



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
ADMINISTRACIÓN  
PÚBLICA, A.C.

**INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.**

**Maestría en administración pública.**

**RVOE 20120138**

ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO NO PLANEADO, UN  
DESAFÍO A LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

**TESIS QUE  
PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PRESENTA  
JORGE IVÁN CEBALLOS MENDOZA**

**DIRECTOR: DR. JORGE MÁRQUEZ MUÑOZ**

**Ciudad de México.**

**Mayo 2016**

**ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN  
DEL EMBARAZO NO PLANEADO, UN  
DESAFÍO A LA ADMINISTRACIÓN  
PÚBLICA.**

## Logotipo



Fuente: Elaboración propia.

Una sociedad capaz de entender los riesgos que se corren al tener malos hábitos o adicciones, es una sociedad empoderada que cooperara cuidando de su salud y la de otras personas que estén a su alrededor. Será una sociedad más sana, con una calidad de vida mejor y una esperanza de vida más larga.

OMS





Introducción.

El objetivo que tiene la realización de este estudio es demostrar lo importante que es la planificación familiar como función que tiene el Estado, ya que la salud es un tema prioritario en la Agenda de Gobierno y una obligación de todo Gobierno y su Administración Pública.

Generalmente se aprecia a la salud pública como un tema ajeno a la Administración Pública y esto no es así. Los médicos que se involucran en los temas del Estado ordinariamente son los que se especializaron en salud pública, pero realmente somos pocos los cuales somos administradores públicos, por lo tanto, la fusión de un tema médico con la administración pública genera un área de oportunidad, que le otorga al trabajo una originalidad.

Se seleccionó el tema de la planificación familiar ya que el sustentante de ésta investigación con especialidad en ginecología y obstetricia, actualmente labora en un hospital federal y tiene a su cargo la clínica de planificación familiar, esto facilitó conocer el Estado situacional de la población, como afecta a su calidad de vida, el nivel educativo, social y cultural que pueden alcanzar así como los costos sociales que de esto se deriva.

El realizar la maestría en Administración Pública, permitió reconocer la importancia que tiene la función gubernamental en un tema tan delicado, al conocer la responsabilidad que tiene la Administración Pública tanto en la procuración de la salud pública, como en su responsabilidad en el crecimiento y desarrollo de la nación. También apreciar el impacto que el embarazo no planeado acarrea a la sociedad, ampliando la visión limitada únicamente a la paciente, hacia la sociedad, su economía, impacto laboral, educativo, etc.

La salud colectiva es responsabilidad del Estado, para cumplir sus funciones cuenta con la Secretaría de Salud y otros organismos de seguridad social mediante los cuales el Estado proporciona atención a la población.

Los servicios de salud que proporciona el Estado se encuentran actualmente en crisis ya que la demanda que le exige la sociedad es muy alta, por la gran

explosión demográfica, y por los costos de atención de las enfermedades y sus complicaciones que son muy altos, muy superiores al presupuesto. Además debemos agregar que el presupuesto cada vez es más limitado, lo cual deja ver que en un futuro muy próximo los servicios de salud colapsarán ante la demanda y falta de recursos económicos para su funcionamiento.

Los embarazos no planeados son un verdadero problema de salud, tienen su base en la falta de conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos por parte de la población, así como la insuficiente promoción que se hace de éstos por parte del Gobierno, el personal médico y paramédico que labora en las instituciones públicas.

Los embarazos no planeados tienen su base en la falta de conocimiento y deficiente uso de los métodos anticonceptivos por parte de la población, así como la insuficiente promoción que se hace por parte del personal médico y paramédico. En la actualidad es un verdadero problema de salud pública de México y una responsabilidad de la Administración Pública.

A nivel mundial más de 222 millones de mujeres no cuentan con acceso a servicios confiables y de calidad en planificación familiar, con 80 millones de embarazos no planeados.

El espaciar los embarazos entre 3 y 5 años llega a disminuir en 46% la muerte infantil en los países en desarrollo.

El Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) presentó el 14 de noviembre del 2012 el Estado de la Población Mundial 2012 “planificación familiar, derechos humanos y desarrollo: por opción, no al azar”, en este se mostró el impacto económico y social que resulta de garantizar la planificación familiar como derecho humano. Se exhibieron estudios de caso, así como opiniones de especialistas que exponen los retos y oportunidades que se presentan en los países en desarrollo para atender las necesidades de accesos a salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres, especialmente de los sectores más vulnerables.

A pesar de los avances logrados en salud reproductiva, aun es elevado el número de embarazos no planeados, debido a creencias religiosas y culturales, limitaciones económicas y acceso a métodos anticonceptivos, lo cual resulta en todo un desafío. Las cifras sobre embarazos no planeados muestran una gran dispersión entre las diferentes fuentes, para noviembre del 2013 se estimaba que en México se registran un millón de abortos anualmente, la mayoría de forma clandestina.

En un estudio de las investigadoras Fátima Juárez, del Colegio de México, y Susheela Singh, del instituto Guttmacher, advierten que el 54% de los embarazos no planeados concluyen en abortos inducidos. La mayoría de estos son realizados de manera clandestina lo que representa un riesgo para la salud de las mujeres y un costo alto para el sector salud derivado de la atención de las complicaciones.

El estudio destaca que en México se registran 38 abortos por cada mil mujeres en edad reproductiva, lo que significa que los programas de planificación familiar no han tenido los efectos esperados para limitar y espaciar el número de hijos.

En México existen cuatro millones de mexicanas, casadas y solteras, con vida sexual activa que desean evitar el embarazo, pero que debido a que no utilizan métodos anticonceptivos modernos, se encuentran en riesgo de un embarazo no planeado.

“El aborto inseguro sigue siendo un problema grave de salud pública, está ligado directamente a las altas tasas de embarazo no planeado”

El tema es crítico y prioritario, por lo que se debe dar prioridad a la mejora de los programas de planificación familiar para que las mujeres, particularmente adolescentes y jóvenes tengan fácil acceso a la asesoría profesional y a los métodos anticonceptivos.

12% de las mujeres casadas que quieren prevenir un embarazo no utilizan ningún método de planificación familiar y no tienen acceso a los servicios de planificación familiar.

La población entre 15 y 19 años registra 44 abortos por cada mil mujeres, siendo la tasa más alta la que se produce entre los 20 y 25 años con 55 abortos por cada mil mujeres.

Al clasificar las estadísticas en las 32 entidades que conforman México, se aprecia que un 70% de los embarazos no planeados se encuentran en la región más desarrollada, correspondiente a la región 1 Distrito Federal, en comparación con la región menos desarrollada la 6, formada por las entidades de Chiapas, Oaxaca y Guerrero, en la que se observa únicamente un 45% de embarazos no planeados, siendo el Estado de Nuevo León el que tiene la tasa más baja, siendo de 17 por cada mil mujeres, en comparación con el 54 por cada mil mujeres del Distrito Federal.

Si en un futuro cercano no se modifican las intervenciones para prevenir los embarazos no planeados y el crecimiento poblacional, los servicios de salud pública se colapsarán ante la demanda de atención.

La inversión que actualmente se hace en la atención a las personas con embarazos no planeados, realización de abortos y atención de complicaciones sería por sí sola, una buena justificación del proyecto; El 36% de las mujeres que se realizan un aborto tiene complicaciones que las obliga a acudir a los servicios médicos en las áreas urbanas, la cifra se incrementa a 45% en las regiones rurales, con un estimado de atención de 159,000 mujeres por complicaciones del aborto inducido.

Susana Cerón Mireles, directora del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, afirma que hubo un estancamiento del programa, y que en esta administración se le dará un nuevo enfoque para reducir en un 30% la mortalidad materna, garantizando el abasto gratuito de cinco diferentes métodos anticonceptivos (condones, implantes, inyectables, parches y DIU medicado) para los usuarios en las clínicas y hospitales del sector salud.

Por primera vez se impulsará una compra consolidada de anticonceptivos para todos los Estados para terminar con los pretextos del desabasto en las unidades médicas.

