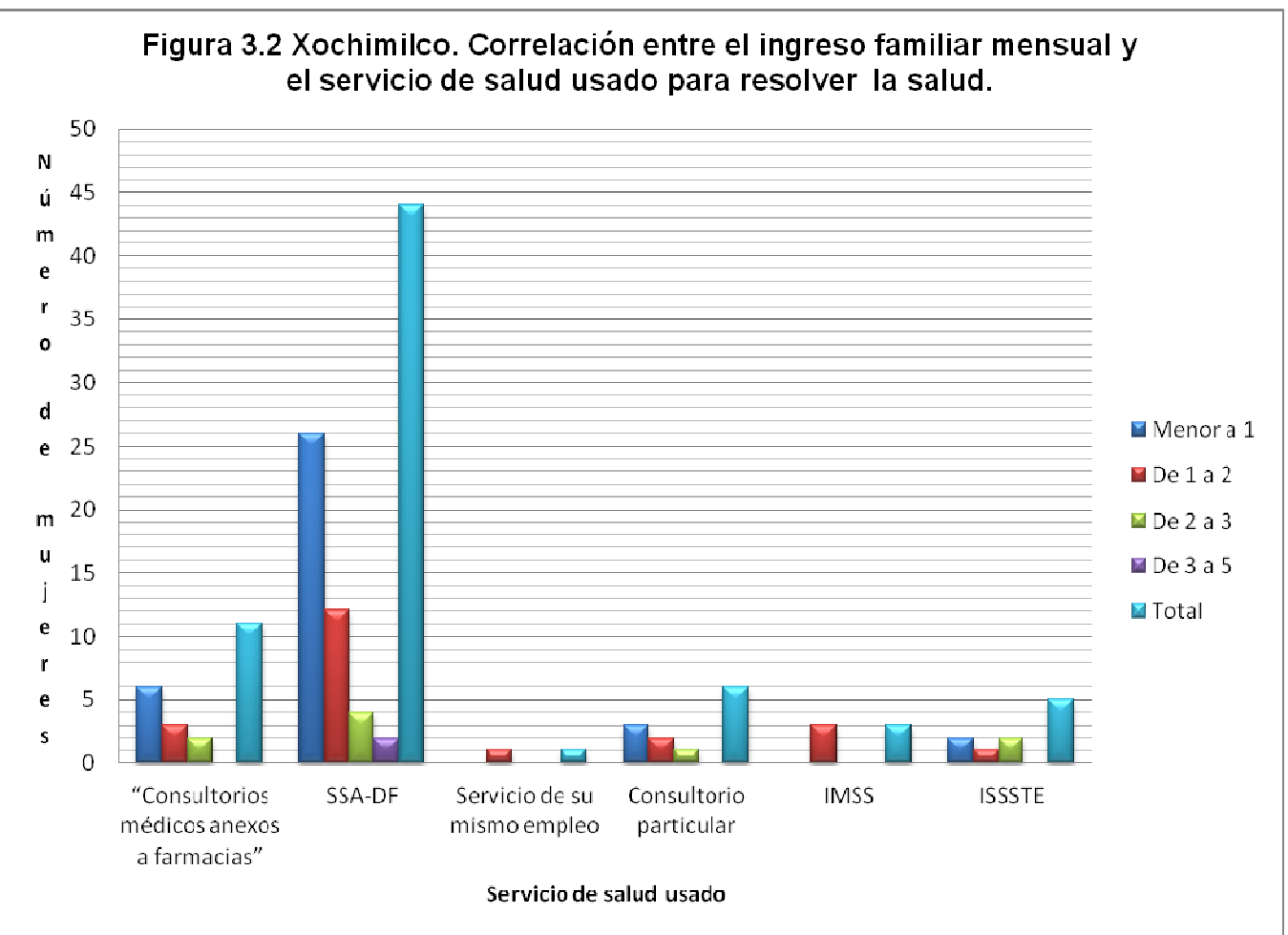
²¹ Fijado por la Comisión Nacional de Salarios Mínimos (CONASAMI) para 2012.

son las que acuden a los servicios ofrecidos por “Consultorios médicos anexos a farmacias” y los consultorios particulares. Aunque hay mujeres pobres que tienen acceso al IMSS o ISSSTE, realmente son muy escasas las que gozan de éste acceso a servicios de salud de ésta calidad.

Figura 3.1 Xochimilco. Correlación entre nivel de escolaridad y servicio de salud utilizado para la resolución de salud.



3.5.6 Calidad en el acceso a los servicios de salud



Por el tipo de calidad según el servicio de salud según el cuadro 3.5 se midió de la siguiente forma: que el IMSS e ISSSTE fueran servicios de salud de primera categoría por dar atención médica completa; el Seguro Popular y la SSA-DF de

segunda categoría por proporcionar atención médica parcial; los servicios de los “Consultorios médicos anexos a farmacias” y consultorios particulares de tercera categoría por proveer atención médica temporal.

Entonces se identificó que el 62.8% de las mujeres pobres que viven en la periferia urbana están recibiendo servicios de salud de segunda categoría, que les brindan servicios de salud y atención médica parcial. Esto es, parcial en el sentido de que cubren la atención médica más básica así como las enfermedades más comunes. Las enfermedades en estado más avanzado o de difícil tratamiento las canalizan a instituciones de alta especialidad.

Por su parte, existe una porción importante de mujeres, un 24.2%, que se ven "obligadas" a consumir servicios de salud de tercera categoría, esto es, los servicios ofrecidos por las “Consultorios médicos anexos a farmacias” y los consultorios particulares. Lo anterior, demuestra que las mujeres pobres que viven en la periferia están siendo excluidas a servicios de salud de primera categoría, es decir, de servicios de salud que brinden atención médica completa, es decir, que crean un expediente único para la paciente y le dan seguimiento a su caso hasta que recupera su estado de salud.

Cuadro 3.5 Tipos de calidad por categorías, según servicio de salud.

Atención a la salud**	Tipo de servicio	Tipo de atención
Garantizan acceso a los servicios de salud porque son públicos:2	IMSS, ISSSTE	Completa
Otro servicio médico: 1	Seguro Popular, SSA-DF	Parcial
Otro servicio médico: 1 Servicios de salud otorgados por empresas o sindicatos: 3	Consultorios Particulares, Consultorios médicos anexos a farmacias.	Temporal

Fuente: López, F. (2014) *Las farmacias con consultorio médico anexo: una alternativa para población pobre* (en prensa).

**Boltvinik, J. (1997: 408) Calificación y/o puntuación de acuerdo al acceso y al tipo de servicio de los servicios de salud, la menor calificación que es 0, hace referencia la población que no tiene ningún tipo de servicio de salud.

***Son servicios de salud que no comprenden la seguridad social y cuentan con una calidad del servicio posiblemente menor que la que tiene el IMSS o ISSSTE

En el cuadro 3.6, se correlacionó el ingreso familiar mensual según la derechohabiencia de las mujeres, por lo que se observó que del 52.8% de los hogares donde tienen ingresos bajos, 18.9% de los hogares más pobres tienen el acceso a una derechohabiencia del IMSS o del ISSSTE. Sin embargo el 45.7% de los hogares que tienen derechohabiencia goza del Seguro Popular, por lo que adquiere importancia al ser la principal derechohabiencia de la población en condición de pobreza y brindando la atención médica que necesita.

Asimismo la SSA-DF resalta como la segunda derechohabiencia con la que 12.8% de los hogares con bajos recursos cuentan, y el IMSS como la tercera con 11.4% que brinda el mismo recurso; esto es, la derechohabiencia a servicios de primera categoría es una barrera que se impone a los hogares de estratos bajos. Entre menos ingresos, se utilizan los tipos de salud con categorías más bajas.

Cuadro 3.6 Xochimilco. Ingreso por hogares según derechohabiencia

Ingresos por salario mínimo	Derechohabiencia					Total
	IMSS	ISSSTE	SSA-DF	Seguro Popular	No tiene	
Menos de 1	4	3	5	17	8	37
de 1 A 2	4	1	2	9	6	22
de 2 a 3	0	2	1	5	1	9
de 3 a 5	0	0	1	1	0	2
Total	8	6	9	32	15	70

Fuente: elaboración propia a través de la aplicación de las encuestas.

Consecutivamente se aprecia en el cuadro 3.7 la inversión del ingreso mensual familiar en servicios de salud privados, resultando que el 41.1% de quienes han acudido a servicios de salud privados son las mujeres más pobres, es decir, mujeres cuyos ingresos familiares mensuales son menores a un salario mínimo mensual. En general, las mujeres invierten más en la compra de medicamentos que en el pago de consultas médicas y en un caso extremo, las mujeres pueden gastar cerca de la mitad de su ingreso familiar mensual en el uso de los servicios de salud privados, con lo que su pobreza puede aumentar drásticamente. Las mujeres pueden gastar desde el 1.5% hasta 48.9% de sus ingresos en el gasto de medicamentos y consultas; el porcentaje varía dependiendo de su nivel de

ingresos. Cabe mencionar que el gasto en consultas y medicamentos no se tiene medido por algún periodo de tiempo específico, es decir, puede ser quincenal o mensual.

Cabe resaltar que los “*Consultorios médicos anexos a farmacias*” son el servicio de salud privado al que más recurren las mujeres en condición de pobreza por su bajo costo en cuanto a medicamentos y atención médica, aunque cabe considerar que existen establecimientos de este tipo que ofrecen orientación médica gratuita; los consultorios particulares son el servicio de salud privado que menos se utiliza. Las mujeres pobres utilizan servicios de salud privados de bajo costo como una vía para resolver su salud, dado que se vieron excluidas de la oportunidad para acudir a servicios de salud públicos por cuestiones como: necesidad de atención médica rápida, atención médica en días inhábiles o festivos y posiblemente mayor confianza en el diagnóstico que el médico brinde en éste tipo de servicios privados.

Queda demostrado que las mujeres pobres padecen desigualdad en el acceso a los servicios de salud, pues al acudir a “*Consultorios médicos anexos a farmacias*” o consultorios médicos particulares, ellas resuelven su estado de salud de forma temporal. Basta con observar que en promedio gastan \$61.94 en consultas, \$300 en medicamentos y \$362 cuando deben pagar tanto consulta como medicamentos. Por lo que en promedio invierten 18.6% de sus ingresos mensuales, lo cual puede provocar que las mujeres aumenten su condición de pobreza y que no puedan satisfacer otras necesidades como la alimentación.

Cuadro 3.7 Xochimilco. Porcentaje invertido del ingreso mensual en servicios de salud privados

Número de encuesta	Ingresos familiares por salario mínimo	Consulta	Medicamentos	Servicios de salud privados	Gasto total	porcentaje del ingreso familiar
3	menor a 1 sm	150.50	400.50	“Consultorios médicos anexos a farmacias”	\$551.00	28.4
28	menor a 1 sm	25.00	200.50	“Consultorios médicos anexos a farmacias”	\$225.50	11.6

49	menor a 1 sm	150.50	800.50	Consultorio Particular	\$951.00	48.9
51	menor a 1 sm	25.00	200.50	"Consultorios médicos anexos a farmacias"	\$225.50	11.6
57	menor a 1 sm	40.50	200.50	Consultorio Particular	\$241.00	12.4
59	menor a 1 sm	25.00	50.00	"Consultorios médicos anexos a farmacias"	\$75.00	3.9
62	menor a 1 sm	25.00	50.00	"Consultorios médicos anexos a farmacias"	\$75.00	3.9
66	menor a 1 sm	75.50	200.50	Consultorio Particular	\$276.00	14.2
67	menor a 1 sm	40.50	600.50	"Consultorios médicos anexos a farmacias"	\$641.00	33
promedio		\$61.94	\$300.39		\$362.33	18.6

Fuente: elaboración propia a través de la aplicación de las encuestas.

Por otro lado en el cuadro 3.8 se correlacionó el ingreso de hogares según la gratuidad de servicios de salud que disfrutaban por parte de la SSA-DF, se encontró que como los servicios de salud gratuitos son otorgados a población en condición de pobreza, esto es, el Seguro Popular a través de las unidades de la SSA-DF brinda consultas y medicamentos sin costo a la población que esté afiliada a un programa de gratuidad²².

Resalta especialmente el hecho de que la cantidad de consultas gratuitas casi triplica la cantidad de medicamentos porque representaría que no hay suficiente abastecimiento de medicamentos para entregar a las mujeres que lo necesitan.

Cuadro 3.8 Xochimilco. Ingresos de hogares según servicios gratuitos brindados por la SSA-DF

Ingresos por salario mínimo	Gratuidad dada por la SSA-DF según tipo de servicio	
	Consulta médica	Medicamentos
menos de 1	21	8
de 1 a 2	7	2

²² Preguntas frecuentes. *Seguro Popular* [Internet] Consultado el 3 de octubre de 2014, de http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro_popular/index/preguntas.php

de 2 a 3	5	2
de 3 a 5	1	0
total	34	12

Fuente: elaboración propia a través de la aplicación de las encuestas.

3.5.7 Accesibilidad y asequibilidad en gastos de salud con relación al empobrecimiento de las mujeres.

En el cuadro 3.9, para obtener un contexto general de la situación de las mujeres en pobreza que viven en los asentamientos irregulares y cómo es que resuelven su estado de salud de acuerdo a los limitados recursos económicos que poseen, se hizo una correlación entre: consulta médica, compra de agua embotellada, medicamentos, transporte según ingreso familiar mensual.

A partir de estos datos, las limitantes para el acceso a los servicios de salud se concentran en los siguientes aspectos: 1) asequibilidad en el precio de consultas y medicamento; y 2) accesibilidad en el desplazamiento del domicilio de las mujeres pobres hacia el servicio de salud utilizado. El término “asequibilidad” se refiere a que tenga un costo conveniente al ingreso de las mujeres pobres; con el término “accesibilidad”, a que las mujeres puedan conseguir atención médica en la menor distancia posible y esto se considera en el gasto del transporte porque a mayor distancia del servicio de salud, mayor será el gasto en transporte.

El agua embotellada se considero como un factor que interviene en el mantenimiento de la salud. La compra de agua embotellada fue interesante integrarla en esta correlación pues en la periferia urbana la obtención y almacenamiento de agua potable es precaria porque no existe la infraestructura urbana destinada con éste fin. Además de que la obtención de agua potable de buena calidad para la preparación de alimentos así como de consumo estrictamente humano, esto es para satisfacer la sed, es difícil de obtener. De modo que muchas mujeres en la periferia necesitan destinar una parte de los ingresos familiares a la compra de garrafones o de botellas de agua para beber semanalmente, lo cual representa un elemental impacto en la economía familiar.

El pago de consultas médicas, medicamentos y transporte para llegar al servicio de salud de su preferencia representan diferentes factores negativos para el

ingreso familiar. El pago de consultas y medicamentos implica 1) que las mujeres no tienen acceso a una derechohabiencia que cubra el gasto de éstos dos elementos, 2) que aún teniendo derechohabiencia, no consiguen con facilidad los medicamentos requeridos, 3) que para las mujeres es más barato, fácil y rápido comprar los medicamentos en la farmacia pública más cercana porque la farmacia del centro de salud no tiene los medicamentos requeridos; esto se reflejó en el 55.7% de las mujeres encuestadas y 4) que algunas mujeres que poseen derechohabiencia, prefieren acudir a “Consultorios médicos anexos a farmacias” porque la atención es más rápida. Mientras que el pago de transporte involucra que el acceso al servicio de salud usado es complicado por la distancia que existe en el traslado desde ésta periferia urbana al sureste de Xochimilco, y esto sumado a la desigual distribución de los servicios de salud públicos en todo el Distrito Federal conlleva a una discriminación territorial hacia las mujeres en condición de pobreza que viven en los asentamientos irregulares ya mencionados.

En éste contexto se aprecia el gasto detallado de los hogares en consultas médicas, medicamentos y transporte; así como en factores que influyen en la salud de las mujeres, como es la vivienda y el consumo de agua embotellada. El principal gasto lo representan la compra de medicamentos, seguido en segundo lugar del gasto en agua embotellada, en tercero está el pago de la renta de la vivienda, en cuarto el gasto en consulta médica y por último, el gasto en transporte. Esto muestra que las mujeres que viven en la periferia agudizan su condición de pobreza en la compra de medicamentos. También permite especular que por adquirir estos productos tan necesarios para recuperar su salud, ya no puedan cubrir otras necesidades básicas como la alimentación o incluso tengan que recurrir al empeño y/o venta de algunos de sus bienes.

Por otra parte el hecho de que el costo de los medicamentos sea mucho mayor al costo de las consultas médicas demuestra una clara desventaja para estas mujeres, pues necesitan adquirir los medicamentos para recuperar la salud; de otro modo las enfermedades que padecen pueden prolongarse y agravarse. Esto comprueba que los servicios de salud excluyen indirectamente a las mujeres pobres, dado que no hay asequibilidad en la compra de medicamentos.

Es necesario señalar que las mujeres con derechohabencia al IMSS e ISSSTE no gastan en medicamentos porque los adquieren en la misma farmacia del IMSS o ISSSTE, esto es, si la mujer en cuestión acudió a consulta al IMSS, la farmacia de la unidad del IMSS que haya visitado le despacha la receta médica sin costo alguno; esto es todas las mujeres que utilizaron servicios del IMSS y del ISSSTE que fue el 11.42%.

En el caso de las mujeres que están afiliadas al Seguro Popular, tienen derecho a consulta y medicamentos gratuitos, sólo si así está determinado en su hoja de afiliación por la condición socioeconómica en que se encuentre; así muchas mujeres afiliadas al Seguro Popular no gastan en consultas y/o medicamentos.

En cambio, si las mujeres acuden a consulta en los “Consultorios médicos anexos a farmacias”, el pago de consulta es de aproximadamente \$25 a \$35 aunque el gasto en medicamentos puede ser variable: desde \$50 o más. El gasto en consultas y medicamentos en un consultorio particular es más variable pero elevado: puede ser desde \$200 o más. Esto quedo comprobado porque 47.1% de las mujeres encuestadas gasto de \$20 a \$49; 4.8% gasto entre \$50 a \$100 y 5.71 % gasto más de \$101 en consultas.

Cabe mencionar que las mujeres pobres pueden gastar desde \$3.00 hasta \$20.00 en transporte para llegar al servicio de salud de su preferencia, e invertir de media hora a dos horas en el transporte público. De modo que existen dos cuestiones que dificultan el acceso a los servicios de salud considerando el transporte: primero que el gasto en transporte, puede ser un inconveniente para las mujeres pobres considerando que representa un gasto extra cuando buscan atención médica; segundo en cuestión espacio-tiempo, porque las mujeres pobres muchas veces necesitan desplazarse lejos de su domicilio cuando su condición física está debilitada, por lo que les representa un gran esfuerzo. Entonces no existe accesibilidad para la mayor parte de las mujeres pobres.

Cuadro 3.9 Xochimilco. Inversión de los ingresos en pago de: consultas medicas, agua embotellada, medicamentos y transporte.

Ingreso por salario mínimo	Consulta	Agua embotellada	Medicamentos	Transporte	Total de gastos
menor a 1 sm	22.36	58.14	192.16	3.63	302.71

de 1 a 2 sm	29.81	94.31	150.27	7.77	300.36
de 3 a 5 sm	17.2	81.18	122.95	6.27	282.27

Fuente: elaboración propia a través de la aplicación de las encuestas.

3.5.8 Principales enfermedades de las mujeres y su relación con su condición de pobreza

La razón por la cual a las mujeres encuestadas se les preguntó sobre sus enfermedades fue con el objetivo de considerar la morbilidad de las mujeres pobres que viven en los tres asentamientos irregulares elegidos, ya que la presente tesis está relacionada con la Geografía de la Salud. Sin embargo es necesario aclarar que las enfermedades que las mujeres padecieron, no son exclusivas de su clase o nivel socioeconómico, pero si pueden relacionarse con condiciones de pobreza.

En el cuadro 3.10 se correlacionó la práctica de algún deporte o ejercicio con las enfermedades padecidas por las mujeres encuestadas. Por un lado, el 60% de la población femenina no practica ejercicio debido a falta de tiempo libre y a la alta carga de labores domésticas. Por el otro lado, a pesar de que el 40% de la población femenina se ejercita con algún deporte, padece enfermedades por varias causas, entre ellas una mala alimentación, la práctica de un deporte inadecuado y descanso insuficiente. Por ejemplo: una mujer encuestada respondió que practica fútbol, pero padece cirrosis; lo cual puede ser debido a un exceso en el consumo de alcohol, consumo alto de medicamentos y la práctica de un deporte inadecuado para el estado de su hígado.

Otro caso es de una mujer que padece bunio²³ y prefiere caminar para ejercitarse, entonces empeora su situación pues el bunio empeora por el uso de un calzado inadecuado o una forma incorrecta de caminar. Quien sufre hipertensión arterial y también le gusta caminar, el deporte le debería aportar algún beneficio para su

²³ El *hallux abductus valgus* (HAV), comúnmente conocido como juanete o bunio, es una compleja deformidad que la padecen mas las mujeres que los hombres, afecta al primer segmento metatarsodigital del pie, viéndose afectados por tanto el primer metatarsiano junto con sus dos sesamoideos, el primer dedo y la articulación que los une, la 1ª articulación metatarsofalángica o 1ª AMF. Pese a que vulgarmente se denomina a esta deformidad "juanete", el juanete realmente es la manifestación clínica más frecuente y visible del HAV y se corresponde con la proliferación ósea o exóstosis, generalmente localizada a nivel medial de la articulación.

salud no obstante que es posible que enferme por el consumo excesivo de sal en sus alimentos, así como por un exceso de estrés.

Las mujeres que sufren infección de garganta, pero practican aerobics, es probable que hayan sufrido muchas molestias para respirar cómodamente mientras se ejercitaban. La mujer que sufrió gastritis, pero salía a correr, es probable su salud no mejorará por tener horarios de alimentación muy irregulares. En conclusión, el cuadro muestra que más de la mitad de las mujeres requieren tiempo libre para cuidar su salud y practicar algún deporte; sin embargo, su condición de pobreza no les permite la práctica de ejercicio y de una alimentación más sana como medios para el mejoramiento de su estado de salud.

Cuadro 3.10 Práctica de ejercicio correlacionada con enfermedades

Enfermedad	Practica de ejercicio	
	si	no
gripe	7	6
hipertensión arterial	1	5
diabetes	2	3
infección en estomago	2	2
infección de garganta	3	2
maternidad	3	2
quistes o tumores	0	3
caries	2	1
molestias en el corazón	0	2
gastritis	1	1
revisión/ aplicación de estudios	3	2
migraña	0	1
cefalea	0	1
sobrepeso	0	1
cirrosis	1	0
parálisis facial	0	1
dolor corporal	1	0
cancer	0	1
osteoporosis	0	1
juanetes	1	0
fiebre	0	1
várices	0	1

tiroides	0	1
esguince	0	1
estrés	1	0
retraso en menstruación	0	1
el médico no le dio razón	0	1
no especificado	0	1

Fuente: elaboración propia a través de la aplicación de las encuestas.

3.5.9 Calidad y exclusión de los servicios de salud.

En la perspectiva de la Geografía de la Salud, se adopta que la exclusión es la ruptura económica-social-territorial entre el sistema de salud mexicano y las mujeres en condiciones de pobreza. Por otra parte, para definir que es calidad, tómesese en cuenta a Silva (2005:174) que cita a Donabedian (1980), quien reflexiono que la calidad "es la adecuada utilización de los medios para alcanzar mejoras en la salud de las personas".

Por consiguiente, la calidad está ampliamente relacionada con la exclusión en tres puntos: el distanciamiento entre la estructura del sistema de salud que atiende a población en condiciones de pobreza y la población femenina pobre, el proceso desigual en que las mujeres pobres buscan el servicio de salud que necesitan y el resultado deficiente que las mujeres pobres obtienen para resolver su estado de salud ante condiciones adversas (Puentes, 2006: 400).

Se aprecia en el cuadro 3.11 la correlación entre población femenina sin derechohabiencia y las enfermedades que han padecido enfermedades comunes como la gripe, infección en estomago, infección de garganta, fiebre. Esto es, enfermedades que si se atienden con rapidez, no son graves. Sin embargo, para las mujeres que no tienen derechohabiencia a servicios de salud, estas enfermedades vulneran su estado de salud y no les permite desenvolverse en su vida cotidiana. Por ejemplo: una gripe que no se trata en el tiempo adecuado, puede evolucionar hasta en una neumonía, con lo que los gastos en servicios de salud se pueden elevar mucho. Por otra parte una simple infección de garganta puede convertirse en algo mucho mayor como amigdalitis, faringitis, infección a los oídos o bronquitis.

Asimismo hay mujeres que padecieron enfermedades más graves como un malfuncionamiento de la glándula tiroides, diabetes, cirrosis, hipertensión arterial y varices. Estas mujeres se encuentran muy excluidas a los servicios de salud, pues por no contar con una derechohabiencia, su estado de salud se encuentra más vulnerable. En especial porque el tratamiento médico a enfermedades como la diabetes, la cirrosis y la hipertensión arterial pueden requerir cirugía en las etapas más graves. Las mujeres enfermas de diabetes que no tienen derechohabiencia, tienen más riesgo de quedar discapacitadas por amputaciones y la esperanza de vida de éstas mujeres se reducen mucho. Asimismo las mujeres que padecen hipertensión arterial que no tienen derechohabiencia, tienen un alto riesgo de padecer alguna enfermedad cardiovascular, con lo que su estado de salud empeoraría.

En resumen la exclusión de los servicios de salud es grande para las mujeres sin derechohabiencia, no sólo en cuanto a consultas y medicamentos, sino también a la cobertura de servicios de salud que ofrecen atención médica a población no derechohabiente puesto que solo hay un proveedor por parte del gobierno- la SSA-DF – que les brinda atención a un bajo costo comparado, al mismo tiempo que las farmacias con consultorio anexo y los consultorios particulares les ofrecen atención pero a un costo que las mujeres pobres no pueden solventar fácilmente.

Cuadro 3.11 Xochimilco. Relación de población femenina sin derechohabiencia, sus enfermedades y el servicio de salud utilizado.

Enfermedades	Numero de encuesta	Servicio de salud donde resuelve su estado de salud		
		Farmacias con consultorio anexo	SSA-DF	Consultorio particular
Cirrosis	2	0	1	0
Gripe	3	1	0	0

Infección de garganta	7	0	1	0
Infección de garganta	14	1	0	0
Diabetes	23	0	1	0
Fiebre	32	0	1	0
Hipertensión arterial	36	0	1	0
Varices	38	0	1	0
Infección en estomago	39	0	1	0
Tiroides	43	0	0	1
Maternidad	44	0	0	1
Diabetes	48	0	1	0
Revisión o aplicación de estudios	56	0	1	0
Gripe	57	0	0	1
Hipertensión arterial	70	1	0	0
Total	15	3	9	3

Fuente: elaboración propia a través de la aplicación de las encuestas.

3.5.10 Mujeres pobres y alternativas para autorresolver su estado de salud.

En el cuadro 3.12, con la correlación del entre automedicación, enfermedad y accesibilidad al servicio de salud utilizado, se identifico que la mayor parte de las mujeres, el 68.5%, no se automedican; son pocas quienes si lo hacen aunque son menos que quienes regularmente se automedican. Esto es, son más las mujeres quienes se automedican con regularidad que quienes lo hacen un hábito. Las mujeres suelen automedicarse para sanarse de enfermedades comunes como la gripe o las infecciones estomacales pero también se automedican para aliviar síntomas de algo que puede ser una enfermedad grave como las molestias en el corazón. Las mujeres se automedican como medio para resolver su estado de salud, ya que no tienen acceso fácil, gratuito y rápido a los servicios de salud además de que la baja calidad en los servicios de salud repercute sobre la decisión de no usarlos, con la consecuencia de que las mujeres quedan auto-excluidas.

Además se observa la correlación acerca de la accesibilidad de las mujeres para acudir a servicios de salud por asentamiento, se realizó un cálculo lineal aproximado por medio del programa Google Earth debido a que el terreno es

altamente irregular y no existen caminos definidos porque el área urbanizada no está regularizada.