Las cifras actuales revelan que en las adolescentes entre 15 a 19 años 33% son activas sexualmente y no usan algún método anticonceptivo y no desean un embarazo, y 25% de las mujeres de 30 a 34 años se encuentran en la misma situación. Conforme a las estadísticas oficiales, el 20% de las mujeres en edad fértil con bajo nivel de educación están en esta situación.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2012 revela que el porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años que han iniciado vida sexual se incrementó de 2000 a 2012, al pasar de 17% a 23%.

De acuerdo a un estudio del Instituto Nacional de Salud Pública, 95% de las mujeres menores de 30 años con vida sexual activa, ya ha tenido una infección con el Virus del papiloma Humano. Las cifras del Centro Nacional para la Prevención y control del VIH-Sida en México, señalan que entre 40% y 50% de los 10 mil nuevos casos de sida anuales, se reporta en jóvenes de 15 a 35 años de edad, que representa el grupo de mayor actividad sexual.

Manuel Urbina quien se ha desempeñado en diversos cargos dentro del IMSS y el ISSSTE, y quien recibió el premio “Leonardo Varela” por parte del Consejo de Salubridad General en el 2009 indico en su participación en el 15 Congreso de Investigación en Salud Pública que hubo desabasto de anticonceptivos en algunas entidades del país y en otras optaron por no darlos.

De acuerdo a la Ensanut 2012, la tasa de fecundidad en 2011 de las mujeres de 12 a 19 años, fue de 37 nacimientos por cada mil mujeres, superior a la observada en 2005 de 30 nacimientos por cada mil mujeres, “En 30 años no hemos logrado impactar en los adolescentes. Somos el único país en que no ha cambiado el embarazo adolescente”.

En el mismo foro, organizado por el Instituto Nacional de Salud Pública, Raffaella Schiavon, directora de la organización no gubernamental IPAS México, comentó que persiste la proporción de embarazos en adolescentes no deseados. Uno de tres no era planeado. En México, actualmente nacen tres niños cada minuto, uno

de ellos es madre adolescente. En cuanto la cobertura de anticonceptivos en la adolescente es de 44.7%.

Para Manuel Urbina hay que volver a plantear estrategias en planificación familiar, mientras que para Raffaella Schiavon, se requiere de campañas de información y capacitación principalmente a los adolescentes.

Para Susana Cerón el compromiso de la Secretaría de Salud es tener servicios de planificación familiar adecuados a las necesidades de los jóvenes, tener la garantía de una buena consejería y el abasto de anticonceptivos. La meta es incrementar la cobertura de anticonceptivos de 72.5% a 77%.

La prevención y la promoción son el camino a seguir; Un factor importante de éxito clínico y de prestación de servicios, es que los pacientes del Hospital Gea González reciban atención eficaz, eficiente y oportuna, que les permita tener un acceso adecuado a los métodos de planificación, lo cual promoverá que vivan en mejores condiciones de salud y aumenten su esperanza de vida en buenas condiciones.

Las acciones preventivas y promocionales enfocadas a elevar el nivel de educación en salud de la población, son clave y parte fundamental de la atención que debe realizar este hospital; hacía allá va dirigido el proyecto.

El día 23 de enero del 2015, el Presidente Enrique Peña Nieto anunció la creación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, que busca reducir en 50% la tasa de fecundidad entre las adolescentes de 15 a 19 años para el año 2030, contempla líneas de acción específicas para generar sinergia entre autoridades, padres, comunidades escolares, personal de salud y los propios adolescentes. Para ello, puntualiza ocho ejes rectores:

1. Trabajo conjunto entre los sectores público, privado y social.
2. Proporcionar a los jóvenes información, educación y servicios salud de calidad que les permitan tomar decisiones responsables.
3. Los varones, y no sólo las mujeres, deben ser una parte esencial del ejercicio de la sexualidad responsable.

4. Fomentar el desarrollo de habilidades en los menores a fin de que puedan definir sus metas de largo plazo con responsabilidad.
5. La estrategia contempla líneas de acción específicas para generar sinergias entre autoridades, padres, comunidades escolares, personal de salud y los propios adolescentes
6. La estrategia considera a los jóvenes como sujetos de su propio desarrollo.
7. El efecto de las medidas se probará con programas piloto antes expandir su uso a nivel nacional.
8. Evaluación y rendición de cuentas.

La estrategia que aquí se propone se encuentra alineada con los ejes rectores, por lo que bien puede ser uno de los pilotos que el presidente Enrique Peña Nieto solicita para ver cual tendrá una aplicación nacional.

En tal virtud, se propone una modificación al esquema actual de promoción y educación a la salud sexual que se brinda a los pacientes para fomentar su autocuidado, implantando una estrategia integral, sincronizada y de aplicación obligatoria para robustecer las técnicas educativas que ahora se manejan por separado. Que se ofrezca un recurso consciente e informado a través de varias acciones en un solo programa; el programa preventivo - promocional **PLanifica**, coordinado por el Departamento de Planificación Familiar, el cual reportara sus acciones directamente a la división de ginecología y obstetricia.

Esta estrategia debidamente piloteada podrá ser un referente a presentar al ejecutivo federal como propuesta a la petición realizada.

El control de la tasa de natalidad es la única forma en la cual a mediano y largo plazo se podrá contener el problema antes mencionado. En cambio las políticas públicas en salud, se han basado en la construcción de unidades médicas con lo cual se intenta cubrir la demanda, lo cual está llevando al sistema en una espiral viciosa que genera más y más costos sin lograr su objetivo.

El control de la natalidad permitirá a las mujeres adolescentes que son las que más embarazos no planeados padecen, alcanzar un nivel educativo y cultural más

alto, lo cual directamente se reflejará en el crecimiento y desarrollo de la nación. Habrá una disminución de la tasa de uso de los servicios médicos y por ende en los gastos erogados.

El cuidado de la salud pública es responsabilidad del Estado y su Administración Pública, lo cual se encuentra asentado en un marco jurídico internacional y nacional, que va desde la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, pasando por un conjunto de tratados, convenciones y acuerdos internacionales, hasta la legislación federal.

La hipótesis que sustenta este proyecto, es que un Programa de Planificación Familiar para ser eficaz, debe contar con elementos imprescindibles como ser conocido por toda la población, tanto pacientes como personal de salud, tener su sustento en la educación de la población, ser prioritario y obligatorio en todos los niveles de atención, y a bajo costo. En tanto el Programa no cuente con estos elementos no lograra el cambio conductual de la población y por lo tanto impactar positivamente en la situación demográfica del país, que repercutiría en la disminución del gasto de gobierno en materia de salud.

El presente trabajo pretende demostrar el área de oportunidad que tiene el Estado y la Administración Pública para realizar sus funciones a través de proporcionar educación a la sociedad en materia de salud, específicamente en el área de planificación familiar, lo cual redundará en acciones efectivas que impactarán en el panorama epidemiológico de la población en el mediano y largo plazo, generando una disminución de la carga por demanda de la sociedad a las instituciones de salud y otras más, aumentando la calidad de vida de la sociedad, su nivel educativo, cultural, lo cual se traducirá en crecimiento y desarrollo de la nación y todo a un coste relativamente bajo. Esto significa, derrumbar el paradigma tradicional de un incremento en la cantidad de unidades médicas para intentar cubrir la necesidad social, lo cual no es más que un ensanchamiento de la Administración Pública, es decir aplicar una reforma en materia de salud que dirija las políticas públicas en salud a la prevención a través de la educación. Para

lograr los objetivos se requiere de la participación de todos los sectores de la sociedad ya que es una meta muy ambiciosa.

Para demostrar lo antes mencionado, el trabajo de investigación se divide en tres capítulos. En el primero se describe la historia de la salud pública, alineada con la creación y evolución de lo que hoy conocemos como Estado, el cual atravesó por diferentes etapas hasta conseguir las funciones con las que cuenta el día de hoy. La historia de la salud y el Estado están fuertemente vinculadas y se han desarrollado en paralelo ya que como podrá apreciarse en este capítulo, el Estado toma su forma al tratar de cubrir las necesidades de higiene y salud de la sociedad. En el primer capítulo se describe la historia a nivel internacional, y la historia a nivel nacional, para entender por qué la Administración Pública está completamente comprometida con la salud, educación y planificación familiar. La prestación de salud atravesó por diferentes etapas desde la beneficencia que era otorgada por la iglesia, hasta madurar a los que el día de hoy conocemos como salud pública que es una función del Estado moderno.

En un segundo capítulo se realiza un diagnóstico situacional en el Hospital General Manuel Gea González, el cual es un nosocomio dependiente de la Secretaría de Salud Federal, localizado al sur del Distrito Federal, y el cual atiende a gran parte de la población de la entidad. Este hospital realiza actividades de atención de segundo nivel, es decir concentra los servicios de especialidades generales tales como medicina interna, pediatría, cirugía y ginecología entre algunas otras especialidades. Aun cuando no tiene las mismas problemáticas de otros hospitales o unidades médicas de primer nivel, sí tiene una alta demanda por parte de la sociedad y un bajo presupuesto para cubrir con la demanda. Al ser un hospital-escuela cuenta con recursos humanos muy valiosos para el presente proyecto como son los estudiantes de diferentes universidades, tanto en pregrado y postgrado, estudiantes de enfermería y otras ramas, lo cual facilita la realización de un proyecto piloto.

En primer lugar se realiza una evaluación de las acciones realizadas en planificación familiar en el periodo del 2013 en el Hospital Manuel Gea González y

la cobertura lograda a la población usuaria de este nosocomio para conocer la situación basal. En un segundo lugar se realiza un diagnóstico situacional en el año 2014 con la intención de comparar las acciones realizadas contra el año anterior, en Abril del 2014 inician formalmente las funciones de la Clínica de Planificación Familiar y aunque no es todo el periodo 2014 se logra ver la diferencia en el impacto. Cabe también mencionar que la Clínica de Planificación Familiar aún no se encuentra funcionando completamente por falta de recursos humanos y físicos, únicamente otorga consulta 2 a 3 días a la semana y exclusivamente en el turno matutino.

El segundo capítulo en el diagnóstico que realiza, incluye un análisis de encuestas realizadas a la población demandante, las cuales demuestran contundentemente como la sociedad reconoce la importancia de la planificación familiar y cómo la adopción de métodos de planificación familiar impactaría en su vida de funcionar adecuadamente, así como un análisis que deja ver los daños que sufre la población al padecer embarazos no planeados tales como rezago educacional, cultural y de calidad de vida.

También en el segundo capítulo se explora la posición que tiene el personal que labora en dicho nosocomio ante la planificación familiar y en la que se demuestra que el personal reconoce la importancia del Programa, se muestran sensibles a participar desde sus áreas de responsabilidad, aportando fuerza para lograr objetivos en planificación familiar e incluso se demuestra falta de conocimiento y uso de los métodos de planificación familiar por parte del personal médico, paramédico, afín y administrativo, abriendo el campo como área de oportunidad para instrumentar acciones conjuntas en planificación familiar.

En un tercer capítulo se propone una estrategia integral para prevenir el embarazo no deseado, que consiste en acciones promocionales educativas que se llevarán a cabo mediante el diseño y promoción de materiales educativos de alto valor técnico, es decir materiales elaborados en lenguaje fácil y entendible para la población, que logren su objetivo y no sean únicamente un dispendio de recursos. También cuenta con pláticas y capacitaciones sencillas pero efectivas.

Para cubrir la meta, la estrategia propone que todo el personal médico, paramédico, afín, administrativo, vigilancia, intendencia y otros, sean parte de este proyecto sin sustraerlos de sus actividades, de tal forma que todo el personal, de todos los turnos se comprometa con la planificación familiar, para lograr el objetivo se les sensibilizará de la problemática existente y posteriormente se les capacitará para que sepan orientar adecuadamente a los pacientes y familiares usuarios en planificación familiar, ello no implica que den consulta de planificación familiar, únicamente consejería y ayuden a sensibilizar a la población, la cual como ya se demostró es sensible al tema.

La estrategia también considera la participación de otros sectores de la población interesados en el tema tales como ONG's (Organizaciones no Gubernamentales) que podrán ayudar con algunos recursos y beneficiarse de este proyecto. También se consideran universidades, las cuales al ser un colaborador constante con el nosocomio se verán beneficiadas por su participación académica y al mismo tiempo serán una de las ramas más fuertes ya que los estudiantes serán una herramienta imprescindible, que incluso en su momento llevaran el proyecto fuera de los muros de este nosocomio.

Un socio importantísimo en esta estrategia es el sector privado, que consiste en laboratorios farmacéuticos, los cuales proporcionaran recursos económicos y humanos para lograr una meta tan grande.

Para cohesionar todos estos elementos, se requiere de la creación de un Departamento de Planificación Familiar en el Hospital Manuel Gea González, el cual proporcionará los servicios de consulta y cirugía, al tiempo que capacitará y coordinará todas las acciones para conseguir lograr el objetivo.

Para iniciar esta ambiciosa estrategia se propone el uso de un modelo importado de la iniciativa privada, llamado modelo CANVAS, que ha demostrado ser el que opera con los menores costos, y es el más eficaz y eficiente en los negocios. Si bien el objetivo de la Administración Pública no pretende obtener ganancias, el incorporar la experiencia de la iniciativa privada es un nicho de oportunidades que puede llevar a cubrir la debilidad de la Administración Pública.

Finalmente, se insiste que la oportunidad de implantar la estrategia tiene una fortaleza no explorada. Para que dé resultado, es imprescindible que no falte alguno de sus componentes en su operación, y que sea utilizada bajo un procedimiento estándar en las diferentes instancias participantes, y ser de aplicación obligatoria para que en realidad puedan observarse resultados positivos, de ahí que el aporte de ésta investigación a la Administración Pública sea demostrar que la planificación familiar es una materia aún pendiente para el Gobierno, que es una de las piedras angulares que le permitirá resolver las problemáticas antes mencionadas a un muy bajo costo en el mediano y largo plazo. La educación en salud es prioritaria en la Agenda de Gobierno.

## Capítulo primero. Conformación del Estado e Historia de la Salud.

Las sociedades desde tiempos remotos se han organizado para conseguir metas comunes, garantizar su seguridad y obtener beneficios generales, que ha conformado lo que hoy día se entiende como Gobierno y Sociedad, que cuando se agrupa en un territorio determinado adquiere el término general de Estado.

El Estado ha evolucionado en base a las necesidades de las sociedades acoplándose en las diferentes épocas, hasta llegar a lo que hoy día conocemos como Estado moderno. El Estado actualmente debe brindar protección, promoción de la salud y bienestar a la comunidad. Estos son considerados las más importantes funciones del Estado moderno, pero no siempre ha sido así, el Estado ha evolucionado progresivamente ajustándose a las necesidades de la sociedad, por razones políticas, económicas, culturales, sociales y ecológicas.

Los fines del Estado constituyen direcciones, metas, propósitos o tendencias de carácter general que se reconocen y están asentados en su legislación. Por medio de los fines se reconocen las etapas para alcanzar una meta, por las funciones se consagran procedimientos de la legislación que necesitan para su realización de las tres funciones esenciales del Estado. Estas en base a la teoría constitucional son: La función legislativa, que es la función encaminada a establecer las normas jurídicas generales; La función administrativa, que es la función encaminada a regular la actividad concreta y tutelar del Estado, bajo el orden jurídico; La función jurisdiccional, que es la actividad del Estado encaminada a resolver las controversias, estatuir o declarar el derecho.<sup>1</sup>

La actividad del Estado se encuentra en el artículo 49 de nuestra constitución, dividido en las tres funciones clásicas, cuyos respectivos órganos ejercitan.

---

<sup>1</sup> Cfr. El Estado, Derecho Administrativo I, Benemérita Universidad Autónoma del Estado de Puebla. Enríquez Ricardez Viany Guadalupe, Reta Arroyo Alejandro, Calderón Alvarado Ricardo. Página 4.