En la relación distancia-gasto monetario-tiempo-accesibilidad, se observó que la mayor parte de las mujeres que habitan en Nochicala, acuden a un servicio de salud en San Luis Tlaxialtemaco; las mujeres que habitan en San Antonio, acuden a un servicio de salud en San Gregorio Atlapulco y las mujeres que habitan en Circuito Panamericano, acuden a un servicio de salud en Santa Cruz Acalpixca. En general, las mujeres acuden a servicios de salud que se encuentran a menos de 3 kilómetros, por lo que gastan muy poco en relación a transporte porque se trasladan caminando o en un sólo camión o camioneta porque el servicio de salud utilizado queda muy cerca y tardan pocos minutos en trasladarse. Sin embargo cabe señalar que su traslado desde sus casas hasta los servicios de salud está lleno de dificultades, especialmente en época de lluvias; aunque la distancia es aparentemente corta, el terreno es irregular y pedregoso, sin calles pavimentadas, complica el traslado de sus viviendas hasta algún servicio de salud.

Cuadro 3.12 Xochimilco. Accesibilidad de las mujeres para acudir a servicios de salud por asentamiento: según la distancia, gasto monetario, tiempo por ingreso familiar mensual; incluye automedicación.

Asentamiento	Ingreso familiar mensual	Tiempo en minutos	Ubicación del servicio de salud	Distancia*	Gasto monetario	Automedicación	Enfermedad
Nochicala	menor a 1 sm	de 16 a 30	San Luis Tlaxialtemaco	1,3 kilómetros	\$ -	no	sobrepeso
Nochicala	menor a 1 sm	de 16 a 30	San Luis Tlaxialtemaco	1,3 kilómetros	\$3.00	a veces	gripe
Nochicala	menor a 1 sm	de 16 a 30	San Luis Tlaxialtemaco	1,3 kilómetros	\$ -	no	quistes o tumores
Nochicala	menor a 1 sm	de 5 a 15	San Luis Tlaxialtemaco	1,3 kilómetros	\$8.00	no	infección de garganta
Nochicala	menor a 1 sm	de 5 a 15	San Luis Tlaxialtemaco	1,3 kilómetros	\$ -	no	quistes o tumores
Nochicala	menor a 1 sm	de 31 a 45	San Luis Tlaxialtemaco	1,3 kilómetros	\$ -	a veces	gripe

Nochicala	menor a 1 sm	de 16 a 30	Tlahuac	6 kilometros	\$ -	si	revisión/ aplicación de estudios
Nochicala	menor a 1 sm	de 16 a 30	San Luis Tlaxialtemalco	1,3 kilometros	\$3.00	no	hipertensión arterial
Nochicala	menor a 1 sm	de 16 a 30	Xochimilco Centro	7 kilometros	\$8.00	no	diabetes
Nochicala	menor a 1 sm	de 16 a 30	San Gregorio Atlapulco	3 kilometros	\$8.00	no	osteoporosis
Nochicala	menor a 1 sm	de 16 a 30	San Luis Tlaxialtemalco	1,3 kilometros	\$8.00	no	gripe
Nochicala	menor a 1 sm	de 16 a 30	San Luis Tlaxialtemalco	1,3 kilometros	\$8.00	a veces	diabetes
S. Antonio	menor a 1 sm	de 16 a 30	San Gregorio Atlapulco	1 kilometro	\$ -	no	revisión/ aplicación de estudios
S. Antonio	menor a 1 sm	de 46 a 60	Xochimilco Centro	5 kilometros	\$8.00	no	caries
S. Antonio	menor a 1 sm	de 16 a 30	San Gregorio Atlapulco	1 kilometro	\$ -	no	migraña
S. Antonio	menor a 1 sm	de 31 a 45	Iztapalapa	11.5 kilometros	\$13.00	no	hipertensión arterial
S. Antonio	menor a 1 sm	de 5 a 15	San Gregorio Atlapulco	1 kilometro	\$ -	no	fiebre
S. Antonio	menor a 1 sm	de 31 a 45	Milpa Alta	11 kilometros	\$13.00	si	molestias en el corazón
S. Antonio	menor a 1 sm	de 16 a 30	Milpa Alta	11 kilometros	\$17.50	no	hipertensión arterial
S. Antonio	menor a 1 sm	de 16 a 30	San Gregorio Atlapulco	1 kilometro	\$ -	no	gripe
S. Antonio	menor a 1 sm	de 5 a 15	San Gregorio Atlapulco	1 kilometro	\$ -	a veces	el médico no le dio razón
S. Antonio	menor a 1 sm	de 5 a 15	San Luis Tlaxialtemalco	3 kilometros	\$8.00	no	infección de garganta
S. Antonio	menor a 1 sm	de 16 a 30	Xochimilco Centro	5 kilometros	\$8.00	a veces	maternidad
Circuito Panamericano	menor a 1 sm	de 5 a 15	Santa Cruz Acalpixca	0.50 kilometros	\$ -	no	diabetes

Circuito Panamericano	menor a 1 sm	de 5 a 15	Santa Cruz Acapulca	0.50 kilometros	\$ -	a veces	caries
Circuito Panamericano	menor a 1 sm	de 5 a 15	Santa Cruz Acapulca	0.50 kilometros	\$ -	a veces	revisión/ aplicación de estudios
Circuito Panamericano	menor a 1 sm	de 5 a 15	Santa Cruz Acapulca	0.50 kilometros	\$ -	no	cefalea
Circuito Panamericano	menor a 1 sm	de 5 a 15	San Gregorio Atlapulco	2 kilometros	\$8.00	si	gripe
Circuito Panamericano	menor a 1 sm	de 31 a 45	San Gregorio Atlapulco	2 kilometros	\$ -	no	el médico no le dio razón
Circuito Panamericano	menor a 1 sm	de 16 a 30	Santa Cruz Acapulca	0.50 kilometros	\$ -	si	revisión/ aplicación de estudios
Circuito Panamericano	menor a 1 sm	de 16 a 30	San Gregorio Atlapulco	2 kilometros	\$ -	no	gripe
Circuito Panamericano	menor a 1 sm	de 16 a 30	San Gregorio Atlapulco	2 kilometros	\$ -	no	gripe
Circuito Panamericano	menor a 1 sm	de 61 a 90	Tlalpan	13 kilometros	\$13.00	no	esguince
Circuito Panamericano	menor a 1 sm	de 5 a 15	Santa Cruz Acapulca	0.50 kilometros	\$ -	a veces	revisión/ aplicación de estudios
Circuito Panamericano	menor a 1 sm	de 5 a 15	Santa Cruz Acapulca	0.50 kilometros	\$ -	no	caries
Circuito Panamericano	menor a 1 sm	de 5 a 15	Santa Cruz Acapulca	0.50 kilometros	\$ -	si	infección en estomago
Circuito Panamericano	menor a 1 sm	de 5 a 15	Santa Cruz Acapulca	0.50 kilometros	\$ -	no	gripe
Nochicala	de 1 a 2 sm	de 16 a 30	San Luis Tlaxialtemalco	1,3 kilometros	\$ -	no	cirrosis
Nochicala	de 1 a 2 sm	de 16 a 30	San Luis Tlaxialtemalco	1,3 kilometros	\$ -	no	cirrosis
Nochicala	de 1 a 2 sm	de 91 a 120	Tlalpan	15 kilometros	\$20.00	no	molestias en el corazón
Nochicala	de 1 a 2 sm	de 61 a 90	Tlalpan	15 kilometros	\$20.00	no	gastritis
Nochicala	de 1 a 2 sm	de 16 a 30	San Gregorio Atlapulco	3 kilometros	\$17.50	a veces	parálisis facial

Nochicala	de 1 a 2 sm	de 61 a 90	Tlalpan	15 kilometros	\$20.00	a veces	maternidad
Nochicala	de 1 a 2 sm	de 5 a 15	San Luis Tlaxialtemalco	1,3 kilometros	\$8.00	no	infección de garganta
Nochicala	de 1 a 2 sm	de 91 a 120	Tlalpan	15 kilometros	\$20.00	no	caner
Nochicala	de 1 a 2 sm	de 5 a 15	San Luis Tlaxialtemalco	1,3 kilometros	\$ -	no	diabetes
Nochicala	de 1 a 2 sm	de 16 a 30	San Luis Tlaxialtemalco	1,3 kilometros	\$8.00	si	gripe
S. Antonio	de 1 a 2 sm	de 5 a 15	San Gregorio Atlapulco	1 kilometro	\$ -	no	infección en estomago
S. Antonio	de 1 a 2 sm	de 5 a 15	Santa Cruz Acapulco	0.60 kilometros	\$ -	no	juanetes
S. Antonio	de 1 a 2 sm	de 16 a 30	San Gregorio Atlapulco	1 kilometro	\$8.00	no	hipertensión arterial
S. Antonio	de 1 a 2 sm	de 61 a 90	Tlalpan	12 kilometros	\$13.00	a veces	hipertensión arterial
S. Antonio	de 1 a 2 sm	de 5 a 15	Benito Juarez	20 kilometros	\$3.00	no	infección en estomago
S. Antonio	de 1 a 2 sm	de 5 a 15	San Gregorio Atlapulco	1 kilometro	\$ -	no	várices
S. Antonio	de 1 a 2 sm	de 16 a 30	San Gregorio Atlapulco	1 kilometro	\$ -	no	infección en estomago
S. Antonio	de 1 a 2 sm	de 5 a 15	San Gregorio Atlapulco	1 kilometro	\$ -	a veces	infección de garganta
S. Antonio	de 1 a 2 sm	de 91 a 120	Cuauhtemoc	27 kilometros	\$17.50	a veces	tiroides
S. Antonio	de 1 a 2 sm	de 16 a 30	San Gregorio Atlapulco	1 kilometro	\$8.00	a veces	maternidad
Circuito Panamericano	de 1 a 2 sm	de 5 a 15	San Gregorio Atlapulco	2 kilometros	\$8.00	no	gripe
Circuito Panamericano	de 1 a 2 sm	de 31 a 45	San Gregorio Atlapulco	2 kilometros	\$ -	no	gripe
Circuito Panamericano	de 1 a 2 sm	de 5 a 15	Santa Cruz Acapulco	0.50 kilometros	\$ -	a veces	gripe

Nochicala	de 3 a 5 sm	de 5 a 15	San Luis Tlaxialtamalco	1,3 kilómetros	\$ -	no	quistes o tumores
S. Antonio	de 3 a 5 sm	de 16 a 30	Xochimilco Centro	5 kilómetros	\$8.00	no	infección de garganta
Circuito Panamericano	de 3 a 5 sm	de 5 a 15	Santa Cruz Acalpixca	0.50 kilómetros	\$ -	no	gastritis
Circuito Panamericano	de 3 a 5 sm	de 16 a 30	San Gregorio Atlapulco	2 kilómetros	\$ -	no	diabetes
Circuito Panamericano	de 3 a 5 sm	de 16 a 30	Milpa Alta	10 kilómetros	\$20.00	no	gripe
Circuito Panamericano	de 3 a 5 sm	de 5 a 15	Santa Cruz Acalpixca	0.50 kilómetros	\$20.00	no	estrés
Circuito Panamericano	de 3 a 5 sm	de 16 a 30	Santa Cruz Acalpixca	0.50 kilómetros	\$8.00	si	retraso en menstruación
Circuito Panamericano	de 3 a 5 sm	de 5 a 15	Santa Cruz Acalpixca	0.50 kilómetros	\$13.00	no	maternidad
Circuito Panamericano	de 3 a 5 sm	de 16 a 30	Santa Cruz Acalpixca	0.50 kilómetros	\$ -	no	hipertensión arterial
Nochicala	más de 5 sm	de 16 a 30	San Luis Tlaxialtamalco	1,3 kilómetros	\$ -	no	dolor corporal
S. Antonio	más de 5 sm	de 5 a 15	San Gregorio Atlapulco	1 kilómetro	\$ -	no	maternidad

*Distancia aproximada en línea recta por medio de Google Earth.

Fuente: elaboración propia a través de la aplicación de las encuestas.

3.5.11 Calidad de los servicios de salud

Silva (2005, 174) cita a Donabedian (1980), quien menciona que la calidad del servicio de salud es “la adecuada utilización de los medios para alcanzar mejoras en salud de las personas”, esto es, la calidad es el manejo completo de los servicios de salud para resolver las enfermedades que las personas padecen.

La calidad está relacionada principalmente con el acceso, pero también con la exclusión. La calidad determina una parte del acceso a los servicios de salud, puesto que a mayor calidad de servicios de salud, es mayor la posibilidad de que

el paciente recupere su estado de salud. Una mala calidad en la prestación de servicios de salud implica una exclusión hacia las mujeres enfermas, ya que no lograrán recuperar su salud prontamente y por tanto sus actividades cotidianas se afectarían negativamente por tiempo indefinido.

En este caso, si las mujeres pobres reciben mayor calidad cuando solicitan atención médica, ellas podrán sanar con mayor eficacia.

- 1) De acuerdo al cuadro 3.13, la correlación realizada entre el rechazo a la atención médica y el motivo de éste rechazo, se encontró que la mayor parte de las mujeres han sido recibidas en el servicio de salud elegido, sin embargo hay una minoría de mujeres que han sido rechazadas por razones como que: no estaba el médico, no había cita en el momento deseado, y el tiempo de espera fue excesiva. Esto comprueba que, a pesar de que las mujeres tengan acceso físico a los servicios de salud, existen obstáculos en el sistema de consulta médica para atender a todas las mujeres y estos obstáculos rebajan la calidad de los servicios de salud.

Cuadro 3.13 Xochimilco. Motivo de la negación del servicio.

Respuesta	Motivo de la negación del servicio					Total
	No estaba el médico	No había cita en fecha y hora deseada	El tiempo de espera fue excesiva	Otro	No aplica*	
Negación	1	1	1	5	0	8
Aceptación	0	0	0	0	62	62
Total	1	1	1	5	62	70
* Le dieron atención						

Fuente: elaboración propia a través de la aplicación de las encuestas.

- 2) Tiempo de espera para obtener consulta, duración de la consulta y el trato del médico hacia las mujeres. Se pudo observar en el cuadro 3.14 que en primer lugar, que las mujeres esperan de 1 a 2 horas para obtener consulta médica; en segundo lugar, las mujeres esperan de 2 a 4 horas y en tercer lugar, las mujeres esperan de 0 a 29 minutos. Esto es, son escasas las mujeres que esperan más de 4 horas para recibir consulta médica. Sin embargo el hecho de que las mujeres deban esperar de 1 a 4 horas para ser atendidas expresa una baja calidad en la atención pronta de ellas como pacientes y no sólo eso, sino una pérdida de tiempo para ellas en el sentido

de que descuidan parte sus actividades domésticas, familiares o en algunos casos, hasta laborales, para esperar la atención médica. Cabe mencionar que son los servicios de salud de la SSA-DF los que hacen que las mujeres esperen más de 4 horas, aunque hay un caso que se registró en un consultorio particular. Por otro lado, la mayoría de las mujeres fueron atendidas de 11 a 20 minutos lo que implica que el médico tuvo tiempo suficiente para realizar un diagnóstico eficiente a las mujeres que acuden a consulta, pues la OMS recomienda 15 minutos de consulta (Menolli, P.; Ivama, A. y Cordoni, L., 2009: 257). Sin embargo eso no garantiza de algún modo que el diagnóstico sea correcto y que por consecuencia, las pacientes recuperen su salud en su totalidad a corto plazo o que el médico canalice a la paciente con el especialista que corresponda para la resolución de su salud.

- 3) De la percepción acerca del servicio, en el cuadro 3.14 las mujeres calificaron como “bueno” el trato por parte del médico que las atendió, lo cual puede ser debido a que las mujeres tenían bajas expectativas del servicio de salud que fueron satisfechas por encima de lo esperado y por otro lado, debido a su condición de pobreza, las mujeres se conforman con recibir servicios de salud con baja calidad, pues desconocen lo que es un servicio de salud de alta calidad.

Cuadro 3.14 Xochimilco. Cuadro resumen de la relación entre tiempo de espera y duración de consulta, según trato del médico

Tiempo de espera	Trato del médico	Duración de consulta (por minutos)					Total
		De 5 a 10	De 11 a 20	De 21 a 30	De 31 a 40	Más de 40	
De 0 a 29 minutos	Excelente	1	1	2	1	0	5
	Bueno	5	4	0	0	1	10
	Regular	1	0	0	0	0	1
	Total	7	5	2	1	1	16
De 30 a 59 minutos	Excelente	1	1	1	0	0	3
	Bueno	0	3	0	0	0	3
	Total	1	4	1	0	0	6
De 1 a 2 horas	Excelente	0	5	3	0	0	8

	Bueno	4	5	5	0	0	14
	Regular	0	1	1	0	0	2
	Malo	0	1	0	0	0	1
	Pésimo	1	0	0	0	0	1
	Total	5	12	9	0	0	26
De 2 a 4 horas	Excelente	0	0	2	0	0	2
	Bueno	1	5	3	0	0	9
	Regular	2	4	0	0	0	6
	Total	3	9	5	0	0	17
Más de 4 horas	Bueno	0	3	2	0	0	5
	Total	0	3	2	0	0	5
Total por duración de consulta		16	33	19	1	1	70

Fuente: elaboración propia a través de la aplicación de las encuestas.

- 4) Como se muestra en el cuadro 3.15 con la correlación entre el tiempo de espera, el tiempo para obtener turno y la resolución de la salud según la opinión de las mujeres encuestadas, la mayoría de las mujeres sintieron que sus necesidades de salud fueron resueltas, aún cuando la mayoría de ellas tuvieron que esperar de 1 a 3 horas para obtener una ficha que les concediera un turno para consulta médica. Resalta el hecho de que todas las mujeres que obtuvieron ficha por medio del teléfono estuvieron satisfechas con la resolución de su estado de salud, mientras que en cambio, muchas mujeres que tenían programada una consulta con un mes o más de anticipación no consideraron que se resolvieran sus necesidades de salud; lo cual indica que a mayor tiempo de espera para resolver el estado de salud, aumentan las expectativas de las mujeres por la consulta médica y se pueden sentir más excluidas si los servicios de salud no resuelven sus necesidades. Asimismo el largo tiempo para poder obtener una ficha indica que la calidad de los servicios de salud es baja, pues las mujeres se ven obligadas a hacer filas fuera del edificio o en una sala de espera de reducidas dimensiones, lo cual les produce incomodidad, inquietud, molestias e incertidumbre. En cierto modo, la eficacia de los mismos servicios de salud está reducida por la alta demanda de la población y el número reducido de médicos.

Cuadro 3.15 Xochimilco. Relación entre el tiempo para obtener turno y la resolución de la salud según la opinión de las mujeres.

Tiempo para obtener ficha	Resolución de la salud		Total
	Si	No	
Por telefono	5	0	5
De 0 a 30 minutos	7	5	12
De 31 a 59 minutos	1	0	1
De 1 a 3 horas	24	13	37
De 3 a 5 horas	6	4	10
Con un mes de anticipo	0	3	3
Hasta seis meses de anticipo	1	1	2
Total	44	26	70

Fuente: elaboración propia a través de la aplicación de las encuestas.

5) Como se señala en el cuadro 3.16, la correlación entre el trato del médico y la percepción de las mujeres encuestadas sobre el trato recibido, se aprecia que en primer lugar las mujeres consideraron que el trato del médico que las atendió fue bueno, y en segundo lugar que el trato del médico fue excelente. Las principales razones por las cuales las mujeres consideraron que el médico les había tratado de buena y excelente manera coincidieron en que el médico fue amable y atento, además de que el médico tuvo ética. En realidad, pocas mujeres consideraron el trato del médico que les atendió de forma negativa. Sin embargo, la exclusión hacia las mujeres queda constatada porque algunas mujeres señalaron que el médico estaba distraído, estaba estresado o no escucho las quejas de su paciente. El trato desigual y poco atento de los médicos hacia algunas mujeres claramente muestra una subestimación hacia ellas, lo cual repercute en la resolución del estado de salud y del uso de los servicios de salud.

Cuadro 3.16 Xochimilco. Relación entre trato del médico y percepción personal del trato.

Trato del médico	Percepción personal del trato según las mujeres encuestadas											Total	
	Amable, atento	Se conoce desde mucho tiempo	No escuchó sus quejas	No es amable	Le recetó medicamentos	Tiene ética	Lo que le recetó o no sirvió	Atiende rápido	Distraído, poco atento	Buen trato	Es empático		Estaba estresado por tener tantos pacientes

Excelente	6	0	0	0	0	4	0	0	0	7	1	0	18
Bueno	14	1	0	1	2	13	0	2	0	4	2	2	41
Regular	0	1	0	0	0	2	1	2	3	0	0	0	9
Malo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Pésimo	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	20	2	1	1	2	19	1	4	3	11	3	3	70

Fuente: elaboración propia a través de la aplicación de las encuestas.

En este análisis, la percepción de los servicios de salud se entiende como el medio por el cual se identifica la visión de las pacientes, es decir, de las mujeres pobres sobre su satisfacción en la resolución de su salud a través de los servicios de salud. Ahora bien, la calidad está muy relacionada con la satisfacción en la medida de las expectativas de quienes utilizan los servicios de salud y su perfil socioeconómico.

De acuerdo al cuadro 3.17 la correlación entre servicio de salud utilizado y la percepción de las mujeres acerca de la resolución de las necesidades en salud, la mayor parte de las mujeres percibieron que sus necesidades de salud si fueron atendidas. Esto ocurrió principalmente en mujeres que acudieron a servicios de salud de la SSA-DF y “Consultorios médicos anexos a farmacias”; es decir, las mujeres que viven en ésta área de la periferia percibieron menor exclusión en servicios de segunda y tercera categoría respectivamente. Recuérdese que los servicios de segunda categoría dan brindan atención parcial, mientras que los servicios de salud de tercera categoría dan atención temporal, esto es, no brindan seguimiento al expediente del paciente. Entonces esto ocurre porque tanto la SSA-DF como las “Consultorios médicos anexos a farmacias” atienden a población derechohabiente y no derechohabiente, con lo cual las posibilidades de acceso a servicios de salud son más altas para las mujeres en condición de pobreza y en consecuencia, gracias a éste acceso, ellas consideren que sus necesidades en salud si fueron resueltas.

Cuadro 3.17 Xochimilco. Relación entre servicio de salud utilizado y la percepción de las mujeres acerca de la resolución de las necesidades en salud

Servicio de salud	Percepción
-------------------	------------

	Si	No	Total
“Consultorios médicos anexos a farmacias”	7	4	11
SSA-DF	27	17	44
Servicio de su mismo empleo	1	0	1
Consultorio particular	3	3	6
IMSS	3	0	3
ISSSTE	3	2	5
Total	44	26	70

Fuente: elaboración propia a través de la aplicación

En el cuadro 3.18 se puede comprobar nuevamente con la correlación del grado de dificultad en la accesibilidad a servicios de salud por: tiempo, distancia y gasto; donde el grado de dificultad en el tiempo, distancia y costo en el acceso a los servicios de salud es menor en la mayoría de los casos. Esto es, aparentemente la mayoría de las mujeres si tienen accesibilidad geográfica para usar los servicios de salud porque muchas utilizan un servicio de salud ubicado dentro de la colonia donde reside; sin embargo la realidad es que no hay accesibilidad porque los servicios de salud se encuentran alejados de sus casas en la periferia, por lo que muchas mujeres deben resignarse a usar los servicios de salud más cercanos en los horarios disponibles, con los médicos disponibles y de acuerdo al sistema de citas o de turnos que se maneje para atender a la población.

Por otro lado, hay mujeres que deben salir de Xochimilco para acudir a servicios de salud de otra delegación, y eso les implica una inversión más grande en gastos en transporte y tiempo para trasladarse. Por ejemplo: algunas mujeres de Nochicala deben ir a servicios de salud en Tlalpan, lo que significa un viaje redondo de 30 kilómetros. Otro ejemplo: en San Antonio, una mujer se traslado hasta la delegación Benito Juárez, con lo cual hizo un viaje de aproximadamente 40 kilómetros. Pero eso es poco comparado con el viaje de otra mujer que se traslado hasta la delegación Cuauhtémoc, por lo que hizo un viaje redondo de un poco más de 50 kilómetros. Todos los ejemplos anteriores señalan que existe una carencia de servicios de salud, lo que dificulta el acceso, pues son forzadas a viajar grandes distancias para resolver su estado de salud.

Cuadro 3.18 Xochimilco. Cuadro general del grado de dificultad en la accesibilidad a servicios de salud por: tiempo, distancia y gasto.

Grado de dificultad en la accesibilidad					
Tiempo		Distancia		Gasto	
mayor	8	mayor	11	mayor	14
regular	5	regular	3	regular	16
menor	57	menor	56	menor	40
Total	70	Total	70	Total	70
Por minutos		Por kilómetros		Por dinero	
0-15 min	28	de 0 a 5 km	56	\$0 - \$4	40
16 a 30 min	29	de 6 a 10 km	3	\$5 - \$10	16
más de 31	13	más de 10 km	11	\$11 - \$20	14
Total	70	Total	70	Total	70

Fuente: elaboración propia a través de la aplicación

Con el cuadro 3.19, se observa la correlación sobre el trato del según el servicio de salud utilizado por las mujeres. Con el trato del médico, se midió una característica del acceso a los servicios de salud basado en la aceptabilidad, es decir, en la manera en que el médico se relaciona con su paciente.

Se identificó que la mayor parte de las mujeres consideraron el trato del médico que las atendió como bueno, son pocas las mujeres que consideraron que el trato del médico fue regular o malo. En lo general, los servicios de salud donde el trato médico fue calificado como bueno, es en primer lugar la SSA-DF, en segundo lugar los “Consultorios médicos anexos a farmacias” y en tercer lugar los consultorios particulares así como el ISSSTE.

Cuadro 3.19 Xochimilco. El trato del médico según el servicio de salud utilizado por las mujeres.

Servicio de salud usado	Trato del médico				Total
	Bueno	Regular	Malo	Pésimo	
“Consultorios médicos anexos a farmacias”	9	0	0	0	11
SSA-DF	24	6	0	1	44
Servicio de su mismo empleo	0	0	0	0	1
Consultorio particular	3	2	0	0	6
IMSS	2	0	1	0	3
ISSSTE	3	1	0	0	5
Total	41	9	1	1	70

Fuente: elaboración propia a través de la aplicación.

Cuando se profundiza en el cuadro 3.20, acerca de la correlación sobre la percepción del trato por parte del médico hacia las mujeres según el servicio de salud usado, se examina que las mujeres consideraron al servicio recibido en la SSA-DF, como que el trato del médico había sido bueno porque se portó amable y atento con ellas. Además porque el médico demostró tener ética. Asimismo las mujeres que acudieron a “Consultorios médicos anexos a farmacias”, refirieron que el trato del médico había sido bueno porque también se había portado amable y atento, además de que el trato fue positivo, le receto medicamentos, tiene ética y atiende rápido. Entonces existe una aceptabilidad general por parte de las mujeres pobres hacia el trato que el médico les dio, sin embargo el hecho de que el trato del médico haya sido amable no significa que las mujeres tengan mayor facilidad para sanar sus enfermedades, ni tampoco garantiza que el médico realmente haya realizado un diagnóstico objetivo y veraz para que la mujer recupere la salud.

Cuadro 3.20 Xochimilco. Cuadro completo de la calidad de la atención medica prestada por servicio de salud, según percepción de la atención.

Servicio de salud	Atención del médico	Percepción del trato por parte del médico hacia las mujeres											Total	
		Amable, atento	Se conocen ambos desde hace mucho tiempo	No escuchó sus quejas	No es amable	Le recetó medicamentos	Tiene ética	Lo que le recetó no sirvió	Atiende rápido	Distraído, poco atento	Buen trato	Es empático		Estaba estresado
“Consultorios médicos anexos a farmacias”	Excelente	0				0	0		0		2			2
	Bueno	2				1	3		1		2			9
Total		2				1	3		1		4			11

SSA-DF	Excelente	6	0	0	0	0	4	0	0	0	2	1	0	13
	Bueno	10	1	0	1	1	4	0	1	0	2	2	2	24
	Regular	0	1	0	0	0	1	1	0	3	0	0	0	6
	Pésimo	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total		16	2	1	1	1	9	1	1	3	4	3	2	44
Servicio de su mismo empleo	Excelente										1			1
	Total										1			1
Consultorio particular	Excelente	0					0		0		1			1
	Bueno	2					1		0		0			3
	Regular	0					1		1		0			2
Total		2					2		1		1			6
IMSS	Bueno						2						0	2
	Malo						0						1	1
Total							2						1	3
ISSSTE	Excelente						0		0		1			1
	Bueno						3		0		0			3
	Regular						0		1		0			1
Total							3		1		1			5

Fuente: elaboración propia a través de la aplicación.