La forma en la cual el Estado distribuye las funciones y atribuciones se encuentra establecida en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, siendo la APF el componente del Gobierno encargado de realizar dichas funciones y atribuciones.

El derecho a la salud se sustenta en tratados internacionales y regionales de derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo. Por todo esto el Estado tiene la función obligatoria de preservar la salud, así como promover la información necesaria a los ciudadanos para su autocuidado.

El derecho a la salud significa que los Gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. Incluye la disponibilidad garantizada de servicios de salud, por lo que el derecho a la salud no debe entenderse únicamente como el derecho a estar sano.<sup>2</sup>

Para hacer efectivas las medidas arriba enumeradas, se fundó el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, este adoptó en 2000 una Observación general sobre el derecho a la salud, en dicha Observación general se afirma que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna, sino también los factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

Una obligación básica es la de adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública en los que se tengan en cuenta las preocupaciones en materia de salud de toda la población. Esa estrategia y ese plan deberán elaborarse y examinarse periódicamente a través de un proceso participativo y transparente; deberán incluir indicadores y bases de referencia que permitan

---

<sup>2</sup> Ibid., página 5

vigilar estrechamente los progresos realizados; y deberán prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.<sup>3</sup>

Los Estados Partes deben adoptar medidas para avanzar hacia la realización del derecho a la salud de conformidad con el principio de realización progresiva. Esto significa que deberán adoptar medidas deliberadas, concretas y específicas hasta el máximo de los recursos de que dispongan. Esos recursos incluyen aquellos proporcionados por el propio Estado y los procedentes de la asistencia y la cooperación internacional. En este contexto, es importante establecer una distinción entre la incapacidad de un Estado Parte de cumplir sus obligaciones contraídas en virtud del derecho a la salud y la renuencia a cumplirlas.

Las acciones enfocadas a la salud que realiza el Gobierno se llama hoy día; salud pública, ésta anteriormente pasó por las etapas de beneficencia y salubrisimo, su evolución ha sido paralela al desarrollo del Estado, de tal forma que para entender cómo el Estado adquiere dichas funciones es necesario estudiar la historia de la medicina aparejada con la evolución del Estado en sus diferentes etapas.

Las acciones que realiza el Gobierno o el Estado en materia de salud, que llamamos salud pública nace a finales del siglo XVIII en Europa, bajo la importancia de los factores sociales en la génesis de las enfermedades creando la policía sanitaria (vigilancia y control por parte del Estado).

La salud pública debe ser vista como parte de la historia de la humanidad, no se puede entender su presente, sin el conocimiento de su historia. Para lograr dicho objetivo, se divide en dos el tema, en un primer tiempo se abordarán los hechos de la Historia Universal que han dado el sustento para el desarrollo de lo que hoy conocemos como salud pública. En un segundo tiempo se relatan los hechos que se conformaron el sistema de salud en México hasta lo que se conoce el día de hoy, justificando las obligaciones del Estado como un protector y promotor de la salud de la población a la cual representa.

---

<sup>3</sup>Organización Mundial de la Salud, Derecho a la Salud. Nota descriptiva No. 323, Noviembre de 2013.

## 1.1 Historia Universal de la salud y conformación del Estado.

Ya desde épocas muy antiguas y en las diferentes culturas se reconocía la importancia de la educación en salud, por encima de los tratamientos médicos. El Emperador Huang Ti 2697-2597 a.c. dijo "No hay que tratar al que ya está enfermo, es mejor instruirle para que no se enferme, pues administrar medicinas para enfermedades desarrolladas, es como empezar a cavar un pozo cuando se tiene sed o empezar a repartir armas cuando ya se está comprometido en la batalla".<sup>4</sup> Hoy 4,762 años después, esto no se ha logrado.

Los mayores desafíos en la historia de la humanidad, con relación a la salud pública, han sido el control de las enfermedades transmisibles, la conservación del medio ambiente, la provisión de agua y alimentos de buena calidad y en forma suficiente, la provisión de los servicios de atención médica y la ayuda a los discapacitados.

Los primeros indicios sobre saneamiento y el cuidado de la vivienda, se encuentran cuatro mil años antes en la antigua India, encontrados en las excavaciones del Valle de Halappa, en el Pujab, donde se hallaron evidencias de planeación y legislaciones sobre urbanismo, con diseño rectangular, ya contaban con baños y drenajes para la disposición de excretas, lo que permite ver que ya se conocía de medidas para prevención de infecciones y comenzaba la función del Estado al legislar sobre el desarrollo de la ciudad.<sup>5</sup>

El pueblo hebreo, dejó su testamento en materia de salud a través de la Ley Mosaica, consignado en el libro El Levítico del Antiguo Testamento (1.500 a.C.), donde se encuentra el primer código sanitario de la humanidad. Este llama al

---

<sup>4</sup> Historia de la Salud Pública. Medicina Sanidad. Atención médica. Antecedentes. Edad antigua, media, moderna y contemporánea. Siglo XXI

<sup>5</sup> [centrodearigo.com/revista-digital-universitaria/contenido-28861.html](http://centrodearigo.com/revista-digital-universitaria/contenido-28861.html)

ordenamiento personal y un sano comportamiento sexual como pilar para la prevención de las enfermedades.

La cultura asirio-babilónica es la primera en aportar estadísticas cualitativas de la morbilidad que aquejan la población, asentado en las tablillas de la biblioteca del Rey Assurbamipal (668-626 a C). Lo cual demuestra cómo el Estado antiguo ya se involucraba en el cuidado de la salud de la población, aun cuando era rudimentario su actuar.<sup>6</sup>

La cultura Griega hace ya 2,400 años en la Escuela de Cos, Hipócrates usó los conceptos de epidemia y endemia derivados de epidemeion y endemeion, como medio de aplicar la perspectiva comunitaria a la comprensión de las enfermedades. Su medicina no fue sólo curativa; hizo gran énfasis en la preservación de la salud, a través de la higiene. A pesar de lo anterior, en la práctica se presentaban diferencias entre la aristocracia y la gran masa de esclavos.<sup>7</sup>

La obra de Hipócrates mencionada anteriormente fue la guía para decidir sobre las condiciones en que se debían erigir las nuevas ciudades, para lo cual el Estado consultaba a los médicos, y estas debían ser construidas en lugares elevados para evitar la humedad, contar con aire puro y asegurar la utilización del sol. De tal manera que es la medicina la que guía las pautas para la legislación en urbanismo con la finalidad de preservar la salud.

La cultura Romana creció aceleradamente y conquistó el Mediterráneo, por lo que adoptó los conceptos en medicina de la cultura griega, imprimiéndole su propio carácter. Los romanos como médicos fueron imitadores, pero como ingenieros y administradores, hicieron grandes aportes, creando los sistemas de alcantarillados, abastecimientos de agua con grandes acueductos y otras facilidades para la salud, marcando así una época con grandes avances y disminución de las enfermedades por obras del Gobierno. Algunos acueductos,

---

<sup>6</sup> Alfonso Vidal Vigil. Antología Salud Pública, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, 11 de Febrero 2011. Página 3

<sup>7</sup> Alfonso Vidal Vigil. Antología Salud Pública, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, 11 de Febrero 2011. Página 4

por su pureza, fueron reservados solamente para el agua de bebida, mientras que otros con algún grado de contaminación se dedicaron para el riego de jardines, dando origen a lo que hoy se conoce como redes potables y alcantarillado, función que se convirtió en obligación del Estado, siendo responsables los ediles desde el siglo I a.C.

Durante el Siglo II del Imperio Romano se constituyeron los servicios médicos. Los médicos oficiales o archiatri fueron asignados a varias instituciones y ciudades, lo que da origen a las primeras instituciones en salud. En el 160 Antoninus Pío decretó las normas sobre el número de médicos: para las ciudades grandes debían ser diez y para las medianas y pequeñas, siete y cinco respectivamente, lo que deja ver que el Estado regulaba parte de las acciones en salud. En el siglo primero se menciona la valetudinaria, o enfermería para los esclavos, que también era usada por hombres libres, dando lugar al primer hospital de caridad.<sup>8</sup>

Fue sólo hasta el mandato del Emperador Augusto, que se inició la verdadera administración de los sistemas de salud: con una comisión nombrada con este fin. Al mismo tiempo que los ediles controlaban la limpieza de las calles, de la cual eran responsables los dueños de las casas, también se controló la limpieza de los baños, la calidad del abastecimiento de agua y los mercados de alimentos. Todo lo anterior dio origen al desarrollo de los servicios de salud pública, que continuaron su organización con base en un efectivo sistema de administración, que continuó hasta la decadencia del Imperio.

En el año 129 d. C. aparece "La Higiene" de Galeno cuyo influjo se extiende hasta varios siglos después, considerado el padre de la medicina.

China inició la Investigación entre los factores meteorológicos y la salud, ellos reconocían cómo los microorganismos patógenos existían en el medio ambiente y tenían sus propias condiciones de reproducción y sobrevivencia. Hace más de 2,000 años conocían cómo los desórdenes en el clima podían causar algunas

---

<sup>8</sup> Historia de la Salud Pública. Medicina. Sanidad. Atención médica. Antecedentes. Edad antigua, media, moderna y contemporánea. Siglo XXI

enfermedades epidémicas, la importancia de los cambios de estación y la naturaleza cíclica de las enfermedades. También iniciaron la prevención temprana de la enfermedad. En las dinastías Qin y Han, 220 a.C. fue propuesta como base de las políticas feudales; Zhang Zhong Jin escribió; "Los mejores médicos son los que previenen la enfermedad", el enfoque de los médicos era a la prevención más que a la cura, y esto propiciado también por el Estado.<sup>9</sup>

En la Edad Media (año 476 a 1491) se desintegra el Imperio Greco-Romano por las invasiones de los bárbaros causando la decadencia de la cultura urbana y con ello de las prácticas de salud y de la organización misma. La salud pública en esta época se traduce en beneficencia.

A pesar de que Roma y otros Gobiernos de Europa fueron afectados por la anarquía y la invasión, las prósperas ciudades del Asia Menor, Siria y Egipto, no fueron afectadas, continuando su influjo hasta el Imperio Bizantino, el legado de la cultura Greco-Romana fue preservado y transmitido a Arabia en el Oriente y más tarde al Occidente. Los reyes bárbaros se establecieron en Roma, y los avances de la organización administrativa desaparecieron del occidente de Europa.

Al período comprendido entre el año 500 y el año 1,000 se le conoce como la época del "Oscurantismo", en esta se pierde todo el conocimiento y avance en salud, los problemas de salud se consideraron en términos mágico-religioso. Ambos, los cristianos y los paganos' atribuían la salud y la enfermedad a fuentes sobrenaturales.

El Cristianismo creó el concepto basado en el Infierno y la relación de la enfermedad con el pecado, como castigo, y como causa de enfermedad. Consecuentemente, el orar y las penitencias fueron usados como solución a los problemas de salud. Es por esta razón que las actividades de la comunidad relacionadas con la salud pública pasaron a manos de la Iglesia: en general y de las órdenes monásticas en particular.

El rompimiento con la civilización Greco-Romana llevó a que los monasterios fueran los refugios para el aprendizaje, relacionado con la salud; el conocimiento

---

<sup>9</sup> Fundamentos de la Salud Pública, Editorial Ciencias Médicas, Toledo Curbelo, La Habana 2004.

sobre la higiene y la calidad del agua y su abastecimiento, la importancia de las letrinas y la buena ventilación de las habitaciones, sobrevivió y fue aplicada en las regulaciones de los monasterios y las comunidades.

Los grandes monasterios fueron situados cerca de los caminos más importantes, sirviendo también como hospicios para los viajeros, como un acto de caridad cristiana. Sus normas de construcción, fueron modelos para el desarrollo de las comunidades en Europa, cerca del siglo X, dando origen a los hospitales de beneficencia.

En el Siglo X aparece la Escuela de Salerno que en su "Régimen Sanitas Salernitarum" refleja la historia de la higiene, presentando un recuento de las medidas de salud pública de la época, en esta época la mayor urgencia fue la provisión de agua de buena calidad.<sup>10</sup>

En esa época otro problema era la limpieza de las calles y la disposición de basuras, el cual se agravaba por el gran número de animales como cerdos, gansos y patos dentro de las casas. Por eso a comienzos del siglo XV las ciudades alemanas Fráncfort y Berlín prohibieron tener porquerizas en las calles, iniciando la función del Estado en recolección y regulación sobre posesión y manejo de animales de granja. También se propició el establecimiento de mataderos municipales, y se prohibió sacrificar animales grandes en las casas.

Otra medida de salud pública muy importante que se generó en esta época fue la regulación de la venta y expendio de alimentos, en especial de la carne, y el control y limpieza de las plazas de mercado, funciones sanitarias que al día de hoy prevalecen dentro de las funciones específicas del Estado.

Para facilitar la limpieza de las calles, las calles fueron pavimentadas; París fue la primera en hacerlo en 1185, le siguió Praga en 1331. Las aguas servidas se canalizaron y se llevaron a través de cañerías cubiertas. También en París se

---

<sup>10</sup> Cfr. Ensayo sobre la evolución histórico-social de la salud pública, Antonio Topete Palomera, Centro Universitario de la Costa Campus Puerto Vallarta. Página 9.

exigió que las casas grandes tuvieran cabinas de aseo y con drenaje a las cañerías. En Londres, el Támesis se convirtió en lugar para verter las cañerías.<sup>11</sup>

En la Edad Media la administración de la salud estaba en manos de legisladores y los médicos eran clérigos que dependían de la Iglesia y podían ejercer de caridad. Más tarde cuando los médicos no dependieron de la Iglesia, podían depender de un cargo con salario, como médico de un lord, como médico oficial en una ciudad o ejerciendo en forma privada. En esta época se inició la clara diferenciación entre los médicos y los cirujanos.

Para el control de las enfermedades contagiosas como la lepra, se adoptó el concepto de aislamiento apareciendo en esta época los leprocomios como una acción de salud pública. Los enfermos se convertían en una amenaza para la salud, las autoridades justificaban las acciones de control, los enfermos tenían que reportarse y en ciertos casos su libertad podía ser severamente afectada. La Iglesia que controlaba todo tomó el concepto de contagio del libro del Levítico, y asumió la tarea de combatir la lepra. El Concilio de Lyon prohibió el libre intercambio de los leprosos con personas sanas, política que fue reforzada en concilios posteriores.

En la edad media el concepto de necesidad de asistencia social en caso de enfermedad o pobreza se desarrolló, las consideraciones religiosas y sociales fueron las bases para el desarrollo de hospitales y las instituciones de caridad.

En el Oriente los hospitales se crearon por regulaciones urbanas, en el 970 se inauguró, con 25 médicos, el tercer hospital en Bagdad y se utilizó como centro de enseñanza para los estudiantes de medicina. Se informa de 34 hospitales en los países islámicos, generalmente bien organizados, que reflejaban el desarrollo de la medicina.

En el Occidente, la creación de hospitales fue por la Iglesia, las órdenes monásticas contribuyeron a su desarrollo. Los monasterios, generalmente tenían un infirmitorium donde eran tratados los enfermos; una farmacia y un jardín con

---

<sup>11</sup> Ibid, 10.

plantas medicinales, dejando ver el divorcio entre la medicina occidental y la oriental.<sup>12</sup>

En 1492 con el descubrimiento de América se da fin a esta época, los pueblos del Nuevo Mundo habían realizado avances en salud pública, disponiendo de sistemas de drenaje para una correcta eliminación de las excretas, recolección de basuras e incineración de la misma fuera de las ciudades y letrinas públicas en las calles.

Es con el descubrimiento de América que se da paso a la época moderna (año 1491 - 1789) en esta aun con presencia de guerras, destrozos y enfermedades, se vislumbra el poderoso surgimiento de una nueva Edad "La edad del descubrimiento del mundo y del hombre", la Edad del Renacimiento.