Finalmente en el cuadro 3.21 la correlación entre el ingreso familiar mensual y percepción de las carencias existentes en los servicios de salud. Las necesidades de las mujeres sobre los servicios de salud son variados: más personal médico; más rapidez y mejor trato; más centros de salud; más estudios especializados como mastografías y colposcopías. Luego se observó que en primer lugar las mujeres opinaron que en los servicios de salud hace falta que se atienda con más rapidez y con mejor trato, en segundo lugar opinaron que falta personal médico y en tercer lugar opinaron faltan más centros de salud. Sin embargo, las mujeres que tienen mayor pobreza consideraron que en primer lugar falta más rapidez y mejor trato, en segundo lugar que faltan medicamentos y en tercer lugar que faltaba personal médico, así como más centros de salud. Entonces se observa una similitud entre la opinión generalizada y lo que opinaron las mujeres más

pobres; lo que varía es que las mujeres pobres consideraron la falta de medicamentos en segundo lugar probablemente por el gasto que les ocasiona. Por lo que se puede deducir que a mayor pobreza, la percepción de la carencia en los servicios de salud es deficiente y por supuesto que la percepción de la exclusión a los servicios de salud está deformada, esto es, las mujeres jamás consideraron que en realidad hacía falta que el acceso a los servicios de salud fuera mayor y que ellas tuvieran acceso a una derechohabencia para utilizar servicios de salud de primera categoría.

Cuadro 3.21 Xochimilco. Relación entre el ingreso familiar mensual y percepción de las carencias existentes en los servicios de salud

Carencias	Menor a 1 SM	De 1 a 2 SM	De 3 a 5 SM	Más de 5 SM	Total
Falta personal medico	6	4	3	2	15
Falta más rapidez y mejor trato	9	8	3	0	20
Faltan más centros de salud	6	3	1	0	10
No falta algo	6	2	0	0	8
Faltan estudios especializados	3	3	2	0	8
Faltan medicamentos	7	2	0	0	9
Total	37	22	9	2	70

Fuente: elaboración propia a través de la aplicación

CAPÍTULO IV. LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DIRIGIDAS A LAS MUJERES EN MÉXICO.

El objetivo de este capítulo es comprobar que las políticas públicas de salud excluyen en un nivel socioterritorial a las mujeres en condición de pobreza en el acceso a servicios de salud, verificar cuales son tendencias de las políticas públicas de salud dirigidas hacia las mujeres a nivel nacional y local, finalmente se reflexionará sobre el futuro de la salud en México de las mujeres en condición de pobreza.

4.1 Cobertura socioterritorial de los servicios de salud

Existen varias definiciones sobre lo que es cobertura de salud, dependiendo del autor y el enfoque individual que se quiera exponer. De acuerdo a la Organización Mundial de Salud “el objetivo de la cobertura sanitaria universal es garantizar que todas las personas puedan utilizar los servicios de salud que necesitan sin correr

el riesgo de ruina económica o empobrecimiento [...] El concepto de cobertura sanitaria universal se funda en una visión amplia de los servicios necesarios para gozar de unas buenas condiciones de salud y bienestar” (OMS, 2013: 5). Además “se represento el concepto de cobertura sanitaria universal en tres dimensiones: los servicios de salud que se necesitan, el número de personas que lo necesitan y los costos para quien quiera que deba pagar- usuarios y terceras partes financiadoras” (OMS, 2013:6).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) determina la cobertura por medio de la seguridad social, la cual “tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado”; siendo “el Seguro Social es el instrumento básico de la seguridad social” (Ley del Seguro Social, 1995: Artículo 2 y 4). En otra instancia, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) considera como cobertura el otorgamiento eficaz y eficiente de los seguros, prestaciones y servicios para satisfacer niveles de bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y familiares derechohabientes (Ley del ISSSTE, 2007: Artículo 1 y 5).

Según Marracino²⁴, la cobertura de salud es “el conjunto de actividades integradas orientadas hacia la promoción, protección, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se desarrollan bajo la responsabilidad y financiamiento de una institución, la cual se vincula con las personas en forma genérica o nominativa”.

De acuerdo con López (2003:128) señala que la cobertura es “es el grado de disponibilidad que tiene un servicio médico a través de instituciones de salud, en cuanto a la proporción con respecto al número de habitantes de recursos humanos como personal médico, enfermeras y paramédicos, como de recursos materiales, desde hospitales especializados, clínicas o consultorios hasta camas por hospital”.

²⁴ Marracino, C. (2013) Coberturas de Salud. Cátedra Medicina Preventiva y Social. Universidad Nacional del Rosario. Ministerio de Salud, República de Argentina. [Internet] Consultado el 4 de noviembre de 2013, de <http://saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-140.pdf>

La cobertura es la existencia de servicios de salud que se brindan en un territorio, los cuales dependen de una cantidad determinada tanto de recursos materiales como humanos. Además López (2003:129) menciona que existen dos tipos de cobertura: una que es cobertura teórica, que sólo se enfoca en la cantidad de población que debe ser atendida por la cantidad de recursos materiales y humanos; y otra que es cobertura real, que es la proporción de recursos materiales y humanos empleados en una población que ha sido registrada o contabilizada.

Para el presente capítulo se entenderá la cobertura como la extensión territorial y de población que atiende un sistema de salud para resolver el estado de salud de una población, en función de los recursos económicos, humanos y materiales que tenga a su disposición. Es importante analizar la cobertura del sistema de salud público para conocer realmente cuánta población femenina tiene acceso a servicios de salud de acuerdo a su ubicación geográfica, su estado de derechohabencia, y la cantidad de unidades de salud que puedan resolver sus enfermedades o padecimientos de acuerdo al nivel de atención que se requiera.

También es importante analizar la cobertura socioterritorial del sistema de salud público para saber cuál es la proporción de servicios de salud que la población femenina recibe, pues hay servicios de salud en México que sólo prestan atención médica a la población que tiene derechohabencia o a aquella que puede pagar los costos de la atención médica y los materiales requeridos (Baum, 2003: 124).

De acuerdo a un entorno espacial y nivel de atención, los servicios de salud públicos brindan atención médica a la población estableciendo una cobertura territorial y una cobertura de población. La Secretaría de Salud (SSA) ofrece cobertura a través de las siguientes unidades de salud (SEDESOL, 2012: 20-23):

- Centro de Salud Rural para la Población Concentrada. Se ubica en localidades de más de 2 500 y menos de 1 5000 habitantes, dando cobertura a 3 000 y 9 000 habitantes
- Centro de Salud Urbano. Se ubica en localidades de más de 15 000 habitantes.

- Centro de Salud con Hospitalización. Se ubica en localidades con 9 000 a 12 000 habitantes. Su cobertura máxima es de 18 000 habitantes, incluyendo localidades situadas en un radio de 15 kilómetros.
- Hospital General. Se ubica en localidades con población de 10 000 a 100 000 habitantes; la población que atiende es de 20 000 a 180 000 habitantes.
- Hospital de Especialidades. Se ubican en ciudades grandes y tienen una cobertura regional, y en algunos casos nacional, dependiendo de las especialidades que ofrezcan.

En cambio, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ofrece cobertura por medio de las siguientes unidades de salud (SEDESOL, 2012:23-24):

- Unidad de Medicina Familiar. Su ubicación se recomienda en localidades mayores de 10 000 habitantes.
- Hospital General. El Hospital General de Subzona y Hospital General de Zona se ubican en ciudades mayores de 50 000 habitantes.
- Hospital de Especialidades. Se ubican en grandes ciudades, teniendo cobertura regional y hasta nacional.

Por su parte el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) ofrece cobertura por medio de las siguientes unidades (SEDESOL, 2012: 25-28):

- Unidad de Medicina Familiar. Se ubican en localidades con una población entre 10 000 y 100 000 habitantes, o 1 500 y 12 000 derechohabientes.
- Clínica de Medicina Familiar. Se establecen en ciudades mayores de 100 000 habitantes.
- Clínica Hospital. Se ubica en localidades mayores a 100 000, cubriendo la población del área regional de influencia.
- Hospital General. Se ubica en localidades mayores de 500 000 habitantes, considerando la población de la ciudad donde se ubican y la del área regional de influencia.

- Hospital Regional. Se ubica en localidades mayores de 500 000 habitantes, incluyendo cobertura a la población local y regional derechohabiente de hasta 263 000 derechohabientes.

Con referencia al ámbito social, a nivel nacional según datos del Censo de Población y Vivienda (INEGI, 2010), el 66% de las mujeres tenían derechohabiencia. En el Distrito Federal, las tres delegaciones que más concentran mujeres derechohabientes son: Iztapalapa, Gustavo A. Madero y Álvaro Obregón; en contraste Milpa Alta, Cuajimalpa y Magdalena Contreras concentran menos mujeres derechohabientes. En el cuadro 4.1 se muestra la dispersión de mujeres derechohabientes en el Distrito Federal por delegación:

Cuadro 4.1 Distrito Federal. Mujeres con derechohabiencia en porcentaje.

	Nacional	Distrito Federal
	100	66
Delegaciones		Derechohabientes
Álvaro Obregón	---	9%
Azcapotzalco	---	5%
Bénito Juárez	---	5%
Coyoacan	---	7%
Cuajimalpa	---	2%
Cuauhtémoc	---	6%
Gustavo A. Madero	---	14%
Iztacalco	---	4%
Iztapalapa	---	19%
Magdalena Contreras	---	3%
Miguel Hidalgo	---	5%
Milpa Alta	---	1%
Tláhuac	---	4%
Tlalpan	---	6%
Xochimilco	---	4%
Venustiano Carranza	---	5%

Fuente: INEGI (2010)

Asimismo en todo el Distrito Federal durante el 2012, 3 174 382 mujeres recibieron consulta externa en unidades de salud de la SSA-DF, de las cuales recibieron: 147 761 en Azcapotzalco, 184 975 en Coyoacán, 80 653 en Cuajimalpa, 358 255 en Gustavo A. Madero, 136 889 en Iztacalco, 500 277 en Iztapalapa, 75 759 en Magdalena Contreras, 107 938 en Milpa Alta, 189 568 en Álvaro Obregón, 195 926 en Tláhuac, 208 203 en Tlalpan, 130 876 en Xochimilco, 128 655 en Benito Juárez, 301 970 en Cuauhtémoc, 181 293 en Miguel Hidalgo y 245 384 en Venustiano Carranza (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2013a: 83). Cabe mencionar que las mujeres que recibieron consulta externa por parte de la SSA-DF pueden o no pueden tener derechohabiencia, ya que la SSA-DF ofrece servicios de salud a la población abierta.

La cobertura socioterritorial de los servicios de salud tiene importancia vital en la construcción de las políticas de salud, ya que estas últimas son las que dan impulso al desarrollo socioterritorial de nuevas unidades de salud o el mantenimiento de las unidades de salud ya existentes.

En este sentido, las políticas de salud públicas son importantes analizarlas para establecer un diagnóstico de las decisiones tomadas sobre los costos, el acceso, la calidad y su patrón de distribución territorial de los servicios de salud brindados a la población femenina (Barr, 2007: x-xi).

Por lo anterior se realizó una revisión de las políticas de salud federales y locales más importantes, que son el “Programa Nacional de Salud 2007-2012” para el nivel nacional y el “Programa de Trabajo 2013” de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, para identificar si las mujeres están incluidas total o parcialmente excluidas de las políticas de salud y de la cobertura socioterritorial de los servicios de salud:

Política enfocada a fortalecer la salud de las mujeres.

Nivel Nacional. No se considera mejorar específicamente la condición de salud de las mujeres.

Nivel Local. El objetivo general no propone una garantía clara del derecho a la salud de las mujeres, ni la satisfacción de las necesidades y expectativas en salud específicamente de las mujeres. No se considera específicamente mejorar la

salud de las mujeres del Distrito Federal. No hay un fortalecimiento particular a la atención médica integral de mujeres con quemaduras de segundo y tercer grado. No se especifica atención de médicos legistas a favor de la salud de las mujeres. Falta impulso a la educación de los profesionales de la salud en derechos humanos de las mujeres.

Política enfocada al acceso

Nivel Nacional. No hay una prestación de servicios de salud con calidad y seguridad dirigidos primordialmente a las mujeres.

Nivel Local. No garantiza un trato adecuado a las mujeres, ni considera mejorar la atención médica hacia las mujeres para que sea efectiva, expedita y pertinente. No se considera una atención médica especializada particularmente a mujeres, ni se especifica a que niveles de atención o especialidades se refiere. No se especifica una atención médica hospitalaria a la que las mujeres tengan fácil acceso. Se realizan campañas de salud por medio de unidades médicas móviles dirigidas particularmente a la población femenina. No se enfoca a que las mujeres obtengan un diagnóstico adecuado por parte del médico, y que en caso que ellas consideren que el diagnóstico sea incorrecto, que puedan elegir fácilmente a otro médico o unidad de salud. Se considera alcanzar la cobertura universal de salud, pero no hay un enfoque hacia las mujeres. Se brinda atención médica a mujeres que se encuentran en cárceles.

Política enfocada al uso adecuado de recursos humanos y materiales.

Nivel Nacional. No hay una meta dirigida a acreditar las unidades de salud que ofrecen servicios del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) especializados en enfermedades comunes de las mujeres.

Nivel Local. No se impulsa una organización efectiva entre todos los actores del sistema de salud para atender a las mujeres. No se asegura que las mujeres tengan acceso fácil y disponibilidad a medicamentos de acuerdo a la enfermedad que padezcan. No se considera consolidar a todos los actores del sistema de

salud en los tres niveles de atención para que las mujeres resuelvan su estado de salud. No existe un impulso particularmente a la comunicación eficaz y clara entre las mujeres que solicitan atención médica y todos los actores del sistema de salud. No se promueven asesorías técnicas con material necesario para que las mujeres con insuficiencia renal se realicen diálisis y hemodiálisis.

Política enfocada al gasto en salud

Nivel Nacional. Se considera reducir el gasto de bolsillo, pero no está especialmente dirigido para las mujeres. Se toma en cuenta reducir los hogares que hacen gastos catastróficos, pero no se enfocan en los hogares donde las mujeres son jefes de familia.

Nivel Local. No se busca que las mujeres puedan conseguir medicamentos gratuitos para resolver su salud en una unidad de salud diferente al que acudió, en caso de que no hubiere existencias. No se considera brindar la atención médica especializada, ni el suministro de medicamentos necesarios para el tratamiento y/o rehabilitación especialmente de las mujeres que requieran órtesis y/o prótesis.

Política enfocada a territorios con marginación

Nivel Nacional. Se considera reducir las desigualdades en salud de grupos vulnerables y comunidades marginadas, sin embargo no está claro que sea hacia la población femenina. Asimismo se consideran comunidades con marginación, pero no está señalado claramente que grado de marginación. Se toma en cuenta evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, pero la política no está especificada para las mujeres. No existe una política que garantice que el sistema de salud mexicano ayude fundamentalmente a que las mujeres recuperen la salud sin aumentar su pobreza y sin generarles deudas.

Nivel Local. No se promueve el acceso de las mujeres a los servicios de salud, ni la distribución justa y suficiente de los servicios de salud en las unidades socioterritoriales con más pobreza. No se fortalece la inversión de médicos y enfermeras que especialmente atiendan a la población femenina; tampoco se fortalece la inversión en enfermedades de la pobreza; así como no se fortalece la inversión en la construcción y equipamiento de unidades de salud en unidades

socioterritoriales con alta y muy alta marginación. No hay un impulso a la cultura de la protección civil particularmente hacia las mujeres, no sólo dentro de las unidades de salud, sino en sus viviendas, en caso de: sismo, incendio o inundación.

Política enfocada a esperanza de vida

Nivel Nacional. No se considera aumentar la esperanza de vida de las mujeres, ni tampoco mejorar la calidad de años de vida de las mujeres.

Nivel Local. No se fomenta la prevención de las enfermedades que causan mayor mortalidad en las mujeres. Tampoco se promueve la calidad en la atención médica dirigida determinantemente a mujeres. Se considera la vacunación de niñas menores de cinco años y mujeres en edad fértil, pero no involucra a mujeres de otras edades. No hay un enfoque para que se brinde un procedimiento quirúrgico a las mujeres que padecen cataratas, especialmente a las mujeres en edad productiva.

Política enfocada a diabetes

Nivel Nacional. No se considera la reducción de mujeres con diabetes, como tampoco brindarles la atención médica especializada para el control de su enfermedad.

Nivel Local. No hay política sobre esto.

Política enfocada a enfermedades isquémicas del corazón

Nivel Nacional. No se toma en cuenta reducir la mortalidad por enfermedades del corazón de las mujeres.

Nivel Local. No hay enfoque en la atención médica inmediata a mujeres que padecen enfermedades coronarias.

Política enfocada a cáncer de mama.

Nivel Nacional. Se toma en cuenta aumentar la detección del cancer de mamá en mujeres de 45 a 64 años.

Nivel Local. Se limita a una detección del cáncer de mama en mujeres 40 a 69 años de edad. Existen campañas para la prevención del cancer de mama, pero no se busca que las mujeres con cáncer de mama en fases tempranas puedan obtener una cirugía inmediata.

Política enfocada a cáncer cervicouterino

Nivel Nacional. Se considera disminuir la mortalidad por cáncer cervicouterino en mujeres de 25 años y más.

Nivel Local. Se limita a realizar colposcopías a mujeres de 25 a 64 años para detectar el cancer cervicouterino. Además se limita a una detección, cuando lo mejor sería una prevención de la transmisión del virus del papiloma humano a través del uso masivo del condón.

Política enfocada a la drogadicción.

Nivel Nacional. No se considera la reducción de consumo de drogas en las mujeres de todas las edades.

Nivel Local. No existe una política sobre esto.

Política enfocada a accidentes por vehículos de motor.

Nacional. No se toma en cuenta reducir las muertes de las mujeres ocurridos en accidentes por vehículo con motor.

Local. No existe una política sobre esto.

Política enfocada a mortalidad materna

Nivel Nacional. Se considera disminuir la mortalidad materna en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano, pero no se considera a todos los municipios y delegaciones con menor índice de desarrollo humano.

Nivel Local. No se toma como prioridad dar atención médica de urgencias especialmente a mujeres, ni siquiera a las mujeres embarazadas. Se orienta y se otorgan métodos anticonceptivos a las mujeres, en especial después del parto. Se brinda apoyo a las mujeres que desean realizar un aborto.

Política enfocada a mortalidad infantil

Nivel Nacional. Se considera reducir la mortalidad infantil en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano, pero no se considera a todos los municipios y delegaciones con menor índice de desarrollo humano. No se considera reducir la desnutrición infantil en niñas de 0 a 12 años en todo el país.

Nivel Local. No existe política sobre esto.

Política enfocada a accidentes e infecciones nosocomiales.

Nivel Nacional. No existe un enfoque claro sobre medidas de prevención para la seguridad sanitaria de las mujeres; esto es, no existen políticas que recompensen de alguna manera a las mujeres en caso de que el diagnóstico del médico sea erróneo, en caso de que ocurran accidentes o incidentes durante una cirugía, en caso de que el tratamiento que el médico indicó sea inadecuada, o incluso en caso de que les sea negada la atención médica. No existen políticas dirigidas especialmente a que las mujeres no contraigan infecciones en hospitales públicos, sean de segundo o tercer nivel.

Nivel Local. No existe política sobre esto.

Política enfocada a la violencia

Nivel Nacional. No existe política sobre esto.

Nivel Local. No hay un enfoque de la cultura de prevención de la violencia intrafamiliar, laboral y sexual específicamente hacia las mujeres. Falta difusión hacia las mujeres acerca de la violencia de género.

Como se observó las políticas de salud federales y locales muestran grandes diferencias: en lo local se aprecian políticas mucho con más enfoque hacia la salud de las mujeres mientras que en lo nacional, las políticas se muestran muy generales, poco enfocadas y muy dispersas. Por supuesto que en ciertas políticas aparecen vacíos, es decir, en lo local pueden existir muchas políticas mientras en lo nacional puede que no exista ni una sola política como ocurre con las políticas enfocadas a la violencia femenina.

De acuerdo a la revisión anterior, las políticas se pueden clasificar en:

1. Que son parcialmente incluidas
2. Se focalizan a determinadas enfermedades

Como se puede apreciar, tanto en el Programa Nacional de Salud (Secretaría de Salud, 2007) como en el Programa de la SSA-DF (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2013b), las políticas de salud públicas si incluyen a la mujer, pues le brindan consulta externa en el primer nivel de atención y le ofrecen tratamientos para resolver su estado de salud. Sin embargo, aun falta mejorar la calidad de la atención médica en el primer nivel de atención para aumentar la detección de

enfermedades que son curables si se detectan a tiempo como la hipertensión arterial o algún tipo de cáncer.

Como se puede apreciar, tanto en el Programa Nacional de Salud como en el Programa de Trabajo de la SSA-DF, las mujeres son poco incluidas. En los apartados que se les considera, las políticas se limitan a las enfermedades que representan las principales causas de muerte, que son 1) diabetes, 2) enfermedades del corazón y 3) tumores malignos, esto es, cancer. Las políticas se concentran sólo en contener el crecimiento de población femenina con enfermedades crónico-degenerativas, pero no evitar que la población femenina se pueda enfermar o morir de dichas enfermedades. También las políticas se limitan a reducir la mortalidad en vez de elevar el acceso a los servicios de salud; un gran ejemplo de esto es la mortalidad materna, la cual ocurre durante o después del embarazo, pues del 2008 al 2012 ocurrieron 5 666 muertes maternas que se pudieron haber evitado (DGIS, 2013). Esto además significa que en las políticas de salud a nivel federal y local existe una perspectiva muy restringida del acceso a los servicios de salud de las mujeres, y en especial, de las mujeres pobres.

En el Distrito Federal las tres primeras causas de muerte son: enfermedades del corazón, diabetes y cáncer de mama (SSA, 2013b: 172). La primera causa de muerte en el Distrito Federal son las enfermedades del corazón, en el 2011 fallecieron mujeres 68 362 (INEGI: 2013); 5 161 mujeres fallecieron por diabetes mellitus mientras que 860 mujeres fallecieron por cáncer de mama.

Comparando a escala nacional, en el Distrito Federal se detectaron: 14.6% mujeres enfermas con cáncer de mama, 13.9% mujeres con diabetes y 23.5% mujeres con enfermedades isquémicas del corazón (DGIS, 2013).

4.2 Tendencias de las políticas públicas de salud dirigidas hacia las mujeres a nivel nacional y local

El objetivo del apartado es verificar cuales son tendencias de las políticas públicas de salud dirigidas hacia las mujeres a nivel nacional y local. Para lograr el objetivo se realizó un análisis e interpretación hemerográfica, a partir de tres aspectos: 1) identificar fortalezas y debilidades de los servicios de salud, 2) diferenciar las políticas de salud a nivel nacional - local 3) y, evidenciar fallas en la elaboración de

dichas políticas dirigidas a las mujeres con el fin de expresar diferencias en las ambas escalas.

A continuación se presenta una clasificación de los quince puntos más álgidos en políticas de salud para identificar fortalezas y debilidades de los servicios de salud:

(i) Fortalezas, debilidades y propuestas en salud a nivel nacional y local.

Nivel Nacional. Como fortaleza se identifico que el 4.3% se le asigno a el gasto público total, según el Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS, 2011), que es un documento realizado por la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Se desembolsó un gasto público de \$4 896 310.5 (miles de pesos) para la formación de capital humano, y se hizo otro gasto de \$14 195 565.2 (miles de pesos) para infraestructura y equipamiento. Como primera debilidad se encontró que falta ampliar la capacidad de atención, así como construir más unidades de primer nivel de atención, para que las enfermedades que afectan a la población sean prevenidas y detectadas. Asimismo, como segunda debilidad falta garantizar el acceso a los servicios de salud más básicos (Díaz, 2012: 45). Como tercera debilidad falta integrar la insuficiencia renal a la lista de enfermedades que atiende el Seguro Popular, ya que es una enfermedad que ha aumentado gradualmente. Como una primera propuesta es necesario considerar que la diabetes y la obesidad están muchas veces relacionadas, por tanto las políticas de salud tendrían que dar tratamiento a la población que padece una o ambas enfermedades para reducir exitosamente la morbilidad y la mortalidad por diabetes (Cruz, 2013: 43). Como segunda propuesta, aunque se ha logrado cubrir a mucha población mediante el Seguro Popular, es vital que las políticas de salud se dediquen completamente a la atención médica para la población con diabetes, sobrepeso y obesidad para que sea posible reducir el impacto de éstas enfermedades (Rodríguez, 2011:A9). Como tercera propuesta, las políticas públicas deben hacer campañas de difusión para que mujeres y niñas comprendan la gran importancia que tiene la detección del cáncer cervicouterino y el cáncer de mama - a través de los medios de comunicación masivos así como en escuelas, hospitales, medios de transporte - con énfasis en que es más

importante la vida misma que los miedos, los pensamientos del machismo y los prejuicios. Finalmente como cuarta propuesta para prevenir embarazos precoces, hace falta una orientación desde la educación básica para que las niñas comprendan las consecuencias en sus vidas de un embarazo precoz y para que el crecimiento demográfico sea reducido (Velasco, 2013: 33).

Nivel Local. En el Distrito Federal, una fortaleza son las Unidades Médicas Móviles o “Medibus” han brindado atención médica a las zonas más marginadas en forma de: consultas médicas, atención odontológica, promoción y prevención de enfermedades, detección de enfermedades a través de estudios de laboratorio, diagnóstico de enfermedades y su correspondiente tratamiento²⁵. Como segunda fortaleza se han introducido unidades de salud en diferentes estaciones del Metro, que dan atención médica a afiliados al Seguro Popular y remiten a la población a un servicio de salud de mayor nivel en caso de requerirlo; ésta nueva modalidad de servicios de salud ha cambia la visión de lo que es un centro de salud y permite un acceso rápido a la población (Royacelli, 2012: C2). Por otro lado, una tercera fortaleza es el Programa de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos ha ayudado a la población del Gobierno del Distrito Federal, pues debido a éste programa se ha logrado la atención médica de más de 3 millones de personas que no tienen derechohabencia²⁶. Sin embargo una debilidad que existe todavía es la indiferencia hacia la salud de los indígenas en el Distrito Federal, en el sentido de que a muchos indígenas que migran a la ciudad les exigen comprobantes de domicilio y otros documentos personales que no poseen para brindarles atención médica, con lo que su acceso a servicios de salud se restringe (Martínez, 2013: 90). Una primera propuesta es que aumenten equipamiento y recursos humanos en el sistema de salud público, pues si no hay quien atienda a la gran cantidad de población enferma y no hay medicamentos con que tratar sus

²⁵ Mora, K. (2012, 19 de agosto) Recibe "Caravanas de Salud" primer lugar en productividad. El Universal. [Internet] Consultado el 26 de noviembre de 2013, de <http://www.eluniversaldf.mx/home/nota49629.html>

²⁶ Robles, J. (2013, 29 de mayo) Servicios médicos gratis benefician a 3 millones en DF. El Universal. [Internet] Consultado el 26 de noviembre de 2013, de <http://www.eluniversal.com.mx/notas/926109.html>

enfermedades, de nada sirve que se aumente la cobertura universal de servicios de salud (Rodríguez, 2013: A10). Una segunda propuesta es aumentar hospitales en delegaciones con alta marginación como es el caso de Xochimilco, Tláhuac y Milpa Alta²⁷.

(ii) Disponibilidad de medicamentos en unidades de salud con mayor marginación

Nivel Nacional. Una debilidad es que ante la baja calidad de los servicios de salud públicos y la dificultad en el acceso, las mujeres prefieren acudir a servicios de salud privados, así como comprar medicamentos de bajo costo en farmacias cercanas, lo que ha significado un aumento de gasto de bolsillo (Cruz, 2011:48). Esto ha provocado un desequilibrio en el sector salud porque el gobierno gasta mucho en la compra de medicamentos, pero el abastecimiento y la disponibilidad de éstos no se refleja en las unidades de salud, ya que en muchas no hay existencias o existe una baja proporción. La razón se halla en que no existe una adecuada administración en la compra de medicamentos y que en unas regiones la compra de medicamentos es más cara que en otras (Cruz, 2013: 37). Lo que más debería preocupar es que del gasto total de medicamentos, un 76% proviene de las personas y 24% proviene del gobierno, lo que significa que las personas están gastando mucho por resolver su salud independientemente de su nivel socioeconómico. Esto es, en México recuperar la salud cuesta muy caro (Cruz, 2013: 40). La primera propuesta es que las políticas de salud deben tener mayor control sobre los administradores de la compra de medicamentos y realizarles una auditoria semestralmente para comprobar que los recursos se están utilizando adecuadamente, además para reducir el desvío de dinero como para reducir la corrupción de las instituciones de salud pública (Garduño y Méndez, 2013: 41; López, 2013: 28). La segunda propuesta es que haya una comisión que verifique mensualmente que las unidades de salud ubicadas en las zonas con mayor

²⁷ Archundia, M. y Martínez, E. (2010, 24 de enero) Xochimilco gana en turismo, pero tiene alto rezago en salud. *El Universal*. [Internet] Consultado el 26 de noviembre de 2013, de <http://www.eluniversal.com.mx/primer/34324.html>

marginación realmente se encuentren abastecidas con medicamentos y que éstos son entregados a las mujeres en condición de pobreza.