La primera fase del Renacimiento, fue lenta y se extendió por más de dos siglos. Durante ese período, en un lugar tras otro se inauguraban el nuevo orden científico y las políticas sociales, consolidando los Gobiernos centrales gracias a la actividad económica de las ciudades, el desarrollo intelectual de grupos urbanos lo cual influenció el crecimiento cultural y científico.

En el período del Renacimiento, se da un gran impulso y desarrollo de la ciencia, la utilización de las matemáticas con fines políticos da extraordinarias bases para el futuro de la salud pública.

Basándose el conocimiento creciente de las ciencias y de la clínica médica en la época, la preocupación del mundo por la higiene fue cada vez mayor, concediéndose cada vez más valor a la prevención. Johann Peter Frank en su tratado "Un sistema completo de política médica" sienta las bases de la higiene científica y crea las primeras cátedras de ella. Enfatiza el origen económico de la enfermedad y busca promover la salud a través de la legislación sanitaria.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Cfr. Antonio Topete Palomera. Ensayo sobre la evolución histórico-social de la salud pública. Centro Universitario de la Costa Campus Puerto Vallarta. Página 10.

<sup>13</sup> Cfr. Antonio Topete Palomera. Ensayo sobre la evolución histórico-social de la salud pública. Centro Universitario de la Costa Campus Puerto Vallarta. Página 10.

Otro aspecto que se desarrolló en esa época fue el estudio de las enfermedades en los trabajadores en las minas, pues el incremento en el comercio y la creación de las grandes empresas exigieron la expansión del dinero y el capital, lo cual sólo pudo ser solucionado en gran medida por la gran explotación del oro y la plata, afectando la salud de los mineros. La primera publicación sobre los riesgos ocupacionales de los mineros del oro, fue un pequeño folleto de ocho páginas escrito en 1472 por Ulrich Ellembog.<sup>14</sup> Es aquí que se crea la medicina ocupacional y posteriormente se relacionara con el Estado.

Las actividades de salud pública de esta época estuvieron enmarcadas por dos tendencias básicas, de una parte, la administración continuaba teniendo como centro una jefatura de nivel local, con las limitaciones parroquiales adquiridas en el período medieval, de otra el Estado moderno comenzaba a emerger lentamente dentro de la tormenta política, desarrollándose un Gobierno más centralizado basado en políticas económicas, que influenciaban la administración de la salud pública en diferentes formas.

Desde el Renacimiento italiano fue claramente reconocida la importancia de la estadística, pero no había sido desarrollada su aplicación para el análisis de los problemas de salud. En la época del Mercantilismo se inició el uso de la estadística, con la principal finalidad de lo que podrá ser llamado el Libro para Control del Estado, haciendo muchos esfuerzos para cuantificar los datos de la vida nacional, en el convencimiento de que ello podrá ser utilizado para incrementar su poder y prestigio y se le denominó la aritmética política.<sup>15</sup>

William Petty, físico, economista y científico, inventó el término de aritmética política y logró convencer de la importancia de una población saludable, como factor para la opulencia y el poder nacional. Petty urgió la recolección de datos numéricos sobre población, educación, enfermedad y muchos otros tópicos, como base para la formulación de las políticas. También reconoció la importancia de los estudios cuantitativos sobre los problemas de salud, y sugirió muchos temas de

---

<sup>14</sup> Cfr. Rosaura Granados Montenegro. Historia de la salud ocupacional, Universidad de Magdalena. Introducción a la higiene y seguridad industrial, Santa Martha 2012. Página 16.

<sup>15</sup> Capel Horacio, Historia de la Ciencia e Historia de las disciplinas científicas. Universidad de Barcelona ISSN: 0210-0754, Depósito Legal: B. 9.348-1976, Año XII. Número 84, Diciembre de 1989, página 5.

investigación. La primera contribución sólida fue hecha por su amigo John Graunt (1620-1674) con el libro clásico Observaciones Naturales y Políticas sobre la Mortalidad, que apareció en 1662, analizando el comportamiento de la mortalidad en los tres siglos anteriores, por variables de lugar y persona, convirtiéndose así al primer intento de construir una tabla de vida.<sup>16</sup>

Christian Huygens inició la determinación matemática de la esperanza de vida, con el cálculo de la tabla de vida, siendo aplicada para los cálculos actuariales que dieron origen al establecimiento de la primera compañía de seguros de vida en Londres.

Es de acelerado crecimiento en la creación de hospitales en Europa, muchos de ellos de especialidad, en esta época por la racionalización y la secularización se sustituye la caridad por la filantropía.

Los filósofos franceses Diderot, Voltaire y Rosseau, dirigieron su atención hacia las reformas de las instituciones sociales. El pensamiento e idealismo de estos pensadores se plasmó en la monumental Enciclopedia sobre las Artes y las Ciencias, publicada en 28 volúmenes entre 1751 y 1772, el gran propósito de esta obra fue fundir la teoría y la práctica, para que el conocimiento acumulado en los siglos anteriores pudiera realmente estar disponible para mejorar las condiciones del hombre.<sup>17</sup>

La protesta humanitaria iniciada por los enciclopedistas, dio origen al gran mandato y las reglas, con que se cerró el siglo XVIII, dejando las bases firmes para una combinación de pensamiento y acción dirigidos a una salud pública orientada al incremento del bienestar del hombre en general, lo que marca la pauta de las acciones políticas de la época.

Al periodo comprendido entre el año 1790 a la fecha se le conoce como edad contemporánea, iniciándose con la Revolución Industrial. El crecimiento inicialmente fue lento, y sus efectos no se percibieron durante bastante tiempo,

---

<sup>16</sup> Idem

<sup>17</sup> Capel Horacio, Historia de la Ciencia e Historia de las disciplinas científicas. Universidad de Barcelona ISSN: 0210-0754, Depósito Legal: B. 9.348-1976, Año XII. Número 84, Diciembre de 1989, página 10.

siendo las malas condiciones de trabajo, vivienda y el hacinamiento los que predominaron en las ciudades.

Para el siglo XIX, la industria se había desarrollado tanto, que necesitaba más trabajadores, lo que generó que se aboliera la Antigua Ley de Pobres, cambiándola por la Nueva Ley, a fin de que se les diera atención de salud, en su lugar de trabajo y no en las parroquias, obligando a los campesinos a trasladarse a las ciudades para trabajar en las fábricas.

Una de las cosas que el Estado español reglamentó desde muy temprano fue la del ejercicio de la atención médica, ya desde 1797 el rey disponía castigar a los que ejercieran medicina, cirugía y farmacia sin el debido título.

Hacia finales del siglo XIX en Estados Unidos se crea la existencia de registros, como el de nacimientos en 1852, el de matrimonios, y las actas de mortalidad en 1854, funciones relacionadas importantemente a la salud y que terminarían siendo función del Estado.

En 1872 se constituyó la Asociación Americana de Salud Pública y con base en estos estudios, el Consejo de Salud de Nueva York tuvo en las dos décadas siguientes, grandes y efectivos avances. Las dos últimas décadas del siglo XIX dieron las bases para el crecimiento y desarrollo de la salud pública en Estados Unidos.

Con la aparición de los motores de vapor, los barcos y los trenes se facilita la transmisión de enfermedades de un continente a otro. El debate del origen de las enfermedades continuó durante el siglo XIX. Los defensores de la hipótesis del contagio en su mayoría eran conservadores representantes de un antiguo régimen. Los liberales y radicales como Virchow atribuían la enfermedad a la pobreza y a otras condiciones sociales. R. Virchow llegó a declarar que la "medicina es una ciencia eminentemente social y la política no es otra cosa que la medicina a gran escala".<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> Martínez Jesús. Revolución Industrial y su repercusión mundial, España. Página 22.

La década de 1880 con la invención del microscopio se puede considerar como la edad de oro de los descubrimientos bacteriológicos, se demostró la existencia de organismos causantes de varias enfermedades, progresa la inmunología sentando las bases para el impacto en la práctica de su aplicación a los programas de vacunación en el siglo XX, función que hoy día en su mayor parte es función del Estado mexicano.