Nivel Local. Una debilidad es el desabastecimiento de medicamentos en centros de salud, clínicas y hospitales se debe a una incorrecta administración en el almacenamiento, surtimiento y gasto de los medicamentos de parte de las instituciones (Cruz, 2011: 7).

Esto afecta mucho a las mujeres pobres, ya que se ven obligadas a comprar medicamentos en farmacias, donde los precios de los medicamentos pueden elevarse mucho debido a los distribuidores. Una propuesta en este contexto las políticas de salud necesitan encontrar la manera de eliminar los distribuidores y contactar directamente a los laboratorios, de manera que puedan comprar los medicamentos a menor costo y puedan lograr un abastecimiento con mayor fiabilidad para que las mujeres pobres puedan obtener inmediatamente medicamentos en las unidades de salud²⁸.

Rezago en la focalización de las principales causas de muerte en la mujer

(iii) Esperanza de vida

Nivel Nacional. Una debilidad es el sobrepeso y la obesidad pues las actuales generaciones de niños corren el peligro de perder 10 años de vida por padecer alguna de éstas enfermedades; la prevalencia de obesidad en niñas de 5 a 11 años es de 11.8 y la prevalencia de sobrepeso es de 20.2 (Cruz, 2011b: 41; Gutiérrez y Rivera, 2012: 150). En mucho de la obesidad y el sobrepeso, la pobreza tiene mucho impacto en la salud porque es más barato consumir alimentos y bebidas altos en calorías pero bajos nutrientes (Velasco, 2013: 50). Considerando que la obesidad y el sobrepeso son factores que pueden provocar enfermedades como la diabetes o la hipertensión arterial, que requieren de grandes gastos en salud, la propuesta es considerar que la relación entre pobreza-obesidad-sobrepeso es un círculo vicioso que sólo puede romperse con una

²⁸ Badillo, M. (2011, 24 de julio) El rentable negocio de la salud pública. *Contralínea* [Internet] Consultado el 1 de enero de 2013, de [http://contralinea.info/archivo-
revista/index.php/2011/07/24/el-rentable-negocio-de-la-salud-publica/](http://contralinea.info/archivo-revista/index.php/2011/07/24/el-rentable-negocio-de-la-salud-publica/)

educación basada en los beneficios de una alimentación basada más en vegetales que en comida chatarra (González, 2009: 47). De este modo, es fundamental que se transformen los hábitos alimenticios y de líquidos de la población, sean niños o adultos, para fomentar una ingesta calórica más sana, más equilibrada, que a largo plazo proteja la esperanza de vida al nacer (Enciso, 2013: 36; Norandi, 2010: 40).

En México, las mujeres adultas tienen mayor sobrepeso en el rango de edad de los 30 a 39 años y mayor obesidad en el rango de edad de los 50 a 59 años; la prevalencia de sobrepeso u obesidad en mujeres es de 73%, lo cual es muy preocupante porque significa que las probabilidades de que las mujeres adultas tengan sobrepeso u obesidad son muy altas (Gutiérrez y Rivera, 2012:181). Afortunadamente el gobierno federal a través de la Secretaría de Salud Federal ha tomado consciencia de esto y ha lanzado el programa “Chécate, mídete, muévete” a través del cual se busca reducir el sobrepeso y la obesidad en la población mexicana²⁹. Por último, es vital considerar que la hipertensión arterial³⁰ se ha convertido en una enfermedad silenciosa, en un factor ligado a insuficiencia renal³¹, enfermedades isquémicas del corazón³² y enfermedades cerebrovasculares³³.

Comparando con el total de mujeres egresadas por alguna enfermedad en 2010, se detectaron a 2.2% mujeres con insuficiencia renal, 0.6% mujeres con enfermedades isquémicas del corazón y 0.6% mujeres con enfermedades cerebrovasculares (DGIS, 2013). En cinco años han fallecido: 148 999 mujeres de

²⁹ Presidencia de la República. (2013, 6 de noviembre) *Chécate, Mídete, Muévete*. Consultado el 12 de diciembre de 2013, de <http://www.presidencia.gob.mx/checate-midete-muevete/>

³⁰ Una presión arterial alta (hipertensión) es una presión arterial de 140/90 mmHg o mayor la mayoría de las veces.

³¹ Es la pérdida rápida de la capacidad de los riñones para eliminar los residuos y ayudar con el equilibrio de líquidos y electrolitos en el cuerpo.

³² Las enfermedades isquémicas del corazón son problemas del corazón causadas por arterias coronarias estrechadas; cuando las arterias están estrechadas, menos sangre y oxígeno llegan al corazón; esto es peligroso para la salud porque puede conducir a un infarto y por tanto, muerte inminente.

³³ Las enfermedades cerebrovasculares se refieren a todos los desordenes relacionados cuando en un área del cerebro es temporal o permanentemente afectada por el sangrado o falta de corriente sanguínea; puede llevar a pérdida de memoria, demencia o pérdida de facultades mentales.

enfermedades isquémicas del corazón, 81 735 mujeres fallecieron de enfermedades cerebrovasculares y 26 609 con insuficiencia renal (INEGI, 2013).

De modo que las políticas públicas están interesadas en invertir en campañas de detección de éstas enfermedades, pues influye mucho en la calidad de la esperanza de vida de la población (Gómez, 2013: 37). En este sentido la propuesta es enfocarse en un programa alimentario para que a través del campo mexicano y las empresas se impulse una alta producción de frutas y verduras de buena calidad, y que a su vez el Estado promocióne una dieta rica en nutrientes con el objetivo que la población tenga acceso a alimentos más sanos sin importar su condición socioeconómica³⁴.

Nivel Local. Las mujeres son más propensas a padecer obesidad que los hombres por la falta de tiempo libre para realizar actividades físicas y por consumo excesivo de calorías; su esperanza de vida se puede reducir automáticamente debido al exceso de peso. En el Distrito Federal la prevalencia de sobrepeso y obesidad en las mujeres adultas es de 73.5% (Gutiérrez y Rivera, 2012b: 83; Velasco, 2013: 50). Una primera fortaleza es que el gobierno federal se ha limitado a difundir campañas en los medios de comunicación masiva para que la misma población cuide su alimentación, que prefiera el agua natural o carbonatada y que haga ejercicio. Asimismo la segunda fortaleza es que se han impulsado medidas para que se disminuya el consumo de sal en restaurantes, se impongan impuestos a refrescos y a algunos alimentos chatarra, se instalen bebederos en las escuelas y se promuevan campañas para reducir la obesidad (Gómez, 2013: 32). Sin embargo, una debilidad es que no se considera que la pobreza es lo que llevó y lleva a la población a consumir alimentos chatarra, refrescos; asimismo no se considera que es la falta de tiempo la razón por la que mucha población no practica ejercicio. Al respecto, la primera propuesta es que se integren políticas alimentarias para que la población en condiciones de pobreza tenga mayor

³⁴ Campo, D. (2013, 16 de octubre) México, de la desnutrición a la obesidad: el fracaso en alimentación. Revista *Contralínea*. [Internet] Consultado el 22 de diciembre de 2013, de <http://contralinea.info/archivo-revista/index.php/2013/10/16/mexico-de-la-desnutricion-la-obesidad-el-fracaso-en-alimentacion/>

facilidad para consumir frutas y verduras orgánicas. La segunda propuesta es necesario impulsar todavía más la práctica del ejercicio dentro de las escuelas y dentro de los centros de trabajo, con el fin de evitar el sedentarismo; la tercera propuesta es que la Secretaría de Salud local promueva y ofrezca la consulta gratuita de nutriólogos ubicados en cada unidad de salud para que la población femenina mejore sus hábitos alimenticios en forma sana, con el objetivo de mantener o incrementar su nivel de salud (Sarabia y Cádiz, 2013: 2).

(iv) Diabetes

Nivel Nacional. La diabetes se ha convertido en una epidemia, pues se calcula que cada 7 segundos alguien fallece por diabetes a nivel mundial. A nivel nacional de 2004 a 2012, se detectaron 687 700 mujeres con diabetes (DGIS, 2013); en el mismo periodo fallecieron 353 482 mujeres con diabetes (INEGI, 2013). Y en fundamento a que ésta enfermedad se presenta incluso en niños, la propuesta para una política de salud más integral es que se promocióne el consumo de alimentos más sanos, el consumo de agua natural así como evitar el tabaquismo para que la mortalidad por diabetes sea revertida (Romero, 2013: 47; Reuters, 2011: 2).

Nivel Local. Cien de cada 100 mil personas han muerto por diabetes; una proporción más clara de muertes por diabetes se puede explicar así: 5 161 mujeres murieron por diabetes en 2011. Una primera fortaleza es que grupos sociales han solicitado que se declare una declaratoria de emergencia, con la preocupación de que ahora incluso niños menores de 10 años presentan diabetes tipo 2, que antes sólo se presentaba en adultos (Gómez, 2013:35). Una segunda fortaleza es la aplicación de una materia de salud para educación básica, con el fin de prevenir y educar especialmente sobre la diabetes (Gómez, 2009:31); una tercera fortaleza es que se ha inaugurado una clínica para diabéticos, con el plan a futuro de crear tres centros más (Pantoja, 2013: C2). La propuesta es ubicar una clínica para diabéticos en cada delegación, considerando que existen 630 000 personas enfermas con diabetes en el DF.

(v) Enfermedades isquémicas del corazón

Nivel Nacional. Este tipo de enfermedad está ampliamente relacionada con el sobrepeso y la obesidad; durante ocho años, de 2004 a 2012, 189 691 mujeres han sido detectadas con alguna enfermedad isquémica del corazón y 243 343 han fallecido. Las enfermedades isquémicas del corazón son una alarma sanitaria porque antes afectaban solamente a mujeres de la tercera edad y ahora incluso a mujeres desde los 50 años (Cruz, 2013: 38; DGIS, 2013; INEGI, 2013). La propuesta es dirigir la atención en la detección y tratamiento de sobrepeso u obesidad, especialmente a población femenina adulta, que se encuentra entre los 50 y los 68 años de edad, para que disminuya la mortalidad en la población productiva que aún no es de la tercera edad (Gómez, 2013: 29).

Nivel Local. De 2004 a 2012 en el Distrito Federal 36 253 mujeres han padecido enfermedades cardiovasculares, siendo afectada no sólo población de la tercera edad, sino jóvenes adultos y hasta adolescentes. Una primera fortaleza es que se haya promovido la práctica del ejercicio y la detección de estas enfermedades en áreas públicas, no sólo en unidades de salud; no obstante la propuesta es educar a toda la población para concientizar el beneficio de la práctica del ejercicio para mantener una buena salud; una segunda propuesta es reducir y evitar el sobrepeso o la obesidad (Ramírez, 2010: 40).

(vi) Enfermedades cerebrovasculares

Nivel Nacional. Entre 2004 y 2012, se detectaron 197 276 mujeres con alguna enfermedad cerebrovascular y en este mismo periodo, murieron 140 052 (INEGI, 2013; DGIS, 2013). Las enfermedades cerebrovasculares son una de las primeras causas de muerte en México, ya que representó el 0.3% de muertes femeninas entre 2004 y 2012; está asociada a obesidad, diabetes e hipertensión arterial³⁵. La debilidad de las políticas de salud es que no impulsan una detección correcta y el acceso a atención médica urgente, lo que reduce las posibilidades de sobrevivir y

³⁵ REDACCION. (2013, 28 de octubre) Infarto cerebral, un riesgo silencioso. El Universal. Consultado el 3 de diciembre de 2013, de <http://www.eluniversaldf.mx/home/enterate-infarto-cerebral-un-riesgo-silencioso.html>

aún más de sobrevivir sin secuelas discapacitantes. Por lo que se propone hacer campañas en todos los medios de comunicación para que las mujeres reconozcan los síntomas de un accidente cerebrovascular y acudan a un servicio de salud inmediatamente en caso de sufrir uno (Cruz, 2012: 42).

Nivel local. El consumo de alimentos grasos, esto es, fritos y horneados, puede provocar un derrame cerebral en las mujeres posmenopáusicas. Como propuesta es indispensable promover campañas de difusión donde se alerte que el consumo de alimentos grasos puede conllevar el riesgo de una enfermedad cerebrovascular, por lo que es mejor reducir su consumo o evitarlo y preferir el consumo de frutas y verduras para reducir el riesgo de derrames cerebrales (AFP, 2012: 2a).

(vii) Cáncer de mama

Nivel Nacional. En México, entre 2004 y 2012 se detectaron 164 183 casos de mujeres con cáncer de mama, de los cuales 31 583 se registraron durante el 2012; esto es, durante el último año se detectaron 19.2% de casos de mama en ocho años (DGIS: 2013). Una fortaleza es que las políticas de salud contemplan amplias campañas de prevención y detección de ésta enfermedad; no obstante una debilidad es que no contemplan mayor investigación en torno a la edad en que las mujeres deben realizarse mastografías para la detección del cáncer de mama; la propuesta para prevenir la enfermedad, haciendo que las mujeres menores de 50 años realicen sus mastografías.

Una segunda fortaleza es que la Secretaría de Salud tiene 255 distribuidos en el país (DGIS, 2013); sin embargo ante la escasez de mastografos, la debilidad que existe es el riesgo de que los resultados sean falsos positivos con lo que podrían llevarse a cabo cirugías innecesarias (Cruz, 2011a: 41). Una propuesta es formar más radiólogos especializados en lecturas de mastografías, pues de ellos depende que el cáncer de mama sea detectado a tiempo a través de una mastografía (Pantoja, 2012: C1-C2). Otra segunda propuesta es realizar mayor concientización hacia las mujeres de la importancia que tiene un autoexamen de

las mamas para la detección oportuna del cáncer de mama, dejando a un lado la timidez, los prejuicios de la pareja o las ideologías religiosas (Gómez, 2013: 34).

Nivel Local. Gracias al Programa de Detección de Cáncer de Mama promovido en el Plan de Trabajo de la Secretaría de Salud (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2013b) se han salvado las vidas de siete mil mujeres al detectar oportunamente el cancer de mama, ya que desde el 2007 se han realizado un millón de mastografías (Cruz, 2013:31). Sin embargo, se requiere incrementar el número de *medibuses*³⁶ especializados en la detección de cáncer de mama, pues los servicios son muy demandados por la población femenina y no alcanza a dar cobertura a todas las áreas más marginadas de la ciudad (Cruz, 2013: 41).

(viii) Cáncer cervicouterino

Nacional. Durante 2004 y 2012 se han detectado 94 754 mujeres con cáncer cervicouterino; durante el mismo periodo 36 370 han fallecido (INEGI, 2013; DGIS, 2013). Existen estudios que afirman que el 90% de las mujeres suele padecer cáncer cervicouterino a razón de una infección con virus del papiloma humano o VPH (Muñoz y Bosch, 1996: 561). La fortaleza es que se ha conseguido producir un tipo de pruebas que detecta con mayor eficacia éste virus y que se buscará aplicar las pruebas en las regiones más marginadas del país. Asimismo na segunda fortaleza es que se plantea vacunar a niñas con una vacuna especial para el VPH, con el objetivo de evitar muertes por cáncer cervicouterino, aprovechando que aun no comienzan su vida sexual y por tanto, aún no es posible que se contagien con el VPH. Sin embargo, la debilidad es que se limita a la creación de vacunas exclusivamente para las mujeres; la propuesta es incentivar la investigación académica para que el cáncer cervicouterino sea sanado, incluso en etapas tardías (Cruz, 2010: 31).

Nivel Local. La fortaleza es que existen Medibuses que promueven campañas para la detección del cáncer cervicouterino, sin embargo la debilidad es que hacen falta más unidades de salud móviles de este tipo porque los Medibuses no son

³⁶ “Unidades Médicas Móviles de Especialidad Ginecológica”

suficientes para la demanda existente, esto es, hay muchas mujeres que necesitan realizarse este estudio anualmente de manera gratuita (Cruz, 2008: 43). En el mismo contexto, una segunda fortaleza es que a las mujeres que se les detecte el cáncer cervicouterino, se les dirige a hospitales federales para su posterior tratamiento médico; no obstante la propuesta es crear hospitales de la SSA-DF especializados en el tratamiento del cáncer cervicouterino con el objetivo de agilizar el tratamiento de las mujeres enfermas.

(ix) Drogadicción

Nivel Nacional. Respecto a la drogadicción deben considerarse tres diferentes drogas: alcohol, tabaco y drogas ilícitas. En 2011 la Encuesta Nacional de Adicciones (Comisión Nacional Contra Las Adicciones, 2011: 26³⁷) reveló que la tendencia femenina en consumo hacia cualquier droga fue de 0.7%; 0.4% sobre consumo de drogas ilegales: de éste porcentaje se produjo una tendencia del 0.3% para la marihuana y 0.1% para la cocaína. Las mujeres registraron una tendencia al consumo de alcohol de: 62.6% de consumo ocasional y 40.8% de consumo en el último año; la dependencia en el consumo de alcohol en mujeres adolescentes es de 2.0% mientras que en mujeres adultas es de 1.7% (Comisión Nacional Contra Las Adicciones, 2011: 23-26³⁸). Mientras que 12.6% de las mujeres tienen tendencia a ser fumadoras activas (Comisión Nacional Contra Las Adicciones, 2011:23³⁹). Una fortaleza es la observación de que el consumo de la marihuana se ha triplicado y el de la cocaína se ha duplicado; a nivel nacional el consumo de drogas es notorio en toda la región norte (Cruz, 2012:38) pero en el Distrito Federal, Iztacalco es la delegación que más preocupa por su elevado consumo de psicoactivos (Quintero, 2013: 10). Una debilidad es que no existen datos exactos de mortalidad por uso de drogas legales y/o ilegales. Sin embargo, el consumo de tolueno⁴⁰ se ha registrado en aumento como el principal

³⁷ Reporte de drogas

³⁸ Reporte de alcohol

³⁹ Reporte de tabaco

⁴⁰ El tolueno es un líquido incoloro con un característico olor aromático. Es menos denso que el agua, inmisible en ella y sus vapores son más densos que el aire. Es utilizado en combustibles para automóviles y aviones; como disolvente de pinturas, barnices, hules, gomas, etil celulosa,

alucinógeno de consumo entre jóvenes, lo que ha alarmado pues se calcula que para 2015, su consumo podría ganarle al de la marihuana por su muy bajo precio (Martínez, 2013:29). La propuesta es que al tolueno se le modifique el olor por uno muy desagradable y que se limite su venta en tlapalerías.

Nivel Local. Ante la actual de situación descontrolada del consumo ilegal de drogas, la propuesta es la urgente legalización de la marihuana y la cocaína, con el fin de ejercer un control sobre la calidad, comercio, consumo y regularización de estas drogas en toda la población femenina. De otra manera, mientras el consumo sea penalizado, su reducción será muy difícil pues la venta ilegal de drogas a mujeres menores de edad no será controlada (Méndez y Garduño, 2013: 18; Servin, 2012:45).

(ix) Accidentes por vehículos de motor

Nacional. Las mujeres que sobreviven un accidente por vehículo de motor queda muchas veces con discapacidades, lo que le genera pobreza a esa persona y a su familia (Arellano, 2012: 11). En México se registraron 18 399 muertes femeninas de 2008 a 2012 (INEGI, 2013). Entonces la primera propuesta es revisar y modificar las leyes para que las mujeres peatones sean la base sobre la cual se redacte el reglamento de tránsito, dado que es el grupo más vulnerable ante los peligros de la calle (Ramírez, 2013: 36). La segunda propuesta es que el Gobierno Federal en conjunto con la Secretaría de Comunicaciones y Transporte generen un conjunto de políticas viales para reducir accidentes de tránsito a las horas en que más se han registrado, esto es, de las 14 a las 16 horas realizar operativos para reducir la colisión de vehículos con motocicletas y entre otros vehículos; de las 19 a las 20 horas para reducir los atropellamientos (INEGI, 2014).

Nivel Local. En el Distrito Federal, INEGI registró 1301 muertes de mujeres en el lapso de 2008 a 2012; por otra parte se calcula que ocurren 5.4 muertes

poliestireno, polialcohol vinílico, ceras, aceites y resinas, reemplazando al benceno. También se utiliza como materia prima en la elaboración de una gran variedad de productos como benceno, ácido benzoico, fenol, benzaldehído, explosivos (TNT), colorantes, productos farmacéuticos (por ejemplo, aspirina), adhesivos, detergentes, monómeros para fibras sintéticas, sacarinas, saborizantes y perfumes.

femeninas por cada 100 mil habitantes (Gobierno Federal, 2012: 160). Las mujeres como peatones son muy vulnerables por las deficientes políticas de seguridad vial porque en la ciudad faltan señalamientos viales, ocurren accidentes en transporte público por exceso de velocidad, hay conductores que no respetan el reglamento de tránsito; hay fallas en la planeación vial porque las calles no fueron diseñadas para los peatones sino para los automovilistas (Ramírez, 2013:35). La población femenina más vulnerable es la que tiene entre 16 y 24 años, pues el exceso de velocidad y manejo en estado de ebriedad han sido factores que han provocado desenlaces fatales en jóvenes con estas edades. Una fortaleza es que en la ciudad se ha implementado el programa “Conduce sin alcohol” o “alcoholímetro”, el cual ha permitido una reducción de los accidentes viales. La primera propuesta es que se sensibilice a la población femenina con campañas dirigidas a las mujeres jóvenes sobre los riesgos y consecuencias mortales de actitudes temerarias en la conducción de un vehículo de motor. La segunda propuesta es elevar las sanciones administrativas por utilizar celular mientras se conduce un vehículo (Servín, 2013: 35; Gómez, 2013:27; Arellano, 2013: 47).

(x) Mortalidad materna

Nivel Nacional. En México de 2004 a 2012 fallecieron 10 576 mujeres han fallecido durante o después del embarazo por una inadecuada atención hospitalaria o por no tener acceso a servicios de salud (Velasco, 2013:36; INEGI, 2013). De modo que se carece de políticas que brinden atención médica considerando las características de cada región desde un enfoque socioterritorial y las costumbres de la población (Bautista, 2013: A16). Como propuesta para evitar que 1000 mujeres fallezcan por complicaciones durante o después del parto, es vital fortalecer el acceso efectivo a servicios de salud con alta calidad, y que se brinde la atención médica incluso en las zonas más marginadas del país, especialmente a la población femenina sin derechohabiencia (Enciso, 2012: 47). Incluso se puede considerar la integración de comadronas o parteras⁴¹ entrenadas para atender a

⁴¹ Es la persona que se encarga del embarazo, parto y posparto.

las mujeres que se localicen en las zonas más alejadas de los servicios de salud (Cruz, 2009:36).

Nivel Local. Durante 2004 a 2012, INEGI (2013) registró 1149 muertes maternas en el Distrito federal, ocurridas durante el embarazo o el parto. La fortaleza es que existen políticas territoriales para que las mujeres embarazadas logren un acceso efectivo a urgencias obstétricas y que se garantice la atención médica que reciben. La debilidad es que dicho acceso sólo se logra en determinadas unidades de salud que se encuentran lejanas de la periferia urbana. En este sentido la propuesta es que en cada delegación del Distrito Federal existan hospitales especializados en ginecología y obstetricia para que exista mayor capacidad de atención médica a las mujeres que lo requieran. De este modo, muchas mujeres no tendrían que perder tiempo en trasladarse hasta una unidad de salud que tenga servicio de obstetricia (Cruz, A. y Romero, G., 2012: 37).

(xi) Mortalidad infantil

Nivel Nacional. Durante 2008 a 2012 fallecieron 118 699 niñas, por lo que es necesario vigilar la evolución del embarazo y brindar mejores suplementos nutrimentales a las madres (INEGI, 2013; Herrera, 2011:41; García, 2013:40). Por otra parte, en niños las primeras causas de muerte son traumatismos craneoencefálicos y lesiones por maltrato infantil; entonces la primera propuesta es concientizar a los padres para que prevengan accidentes dentro del hogar, en escuelas, en el automóvil y en el transporte público. Al mismo tiempo, la segunda propuesta se basa en incluir orientación psicológica a padres de familia antes de que empiecen a tener hijos para reducir el maltrato infantil (Arellano, 2010: 47).

Nivel Local. Milpa Alta, Tláhuac y Cuajimalpa concentran las muertes de menores de 15 años, por lo que la propuesta se focaliza en suministrar mayor cantidad de suplementos nutricionales a todas las madres embarazadas que vivan en éstas delegaciones (Aldaz, 2013: C1; Roa, 2013: C5).

(xii) Desnutrición infantil

Nivel Nacional. De 2004 a 2012, 8 019 niñas menores de cinco años han padecido alguna forma de desnutrición (DGIS, 2013) y 2950 fallecieron por el mismo motivo en el mismo periodo (INEGI, 2013). La primera propuesta es que se continúe con los desayunos por parte del Desarrollo Integral De La Familia (DIF), particularmente en las zonas con más marginación para reducir las muertes por desnutrición infantil. Además la segunda propuesta se trata de educar a los niños para que consuman todos los alimentos y bebidas que se les ofrece como desayuno, con el objetivo de evitar desperdicios así como que los niños conozcan como mantener su salud con alimentos balanceados (Díaz, 2011: 41).

Nivel Local. Políticas sociales como el programa de “Desayunos Escolares” en base a una dieta sana en escuelas de educación básica del Distrito Federal son una fortaleza, por ejemplo, esta política tienen el objetivo de reducir la desnutrición infantil así como de alienta el crecimiento infantil (Díaz, 2011: 41). Por otra parte, una primera propuesta es que necesario fomentar una educación sobre la alimentación sana desde los niveles de educación más básicos, para que se evite que menores de edad se inclinen hacia una incorrecta alimentación con comida chatarra (Zaragoza, 2010: 43). Una segunda propuesta es facilitar que los niños de las zonas más marginadas de la ciudad, tengan derecho a recibir una comida gratuita en los comedores comunitarios del Gobierno del Distrito Federal.

(xiii) Acreditación de unidades de salud

Nivel Nacional. En el 2012 se registraron 28 510 665 mujeres afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud o SPSS (SPSS, 2012: 24). Sin embargo las mujeres no se han visto beneficiadas con la afiliación al Seguro Popular, por ejemplo en 2011 de 971 muertes maternas, la mitad era de mujeres fallecidas pertenecían al Seguro Popular (Cruz, 2013: 45). Una debilidad detectada es que se han acreditado con mucha rapidez unidades de salud de la SSA para los afiliados al Seguro Popular, y esto ha conllevado anomalías, dado que se da la acreditación

pero faltan insumos para brindar una total atención médica. De modo que es evidente que la acreditación de las unidades de salud no representa de hecho que exista todo lo necesario para atender a la población: la propuesta es auditar regularmente al personal médico para comprobar que están realizando sus labores con mayor transparencia (Cruz, 2013:42).

Nivel Local. La SSA-DF ha inaugurado el Instituto de Diabetes, para la investigación y capacitación dirigida a la población enferma de ésta enfermedad. Sin embargo, considerando que existen más de medio millón de enfermos diagnosticados en el Distrito Federal, la propuesta es que exista más prevención en toda la población para evitar un incremento de la población enferma (Montes, 2013: C5).

(xiv) Violencia contra la mujer

Nivel Nacional. El 47% de las mexicanas ha sufrido algún tipo de violencia: física, psicológica o emocional (Velasco y Ballinas, 2013:40); según el documento “Mujeres y Hombres en México 2012” (INEGI, 2012: 49) en el año 2011 de cada 100 mujeres de 15 años y más alguna vez unidas: 60 sufrió violencia emocional o psicológica; 46 sufrió violencia económica, 33 sufrió violencia física y 19 sufrió violencia sexual. Hay otros tipos de violencia que las mujeres sufren como violencia patrimonial, que se refiere a cuando le son retenidos, quitados o destruidos los bienes que le corresponden a una mujer; muy pocas mujeres reconocen éste tipo de violencia porque muchas son ignorantes de sus derechos humanos y también porque sus parejas o familiares les hacen creer que no tienen derecho a obtener bienes. En este sentido es que existe un porcentaje muy bajo, menor a 4% de mujeres que han percibido ser víctimas de violencia patrimonial (INEGI, 2012: 152). No obstante una fortaleza es que se ha logrado es que por medio de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) ha brindado apoyos económicos para que las mujeres que han sufrido violencia intrafamiliar, puedan reiniciar una vida con sus hijos lejos del agresor, y esto es un significativo avance.

Una debilidad observada en la cultura mexicana es la desestimación de la violencia ejercida contra la mujer, por lo que pocas son las mujeres que reconocen ser víctimas de violencia y denuncian; es habitual que cuando las mujeres denuncien, se encuentren con la apatía y desprecio de las autoridades. En esta línea de pensamiento, es que la primera propuesta sea una mayor difusión en los medios para alentar a que las mujeres, especialmente las que se encuentren en condición de pobreza, denuncien. La segunda propuesta es una mayor concientización de los funcionarios públicos para que no se limiten a archivar la denuncia, sino a dar seguimiento a los casos, remitir a las víctimas con psicólogos y en caso de violación, remitir a las mujeres a las unidades de salud correspondientes para que puedan abortar el producto indeseado (Velasco, 2013: 9; Norandi, 2010: 35). La tercera propuesta es investigar cual es el origen de la violencia intrafamiliar que se manifiesta con tanta frecuencia, para eliminar de raíz éste problema (Cruz y Servín, 2013: 37).

Nivel Local. Dentro del contexto de violencia contra la mujer, existen los homicidios; en 2012 murieron 2 764 mujeres por homicidio (INEGI, 2013), cifra que puede ser menor a la realidad ya que muchas muertes femeninas son registradas como accidentes o suicidios porque el médico legista que lo certifica en ese momento no encuentra suficientes datos o detalles para certificar la muerte como feminicidio (INMUJERES, 2011: 31-32). El Distrito Federal ocupa el quinto lugar a nivel nacional en feminicidios, esto es, privación de la vida a las mujeres. Gustavo A. Madero e Iztapalapa son las delegaciones que concentran mayor casos de homicidios (INMUJERES, 2012: 4). La debilidad es que ha dispuesto muy escasa difusión sobre este tipo de agresiones y no se ha emitido una alerta de violencia de género, así que es muy alta la probabilidad de que continúen los feminicidios exponencialmente. La primera propuesta es una orientación desde la educación básica para cultivar un respeto hacia la vida de las mujeres, para fomentar relaciones de pareja sin violencia. La segunda propuesta se trata de concientizar a las autoridades sobre la necesidad de dar seguimiento a los casos de homicidios femeninos.

(xv) Acreditación de “Consultorios Médicos Anexos A Farmacias”

Nivel Nacional. El hecho de que registren un cuarto de millón de consultas diarias exige que las políticas de salud regularicen la actividad de éste tipo de servicios de salud para certificar la calidad de la atención médica que brindan a las mujeres, especialmente a las que se encuentran en condición de pobreza (Gómez, 2013: 38).

Nivel Local. El crecimiento de “Consultorios Médicos Anexos A Farmacias” ha crecido notablemente debido a la baja calidad y escasa satisfacción de los servicios de salud públicos, al horario flexible de éstas farmacias, a su amplia distribución territorial y a los precios económicos que ofrecen tanto en consultas como en medicamentos. Por ello la primera propuesta se mantiene en acreditar y regularizar éste tipo de servicios de salud para certificar su calidad en la atención médica de primer nivel (Cruz, 2012: 33).

A modo de conclusión de acuerdo a las fortalezas y debilidades encontradas en los servicios de salud, se encontraron diferencias en las políticas federales y locales, las políticas de salud federales difieren mucho de las políticas de salud locales. A nivel federal existe una mayor segmentación de los servicios de salud públicos y esto se puede entender mediante dos ejemplos. Un ejemplo es que los servicios de salud de primer nivel para la población no derechohabiente en el Distrito Federal se otorgan principalmente por parte de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y el Seguro Popular en Centros de Salud Comunitarios (CSC); mientras que en el Estado de México, quien atiende a la población no derechohabiente es el Instituto de Salud del Estado de México. Otro ejemplo es que en el Distrito Federal, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) es el servicio de salud que atiende a empleados que trabajan para el gobierno, mientras que en el Estado de México quien atiende a éste sector de la población es el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM).

y las mujeres A partir de la clasificación realizada, existen tres problemas relevantes en las que urge que las políticas de salud se centren, que son:

1. La reducción de población con obesidad y sobrepeso: mientras la obesidad y el sobrepeso sigan aumentando en mujeres y niñas, continuará el incremento de población con enfermedades no transmisibles, que no tienen cura y cuyo tratamiento es muy costoso. Es más sensato prevenir que las generaciones de niñas tengan obesidad que lamentar las medidas de prevención cuando el futuro sea de mujeres obesas con muchas enfermedades difíciles de curar.
2. La modificación de las actuales políticas de vialidad con el objetivo de que consideren prioridad la protección del peatón para que las calles sean modificadas para favorecer a las mujeres peatonas; para que los conductores de vehículos con motor y vehículos sin motor hagan un manejo adecuado de calles, carreteras y banquetas; para que los puentes peatonales sean construidos con materiales adecuados, con escalones que puedan utilizar tanto mujeres de la tercera edad como con elevadores para mujeres con discapacidad motriz, y finalmente para que las calles sean accesibles para todas las mujeres. Además es importante la promoción de clases y exámenes de manejo rigurosos a conductores antes de expedirles el permiso de conducir.
3. La relevancia de las Farmacias Similares Con Consultorios Anexos es grande porque atiende el 41.5% consultas de los servicios de salud privados (Gutiérrez y Rivera, 2012: 44). No existen de cuantas mujeres usan este tipo de servicios; sin embargo cabe recordar que de acuerdo a la encuesta realizada para la presente tesis, el 15.7% de las mujeres pobres recurrieron a éste tipo de servicios de salud privados. Su amplia cobertura socioterritorial merece reconocimiento del Estado además de la Secretaría de Salud, con lo que la propuesta es una regularización de los servicios de salud que ofrecen debería ser prioridad para mínimo certificar la calidad de la atención médica que se ofrece en estos servicios de salud.

4.3 Perspectivas a futuro en la cobertura socioterritorial de los servicios de salud para las mujeres en condición de pobreza

Para asegurar la salud de las mujeres en condición de pobreza, hace falta que el Estado invierta en infraestructura urbana de las zonas más marginadas del país; esto es, construir viviendas adecuadas, introducir drenaje, poner pavimento, introducir tubería para el agua potable, entregar agua potable en buenas condiciones. Esto de entrada permitiría que la salud de las mujeres no sufriera tanto las condiciones ambientales negativas como bajas temperaturas y la presencia de polvo o heces fecales de animales callejeros en la atmosfera (Hood, 2005: A312).

El Seguro Popular ha demostrado ser un esquema de financiamiento de salud limitado a la afiliación de población no derechohabiente, más que un programa efectivo que cubra todas las necesidades de salud, donde la población paga una cuota de acuerdo a su estrato socioeconómico; en caso de que la persona se encuentre en condiciones de pobreza, el Seguro Popular le ofrece una exención de cuota. Ofrece un Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) de 284 enfermedades que pueden ser atendidas más 58 de enfermedades catastróficas de manera gratuita o con una cuota pequeña pero fija. Lo que significa que las enfermedades no incluidas en ambas listas, requieren de un pago total por la atención médica ofrecida, con medicamentos incluidos: esto es unA grave limitante para que las mujeres en condición de pobreza accedan a servicios de salud de buena calidad. Representa una carencia de asequibilidad para que las mujeres pobres resuelvan sus enfermedades más graves o más complejas. Las mujeres pobres que requieran por ejemplo, de una intervención por cáncer de pulmón o un transplante de corazón, no podrían acceder a hacerlo porque ambas intervenciones no están dentro del listado del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, el cual proviene “del 8% de los recursos destinados a la Cuota Social y de las Aportaciones Solidarias (Federal y Estatal), y es administrado y operado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) a través del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS)”; además las mujeres pobres no tendrían suficientes recursos económicos para pagar el costo de la intervención. Entonces hace falta ampliar mucho más ambos

listados, tanto en la detección y tratamiento a enfermedades como a intervenciones y centrarse en las enfermedades que aquejan más a la población femenina, tanto por las enfermedades que son primeras causas de muerte en México como por ejemplo las enfermedades cerebro vasculares (Seguro Popular, 2012: 46; Cruz, 2010: 46).

Entiéndase que la afiliación masiva de mujeres pobres por medio del Seguro Popular no implica un acceso real a servicios de salud. Hay unidades de salud de primer nivel que tienen ubicación en áreas marginadas pero que carecen de suficientes médicos. Esta deficiencia de médicos ocurre porque existe una distribución inadecuada del personal, que se concentra en ciudades y apenas aparece en las zonas más marginadas. La razón de que no existan suficientes médicos en las zonas más marginadas es que muchos médicos no encontrarán el mismo salario remunerado trabajando en las zonas más pobres que en las zonas más urbanas del país. Pero también de que se reconoce socialmente más a los médicos especialistas que a los médicos generales, cuando debería ser al contrario, pues los médicos generales son quienes pueden detectar y prevenir enfermedades de las mujeres pobres en el primer nivel de atención de los servicios de salud, mientras que los médicos especialistas, si bien atienden enfermedades muy complejas, atienden un pequeño porcentaje de la población femenina en condición de pobreza (Lisker, 2010: 226-227).

Por estas razones y para que exista una mayor disponibilidad de médicos que ofrezcan atención médica en los servicios de salud, es fundamental que todas las escuelas o facultades de medicina de México, sean públicas o privadas, tengan como objetivo primordial formar excelentes médicos generales, más que médicos especialistas en enfermedades de las mujeres y en enfermedades que son primeras causas de muerte en México. Entonces hará falta una coordinación entre las instituciones de salud (IMSS, ISSSTE, SSA) y las facultades de medicina para que los médicos generales puedan llegar a las zonas más marginadas del país, donde su presencia se requiere urgentemente, donde las mujeres pobres puedan obtener atención médica, con la consecuencia de que se pueda hacer una efectiva prevención, detección y tratamiento de sus enfermedades (De la Fuente, 2010:

213). También es necesario darle mayor apoyo a la medicina general con el fin de perfeccionar la atención médica y el equipamiento en las unidades de primer nivel de atención, que es el nivel al que principalmente las mujeres pobres acuden. El Estado debe considerar una prioridad la salud pública para avanzar en la inclusión de las mujeres pobres en los servicios de salud, y garantizar un salario digno, así como una calidad de vida más elevada a los médicos que ofrecen sus servicios en las zonas más marginadas (Navarro, 2010: 229-30; Pérez, 2010: 233-234).

En el mismo contexto, no hay que olvidar que es necesario impulsar más formación del personal de enfermería, pues son ellas y ellos quienes también tienen contacto directo con las mujeres pobres en los servicios de salud en todos los niveles de atención⁴². Entonces depende del estado darles más reconocimiento económico y social para que más personas se inclinen por ésta carrera, se formen más egresados, con lo se cubriría el actual déficit de enfermeras en todos los servicios de salud en el futuro (Ortiz, 2010: 231-232).

Cabe mencionar que existen hospitales de tercer nivel que se concentran en las áreas menos marginadas de los estados y del Distrito Federal. Su localización tan alejada de las áreas más marginadas, hace que las mujeres pobres no logren acceder a los servicios de estos hospitales por la distancia que implica recorrer. Entonces para que exista una real disponibilidad de servicios de salud de segundo y tercer nivel, es necesario construir hospitales en las áreas más marginadas, enviar personal médico para que ofrezca consultas, equipar a los hospitales adecuadamente con materiales y equipos modernos, abrir las puertas para que la población femenina en condición de pobreza acuda a solicitar atención médica; no es suficiente con sólo construirlos y olvidarse de darles el mantenimiento necesario para que funcionen por completo⁴³.

Muchas mujeres pobres afiliadas al Seguro Popular no tienen acceso a medicamentos por falta de existencias, lo cual les afecta gravemente a su

⁴² Álvarez, R. (2013, 10 de enero) Soy enfermera. *Excelsior*. [Internet] Consultado el 13 de diciembre de 2013, de <http://www.excelsior.com.mx/opinion/2013/01/10/rafael-alvarez-cordero/878663>

⁴³ Leal, G. (2013, 5 de enero) Seguro Popular: ¿Guerrero como Tabasco? *La Jornada*. [Internet] Consultado el 13 de diciembre de 2013, de <http://www.jornada.unam.mx/2013/01/05/opinion/011a1pol>

economía familiar pues deben incurrir en gasto de bolsillo para comprar los medicamentos en una farmacia exterior a la unidad de salud donde les ofrecieron consulta médica, esto es, no existe una disponibilidad de medicamentos en las unidades de salud de la SSA. Con este motivo se ha buscado por medio de una reforma a Ley General de Salud, que la entrega del dinero para la atención de los afiliados al Seguro Popular sea repartido en dos partes: una por medio de depósito bancario y otra en especie, que se presume pueda ser en medicamentos. Con esto podría solucionarse el desabasto de medicamentos en muchas unidades de salud, con lo que las mujeres afiliadas tendrían con que resolver su salud (Cruz, 2013: 36).

Para que las mujeres pobres obtengan accesibilidad a los servicios de salud, es fundamental que el sistema de salud no se limite a la afiliación de no derechohabientes al Seguro Popular y que con eso presuma que ya existe una cobertura universal de salud. Si hay muchas mujeres pobres que demandan servicios de salud, es necesario que se construyan unidades de salud correctamente equipadas con el material necesario, que tenga el personal médico y de enfermería suficiente para cubrir la atención que las mujeres pobres demandan. No basta con redirigir a las mujeres a las unidades de la SSA o del IMSS-Oportunidades. El Seguro Popular debería construir sus propias instalaciones, especialmente en las áreas más marginadas, por ejemplo cerca de la selva de Chiapas o de las periferias urbanas del Distrito Federal (Suárez, 2012:31).

Es importante considerar que existe una exclusión significativa hacia las mujeres pobres indígenas que sólo hablan su lengua indígena y no español, pues al solicitar servicios de salud, con frecuencia el personal de las unidades de salud no logran comunicarse con ellos por falta de comprensión de su lengua, con lo que las mujeres se quedan sin atención médica. Además de eso, les piden cuotas para equilibrar el gasto en medicamentos u otros gastos, cuando se supone que la entrega de medicamentos debe ser gratuita. Entonces falta que en todas las unidades de salud donde la mayor parte de la población femenina sea indígena,

que existan interpretes que sepan español y la lengua más usada para que las mujeres puedan obtener servicios de salud (Kumate, 2010: 220-221).

En relación a la calidad de la atención médica que el Seguro Popular falta mucho por hacer. Tan sólo los tiempos de espera no deberían ser de más de 1 hora. De acuerdo al Estudio de satisfacción de usuarios del Sistema de Protección Social en salud 2012⁴⁴, el tiempo promedio nacional de espera para recibir consulta es de una hora con cuarenta minutos... ¡es mucho tiempo! Hace falta mayor organización en el sistema de citas telefónicas o de fichas para dar turno a las mujeres pobres, y que de esta manera, se presenten a la unidad de salud a la hora exacta para que el tiempo que invierten en obtener una consulta sea más reducido.

Asimismo sería positivo que personal médico, de enfermería, trabajadores sociales y otros empleados que laboran en unidades de salud mejoren su trato hacia las mujeres pobres que solicitan atención médica, pues con frecuencia a causa del estrés, aburrimiento o cansancio extremo, médicos y el resto del personal que labora en los servicios de salud ofrecen un servicio con mal humor, con actitud distraída, con actitud apresurada, o incluso con altanería. Entonces para que exista aceptabilidad en el servicio hacia las mujeres pobres, es necesario que se fomente una relación médico-paciente más cordial, más empática, donde la comunicación sea más amable y agradable. Esto puede ayudar a que el diagnóstico del médico sea más acertado además de que las mujeres pobres reciban más satisfacción en la atención médica y su calidad consecuentemente se eleve (Camacho, 2013: 36).

Por último, cabe mencionar que hay propuestas para que las mujeres pobres puedan acceder a cualquier servicio de salud, sin importar su derechohabiencia o afiliación, de acuerdo a sus necesidades de salud y ubicación. Sin embargo, el reto del Estado sería lograr equilibrar las diferencias entre los servicios del IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA Y SEMAR que son de primera categoría; y los

⁴⁴ Secretaría de Salud (2012) Estudio de satisfacción de usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2012. México. Pp. 9 [Internet] Consultado el 12 de diciembre de 2013, de http://www.seguropopular.gob.mx/images/contenidos/Estudio_Satisfaccion/estudio_de_satisfaccion_2012.pdf

servicios de la SSA, que son de segunda categoría. Diferencias no sólo en gastos, sino en la organización interna de cada institución. Otros retos serían mantener una alta calidad de atención médica, evitar limitar el acceso de las mujeres pobres a los servicios de salud con un catálogo de intervenciones similar al que maneja el Seguro Popular⁴⁵.

CONCLUSIONES

La salud tiene importancia porque es parte fundamental del desarrollo vital de una población, en el sentido de que sus cuerpos físicos mantengan un adecuado funcionamiento. Además la salud influye significativamente en la productividad de una población para que desarrolle sus actividades: económicas, políticas y/o

⁴⁵ Coronel, M. (2013, 22 de octubre) El sistema único de salud sí va. *El Economista*. [Internet] Consultado el 13 de diciembre de 2013, de <http://eleconomista.com.mx/columnas/salud-negocios/2013/10/22/sistema-unico-salud-va>

sociales. Asimismo la salud forma parte de la calidad de vida, esto es, con salud es posible que una población alcance bienestar físico total.

Según McLafferty, (2003: 25), la Geografía de la Salud analiza la distribución socioterritorial de los servicios de salud, así como el acceso a la salud que una población puede tener. Entonces la Geografía de Salud aporta un análisis correlacional sobre como una población con unas características socioeconómicas y políticas que se encuentra dentro un determinado espacio socioterritorial, resuelve sus enfermedades a través del uso de servicios de salud.

La importancia del análisis de la Geografía de la Salud permitió determinar que se excluyen a las mujeres en condición de pobreza de los servicios de salud. Esta rama de la Geografía permitió analizar y evaluar los problemas de salud que las mujeres en condición de pobreza experimentan día a día. Asimismo, descubrir la desigual distribución socioterritorial de los servicios de salud así como la baja calidad en la atención médica que las mujeres pobres reciben.

En la presente tesis se detecto que básicamente la población que no tiene acceso a servicios de salud son las mujeres y que dentro de ésta población, quienes experimentan mayor exclusión son las mujeres en condición de pobreza, ya que no tienen suficientes recursos económicos para obtener acceso a servicios de salud y esto reduce su calidad de vida cuando contraen alguna enfermedad, además de que no les permite realizar sus actividades diarias con la misma facilidad; hay veces que incluso una enfermedad puede implicarles mayor pobreza y hasta la muerte.

Por consiguiente, se confirma la hipótesis acerca de que las mujeres en condición de pobreza que viven en periferias urbanas se encuentran excluidas de los servicios de salud, lo que se demostró en primer lugar con la población femenina que no cuenta con ningún tipo de servicios de salud y en segundo lugar, con las mujeres que si tienen acceso pero que reciben servicios de salud con muy baja calidad.

Se lograron los objetivos generales, los cuales fueron analizar la exclusión que las mujeres pobres padecen al acceso a servicios de salud, tanto públicos como privados, y examinar la calidad de los servicios de salud que están dirigidos a las mujeres de la franja periurbana, lo que ayudo a identificar cómo les afecta la distribución desigual de éstos, dado que viven en asentamientos irregulares localizados en la orilla de la ciudad, lo que determina el tipo de servicios de salud que las mujeres utilizan para resolver sus enfermedades.

De acuerdo a lo anterior, las conclusiones se dividieron en cuatro niveles:

El primer nivel se refiere a la pobreza de las mujeres, la cual se determino por varias razones: primero, a partir de que las mujeres pobres viven con sus familias en la periferia urbana del Distrito Federal. Segundo, debido a su condición de pobreza fue más sencillo comprar o invadir un predio en suelo de conservación, por falta de recursos suficientes para comprar o rentar una vivienda en un suelo urbano de mayor precio, incluso conseguir una vivienda por medio de crédito se consideró imposible, y en algunas ocasiones sucede que el predio fue heredado de manera ilegal, entre otras situaciones. Tercero, vivir en la periferia urbana significa vivir con carencia de servicios urbanos: pavimentación, electricidad, agua, empleo, drenaje, gas, transporte, servicios de salud. Estas carencias afectan negativamente la salud de las mujeres pobres y al mismo tiempo las coloca en una situación de mucha vulnerabilidad cuando requieran servicios de salud, los cuales con frecuencia se encuentran alejados de la periferia urbana, aunado a que el sistema de salud público solo ofrece servicios a aquella población con derechohabiencia, la cual se obtiene usualmente a través de una relación de empleo formal.

Es lógico que muchas mujeres pobres no tengan derechohabiencia porque ellas o sus maridos no tienen un empleo formal que provea seguro social, de tal modo que sólo les queda acudir a servicios de salud donde no les sea requerida como los servicios ofrecidos por la SSA. La SSA ofrece servicios de salud a bajo costo en un horario limitado a un número fijo de fichas (turnos), sin embargo la cobertura que posee de centros de salud con hospitales es muy limitada. La distancia que

existe entre los servicios de salud y la periferia urbana resulta ser una de las causas por las que las mujeres pobres no acceden a servicios de salud.

Como **segundo nivel**, se identificaron enfermedades que las mujeres en condición de pobreza son proclives a padecer cuando el entorno espacial de sus viviendas se encuentra en una situación desfavorable: cerca de basura, de fauna dañina como moscas y ratas, de fauna callejera como perros y gatos, del suelo sin pavimentar que desprenden partículas de polvo permanentemente y que en época de lluvias se convierte en charcos de lodo que atraen mosquitos, los cuales son transmisores de bacterias que generan enfermedades. Este tipo de entorno espacial desfavorable es lo que se suele encontrar en la periferia urbana, justamente donde los servicios más básicos son inexistentes o precarios.

En la periferia urbana, la falta de infraestructura implica un alto riesgo de que las mujeres contraigan enfermedades por varias razones. La carencia de agua potable en las viviendas para las actividades de limpieza, para la preparación de alimentos y bebidas, genera una problemática en el sentido de que las mujeres deben comprarla por medio de garrafones en tiendas o comprarla en conjunto con otras familias para que les sea surtida por tanques de agua (las popularmente llamadas “pipas”). La carencia de drenaje también significa que las mujeres pobres deban usar letrinas o fosas sépticas para desechar heces fecales, así como desechar aguas residuales en vía pública, de modo que las mismas mujeres padecen los estragos de su propia contaminación.

Asimismo la carencia de recursos económicos para edificar una vivienda con materiales duraderos y de buena composición, genera que las mujeres sean vulnerables ante las temperaturas extremas, inundaciones, sismos, derrumbes, deslizamientos de suelo, incluso filtración de animales peligrosos como víboras o alacranes.

Por otro lado, el hecho de ubicar las viviendas en la periferia urbana y ante la falta de infraestructura, las mujeres pueden sufrir determinadas enfermedades.

En el caso de la delegación Xochimilco, por medio de datos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal para el año 2013, se encontró que las tres principales enfermedades que han sido detectadas las mujeres que han utilizado los Centros

de Salud de la SSA-DF fueron: infecciones respiratorias agudas, caries y cistitis. Estas enfermedades permiten deducir que el estado de salud de las mujeres en Xochimilco está dañado por varios factores: habitar una vivienda construida con materiales frágiles o inadecuados para el cambio brusco de temperaturas, falta de agua potable, deficiente o nula promoción de parte de los servicios de salud sobre la correcta higiene personal.

En el **tercer nivel**, se encontró que el acceso a servicios de salud de las mujeres en condición de pobreza es limitado en los asentamientos irregulares ubicados como Nochicala, Barrio San Antonio y Circuito Panamericano. Esto se comprobó mediante la aplicación de 70 encuestas.

En los asentamientos irregulares estudiados de la delegación Xochimilco, se encontró que en Nochicala 7.4% de las mujeres padecen diabetes, en el Barrio San Antonio el 8.5% de las mujeres padecen hipertensión arterial, y en Circuito Panamericano 18.5% de las mujeres tienen tendencia a enfermarse de gripe. Las mujeres tienden a enfermarse de gripe porque sus viviendas están construidas con materiales ligeros además que son construidas en zonas altas de la montaña, con lo que fácilmente corrientes de viento frío se filtran y producen drásticos cambios de temperatura. Las mujeres que han padecido y padecen diabetes como hipertensión arterial llevan estilos de vida excesivamente sedentarios, así como hábitos alimenticios perjudiciales con lo que su salud se perjudica.

Cabe destacar en relación a las características demográficas fue que muchas mujeres encuestadas apenas tienen la primaria terminada y que cuentan con el Seguro Popular por lo que muchas utilizan servicios de la SSA-DF.

En cuanto a las características socioeconómicas, 37 de 70 mujeres que acudieron a servicios de la SSA-DF tienen un ingreso familiar mensual por debajo del mínimo, esto es, menos de \$1943.00. Asimismo, es interesante mencionar que muchas de ellas no practicaban deporte por falta de tiempo, lo que destaca que la pobreza no sólo es falta de recursos, sino también de tiempo libre.

Sobre las mujeres que usaron servicios de salud privados, fuera que acudieran a un consultorio particular o a "Consultorios médicos anexos a farmacias", se encontró que el gasto en consulta y medicamentos es muy elevado, que incluso

deben gastar la mitad de su ingreso familiar mensual para resolver su salud, por lo que el riesgo de empobrecimiento es muy alto al usar estos servicios, que si bien permiten la recuperación de la salud, sólo es por un corto plazo pues dichos servicios de salud privados no almacenan expedientes a largo plazo y no le dan continuidad al tratamiento en caso de que no pueda ser pagada la consulta.

Con gastos del hogar y su relación con la salud de las mujeres pobres, se hizo una relación de los factores del entorno espacial que afectan la salud de las mujeres y se traducen en enfermedades. Una correlación resalto que las mujeres pobres que vivan en una periferia urbana, significa que tengan que buscar la manera de suministrarse agua potable a través de la compra de agua embotellada, lo cual previene enfermedades por consumo de agua contaminada, sin embargo representa un gasto extra muy significativo para el propio hogar pues el agua es una necesidad básica para muchas actividades domésticas y principalmente para sobrevivir, sumado a que repetidamente se exponen directamente al riesgo de enfermarse por beber agua contaminada o de recipientes inadecuados (como tambos y cubetas); así se identifico que 13.3% de las mujeres han padecido infecciones en el estomago cuando almacenaban en tambos.

En cuanto a la calidad de los servicios de salud y el grado de exclusión, se examinaron detalles interesantes: uno de ellos fue que las mujeres que no poseen derechohabiencia y sufren de enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes, se encuentran muy excluidas de los servicios de salud, pues su salud se encuentra muy vulnerable al no tener acceso continuo a atención médica para seguir un tratamiento para éste tipo de enfermedades, que no son de sencilla sanación.

Las mujeres pobres suelen acudir a servicios de salud públicos, específicamente los de la SSA-DF por el bajo costo de las consultas, también por la gratuidad que la SSA-DF ofrece a la población de bajos recursos y que no poseen derechohabiencia en alguna institución pública de salud; la gratuidad es un apoyo para muchas mujeres que no pueden gastar parte de su ingreso familiar para resolver su estado de salud aunque sea muy necesario.

El aumento de los servicios de salud privados, específicamente los “consultorios médicos anexos a farmacias”, y el uso frecuente de éstos por las mujeres pobres, aún cuando tengan derechohabencia, es una clara señal de que existe una exclusión indirecta hacia las mujeres pobres en los servicios de salud públicos.

La falta de tiempo para acudir a un centro de salud o clínica, el horario limitado de consultas, el trato estresado del médico, el largo tiempo de espera, la falta de confianza en el diagnóstico del médico y el afán del médico en terminar rápidamente la consulta pueden ser factores que provocan que las mujeres se inclinen por usar servicios de los “consultorios médicos anexos a farmacias”.