En 1870 Otto von Bismark, Canciller de Prusia, funda los Seguros Sociales, organización que pretende proteger al trabajador y a la familia, en contra de las principales contingencias que afectan su capacidad de desempeño (enfermedad, invalidez, etc.). Siendo el precursor de una mejor atención en salud para las poblaciones trabajadoras.

Milton Terris conjunta los conocimientos adquiridos en la época aplicando la teoría de que "una ciudad limpia es una ciudad saludable", el control de la calidad del agua y los alimentos, la disposición de desechos sólidos y líquidos, lo que lleva a la Revolución Epidemiológica, con Impacto directo sobre el perfil de morbimortalidad a nivel casi mundial.<sup>19</sup>

Durante la Segunda Guerra Mundial (1942), en Inglaterra, William Beveridge, propone un nuevo modelo de seguridad social: el concepto sistémico, (universalidad, solidaridad y equidad), insistiendo en el derecho de cada ciudadano a ser protegido y a alcanzar el acceso al llamado "mínimo vital". Se crea el National Health Service del Reino Unido, paradigma de un sistema de salud con gran impacto en el status de salud del pueblo británico. Sus ideas permean toda Europa y dieron origen a otros sistemas de salud.<sup>20</sup>

Las décadas del 60 y el 70 se caracterizaron por el auge del concepto de Asistencia Pública y el intervencionismo del Estado en la salud. Se crean sistemas nacionales de salud y se propone que los sistemas únicos de salud, de carácter público, son la solución a los problemas de baja cobertura, mala calidad y persistencia de enfermedades prevenibles.

---

<sup>19</sup> Cfr. Toledo Curbelo. Fundamentos de salud pública, Editorial Ciencias Médicas, La Habana 2004. Página 4.

<sup>20</sup> Ruiz Medina Manuel Ildefonso. Política Pública en salud y su impacto en el seguro popular. Enciclopedia virtual eumed, Capítulo 2.2.2 El Plan Beveridge y nacimiento de la seguridad social, Sinaloa, México.

En 1977 durante la Asamblea Mundial de la salud se propuso la meta más ambiciosa para toda la humanidad: salud para todos en el año 2000. En el año siguiente en Alma Ata, Capital de Kazajstán, se adopta la atención primaria como la principal estrategia para lograr la anhelada meta a nivel mundial, meta que no se lograría alcanzar. Hoy a 15 años aún no se ha logrado alcanzar dicho propósito y se está relegando la atención primaria a segundo plano, dominando las atenciones en caso de enfermedad.<sup>21</sup>

En 1986 en Ottawa (Canadá) los representantes de los países desarrollados se reúnen, promulgándose la famosa Carta de Ottawa en favor de la promoción de la salud. Se pretende posicionar un importante concepto: la cultura de la salud y se propugna por la búsqueda de hábitats saludables.<sup>22</sup>

En los años de la década del 90 entran en crisis muchos sistemas de salud, principalmente aquellos centrados en la asistencia pública. En muchos países se inicia la privatización o disminución del papel del Estado en la prestación de servicios de salud, posicionándose importantes conceptos como los de gerencia de la salud y los de descentralización y sistemas locales de salud. Se comienza a pensar en nuevas posibilidades, como universalizar la atención.

Los esfuerzos de los salubristas y administradores de salud se enfocan en la creación de sistemas de servicios de salud que garanticen la equidad y la calidad con un eficiente y moderno manejo de los recursos. Estos esfuerzos pretenden cambiar el modelo de salud, de uno curativo con predominio de la asistencia y centrado en los hospitales, a uno preventivo centrado en la familia y en acciones sobre el medio ambiente. Lo anterior reconociendo a la salud como un derecho humano fundamental.

---

<sup>21</sup> Staffolani Claudio Mario. Promoción de la salud una perspectiva latinoamericana. Capítulo 2, Universidad Nacional del Rosario y Universidad Autónoma de Entre Ríos, Argentina.

<sup>22</sup> Idem

## 1.2 Historia de la salud pública y la conformación del Estado en México.

Nuestra nación también se ha visto impactada por los fenómenos históricos mundiales con las consecuencias que ya hemos analizado anteriormente, con un impacto mayor o menor, sin embargo también existieron situaciones geopolíticas, culturales y económicas intrínsecas a nuestra nación que influyeron directamente en la consolidación del sistema de salud de nuestro país.

Hoy día sabemos que los pueblos prehispánicos practicaban una medicina más adelantada a la del viejo continente, tenían dos clases de médicos: el médico auténtico o tlamatlini que practicaba la medicina seria y el falso que practicaba la medicina mágico religiosa o nahualli.

En Texcoco los aspirantes a médicos debían realizar un examen previo y contar con la aceptación de un consejo especial para la práctica de la medicina. Contaban con algunos médicos especializados, desarrollaron material quirúrgico, practicaban cirugías, implantes, tratamiento de fracturas, tratamientos dentales y más. Desarrollaron una farmacopea indígena que aportó al mundo grandes avances en medicina por la gran cantidad de plantas que conocían y usaban, que hoy día a pesar de la gran destrucción sigue vigente en el uso de la medicina tradicional. En el tianguis de Tlatelolco se vendían gran cantidad de plantas para tratar los diferentes males.<sup>23</sup>

Por los vestigios en las excavaciones, hoy día sabemos que desarrollaron varias disciplinas, llamadas ciencias de la naturaleza, tecnológicas y biomédicas.

Francisco A. Flores nos hace saber de la existencia de hospitales. Moctezuma II tenía en el palacio imperial una casa para las enfermedades incurables y extraordinarias, anexo al templo mayor había un hospicio y un edificio llamado Netlaltilyan en el cual se recogían a los leprosos.

---

<sup>23</sup> Frenk, J; Urrusti, J. y Rodríguez de Romo, A.C. 1993 La Salud Pública. En Hugo, Aréchiga y Juan, Somolinos (orgs.), Contribuciones mexicana al conocimiento médico. México, Fondo de Cultura Económica. Páginas 534-536.

Realizaban el registro de enfermedades, y estos sitios específicos para atender heridos y enfermos, hoy lo podríamos clasificar como seguridad social.

Con la caída del imperio Azteca el 13 de Agosto de 1521 la cultura mexicana se integra con la cultura europea de la época, el choque de dos culturas generó tanto asombro en ambas que se requirió de la intervención de la iglesia, la cual tenía a su cargo la recuperación de los conocimientos de la Nueva España, ejemplos de esto son el código Badiano y las diez plagas de la Nueva España.

La conquista de México tuvo un tinte de afán redencionista basado en el catolicismo, con grandes atrocidades infligidas a la población pero que creó un vasto proyecto de asistencia social dirigido hacia la población americana, lo que explica el elevado número de instituciones asistenciales establecidas en la Nueva España. Sin embargo sus acciones y efectos fueron mínimos.

El mayor número de instituciones corresponde al de hospitales y hospicios. Los hospitales se encontraban, en manos de órdenes religiosas de frailes mendicantes, posteriormente, trabajaron en Nueva España las órdenes hospitalarias de San Juan de Dios, originarias del viejo continente, y las de Nuestra Señora de Belem y San Hipólito, que fueron fundadas en el Nuevo Mundo.<sup>24</sup>

En 1531 Vasco de Quiroga fundó el primer Hospital de Santa Fe, y en 1533-1534 el de Santa Fe de la Laguna, en Tzintzuntzan, Michoacán. Implantó como rector de este a un noble purépecha, dejando como antecedente la participación indígena en la administración hospitalaria. Inmediatamente comienza la asistencia social mediante enfermerías y hospitales anexos a los conventos y surge el sistema de pueblos hospitales implantado por don Vasco obispo de Michoacán.

Las autoridades aceptaron la idea de la institución hospitalaria en favor de los indios, utilizándola como un instrumento para atraerlos, congregarlos y atender a su salud corporal y espiritual, controlando de esta manera su proliferación y operación en otros sitios.

---

<sup>24</sup> González Block, Miguel Ángel 1990. Génesis y articulación de los principios rectores de la salud pública en México. Salud Pública de México, 34:350.