El tiempo para obtener una "ficha" o un turno para conseguir una consulta médica es muy largo y no certifica de manera alguna que las mujeres resuelvan su estado de salud, por lo que esto indica que los servicios de salud carecen de alojamiento agradable para que las mujeres obtengan acceso a consultas médicas.

Asimismo es inaceptable que las mujeres deban esperar más de media hora porque se demuestra una falta de respeto a las mujeres que requieren atención médica, a veces mientras sufren dolor o altos niveles de estrés.

La calidad de la atención médica estudiada en el tiempo de espera, tiempo de consulta y el trato del médico demostró que el tiempo de espera suele ser muy largo, lo cual rebaja la calidad del servicio de salud pues son minutos que las mujeres pudieron utilizar en sus actividades domésticas o laborales.

De esta manera 41 mujeres consideraron que el trato del médico era bueno porque percibieron al médico como atento o amable, también percibieron al médico como alguien con ética. A pesar de esto, la percepción de aceptabilidad por parte de las mujeres hacia el trato del médico fue muy limitada; pues no consideraron si el médico debía ser atento y escuchar sus quejas de dolor o molestia, tampoco percibieron si el médico se limitaba a escribir un diagnóstico sin evaluarlas a fondo o si incluso el médico las incitó a aceptar un medicamento o un tratamiento en vez de otro: por ejemplo que el médico manipulará a las mujeres para aceptar recetarles pastillas en vez de inyecciones, o para que las mujeres aceptaran un par de inyecciones en vez de un estudio de laboratorio.

A través del análisis de la accesibilidad, esto es, la distancia entre las mujeres pobres y los servicios de salud que usaron, se reveló que en lo general a las mujeres les quedan aparentemente cerca los servicios de salud. No obstante, considerando que viven en una periferia urbana donde los caminos no están pavimentados, están llenos de basura y polvo, muchos caminos y calles tienen mucha inclinación además de que la mayoría de las calles carecen de nombre, la accesibilidad de las mujeres pobres que provienen de esos asentamientos a los servicios de salud es casi nula.

En relación a las carencias de los servicios de salud que la mayoría de las mujeres percibieron, refirieron tres puntos principales: mayor personal médico, mayor rapidez y mejor trato, así como más medicamentos. Asimismo las mujeres reportaron cierta limitación a una mayor disponibilidad de recursos humanos - médicos y enfermeras - y recursos materiales - específicamente medicamentos-. Entonces su visión sobre el acceso que tienen a los servicios de salud es muy parcial, pues reportaron detalles que les afectan en el momento de la consulta, también en lo que se refiere al gasto de medicamentos debido a la inexistencia de estos en el servicio de salud al que acudieron.

En general las mujeres pobres que fueron encuestadas tienen una incorrecta percepción de servicios de salud, ellas no percibieron que reciben una baja calidad en la atención médica, esto es: antes, durante y después de la consulta, lo que evidencio una clara exclusión a la salud.

Se concluyó que las mujeres pobres que viven en éstos tres asentamientos periféricos de la delegación Xochimilco se encuentran excluidas de los servicios de salud, pues de forma frecuente resuelven su estado de salud de manera parcial o temporal, por lo que su salud nunca está totalmente resuelta por el limitado acceso a servicios de salud de primera categoría.

Por último, en el **cuarto nivel** de las presentes conclusiones, se comprobó la exclusión socioterritorial de las mujeres pobres a los servicios de salud en el marco de las políticas públicas de salud.

Para tal efecto se revisaron las dos principales políticas de salud, que son el Programa Nacional de Salud para el nivel nacional y el Programa de la SSA-DF

para el nivel local; se encontró que las mujeres son parcialmente incluidas en dichas políticas y que las políticas se focalizan a la reducción de determinadas enfermedades, las cuales son principales causas de muerte. Además se descubrió que las políticas locales enfocan muchas más enfermedades o padecimientos y brindan mayor cobertura en servicios de salud, mientras que en las políticas nacionales hay una gran dispersión.

De las políticas públicas de salud dirigidas a las mujeres revisadas a nivel nacional y local, se destacaron tres puntos de gran magnitud: 1) la reducción de mujeres con obesidad o sobrepeso, 2) la modificación de las políticas viales para favorecer a las mujeres peatones y que éstas sean el eje de construcción a partir del cual se elaboren las nuevas políticas viales, y 3) la expansión socioterritorial de los consultorios con farmacias identificados como “Consultorios Anexos a Farmacias”. Finalmente, se analizaron las perspectivas a futuro en la cobertura socioterritorial de los servicios de salud para las mujeres pobres; se analizó que el Seguro Popular realmente no ofrece un apoyo en lo económico a las mujeres pobres porque el Catalogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) sólo cubre una cantidad limitada de enfermedades. Además el Seguro Popular no cuenta con unidades de salud propias, sino que opera a través de unidades de la Secretaría de Salud lo que reduce su cobertura real, ya que las unidades de la Secretaría de Salud no se ubican en las zonas más marginadas, con lo que las mujeres pobres quedan automáticamente excluidas de los servicios de salud.

Por otro lado, existe una desigualdad en la existencia de médicos generales y médicos especialistas, ésta grave situación tiene su raíz desde la formación de médicos en las grandes facultades de medicina. Existe mayor enfoque social para que egresen excelentes médicos especialistas que excelentes médicos generales – incluso hay mayor apoyo para que los médicos especialistas perfeccionen sus conocimientos en universidades extranjeras - , así que existen muchos médicos generales que son deficientes en sus conocimientos y desempeño. Igualmente hay una distribución desigual de médicos especialistas porque la mayor parte se concentra en ciudades, muy pocos se encuentran disponibles en zonas rurales y ni siquiera se puede considerar su existencia en zonas de alta marginación.

Por otra parte es significativo considerar que la desigual distribución de los servicios de salud, tanto públicos como privados, en las periferias urbanas como en las zonas con alta marginación implica una exclusión social a las mujeres pobres porque las mujeres deben recorrer una larga distancia para resolver sus enfermedades o malestares hasta los servicios de salud más cercanos según su ubicación geográfica, es decir, distancia que puede representar una inversión de dinero y tiempo, los cuales con frecuencia las mujeres pobres no tienen.

Lo que debería alarmar es que cuando la población femenina pobre logra acudir a servicios de salud, en realidad obtiene atención médica básicamente a través de médicos generales, no de médicos especialistas. Los médicos generales son quienes les ofrecen atención primaria y quienes brindan consulta en el primer nivel de atención. Por lo que si los médicos generales carecen de las habilidades necesarias, ellos darán una deficiente atención médica a las mujeres que solicitan consulta; como consecuencia ellas siempre tendrán enfermedades incorrectamente diagnosticadas, con lo que su calidad de vida descenderá progresivamente.

Es por ello que las escuelas y facultades de Medicina, públicas y privadas, deben reorganizar sus objetivos hacia la formación de una proporción mayor de médicos generales que brinden atención médica en el primer nivel de atención a la mayor cantidad de población en condición de pobreza. Mientras el Estado no tenga como prioridad la salud de la población pobre, en especial la salud de las mujeres pobres, continuará la exclusión a los servicios de salud y por consecuencia, una falla general de todo el sistema de salud mexicano con una población femenina cada vez más pobre, menos productiva, con escasa salud y con baja calidad de vida.

Asimismo cabe resaltar que falta un profundo sentido humanitario en los médicos, sean egresados de universidades públicas o privadas, para el ofrecimiento de sus servicios, pues el trato hacia las mujeres pobres frecuentemente carece de calidez y cordialidad, de modo que muchos médicos sólo brindan una atención médica deficiente para cobrar por sus servicios. Entonces es vital garantizar un trato más

digno con el objetivo de que la relación médico-paciente sea más satisfactoria para elevar la calidad de los servicios de salud que las mujeres pobres reciban.

Finalmente, con el avance de la tecnología se vislumbra un futuro donde la medicina genómica esté al alcance de la salud pública para reducir y hasta evitar enfermedades de la pobreza, así como enfermedades que representan primeras causas de mortalidad, que afecten a una determinada población, por ejemplo, a mujeres localizadas en zonas de alta marginación. No obstante, es necesario recordar que el uso del conocimiento científico debe estar ligado a una ética humana, que la aplicación de la medicina genómica debe tener como objetivo la salud de la población más pobre por encima de los beneficios socioeconómicos y políticos de unos cuantos.

Es indispensable recalcar que el gobierno debe tomar como prioridad la salud pública de todas las mujeres mexicanas y en su defecto, visualizar mucho más la salud de las mujeres pobres, esto es, ejecutar soluciones prácticas para prevenir que las mujeres pobres puedan enfermar de las principales enfermedades transmisibles como no transmisibles, pues la prevención es la mejor estrategia para reducir índices de morbilidad como de mortalidad. Asimismo, el gobierno podría considerar una nueva reglamentación para brindar mayor cobertura de servicios de salud a la población femenina pobre que habita en las áreas de periurbanización.

Además es necesario que en el futuro se busque una mayor inclusión de las mujeres pobres a los servicios de salud, permitiendo que puedan obtener acceso fácilmente sin la obligación de poseer una derechohabencia, sino a través de una identificación única que agilice la atención médica.

Cabe mencionar como conclusión importante de las encuestas realizadas, de que la correlación entre asentamientos irregulares y enfermedades que se muestra en el cuadro 5.1, se identificaron cuatro principales enfermedades que afectan a la población femenina en condición de pobreza en cada uno de los asentamientos irregulares estudiados. Como se ve en el mapa 5.1, en primer lugar destaca la gripe, con mayor cantidad de mujeres enfermas en Circuito Panamericano; esto es

a causa de mucho polvo en el ambiente, grandes corrientes de aire frío que se filtran por los materiales de las viviendas y cambios drásticos de temperatura. En segundo lugar, aparece la hipertensión arterial, con mayor presencia en San Antonio; esto ocurre por varias razones: las mujeres no tienen un parque o un gimnasio cercano a su casa donde practicar un deporte, no tienen tiempo para practicar deporte o el mismo cansancio, síntoma de la enfermedad, no se los permite. También influye que las mujeres tengan una mala alimentación y el estrés. La diabetes aparece en tercer lugar, destacando Nochicala como el asentamiento donde más mujeres padecen ésta enfermedad; una mala alimentación influye mucho en el padecimiento de la diabetes, en particular el consumo excesivo de azúcar es el detonante. Las mujeres que viven en Nochicala pueden estar consumiendo grandes cantidades de refresco por el bajo precio de éstos, lo cual afecta negativamente su salud. Por último, las infecciones de garganta son recurrentes y en San Antonio, las mujeres las han padecido; probablemente a causa del polvo en el ambiente, de la basura esparcida en las calles sin pavimento y estrés por problemas familiares.

Por último es importante señalar que la diabetes es una enfermedad que está muy relacionada con la hipertensión arterial porque la segunda es una complicación de la primera; esto es, muchas personas que tienen diabetes, suelen presentar hipertensión arterial también. Por lo que cabría preguntarse si algunas mujeres que viven en estos asentamientos y que son hipertensas, sufren diabetes sin saberlo.

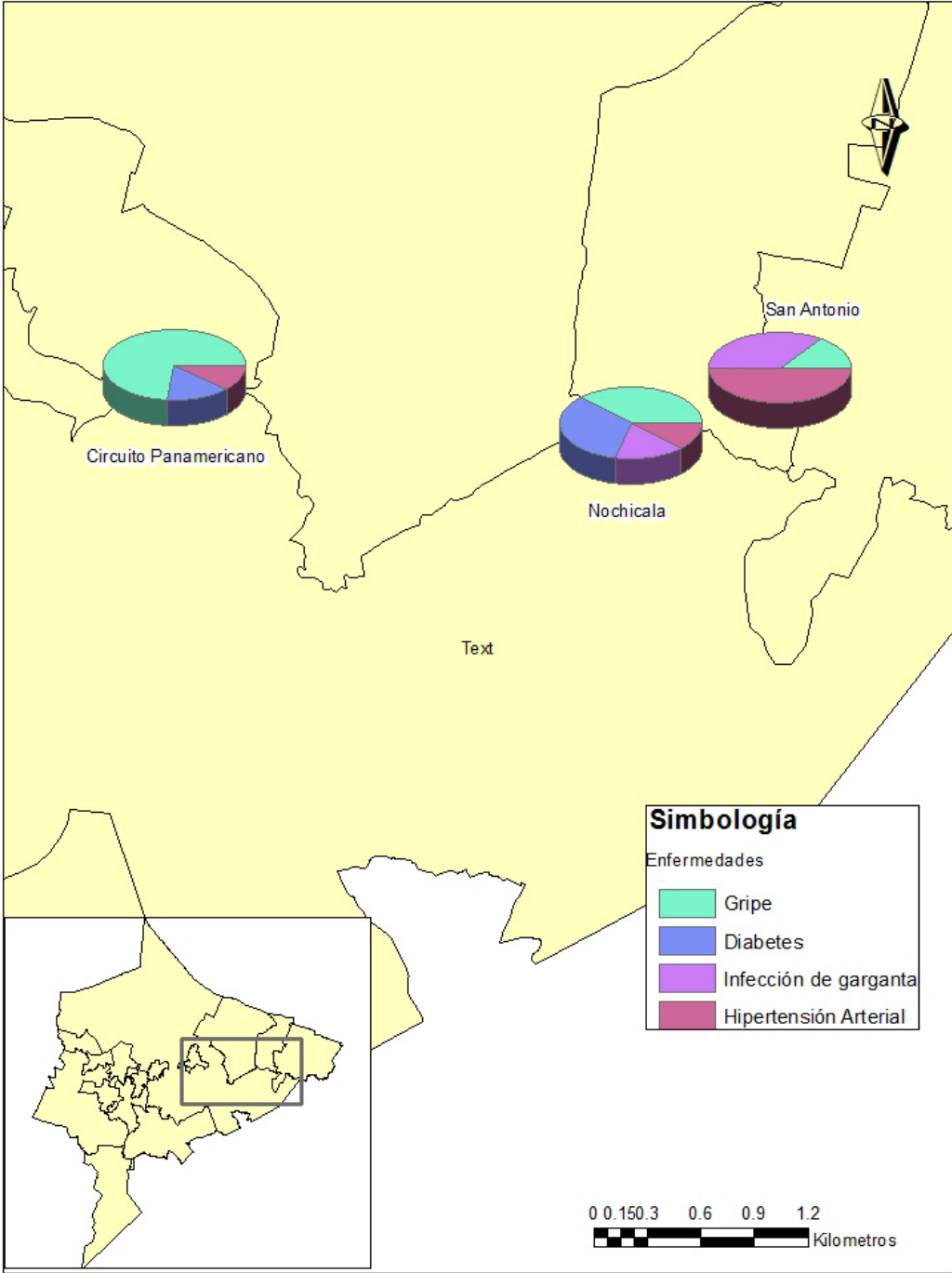
Cuadro 5.1 Xochimilco. Relación entre asentamientos irregulares y enfermedades.

Enfermedades	Asentamiento			Total
	Circuito Panamericano	Nochicala	San Antonio	
Gripe	8	4	1	13
Infección en estomago	1	0	3	4
Fiebre	0	0	1	1
Revisión /Aplicación de estudios	3	1	1	5
Migraña	0	0	1	1

Caries	2	0	1	3
Juanetes	0	0	1	1
Diabetes	2	3	0	5
Quistes o tumores	0	3	0	3
Sobrepeso	0	1	0	1
Osteoporosis	0	1	0	1
Maternidad	1	1	3	5
Cirrosis	0	1	0	1
Parálisis facial	0	1	0	1
Dolor corporal	0	1	0	1
Estrés	1	0	0	1
Cefalea	1	0	0	1
Cáncer	0	1	0	1
Retraso en menstruación	1	0	0	1
Esguince	1	0	0	1
Tiroides	0	0	1	1
Gastritis	1	1	0	2
Infección de garganta	0	2	3	5
El médico no le dio la razón	1	0	1	2
Hipertensión arterial	1	1	4	6
Várices	0	0	1	1
Molestias en el corazón	0	1	1	2
Total	24	23	23	70

Fuente: elaboración propia a través de la aplicación de las encuestas.

Mapa 5.1 Xochimilco. Principales enfermedades por asentamiento.



Fuente: CORENA, datos de encuesta.

Elaboró: Brenda Montañó Hernández

Bibliografía

Aguilar, A. (2002) Las mega-ciudades y las periferias expandidas. Ampliando el concepto en Ciudad de México. *Revista Latinoamericana de Estudios Urbano Regionales*, Vol. XXVIII (85). Pp. 121-149

Aguilar, A. y López, F. (2004) Niveles de cobertura y accesibilidad de la infraestructura de los servicios de salud en la periferia metropolitana de la Ciudad de México. *Investigaciones Geográficas, Boletín del Instituto de Geografía, Universidad Nacional Autónoma de México* (54). Pp. 185-209

Aguilar, A. (Coord.). (2006) Introducción. En Aguilar, A. (Ed.), *Las grandes aglomeraciones y su periferia regional: experiencias en Latinoamérica y España (5-18)*. México: Porrúa.

Aguilar, A. (2008) Peri-urbanization, illegal settlements and environmental impact in Mexico City. *Cities*, 25 (3), pp. 133-145.

Aguilar, A. (2009) Urbanización periférica e impacto ambiental. El suelo de conservación en la Ciudad de México. En Aguilar, A. y Escamilla, I. (Eds.), *Periferia urbana: deterioro ambiental y reestructuración metropolitana* (pp. 21-52). México: Porrúa.

Annandale, E. (2009) *Women's health and social change*. United Kingdom: Routledge. Pp. 1-67

Anthamatten, P. and Hazen. H. (2011) *An introduction to the geography of health*. New York: Routledge. Pp. 1-4.

Arreola, H., Soto, H. y Garduño, J. (2003) Los determinantes de la no demanda de atención a la salud en México. En Knaul, F., y Nigenda, G. (Eds.) *Caleidoscopio de la Salud: de la investigación a las políticas, y de las políticas a la acción* (pp. 173-183). México: Fundación Mexicana para la salud.

Ávila, H. (2001) Ideas y planteamientos teóricos sobre los territorios periurbanos. Las relaciones campo-ciudad en algunos países de Europa y América.

Investigaciones Geográficas, Boletín del Instituto de Geografía de la Universidad Nacional Autónoma de México, 45. Pp. 108-127

Barbosa, M. (2004) Entre naturales, ajenos y avecindados; crecimiento urbano en Xochimilco 1929-2004. En: Terrones, M. (Coord.) *A la orilla del agua. Política, urbanización y medio ambiente: historia de Xochimilco en el siglo XX*. México: Instituto Mora, Gobierno del Distrito Federal, Delegación Xochimilco. Pp. 153- 207.

Barr, D. (2007) *Introduction to U.S. Health Policy: the organization, financing, and delivery of health care in America*. United States of America: The Johns Hopkins University Press. Pp. x-xi.

Baum, F. (2003) The effectiveness of community-based health promotion in Healthy Cities programmes. In Takano, T. (Ed.) *Healthy Cities and Urban Policy Research*. Great Britain: The Cromwell Press. Pp. 124

Brown. T., McLafferty, S. y Moon, G. (2010) *A Companion to health and medical geography*. Massachusetts: Wiley-Blackwell. Pp. 1-13

Cerda, A. (2010) *Derecho a la salud en el Distrito Federal*. México: Consejo de evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal. Pp. 10-15

Chen, M. et al. (2005) *El progreso de las mujeres en el mundo 2005: mujeres, trabajo y pobreza*. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer. Pp. 63-65

Comisión Nacional Contra Las Adicciones (2011) *Encuesta Nacional de adicciones 2011: Reporte Alcohol*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Pp. 23-26

Comisión Nacional Contra Las Adicciones (2011) *Encuesta Nacional de adicciones 2011: Reporte de Drogas*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Pp. 26

Comisión Nacional Contra Las Adicciones (2011) *Encuesta Nacional de adicciones 2011: Reporte de Tabaco*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Pp. 23

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2012) *Pobreza y Género en México. Hacia un sistema de indicadores*. México: CONEVAL. Pp. 74

Cortés, J. (2013) *Pobreza, marginación y exclusión social en México*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

Cromley, E y McLafferty, S. (2012) *GIS and Public Health*. New York: The Guilford Press. Pp. 303-337

Cruz, V., Morán, C. y Álvarez, R. (1998, enero-febrero) Parasitosis intestinal en niños de una comunidad rural y factores de riesgo implicados en ellas. *Revista Mexicana de Pediatría* 65 (1). Pp. 9-11

Curtis, S., Graham, e. y Moore, E. (2004) *The geography of health inequalities in the developed world: views from Britain and North America*. England: Ashgate. Pp. 37-97

Daniel, A. (2010) *Problemas de congestionamiento vial en Xochimilco*. Tesis de Licenciatura en Geografía, Universidad Nacional Autónoma de México. Pp. 38, 66.

De la Fuente, J. (2010) En: Alcántara, I. y Graue, E. (Coords.) *Atlas de la Salud en México: Bicentenario de la Independencia, Centenario de la Revolución*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Geografía, Facultad de Medicina. Pp. 213

Dieterlen, P. (2008) La dimensión ética de la pobreza y la exclusión. En: Cordera, R., Ramírez, P. y Ziccardi, A. (Coords.) *Pobreza, desigualdad y exclusión social en la ciudad del siglo XXI*. México: Siglo XXI. Pp. 62-72

Erviti, J. (2005) *El aborto entre mujeres pobres: sociología de la experiencia*. México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM. Pp. 131

Escamilla, I. y Santos, C. (2012, mayo) *La zona metropolitana del Valle de México: transformación urbano-rural en la región centro de México*. Resumen de la ponencia presentada en el XII Coloquio Internacional de Geocrítica. Bogotá, Colombia.

Fernández, C. (2003) *La igualdad de oportunidades: los discursos de las mujeres sobre avances, obstáculos y resistencias*. España: Icaria. Pp. 273- 280

Figuroa, J., comp. (1998) *La condición de la mujer en el espacio de salud*. México: El Colegio de México. Pp. 33-87, 167-197

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2007) *Estado de la población mundial 2007: liberar el potencial del crecimiento urbano*. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Pp. 48,49

Fuentes, C. (2009) *La estructura espacial urbana y accesibilidad diferenciada a centros de empleo en Ciudad Juárez, Chihuahua*. *Región y Sociedad*, XXI (44). Pp. 117-144.

Gaceta Oficial del Distrito Federal (1996, 29 de enero) *Ley de Desarrollo Urbano del Distrito Federal*. México: Gobierno del Distrito Federal. Pp. 29

Gaceta Oficial del Distrito Federal (2005, 6 de mayo) *Programa Delegacional de Desarrollo Urbano para la Delegación del Distrito Federal en Xochimilco*. México: Gobierno del Distrito Federal. Pp. 37-38, 42-43

Gaceta Oficial del Distrito Federal (2014, 14 de febrero) *Acuerdo por el que se modifica el Tabulador de Cobro de Derechos por los Servicios Médicos que presta el Distrito Federal*. México: Gobierno del Distrito Federal. Pp. 9-18

Gacitúa, E. y Davis, S. (2000) Introducción: pobreza y exclusión social en América Latina y el Caribe. En Gacitúa, E., Sojo, C. y Davis, S. (Eds.), *Exclusión Social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe* (pp. 13-23). Costa Rica: Banco Mundial.

Garay, J. y Farfán, M. (2007) Niveles de depresión, autoestima y estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y mujeres que tienen un trabajo no remunerado (amas de casa). *Psicología Iberoamericana*. Vol 15 (2). Pp. 22-29

Garrocho, C. (1995) *Análisis socioespacial de los servicios de salud: accesibilidad, utilización y calidad*. México: El Colegio Mexiquense y Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México. Pp. 309-348

Gatrell, A. and Elliot, S. (2009) *Geographies of health: an introduction*. United Kingdom: Wiley- Blackwell. Pp. 174-234

Gesler, W. and Kearns, R. (2002) *Culture/ Place/ Health*. London: Routledge. Pp. 102

Gobierno Federal (2012) *Rendición de Cuentas en Salud 2011*. México: Secretaría de Salud, Dirección General de Evaluación del Desempeño. Pp. 160

Godoy, L. (2004) *Entender la pobreza desde la perspectiva de género*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Serie Mujer y Desarrollo (52) Pp. 12-14

Gomes da Conceicao, M. (2002, 4 a 8 de noviembre) *Servicios de Salud en México: indicadores de cobertura y uso de servicios*. Documento presentado en la XIII Reunión de la Asociación Brasileña de Estudios de Población en Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil. Pp. 1-29

Gómez Gómez, E. (2002) Equidad, género y salud: retos para la acción. Revista Panamericana de Salud Pública 11 (5/6), pp. 454- 461.

González, S., comp. (1995) *Las mujeres y la salud*. México: El Colegio de México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer. Pp. 13-26, 199-258

Grupo de Economistas y Asociados (2010, mayo) *Diagnóstico de las necesidades y rezago en materia de vivienda de la población en pobreza patrimonial*. México: Secretaría de Desarrollo Social. Pp. 13-14

Gutiérrez, J. y Rivera, J. (Coord.) (2012) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: resultados por entidad federativa. Distrito Federal*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. Pp. 44, 83, 96, 150, 181

Hood, E. (2005, May) Dwelling Disparities: How Poor Housing Leads to Poor Health. *Environmental Health Perspectives*, Volume 113 (5). Pp. A310-A317

Huq-Hussain, S. (1995) Fighting poverty: the economic adjustment of female migrants in Dhaka. *Environment and urbanization*, 7 (2). Pp. 51-66

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2009) *Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2009*. México.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010) *Censo de Población y Vivienda 2010*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010) *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2009*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2012) *Mujeres y hombres 2012*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Pp. 49, 152

Instituto Nacional de las Mujeres (2011) *Feminicidio en México: aproximación, tendencias y cambios, 1985-2009*. México: LXI Legislatura Cámara de Diputados, Instituto Nacional de las Mujeres, ONU Mujeres. Pp. 31-32

Instituto Nacional de las Mujeres (2012) Algunos Elementos Para Un Diagnóstico Del Feminicidio En El Distrito Federal. En: *Feminicidio en México: Aproximación, tendencias y cambios, 1985-2009*. México: ONU-MUJERES, El Colegio de México, INMUJERES, Cámara de Diputados. Pp. 4

Komives, K. Foster, V., Halpern, J. y Wodon, Q. (2005) *Agua, electricidad y pobreza: ¿quién se beneficia de los subsidios a los servicios públicos?* Colombia: Mayol Ediciones. Pp. 1-8

Kumate, J. (2010) En: Alcántara, I. y Graue, E. (Coords.) *Atlas de la Salud en México: Bicentenario de la Independencia, Centenario de la Revolución*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Geografía, Facultad de Medicina. Pp. 220-221

Lara, M., Acevedo, M. y Berenzon, S. (2004, junio) La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (3). Pp. 818-828.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (2007, 31 de marzo) México: Gobierno de México, Honorable Congreso de la Unión. Pp. 1-89

Ley del Seguro Social (1995, 21 de diciembre) México: Gobierno de México, Honorable Congreso de la Unión. Pp. 1-128

Lisker, R. (2010) En: Alcántara, I. y Graue, E. (Coords.) *Atlas de la Salud en México: Bicentenario de la Independencia, Centenario de la Revolución*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Geografía, Facultad de Medicina. Pp. 226-227

López, F. (2003) Las políticas sociales y la cobertura de los servicios de salud en la periferia metropolitana de la Ciudad de México. *Tesis de Maestría en Geografía*. Universidad Nacional Autónoma de México. Pp. 128-129

López, F. (2006) Niveles de dotación de agua y drenaje en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México. En Aguilar, A. (Ed.), *Las grandes aglomeraciones y su periferia regional: experiencias en Latinoamérica y España* (pp. 143-179). México: Porrúa.

López, F. (2007) El análisis del espacio local como paradigma metodológico de la periferia metropolitana. *Diseño y Sociedad* (22/ 07 Primavera- 23/07 Otoño). Pp. 4-11

López, F. (2011) Agua y condiciones de salud en la periferia urbana pobre del Distrito Federal: el caso de la delegación Xochimilco. En Aguilar, A. y Escamilla, I. (Coords.), *Periurbanización y sustentabilidad en grandes ciudades* (pp. 373-411) México: Porrúa.

López, F. (2014) Las farmacias con consultorio médico anexo: una alternativa para población pobre (en prensa).

López, O. y Blanco, J. (2007) La ciudad fragmentada: Condiciones de vida, salud y disponibilidad de servicios de atención médica en el Distrito Federal. *Territorios metropolitanos*. Año 1 (No. 1), Diciembre 2007. Pp. 56-70

Mansilla, P. y Fuenzalida, M. (2010) Procesos de desarrollo urbano-regional y exclusión territorial: nuevas formas de urbanización en el área metropolitana de Valparaíso. Estudio de caso ciudad de Curauma. *Revista del Instituto de Vivienda*, Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Universidad de Chile. Volumen 25 (69). Pp. 103-123

Martínez, P. (2013) *Pobreza y segregación socioterritorial de la población indígena migrante en el Distrito Federal*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México. Pp. 90

McLafferty, S. (2003) GIS and health care. *Annual Reviews of Public Health*, 24:25-42.

Menolli, P.; Ivama, A. y Cordoni, L. (2009) Caracterización de los servicios farmacéuticos de atención primaria del Sistema Único de Salud en Londrina, Paraná, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública* (25), no. 3. Pp. 254-259.

Millman, M. (1993) *Access to Health Care in America*. National Academy Press, Institute of Medicine, Washington, DC. Pp. 4

Mogrovejo, N. (1997) Relatos de vida de mujeres de las colonias populares. la otra cara de la ciudad. En Schteingart, M. et al. (Ed.), *Pobreza, condiciones de vida y salud en la Ciudad de México* (Pp. 717-780). México: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano.

Moral, J., González, M., y Landero, R. (2011, julio) *Estrés percibido, ira y burnout en amas de casa mexicanas*. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud* 2 (2). Pp. 123-143

Muñoz, N. y Bosch, F. (1996) Relación causal entre virus del papiloma humano y cáncer cervicouterino y consecuencias para la prevención. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 121 (6). Pp. 550-566

Murguialday, B. y Bosque, A. (1994) *Riesgos en salud en el trabajo de ama de casa*. España: EMAKUNDE/ Emakumearen Euskal Erakundea (Instituto Vasco de la Mujer). Pp. 14-30

Narayan, D. et al. (2000) *¿Hay alguien que nos escuche?* Serie La voz de los pobres. España: Mundi-Prensa. Pp 30-80, 111-114

Navarro, C. (2010) En: Alcántara, I. y Graue, E. (Coords.) *Atlas de la Salud en México: Bicentenario de la Independencia, Centenario de la Revolución*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Geografía, Facultad de Medicina. Pp. 229-230

Organización Panamericana de la Salud (2003) *Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe; Serie No. 1, Extensión de la Protección Social en Salud*. Estados Unidos de América: Washington. Pp. 6

Organización Mundial de la Salud (2013) *Informe sobre la salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal*. Suiza: Organización Mundial de la Salud. Pp. 5-6.

Ortiz, F. (2010) En: Alcántara, I. y Graue, E. (Coords.) *Atlas de la Salud en México: Bicentenario de la Independencia, Centenario de la Revolución*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Geografía, Facultad de Medicina. Pp. 231-232

Pacione, M. (2001) *Urban geography: a global perspective*. London: Routledge. Pp. 539

Padrón, M. y Román, P. (2010) Exclusión social y exclusión en salud: apuntes teórico-conceptuales y metodológicos para su estudio social. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*. XLIII (128). Pp. 815-843

Pérez, A. y Betancourt, R. (2007, mayo) Tracoma, atraso y miseria. *Revista Contralínea*. Año 5 (79). Pp. 18-27

Pérez, R. (2010) En: Alcántara, I. y Graue, E. (Coords.) *Atlas de la Salud en México: Bicentenario de la Independencia, Centenario de la Revolución*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Geografía, Facultad de Medicina. Pp. 233-234

Phillips, D. (1990) *Health and health care in the Third World*. England: Longman Scientific & Technical. Pp. 1-30, 103-149

Procuraduría Ambiental y del Ordenamiento Territorial del Distrito Federal (2008) *Estudio sobre la zona chinampera y demás afectadas de las delegaciones Xochimilco, Tláhuac y Milpa Alta, por la proliferación de asentamientos humanos irregulares en materia de afectaciones al medio ambiente y el ordenamiento territorial*. México: Procuraduría Ambiental y del Ordenamiento Territorial.

Prieto, C. (2002) *Genero: la cuestión está en la diferencia, infidencias de la discriminación y exclusión por género en materia de salud en Colombia*. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de Salud. Pp. 2, 3

Puentes, E. *et al.* (2006) Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. *Revista Panamericana de Salud Pública* 19(6). Pp. 394-402

Ramírez, E. (2007, agosto) Coicoyán, el inframundo. *Contralínea*. Pp. 18-25

Ricketts, T. (2010) *Accessing to health care*. En Brown, T., McLafferty y Moon, G. (Eds.) *A companion to health and medical geography*. Massachusetts: Wiley-Blackwell. Pp. 521-535

Rolnik, R. (1999) *Territorial Exclusion and Violence: the case of Sao Paulo, Brazil*. Washington, D.C.: Woodrow Wilson International Center for Scholars (Comparative Urban Studies Occasional paper Series, 26), 1999. Pp. 4-24

Rosenberg, M. (1998) Medical or health geography? Populations, peoples and places. *International Journal of Population Geography* 4, pp. 211-226.

Rosenberg, M., Wilson, K. (2000) Gender, poverty and location: how much difference do they make in the geography of health inequalities? *Social Science & Medicine*, Volume 51, Issue 2. Pp. 275-287.

Ryan, K. (2004) Enteric infections and food poisoning. In Ryan, K., Ray, G. and Sherris, J. (Eds.) *Sherris Medical Microbiology: an introduction to infectious diseases* (857-865) United States of America: McGraw-Hill

Salgado, V. y Wong, R. (2007) Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. Salud pública de México, Vol. 49 (suplemento 4), pp. 515-521.

Santos, H. (2006) Relación entre la pobreza, iniquidad y exclusión social con las enfermedades de alto costo en México. *Revista Cubana de Salud Pública* 32 (2). Pp. 131-145

Secretaría de Salud (2007) *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México: Secretaría de Salud. Pp. 57-58

Secretaría de Salud (2012) *Información Epidemiológica de Morbilidad: Anuario 2011, Versión Ejecutiva*. SUIVE/DGE/SALUD. Pp. 134, 170

Secretaría de Salud del Distrito Federal (2013) *Agenda Estadística 2012*. México: Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial, Dirección de Información en Salud. Pp. 83

Secretaría de Salud del Distrito Federal (2013) *Programa de Trabajo 2013*. México: Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial. Dirección de Políticas de Salud, Planeación y Evaluación.

Seguro Popular (2012) *Informe de Resultados 2012*. México: Sistema de Protección Social en Salud. Pp.46

Sistema de Protección Social en Salud (2012) *Informe de Resultados 2012*. México: Secretaría de Salud. Pp. 24

Silva, Y. (2005, abril) Calidad de los servicios privados de salud. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, Vol. XI (001). Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela. Pp. 167-177

Silver, H. (1994) Exclusión social y solidaridad social: tres paradigmas. *Revista Internacional del Trabajo*. Vol. 113 (5-6) Pp. 1-49

Simon, D., McGregor, D. and Thompson, D. (2006) Contemporary Perspectives on the Peri-Urban Zones of Cities in Developing Areas. En Simon, D., McGregor, D. and Thompson, D. (Eds.), *The Peri-Urban Interface: approaches to sustainable natural and human resource use* (pp. 3-17). United Kingdom: Earthscan.

Stevens, P. (1993) *Marginalized women's access to health care: a feminist narrative analysis*. *Advances in Nursing Science* Vol. 16 (2) Pp. 40

Stevens, P. (2004) *Diseases of poverty and the 10/90 gap*. Great Britain: Hanway Print Centre. Pp. 4

Székely, M. (2003) Lo que dicen los pobres. *Cuadernos de Desarrollo Humano* 13. Noviembre 2003. Pp. 9-28

Tacoli, C. (2012) *Urbanization, gender and urban poverty: paid work and unpaid carework in the city*. Urbanization and emerging population issues working paper 7. International Institute for Environment and Development United Nations Population Fund. Pp. 24

Tecla, A. (Coord.)(1982) *Enfermedad y clase obrera: marco teórico*. México: Instituto Politécnico Nacional, Escuela de Enfermería y Obstetricia. Pp. 112-114

Vargas, H. (2012) *Exclusión social de mujeres que han ejercido la prostitución en el barrio Santafé, en Bogotá, Colombia*. Universidad de Granada, Instituto de Estudios de la Mujer. Pp. 25-28

Vera, J. (2010) *Análisis de políticas públicas de corte social: el Seguro Popular en el Distrito Federal*. Tesis de Maestría en Gobierno y Asuntos Públicos, Universidad Nacional Autónoma de México. Pp. 136

Zurita, B. y Ramírez, T. (2003) Desempeño del sector privado de la salud en México. En Knaul, F., y Nigenda, G. (Eds.) *Caleidoscopio de la Salud: de la*

investigación a las políticas, y de las políticas a la acción (pp. 173-183) México: Fundación Mexicana para la salud.

Hemerografía

AFP (2012, 2 de marzo) Comida frita eleva el riesgo de derrame cerebral en mujeres. *La Jornada*. Pp. 2^a

Alcántara, L. (2009, 3 de diciembre) Explotación en el “quehacer doméstico”: los amos del siglo XXI. *El Universal*. Pp. A6

Aldaz, P. (2013, 30 de abril) Enfermedades y falta de hogar afectan a niños. *El Universal*. Pp. C1

Arellano, C. (2010, 25 de octubre) Trauma por golpes o accidentes, principal causa de muerte en niños de uno a cuatro años. *La Jornada*. Pp. 47

Arellano, S. (2012, 17 de agosto) México es séptimo en accidentes vehiculares. *Milenio*. Pp. 11

Arellano, C. (2013) Cada año mueren 16 mil personas; en diciembre aumentan 20% los percances viales. *La Jornada*. Pp. 47

Ballinas, V. (2009, 12 de mayo) La salud pública se brinda en condiciones deficientes: CNDH. *La Jornada*. Pp. 5

Ballinas, V. (2010, 2 de noviembre) El ISSSTE incumple norma al demorar hasta 12 horas en atender a sus pacientes. *La Jornada*. Pp. 38

Bautista, A. (2013, 10 de octubre) Su quinto hijo tuvo que nacer en el pasto. *El Universal*. Pp. A16

Bellinghausen, H. (2009, 1 de marzo) El gobierno, omiso ante falta de servicios médicos en Chiapas. *La Jornada*. Pp. 16

Camacho, F. (2013, 9 de junio) Pacientes, último eslabón del maltrato. *La Jornada*. Pp. 36

Cruz, A. (2008, 11 de febrero) Acercan servicios de salud a las zonas marginadas mediante unidades móviles. *La Jornada*. Pp. 43

Cruz, A. (2009, 15 de septiembre) Pese al Seguro Popular, no baja la mortalidad materna en el país. *La Jornada*. Pp. 36

Cruz, A. (2010, 2 de abril) Cerca de 80% de mujeres adquiere virus del papiloma humano alguna vez en su vida. *La Jornada*. Pp. 31

Cruz, A. (2010, 30 de septiembre) El Seguro Popular no garantiza el acceso a los servicios médicos requeridos. *La Jornada*. Pp. 46

Cruz, M. (2011, 20 de enero) Rechaza la Ssa que se pretenda negar el acceso al examen de detección de cáncer de mama. *La Jornada*. Pp. 41

Cruz, A. (2011, 24 de marzo) Ssa: sobrepeso y obesidad reducen 10 años de vida. *La Jornada*. Pp. 41

Cruz, A. (2011, 13 de abril) El gasto de bolsillo para pagar servicios de salud es alto: Fernando del Río. *La Jornada*. Pp. 48

Cruz, A. (2011, 13 de julio) En dos meses el instituto gastó 2 mil 300 millones de pesos en vales de medicinas. *La Jornada*. Pp. 7

Cruz, A. (2011, 19 de octubre) Cáncer de mama, primera causa de muerte tumoral en mujeres. *La Jornada*. Pp. 42

Cruz, A. (2012, 8 de abril) Seguro Popular: cobertura "universal" pero no disponibilidad de servicios. *La Jornada* Pp. 30

Cruz, A. (2012, 13 de mayo) Persiste en México alta tasa de mortalidad materna. *La Jornada*. Pp. 33

Cruz, A. (2013, 15 de mayo) "Incumple" el Seguro Popular en proteger vida de las mujeres. *La Jornada*. Pp. 45

Cruz, A. (2012, 24 de junio) Aumentan accidentes cerebrovasculares; ya es la tercera causa de muerte: SINAIS. *La Jornada*. Pp. 42

Cruz, A. (2012, 31 de octubre) Se duplicó número de jóvenes drogadictos en 10 años: ENA. *La Jornada*. Pp. 38

Cruz, A. (2013, 23 de enero) Acreditan al vapor unidades de la SSA para los afiliados al Seguro Popular. *La Jornada*. Pp. 42

Cruz, A. (2013, 29 de junio) Pagan las familias de su bolsillo la mitad de los gastos de farmacia. *La Jornada*. Pp. 37

Cruz, A. (2013, 25 de julio) Siguen en aumento consultorios médicos anexos a las farmacias. *La Jornada*. Pp. 40

Cruz, A. (2013, 11 de septiembre) Intenta frenar desvío de recursos del Seguro Popular en los estados. *La Jornada*. Pp. 36

Cruz, A. (2013, 25 de septiembre) Enfermedades cardiovasculares, primera causa de muerte en el país: 71 mil al año. *La Jornada*. Pp. 38

Cruz, A. (2013, 12 de octubre) Salva plan contra cáncer a 7 mil mujeres: Ahued. *La Jornada*. Pp. 31

Cruz, A. (2013, 16 de octubre) Persisten rezagos en el sector salud, admite Mercedes Juan. *La Jornada*. Pp. 43

Cruz, A. (2013, 18 de octubre) Mueren cada año 5700 mexicanas por cáncer de mama, "mal curable" si se detecta a tiempo. *La Jornada*. Pp. 41

Cruz, A. y Romero, G. (2012, 12 de enero) Niegan atención a embarazada y pierde producto en la vía pública. *La Jornada*. Pp. 37

Cruz, A. y Servín, M. (2013, 25 de noviembre) Buscan abatir violencia familiar. *La Jornada*. Pp. 37

De Marcelo, A. (2012, 21 de noviembre) Accidente dejó a 2 niños gravemente heridos: bestias al volante. *La Prensa*. Pp. 41

Díaz, A. (2011, 30 de marzo) Mayoría de empleadas domésticas, sin servicios de salud. *La Jornada*. Pp. 18

Díaz, A. (2011, 29 de abril) Desnutrición infantil, uno de los problemas de la población urbana de áreas marginadas. *La Jornada*. Pp. 41

Díaz, A. (2012, 11 de julio) El Estado mexicano no ha garantizado el acceso a servicios de salud: ONG. *La Jornada*. Pp. 45

Enciso, A. (2012, 11 de septiembre) Mortalidad materna, "grave problema de salud pública y justicia social": CONEVAL. *La Jornada*. Pp. 47

Enciso, A. (2013, 16 de julio) México ocupa el segundo sitio en obesidad, aclara Mercedes Juan. *La Jornada*. Pp. 36

Franco, L. (2010, 3 de junio) La Corte avala demandas contra brujos y yerberos. *La Crónica de hoy*. Pp. 13

García, C. (2013, 13 de junio) Muere bebé mixteca de desnutrición. *La Jornada*. Pp. 40

Garduño, R y Méndez, E. (2013, 23 de octubre) Avalan dictamen que fiscaliza sistema de protección de salud. *La Jornada*. Pp. 41

Gómez, C. (2012, 7 de abril) Tramitología crucifica a jubilados y pensionados. *La Jornada*. Pp. 2

Gómez, C. (2013, 19 de agosto) Sigue sin detección oportuna el cáncer de mama: oncóloga. *La Jornada*. Pp. 34

Gómez, C. (2013, 23 de agosto) Médicos reciben consultorio en comodato, no son vendedores: Farmacias Similares. *La Jornada*. Pp. 38

Gómez, C. (2013, 29 de septiembre) Ambiente de obesidad, riesgo para desarrollar males cardiovasculares. *La Jornada*. Pp. 29

Gómez, L. (2009, 10 de noviembre) Diabetes, problema de salud número uno en la ciudad, advierte Ahued. *La Jornada*. Pp. 31

Gómez, L. (2013, 2 de enero) Aumentan accidentes de tránsito por impericia y exceso de alcohol. *La Jornada*. Pp. 27

Gómez, L. (2013, 8 de julio) Exigen grupos sociales declarar "emergencia en salud" en el DF. *La Jornada*. Pp. 35

Gómez, L. (2013, 9 de julio) Hay en el DF una epidemia de obesidad y sobrepeso infantil: secretario de Salud. *La Jornada*. Pp. 32

Gómez, L. (2013, 30 de septiembre) Sufre hipertensión arterial uno de cada tres habitantes de la capital. *La Jornada*. Pp. 37

- Gómez, N. (2009, 3 de agosto) Huyen del ginecólogo por miedo y vergüenza. *El Universal*. Sociedad. Pp. 11
- Gómez, T. (2010, 12 de abril) La decepción del Seguro Popular: expertos ven fallas de diseño y en el manejo de recursos. *El Universal*. Nación. Pp. A12-A13
- González, L. (2009, 2 de octubre) La pobreza produce gordura y viceversa. *El Economista*. Pp. 47
- Herrera, C. (2011, 25 de octubre) Bajo la mortalidad infantil, mas no hay comparación con Chile o Costa Rica. *La Jornada*. Pp. 41
- López, R. (2013, 13 de abril) Ssa: se desviaron recursos del Seguro Popular en Tabasco. *La Jornada*. Pp. 28
- Martínez, F. (2011, 10 de octubre) Enciende alarmas el alto índice de relaciones sexuales sin protección. *La Jornada*. Pp. 4
- Martínez, S. (2013, 25 de agosto) Avanza entre jóvenes el consumo de tolueno, droga letal y barata. *La Jornada*. Pp. 29
- Méndez, E. y Garduño, R. (2013, 27 de septiembre) La despenalización de drogas debe ir acompañada de prevención: expertos. *La Jornada*. Pp. 18
- Miranda, J. (2013, 5 de marzo) La obesidad y el sobrepeso, causas de mayor probabilidad de ausencia laboral. *La Jornada*. Pp. 41
- Montes, R. (2012, 13 de diciembre) Ni seguridad, ni comodidad. *El Universal*. Metrópoli. Pp. C2
- Montes, R. (2013, 11 de noviembre) Para 2014, Instituto de la Diabetes. *El Universal*. Pp. C5
- Moreno, M. (2011, 22 de octubre) Crisis ambiental en Xochimilco, espacio emblemático de nuestra capital. *El Universal*. Metrópoli. Pp. C2
- Muñoz, P. (2012, 6 de marzo) Mujeres son blanco de la violencia laboral en México. *La Jornada*. Pp. 38

Norandi, M. (2009, 15 de octubre) Mueren 4 de cada 5 con cáncer cérvico uterino por falta de atención oportuna. *La Jornada*. Pp. 41

Norandi, M. (2010, 8 de abril) Disminuirá la esperanza de vida en personas con obesidad: especialistas. *La Jornada*. Pp. 40

Norandi, M. (2010, 25 de abril) Ocurre en México una violación sexual cada 4 minutos, dice la Ssa. *La Jornada*. Pp. 35

NOTIMEX (2003, 30 de marzo) Las sirvientas piden mejores condiciones de trabajo *La Crónica de hoy*. Pp. 27

Pantoja, S. (2012, 19 de octubre) Detección temprana evita cáncer de mama. *El Universal*. Pp. C1-C2

Pantoja, S. (2013, 5 de marzo) Abren clínica para atender a diabéticos. *El Universal*. Pp. C2

Poy, L. (2007, 15 de octubre) Denuncian profesores tortuguismo del ISSSTE para proveer atención médica. *La Jornada*. Pp. 18

Poy, L. (2009, 9 de abril) Mujeres sin acceso a la educación formal, 66% de los analfabetos en el mundo. *La Jornada*. Sociedad y Justicia. Pp. 37

Quintero, J. (2005, 12 de julio) Alerta roja en el DF por los asentamientos irregulares. *La Jornada*. Pp. 44

Quintero, J. (2011, 31 de octubre) Pobladores de Xochimilco denuncian invasión de tierras por profesionales. *La Jornada*. Pp. 34

Quintero, J. (2013, 8 de febrero) La drogadicción se inicia cada vez a menor edad, aun en niños, documentan. *La Jornada*. Pp. 10

Quintero, J. y Cruz, A. (2008, 18 de octubre) Falta mantenimiento en zonas de conservación ecológica del sur-oriente. *La Jornada*. Pp. 35

Ramírez, B. (2013, 19 de febrero) Atropellamientos, 30% de los accidentes viales en la ciudad. *La Jornada*. Pp. 36

- Ramírez, B. (2013, 28 de octubre) Incultura causa 8 accidentes de tránsito al día. *La Jornada*. Pp. 35
- Ramírez, T. (2010, 27 de septiembre) La cuarta parte de la población del DF padece del corazón: Armando Ahued. *La Jornada*. Pp. 40
- Reuters (2011, 11 de octubre) Cada 7 segundos alguien muere por diabetes en el mundo: expertos. *La Jornada*. Pp. 2
- Roa, A. (2013, 30 de abril) Chambea como todos los días, su festejo. *El Universal*. Pp. C5
- Robles, J. (2012, 26 de marzo) Se agrava escasez de agua en Iztapalapa. *El Universal*. Pp. C2
- Rodríguez, R. (2011, 20 de enero) Salud reconoce rezago en cobertura. *El Universal*. Pp. A9
- Rodríguez, R. (2013, 24 de septiembre) Ex secretarios ven rezagos en salud. *El Universal*. Pp. A10
- Romero, G. (2013, 10 de abril) La diabetes tiene a México en una verdadera emergencia de salud pública. *La Jornada*. Pp. 47
- Royacelli, G. (2011, 30 de noviembre) Medicina alternativa, la otra opción, y gratis. *El Universal*. Metrópoli. Pp. C2
- Royacelli, G. (2012, 28 de febrero) Unidades de salud en el Metro. *El Universal*. Pp. C2
- Salinas, J., Chávez, S. y Ramón, R. (2012, 11 de enero) Sin permiso, tira el DF desechos en relleno sanitario de Tecámac. *La Jornada*. Pp. 35.
- Sarabia, D. y Cárdenas, F. (2013, 13 de agosto) Buscan adelgazar a los burócratas. *Reforma*. Pp. 2
- Servin, M. (2012, 13 de junio) La fila para comprar droga en La Curva, como si fuera para las tortillas, señalan. *La Jornada*. Pp. 45

Servín, M. (2013, 24 de septiembre) Cumple 10 años la implantación del alcoholímetro. *La Jornada*. Pp. 35

Suárez, M. (2012, 14 de octubre) Sólo un hospital y una ambulancia atienden a habitantes de Milpa Alta. *La Jornada*. Pp. 31

Valenzuela, O. (2007, 17 de marzo) Mujeres, principal blanco de infecciones urinarias. *El Universal*. Sociedad. Pp. A16

Velasco, E. (2013, 8 de febrero) Al día, 41 violaciones sexuales; urge avalar reglamento en defensa de mujeres: CDD. *La Jornada*. Pp. 9

Velasco, E. (2013, 27 de febrero) La obesidad es ya la segunda causa de mortalidad en el país. *La Jornada*. Pp. 50

Velasco, E. (2013, 28 de mayo) "Difícil", cumplir la meta de bajar en 50% la mortalidad materna. *La Jornada*. Pp. 36

Velasco, E. (2013, 5 de noviembre) Pide Inmujeres políticas públicas para las niñas. *La Jornada*. Pp. 33

Velasco, E. y Ballinas, V. (2013, 25 de noviembre) Alrededor de 47% de las mexicanas han sufrido agresiones emocionales. *La Jornada*. Pp. 40

Zaragoza, G. (2010, 20 de abril) Niños, entre la obesidad y la desnutrición. *La Jornada*. Pp. 43

Referencias electrónicas

Aguilar, H. (2012, 14 de mayo) *Xochimilco: entra en crisis clínica del ISSSTE tras generar bloqueo en citas telefónicas*. Informativo Anahuac [Internet] Consultado el 2 de octubre de 2014, de http://infoanahuac.blogspot.mx/2012/05/xochimilco-entra-en-crisis-clinica-del_14.html

Álvarez, R. (2013, 10 de enero) Soy enfermera. *Excelsior*. [Internet] Consultado el 13 de diciembre de 2013, de <http://www.excelsior.com.mx/opinion/2013/01/10/rafael-alvarez-cordero/878663>

American Heart Association (2012) *Silent Ischemia and Ischemic Heart Disease*. Consultado el 22 de diciembre de 2013, de [http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack/PreventionTreatmentofHeartAttack/Silent-Ischemia-and-Ischemic-Heart-Disease UCM 434092 Article.jsp#](http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack/PreventionTreatmentofHeartAttack/Silent-Ischemia-and-Ischemic-Heart-Disease_UCM_434092_Article.jsp#)

Archundia, M. y Martínez, E. (2010, 24 de enero) Xochimilco gana en turismo, pero tiene alto rezago en salud. *El Universal*. [Internet] Consultado el 26 de noviembre de 2013, de <http://www.eluniversal.com.mx/primera/34324.html>

Badillo, M. (2011, 24 de julio) El rentable negocio de la salud pública. *Contralínea* [Internet] Consultado el 1 de enero de 2013, de <http://contralinea.info/archivo-revista/index.php/2011/07/24/el-rentable-negocio-de-la-salud-publica/>

Bastos, S. (2007, 9 de agosto) Las amibas: parásitos invisibles. [Versión electrónica] *Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado de Morelos*. Consultado el 18 de enero de 2013, de http://www.ccytem.morelos.gob.mx/jccytem/index.php?option=com_content&task=view&id=135

Campo, D. (2013, 16 de octubre) México, de la desnutrición a la obesidad: el fracaso en alimentación. *Revista Contralínea*. [Internet] Consultado el 22 de diciembre de 2013, de <http://contralinea.info/archivo-revista/index.php/2013/10/16/mexico-de-la-desnutricion-la-obesidad-el-fracaso-en-alimentacion/>

Cantera, S. (2014, 29 de mayo) Soriana se autorreceta negocio en México. *CNNEXPANSION*. Obtenido el 12 de agosto de 2014, de: <http://www.cnnexpansion.com/negocios/2014/05/28/soriana-compite-con-consultorios>

Colinas, L. (2008) Economía productiva y reproductiva en México: un llamado a la conciliación. *Serie estudios y perspectivas*. Febrero de 2008 (No. 94), paginas 27-28. Consultado el 6 de junio de 2012, de <http://www.eclac.org/cgi->

[bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/8/32298/P32298.xml&xsl=/mexico/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xslt](http://www.salud.df.gov.mx/bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/8/32298/P32298.xml&xsl=/mexico/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xslt)

Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal (2010) Índice de Desarrollo Social de las Unidades Territoriales del DF por Delegación, 2010. México. [Internet] Consultado el 11 de octubre de 2013, de <http://www.evalua.df.gov.mx/medicion-unidades-territoriales-2010.php>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2010) Anexo Estadístico de la Medición Municipal 2010 México. [Internet] Consultado el 9 de octubre de 2013, de <http://www.coneval.gov.mx/Medicion/Paginas/Medici%C3%B3n/Anexo-estad%C3%ADstico-municipal-2010.aspx>

Consejo Nacional de Población (2011) Capítulo 1. Concepto y dimensiones de la marginación. México. [Internet] Consultado el 24 de junio de 2014, de <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1755/1/images/01Capitulo.pdf>

Coronel, M. (2013, 22 de octubre) El sistema único de salud sí va. *El Economista*. [Internet] Consultado el 13 de diciembre de 2013, de <http://eleconomista.com.mx/columnas/salud-negocios/2013/10/22/sistema-unico-salud-va>

Directorio oficial de Hospitales para la realización de la Interrupción Legal del Embarazo. Instituto de las Mujeres. Consultado el 23 de agosto de 2013, de http://www.inmujeres.df.gov.mx/wb/inmujeres/directorio_de_hospitales_en_donde_se_realiza_la_in

Directorio de los Hospitales de la Secretaría de salud del Distrito Federal. Consultado el 26 de agosto de 2013, de http://www.salud.df.gov.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=38&Itemid=56

Dirección General de Información en Salud (DGIS). *Base de datos de recursos (infraestructura, materiales y humanos) de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud 2001-2012*. [Internet]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. Consultado el 18 de diciembre de 2013, de <http://www.sinais.salud.gob.mx>

Dirección General de Información en Salud (DGIS). *Base de datos de egresos hospitalarios por morbilidad en Instituciones Públicas, 2004-2012*. [Internet]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. Consultado el 18 de diciembre de 2013, de <http://www.sinais.salud.gob.mx>

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2000) *Estado de la Población Mundial*. Pp. 38. Consultado el 25 de julio de 2012, de <http://www.unfpa.org/swp/2000/espanol/ch05.html>

Formigo, J. (2005) *Periurbanización y rururbanización en Galicia*. III Coloquio de Geografía Urbana. Departamento de Geografía de la Universidad. Pp. 318 Consultado el 7 de agosto de 2012, de http://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/periurbanizacin-y-rururbanizacin-en-galicia-0/html/00410b52-82b2-11df-acc7-002185ce6064_2.html Pp. 317-327

García, R. Factores de riesgo de morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años. *Rev Méd Electrón*. [Seriada en línea] 2010; 32(3). Consultado el 13 de enero de 2013, de <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol3%202010/tema10.htm>

Gómez, O. et al. (2011) *Salud Pública de México*. Vol. 53 (2). Pp. 220-232 Consultado el 13 de agosto de 2012, de http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002625

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010, 22 de junio) Comunicado No. 213/10 sobre la *Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2009* en Aguascalientes, Aguascalientes. Consultado el 6 de septiembre de 2012, de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/comunicados/enut09.asp>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013) *Estadísticas Vitales*. Registros Administrativos. [Internet] Consulta Interactiva de Datos. Consultado el 15 de diciembre de 2013, de <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=mortgral&c=33465&s=est&cl=4#>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014) *Estadísticas de accidentes de tránsito terrestre en zonas urbanas y suburbanas*. [Internet] Consultado el 27 de enero de 2014, de: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=14744&c=23705&s=est&cl=4#>

Instituto Mexicano del Seguro Social (2012, 2 de julio) Mujeres, más vulnerables a sufrir depresión. *Comunicado No. 069 de la Coordinación de Comunicación Social*. Pp. 1-2. Consultado el 24 de agosto de 2012, de http://www.imss.gob.mx/comunicacion/comunicados2012/Comunicados%202012/Julio%202012/Documents/069_PDF.pdf

Instituto Nacional de las Mujeres (2005, diciembre) *Pobreza, género y uso del tiempo*. [Versión electrónica] México: INMUJERES. Consultado el 4 de septiembre de 2012, de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100719.pdf

Lamas, M. (2011) Pobreza de tiempo. *Proceso*. [Internet] 3 de septiembre, (No. 1818). Consultado el 6 de junio de 2012, de <http://www.proceso.com.mx/?p=280728>

Leal, G. (2013, 5 de enero) Seguro Popular: ¿Guerrero como Tabasco? *La Jornada*. [Internet] Consultado el 13 de diciembre de 2013, de <http://www.jornada.unam.mx/2013/01/05/opinion/011a1pol>

Lindón, A. (1997) De la expansión urbana y la periferia metropolitana. *Colección Documentos de Investigación 4*. Pp. 1-22. [Versión electrónica] Consultado el 5 de febrero de 2013, de

http://estudiosmetropolitanos.xoc.uam.mx/doc_elec/biblioteca/expansionurbana_lindon.pdf

Magally, S. (2000, 26 de septiembre) Para evadir la pobreza, mujeres indígenas emigran a las grandes ciudades de México. *Comunicación e información de la mujer*. Consultado el 10 de agosto de 2012, de <http://www.cimac.org.mx/noticias/semanal00/s00100101.html>

Marracino, C. (2013) *Coberturas de Salud*. Cátedra Medicina Preventiva y Social. Universidad Nacional del Rosario. Ministerio de Salud, República de Argentina. [Internet] Consultado el 4 de noviembre de 2013, de <http://saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-140.pdf>

Medical Disability Advisor (s/f) *Cerebrovascular disease*. Consultado el 22 de diciembre de 2013, de <http://www.mdguidelines.com/cerebrovascular-disease>

Mezquía, A. *et al.* Condiciones ambientales riesgosas para las infecciones respiratorias agudas en escolares de primaria. *Rev Cubana Med Gen Integr*, Ciudad de La Habana, v. 27, n. 2, jun. 2011. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000200003&lng=es&nrm=iso . Accedido en 13 de enero de 2013.

Mora, K. (2012, 19 de agosto) Recibe "Caravanas de Salud" primer lugar en productividad. *El Universal*. [Internet] Consultado el 26 de noviembre de 2013, de <http://www.eluniversaldf.mx/home/nota49629.html>

National Center for Complementary and Alternative Medicine (2008) *What is complementary and alternative medicine?* Consultado el 18 de enero de 2013, de <http://www.nccam.nih.gov/health/whatiscam>

Obstetricia Universal. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Consultado el 23 de agosto de 2013, de http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=46

Organización Mundial de la Salud (s/f) Salud de la Mujer. [Internet] Consultado el 30 de junio de 2014, de http://www.who.int/topics/womens_health/es/

Organización Mundial de la Salud (1981) Infecciones intestinales por protozoos y helmintos. [Versión electrónica] *Serie de Informes Técnicos 666*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Pp. 1-89 Consultado el 15 de enero de 2013, de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41310/1/WHO TRS 666 \(part1\) spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41310/1/WHO_TRS_666_(part1)_spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2009) *Las mujeres y la salud: los datos de hoy y mañana*. Pp. 1-6. Consultado el 18 de julio de 2012, de http://www.who.int/gender/women_health_report/es/index.html

Organización Mundial de la Salud (2009) *Salud de la mujer*. 334. Consultado el 24 de julio de 2012, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud (2009) *Salud de la mujer*. 334. Consultado el 24 de julio de 2012, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/index.html>

Organización Panamericana de la Salud. (2006) *Enfermedades desatendidas: enfermedades de la pobreza*. Organización Mundial de la Salud. Pp. 1-2. Consultado el 23 de agosto de 2012, de <http://www.paho.org/common/Display.asp?Lang=S&RecID=10098>

Página electrónica de la Delegación Xochimilco (2010) [Internet] Consultado el 1 de octubre de 2013, de <<http://www.xochimilco.df.gob.mx>>

Pérez, J. y Mora, M. (2006) *De la pobreza a la exclusión social: la persistencia de la miseria en Centroamérica*. Informe de FLACSO Costa Rica presentado al Centro de Estudios para América Latina y la Cooperación Internacional de la Fundación Carolina. Consultado el 2 de agosto de 2012, de <http://www.fundacioncarolina.es/es-ES/publicaciones/avancesinvestigacion/Documents/delapobrezaalaexclusionsocial.pdf>

Preguntas frecuentes. Seguro Popular [Internet] Consultado el 3 de octubre de 2014, de http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguero_popular/index/preguntas.php

Presidencia de la República (2013, 6 de noviembre) Chécate, Mídete, Muévete. [Internet] Consultado el 12 de diciembre de 2013, de <http://www.presidencia.gob.mx/checate-midete-muevete/>

Procuraduría Ambiental y del Ordenamiento Territorial del Distrito Federal (2003) *Asentamientos irregulares en el suelo de conservación del Distrito Federal*. México: PAOT. Pp. 1-19. Consultado el 29 de agosto de 2012, de <http://www.paot.org.mx/centro/temas/suelo/docpaot/asentamientos.pdf>

Programa de Agua Potable y Alcantarillado Sanitario en Pequeñas y Medianas Ciudades - PROAPAC. (2009, julio) *Compendio informativo sobre enfermedades hídricas*. Cooperación Técnica Alemana. Pp. 1-48. Consultado el 5 de septiembre de 2012, de <http://www.proapac.org/publicaciones/1-4-11/campana%20manos%20limpias/libro%20de%20enfermedades%20hidricas.pdf>

Propuesta con punto de acuerdo. (2007, 11 de julio) [Internet] Consultado el 13 de octubre de 2013, de <http://www.aldf.gob.mx/archivo-72bdd37860251eb739f325f69259ee2e.pdf>

REDACCION. (2013, 28 de octubre) Infarto cerebral, un riesgo silencioso. *El Universal*. Consultado el 3 de diciembre de 2013, de <http://www.eluniversaldf.mx/home/enterate-infarto-cerebral-un-riesgo-silencioso.html>

Robles, J. (2013, 29 de mayo) Servicios médicos gratis benefician a 3 millones en DF. *El Universal*. [Internet] Consultado el 26 de noviembre de 2013, de <http://www.eluniversal.com.mx/notas/926109.html>

Secretaría de Desarrollo Social (2010) *Diagnóstico sobre la falta de certeza jurídica en hogares urbanos en condiciones de pobreza patrimonial en asentamientos irregulares*. SEDESOL. Pp. 1-43. Consultado el 2 de septiembre de 2012, de

http://www.sedesol2009.sedesol.gob.mx/archivos/802567/file/Diagnostico_PASPR_AH.pdf

Secretaría de Desarrollo Social (2012) *Sistema Normativo de Equipamiento Urbano. Tomo II: Salud y asistencia social*. México: Secretaría de Desarrollo Social. Pp. 20-28. Consultado el 14 de enero de 2014, de http://www.inapam.gob.mx/work/models/SEDESOL/Resource/1592/1/images/salud_y_asistencia_social.pdf

Secretaría de Salud (2012) *Estudio de satisfacción de usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2012*. México. Pp. 9 [Internet] Consultado el 12 de diciembre de 2013, de http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Estudio_Satisfaccion/estudio_de_satisfaccion_2012.pdf

Secretaría de Salud del Distrito Federal (2014) *Respuesta a la solicitud de información pública con folio INFOMEX 0321500049814*. [Internet] Subdirección de Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica, Dirección de Vigilancia e Inteligencia Epidemiológica, Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, Secretaria de Salud del Distrito Federal.

Secretaría de Salud Pública del Distrito Federal (2014) *Solicitud de Información Pública con folio INFOMEX 0321500058014*. [Internet] Secretaría de Salud, Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Seguro Popular. Consultado el 10 de agosto de 2012, de http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro_popular/

Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS). (2011) *Boletín de Información Estadística: Recursos Financieros Vol. IV (30)*. México: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. [Internet] Consultado el 21 de diciembre de 2013, de <http://www.sinais.salud.gob.mx/recursosfinancieros/publicaciones.html>

Sistema Nacional de Información en Salud (2011, 1 de julio) *Principales causas de mortalidad en mujeres, 2008*. [Versión electrónica] Consultado el 17 de enero de 2013, de <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>

Toledo, X. y Romero, H. (2006) Exclusión socioterritorial [En línea]. *Geograficando*, 2, (2). Pp. 13-26 Consultado el 6 de agosto de 2012, de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.350/pr.350.pdf

ANEXO

Cuadro 3.3 Hospitales públicos generales y de especialidades de la Secretaría de salud del Distrito Federal (SSA-DF), por delegación y detalle de los servicios ofrecidos.

Delegación	Nombre del hospital general	Nombre del hospital de especialidades
Álvaro Obregón	Hospital General Enrique Cabrera	
	Consulta Externa: Medicina Interna , Cirugía General , Cardiología , Ginecobstetricia , Geriatria , Oftalmología , Endocrinología, Odontología , Dermatología , Otorrinolaringología , Neurología , Urología	
	Especialidades y servicios: Ginecobstetricia , Medicina Interna, Cirugía Ambulatoria, Cirugia General, Terapia Intensiva Neonatales, Terapia Intensiva Adultos , Terapia Intermedia , Imagen y Radiodiagnóstico, Laboratorio Clínico, Inhaloterapia , Urgencias Médico-Quirúrgicas	
Azcapotzalco		Hospital Materno Infantil Dr. Nicolás M. Cedillo
		Consulta Externa: Gineco-obstetricia, Otorrinolaringología
		Especialidades y servicios: Urgencias, Gineco-Obstetricia, Cirugía gineco-obstétrica
		Hospital Pediátrico Azcapotzalco
		Consulta externa: Odontología, Alergología, Pediatría Médica, Cardiología, Hematología, Dermatología
		Especialidades y servicios: Urgencias, Cirugía Pediátrica, Ortopedia, Otorrinolaringología, Cirugía Plástica, Neonatología

Benito Juárez	Hospital General Xoco	
	Consulta externa: Ginecología, Cirugía General, Medicina Interna, Neurocirugía, Ortopedia, Cirugía plástica, Cirugía articular, Oncología, Dermatología, Otorrinolaringología, Maxilofacial, Gastroenterología, Oftalmología, Inhaloterapia, Tomografía, Endoscopia	
	Especialidades y servicios: Urgencias, Medicina Interna, Gineco-Obstetricia, Neurocirugía, Cirugía General, Ortopedia, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Microcirugía articular	
Coyoacán		Instituto Nacional de Pediatría
		Especialidades: Alergia, Cardiología, Cirugía Cardiovascular, Cirugía General, Cirugía Oncológica, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Cirugía de Tórax y Neumología, Comunicación Humana, Dermatología, Endocrinología, Estomatología, Gastro-Nutrición, Genética, Hematología, Infectología, Inmunología, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Interna, Nefrología, Neonatología, Neurología, Neurocirugía, Oftalmología, Oncología, Ortopedia, Otorrinolaringología, Parasitología, Radioterapia, Salud Mental, Salud Reproductiva, Urología y Urgencias .
		Hospital Pediátrico Coyoacán

		Consulta externa: Pediatría Clínica, Ortopedia, Oftalmología, Otorrinolaringología, Dental, Psicología, Gastroenterología, Medicina Preventiva
		Especialidades y servicios: Urgencias, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Oftalmología, Ortopedia, Gastroenterología, Infectología, Neonatología
Cuajimalpa		Hospital Materno Infantil Cuajimalpa
		Consulta externa: Gineco-obstetricia, Odontología, Planificación Familiar, Colposcopia
		Especialidades y servicios: Urgencias, Obstetricia, Pediatría, Anestesiología, Cirugía, Dietología
Cuauhtémoc	Hospital General Gregorio Salas	Hospital Infantil de México Federico Gómez
	Consulta externa: Odontología, Planificación Familiar, Medicina Preventiva, Medicina Interna, Oftalmología	Pediatría. Consulta externa, hospitalización y urgencias.
	Especialidades y servicios: Urgencias, Cirugía General, Medicina Interna, Gineco-Obstetricia, Traumatología, Cirugía Oftalmológica	Hospital Nacional Homeopático
		Consulta externa: Homeopatía, Acupuntura, Herbolaria, Obstetricia. Psicología y Estomatología
		Especialidades y servicios: Anestesiología. Cirugía de: pared abdominal, de hígado y vías biliares, gástrica, de intestino delgado, de colon y recto, de extremidades (tejidos blandos), urgencias quirúrgicas (principalmente abdominal); diagnóstico endoscópico de

	<p>patologías del tubo digestivo superior. Estomatología. Farmacia Homeopática. Ginecología. Imagenología. Medicina interna. Pediatría. Urgencias.</p>
	Hospital General de México
	<p>Servicios: Otorrinolaringología, Oftalmología, Hematología, Audiología y Foniatría, Urología, Nefrología, Ortopedia, Gastroenterología, Cirugía plástica, Dermatología, Geriatria, Oncología, Gineco-Obstetricia, Terapia Médica Intensiva, Anestasiología, Quirófano Central, Clínica del Dolor, Laboratorio, Radiología e Imagenología, Cirugía General, Medicina Interna, Alergia e Inmunología, Patología, Genética, Consulta externa, Medicina Preventiva, Urgencias, Banco de sangre, Medicina Física y Rehabilitación, Neurología y Neurocirugía, Reumatología, Estomatología, Endocrinología, Salud mental, Infectología, Neumología, Medicina Experimental, Cardiología, Pediatría y Farmacología Clínica.</p>
	Hospital Pediátrico Peralvillo
	<p>Consulta externa: Pediatría Clínica, Medicina Familiar, Dental, Ortopedia, Psicología, Otorrinolaringología, Ortopedia, Cardiología</p>
	<p>Especialidades y servicios: Urgencias, Neonatología, Lactantes, Prematuros, Pre-</p>

		Escolares, Infecciosos, Otorrinolaringología, Cirugía Pediátrica
Gustavo A. Madero	Hospital General La Villa	Hospital Juárez de México
	Consulta externa: Psiquiatría, Psicología, Ortopedia, Padecimiento de Columna, Medicina Interna, Dermatología, Odontología	Especialidades: Alergia e Inmunología, Geriatria, Gastroenterología, Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Hematología, Medicina Interna, Neumología e Inhaloterapia, Nefrología, Psicología y Psiquiatría, Reumatología, Preconsulta, Neurofisiología. Cirugía General. Gineco-Obstetricia. Pediatría. Medicina Crítica. Medicina Nuclear.
	Especialidades y servicios: Urgencias, Ortopedia y Traumatología, Clínica de Columna, Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Dermatología, Oftalmología, Odontología, Terapia intermedia	
	Hospital General Ticoman	Hospital Materno Infantil Cuatepec
	Consulta externa: Consulta General, Consulta Externa de Especialidad, Inhaloterapia, Odontología, Medicina Preventiva, Clínica de Hipertensión Arterial, Clínica del Dolor, Clínica de Displasias, Psicología	Consulta externa: Ginecología, Obstetricia, Dental, Medicina Preventiva, Colposcopia
	Especialidades y Servicios: Urgencias, Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Gineco Obstetricia, Oftalmología, Otorrinolaringología, Anestesiología, Ortopedia	Especialidades y servicios: Urgencias, Pediatría, Cirugía, Ginecología, Odontología, Medicina General
		Hospital Pediátrico Villa
		Consulta externa: Pediatría Clínica, Ortopedia, Dental, Psicología, Inhaloterapia

		Especialidades y servicios: Urgencias, Cirugía Pediátrica, Ortopedia, Otorrinolaringología, Neonatología
		Hospital Pediátrico San Juan de Aragon
		Consulta externa: Pediatría Clínica, Otorrinolaringología, Ortopedia, Oftalmología, Geriatría
		Especialidades y servicios: Urgencias, Cirugía Pediátrica, Ortopedia, Neonatología, Lactantes, Infectología, Pre- Escolares
Iztacalco		Hospital Pediátrico Iztacalco
		Consulta externa: Consulta General, Ortopedia, Cirugía Pediátrica, Dental, Psicología, Oftalmología, Medicina Preventiva, Urología, Nefrología, Rehabilitación
		Especialidades y servicios: Urgencias, Cirugía Pediátrica, Cirugía Ortopédica, Neonatología, Lactantes, Pre- escolares, Cirugía Urológica, Oftalmología
Iztapalapa	Hospital General Regional Iztapalapa	Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez
	Consulta externa: Ortopedia, Gineco-Obstetricia, Dermatología, Traumatología, Maxilofacial, Psicología, Odontología	Consulta externa: Medicina Interna, Cardio-Neumología, Coloproctología, Gastroenterología, Geriatría, Ginecobstetricia, Hematología, Nefro-Urología, Oftalmología, Endocrinología, Odontología, Dermatología, Otorrinolaringología, Neurología
	Especialidades y servicios: Urgencias, Medicina Interna, Cirugía General, Cirugía Maxilofacial, Pediatría, Gineco Obstetricia, Neumología, Gastroenterología,	Especialidades y servicios: Medicina Interna, Cirugía Ambulatoria, Ginecobstetricia, Cirugía General, Terapia Intensiva Adultos, Terapia Intermedia Adultos, Imagen y

	Dermatología, Oftalmología, Traumatología, Ortopedia, Odontología	Radiodiagnóstico, Laboratorio Clínico, Inhaloterapia, Urgencias Médico-Quirúrgicas
	Clínica Hospital Emiliano Zapata	Hospital Pediátrico Iztapalapa
	Servicios: Consulta externa, urgencias, cirugía, laboratorio, farmacia, neonatología y pediatría.	Consulta externa: Alergología, Dental, Oftalmología, Ortopedia, Otorrinolaringología, Psiquiatría, Psicología, Dermatología, Terapia de Lenguaje
		Especialidades y servicios: Urgencias, Cirugía Pediátrica, Ortopedia, Otorrinolaringología, Inhaloterapia, Infectología
La Magdalena Contreras		Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras
		Consulta externa: Gineco-obstetricia, Pediatría, Odontología
		Especialidades y servicios: Urgencias, Ginecología - Obstetricia, Cirugía
Miguel Hidalgo	Hospital General Rubén Leñero	Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes
	Consulta externa: Ortopedia, Rehabilitación, Cirugía Plástica, Inhaloterapia, Epidemiología, Neurología, Quemados	Servicios. Consulta Médica, Oftalmología, Psicología, Consulta Externa, Electrocardiograma, Oncología, Endocrinología, Inmunología, Microbiología, Patología, Bioquímica, Líquidos Biológicos, Hematología, Banco de Sangre, Laboratorio de Genética, Laboratorio de Farmacología Clínica, Climaterio, Neurofisiología del Desarrollo, Radiología, Radiología Pediátrica, Clínica de Urología Ginecológica, Clínica de Andrología, Biología Molecular, Tamiz Neonatal,

	Urgencias, Ultraecsonografía, Ultrasonido Pediátrico, Medicina Fetal, Hospitalización, Quirófano, Anestesiología, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, Cuidados Intermedios Recién Nacido, Cunero, Unidad de Cuidados Intensivos Adulto, Estomatología.
Especialidades y servicios:Urgencias, Ortopedia y Traumatología, Cirugía General, Medicina Interna, Neurocirugía, Cirugía Ambulatoria, Terapia Intensiva, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Quemados, Cirugía Maxilofacial	Hospital de la Mujer
	Especialidades: Ginecología, Embarazo de alto riesgo, Oncología ginecológica, Clínica de displasias, Climaterio, Medicina Interna, Cardiología, Planificación Familiar (sólo cirugía), Esterilidad
	Especialidades de apoyo:Medicina preventiva, Lactancia materna, Laboratorio de genética, Nutrición, Terapia intensiva adultos y neonatología, Estomatología, Estimulación temprana, Psicología clínica, Epidemiología, CAI (Centro de Atención Integral para víctimas de violencia sexual).
	Hospital Pediátrico Legaria

		Consulta externa: Neurología, Neurocirugía, Pediatría Clínica, Dental, Ortopedia, Oftalmología, Psicología, Estimulación Temprana, Medicina Preventiva, Inhaloterapia
		Especialidades y servicios: Urgencias, Neurología, Neurocirugía, Ortopedia, Oftalmología, Inhaloterapia, Clínica de Epilepsia, Manejo Integral del Traumatismo Craneoencefálico
		Hospital Pediátrico Tacubaya
		Consulta externa: Medicina General, Cardiología, Medicina Física, Odontología, Ortodoncia, Dietética y Nutrición
		Especialidades y servicios: Urgencias, Quemados Básicos, Quemados Infeccionados, Lactantes, Cirugía General, Ortopedia, Neonatología, Inhaloterapia, Cirugía Plástica
Milpa Alta	Hospital General Milpa Alta	
	Consulta externa: Clínica de Displasias, Modulo para la Atención de la Violencia de Género, Odontología, Psicología, Medicina Preventiva	
	Especialidades y servicios: Urgencias, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Gastroenterología	
Tláhuac	Hospital General Tláhuac	Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno
	Consulta externa: Urgencias, Atención en Medicina Interna, Cirugía General, Ginecobstetricia, Pediatría.	Consulta externa, hospitalización y urgencias.

	Especialidades: Gerontología, Dermatología, Epidemiología, Radiología, Psiquiatría, Otorrinolaringología, Ortopedia, Oftalmología y Urología.	Hospital Materno Infantil Tláhuac
		Consulta externa: Ginecobstetricia, Clínica de Displasias
		Especialidades y servicios: Urgencias, Gineco-Obstetricia
Tlalpan	Hospital General Ajusco Medio	Hospital Materno Infantil Topilejo
	Especialidades: Pediatría, Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología, Gastroenterología, Geriatria, Cardiología y Epidemiología	Consulta externa: Gineco-obstetricia, Pediatría, Odontología, Colposcopia
		Especialidades y servicios: Urgencias, Gineco-obstetricia, Pediátrica, Medicina Preventiva, Epidemiología
		Instituto nacional De Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
		Consulta externa, hospitalización y urgencias.
		Hospital Psiquiátrico Dr. Juan N. Navarro
		Medicina General, Psiquiatría, Psicología, Consulta Externa, Hospitalización, Laboratorio Clínico, Imagenología.
		Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
		Servicios: Consulta externa, Hospitalización, Hospitalización Parcial, Urgencias
		Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente Muñiz
		Servicios: Preconsulta, Atención Psiquiátrica Continua, Hospitalización
		Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

	Servicios: Consulta externa, urgencias, hospitalización. Rehabilitación neurológica. Radioneurocirugía. Radiología. Tomografía. Resonancia magnética. Terapia endovascular neurológica.
	Instituto Nacional de Cancerología
	Consulta externa, hospitalización y urgencias.
	Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
	Consulta Externa. Banco de Sangre. Servicios extras: Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Genética, Ginecología, Hematología, Infectología, Inmunología, Neurología, Estomatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Ortopedia, Psicología, Psiquiatría y Urología. Clínicas de Anticoagulantes, Atención Precoz e Insuficiencia Cardíaca; clínicas de Arritmias, Marcapasos, Intervencionismo, Geriátrica, Cardiopatías Congénitas del Adulto y Cardiología Pediátrica, así como áreas de Electrocardiología y de Ecocardiografía.
	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío

		<p>Servicios: Anestesiología, Audiología, Cardiología, Cirugía cardiovascular, Cirugía General y Endoscópica, Cirugía de tórax, Cirugía pediátrica, Cirugía plástica y reconstructiva, Clínica del dolor y cuidados paliativos, Coloproctología, Dermatología, Electrocardiografía, Endocrinología, Endoscopia, Epidemiología y Medicina Preventiva, Estomatología, Foniatría, Gastroenterología, Genética, Ginecología, Infectología, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Interna, Neurología, Neurocirugía, Nutrición, Obesidad, Obstetricia, Oftalmología, Oncología médica, Ortodoncia, Ortopedia, Otorrinolaringología, Parálisis facial y nervio periférico, Paidopsiquiatría, Pediatría, Psicología, Psiquiatría, PUVA, Reumatología, Urología.</p>
		Instituto Nacional de Rehabilitación
		<p>Servicios: Consulta externa, Urgencias. Especialidades: Audiología, Foniatría y Patología del Lenguaje, Ortopedia, Medicina de Rehabilitación, Atención de Quemados, Oftalmología, Otorrinolaringología, Anestesiología.</p>
Venustiano Carranza	Hospital General Balbuena	Hospital Pediátrico Moctezuma
	<p>Consulta externa: Gineco-Obstetricia, Cirugía Plástica, Cirugía General, Ortopedia, Medicina Interna, Neurología</p>	<p>Consulta externa: Medicina General, Odontología, Psicología, Medicina Preventiva, Medicina Familiar</p>

	Especialidades y servicios: Urgencias, Cirugía General, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Ortopedia, Gineco-Obstetricia, Unidad de Cuidados Intensivos, Medicina Interna, Neurocirugía	Especialidades y servicios: Urgencias, Cirugía Pediátrica, Oncología, Neonatología, Terapia Intensiva, Traumatología, Ortopedia
		Hospital Materno Infantil Inguarán
		Consulta externa: Gineco- obstetricia, Psicología, Clínica de Displasias
		Especialidades y servicios: Urgencias, Ginecología, Obstetricia, Neonatología, Anestesiología, Patología.
		Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza
		Servicios: Urgencias, Hospitalización, Consulta externa de medicina, Laboratorio clínico, Tratamiento de las adicciones, Psiquiatría, Medicina Legal, Consulta externa en psicología, Trabajo social.
Xochimilco		Hospital Materno Pediátrico Xochimilco
		Consulta externa: Urgencias Pediátricas, Urgencias Obstétricas, Planificación Familiar, Obstetricia, Cirugía Pediátrica, Atención Primaria, Servicio Dental, Medicina Preventiva, Dermatología, Ortopedia, Psicología
		Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Xochimilco

Fuente: Directorio de los Hospitales de la Secretaría de salud del Distrito Federal. Disponible en http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=38&Itemid=56, consultado el 26 de agosto de 2013. *Hospital Federal. El dato de los servicios fue extraído de la correspondiente página web de cada instituto u hospital.