La edificación, instalación, puesta en operación y manejo administrativo de estos primeros hospitales en la segunda mitad del siglo XX se denomina la “ingeniería hospitalaria” o “ingeniería clínica” dentro del contexto de la Ingeniería Biomédica, lo cual fue un avance logrado en el periodo colonial.<sup>25</sup>

En los tres siglos de dominio hispánico se edificaron hospitales en la ciudad. Esta medida no fue fortuita, fue un acto obligado para contener las epidemias y calamidades que azotaron por más de 200 años a los pobladores de México.

La viruela fue la gran azote y un elemento definitivo en la conquista de Mesoamérica, esta se erradicó del Continente Americano cuando el doctor Francisco Javier Balmis, con autorización de Carlos IV, viaja de España a América en 1803, como jefe de la Expedición Filantrópica de la Vacuna para llevarla a todo el mundo, lo acompañaba la enfermera Isabel Cendal, que a la postre sería considerada “la primera enfermera de salud pública en México”.

El periodo entre el siglo XVIII y el siglo XIX fue difícil en todo el mundo. En la Nueva España el régimen borbónico realizó cambios para mantener el poder. En 1810 inicia la guerra de Independencia la cual después de 11 años termina en 1821 dando paso a la formación de un nuevo Estado mexicano que trató de satisfacer las necesidades. La efervescencia política y social acentuó las condiciones insalubres por lo que no hubo cambios radicales en las áreas de salud.

La influencia española desapareció muy lentamente, en materia de higiene pública se continuó con la tradición de las Ordenanzas o Bandos de Policía y Buen Gobierno, códigos que regulaban las condiciones de vida de los ciudadanos y que hoy día aún se utilizan para normar las acciones de los ayuntamientos en materia de salud y otras. El Bando de Policía y Buen Gobierno del 7 de febrero de 1825 se distinguió por su sentido humanitario, sus conceptos de bienestar público y el valor que otorgó a las leyes y a la educación higiénica.

En la primera mitad del siglo XIX el Gobierno manifestó gran interés en asuntos de salud, hizo leyes sanitarias, bandos y entró en franca oposición con la iglesia con

---

<sup>25</sup> Idem

respecto a la regulación de hospitales y cementerios. Las órdenes hospitalarias se suprimieron en 1820 y desde entonces los hospitales dependieron del ayuntamiento.<sup>26</sup> Sin embargo, la ausencia de planes efectivos de contingencia y el centralismo seguían favoreciendo las epidemias.

El Tribunal del Protomedicato órgano destinado a la regulación de la medicina y a los que la practicaban, fue sustituido por un organismo denominado Facultad Médica del Distrito Federal en 1831, este funcionó hasta 1841 cuando fue sustituido por el Consejo Superior de Salubridad.<sup>27</sup>

La enseñanza de la medicina estaba a cargo de la universidad, esta fue cambiada por el Establecimiento de Ciencias Médicas en 1833 por el vicepresidente Valentín Gómez Farías.<sup>28</sup>

La medicina se consolida como gremio y se crea la Academia de la Medicina en 1836. En esa época Francia tuvo enorme influencia en la medicina mexicana, se copió el programa francés de estudios médicos, se trajeron libros, los médicos debían hablar y leer francés y hacer una estancia en Francia si querían tener prestigio.

En el periodo comprendido entre 1831 y 1833 fue de inestabilidad política, México tuvo tres presidentes (Anastasio Bustamante, Melchor Múzquiz y Manuel Gómez Pedraza), además de la inestabilidad política, el país sufrió catástrofes naturales y epidemias, por lo que el siglo XIX es conocido como el siglo del cólera. México padeció muchas epidemias de cólera, la de 1833 fue la que más muertes causó. En la primera mitad del siglo además fueron muy severas las epidemias de tifo, influenza, fiebre amarilla y paludismo. Las consecuencias de las epidemias eran tan graves que en 1832 el Gobierno decidió absorber los gastos que éstas causaron.

Las cosas no mejoraron, 1848 fue un año terrible para México, la guerra con Estados Unidos dejó un saldo político y económico negativo. La miseria se

---

<sup>26</sup> Meyer Rosa M. 1975 Instrucciones de seguridad social. Proceso historiográfico. Cuadernos de Trabajo del Departamento de Investigaciones Históricas. México, INAH, Página 60.

<sup>27</sup> Boletín del Consejo Superior de Salubridad 15 julio 1880 México Tomo I.

<sup>28</sup> Fernández del Castillo, Francisco 1986. El establecimiento de Ciencias Médicas. En Antología de Escritos Histórico-Médicos. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 2:451-460.

expandía por todo el país, los problemas de México siguieron siendo importantes y afectando la salud del pueblo. Ese año terminó la guerra con Estados Unidos con la venta, de Texas, Nuevo México y California. La miseria producto de la guerra fue causa parcial de una epidemia de cólera que concluyó en 1851.<sup>29</sup>

En el sur, Yucatán existía una terrible lucha de castas, en el centro y norte, Chihuahua, Durango y San Luis Potosí había revueltas y turbulencias sociales.

En 1856 el presidente Benito Juárez con las leyes de Reforma quitó bienes a la Iglesia con lo cual los hospitales y orfanatos quedaron bajo el control del Gobierno. El principio de caridad, fuertemente arraigado al catolicismo desapareció, y sus funciones como control de hospitales, atención a pobres y huérfanos, regulación de cementerios y otros asuntos pasaron a depender de la Secretaría de Salud. Se inician los servicios de atención a la salud como obligación del Gobierno y no como obra de caridad de la Iglesia. El paso intermedio fue la beneficencia que era regulada por el Gobierno pero con una participación importante de la sociedad civil.

El proyecto de sociedad de Juárez altamente social desplazaba el poder de la Iglesia al Estado, curiosamente, en la Constitución de 1857 no aparecen preceptos relacionados con la salud a pesar de que su ideario era el humanismo y que, desde entonces, Juárez pretendía sustituir la caridad cristiana por la asistencia pública. Así en 1861 decretó la creación del Consejo Nacional de Beneficencia Pública que coordinaba la beneficencia y hospitales para convertirlos en un servicio público dependiente del Estado.<sup>30</sup>

Benito Juárez fue desplazado por Maximiliano, este durante su imperio creó algunos nosocomios como el Hospital de Maternidad y un instituto para sordomudos. Juárez, regreso al poder, continuó la pugna con la Iglesia, lo que se reflejó en el mal servicio a la salud que tenía la población. Esto causó que la medicina privada aumentara de modo importante y creciera el número de fundaciones que atendían a la salud. La beneficencia siguió existiendo pero,

---

<sup>29</sup> Rodríguez de Romo, Ana Cecilia 1996. La ciencia pasteuriana a través de la vacuna antirrábica: el caso mexicano. *Dynamis*, 16:291-316.

<sup>30</sup> Moreno, E.; Miguel, J.; Díaz, M., García, M. y Césarman, E. 1982 *Sociología histórica de las instituciones de salud*. Instituto Mexicano del Seguro Social

debido a la malversación de fondos, tuvo que ser legislada y en 1877 se creó el Consejo de Beneficencia. El reglamento apareció en 1881, su idea principal es el derecho a la ayuda médica y el deber de la sociedad a contribuir a ésta. Benito Juárez tuvo muchos méritos pero, desgraciadamente, fomentó el centralismo con lo cual, en materia de salud, los servicios para las poblaciones alejadas de la capital fueron deficientes.

El Consejo Superior de Salubridad merece mención especial en la historia de la salud pública mexicana, fue establecido en la ciudad de México en enero de 1841, más este no era totalmente respetado debido a la inestabilidad política que no permitía decidir si el país sería centralista o federalista. En 1879 el Consejo Superior de Salubridad logro su autonomía, agilizando sus actividades ya que sólo tenía que informar a la Secretaría de Gobernación y no a las dependencias de cada Estado. En ese mismo año el consejo formuló "las igualas médico-farmacéuticas nacionales", acción importante para la atención a la salud pública porque trató de unir la atención médica y la medicina preventiva, también hizo una estadística de mortalidad e inició un mejor control de hospitales, hospicios, alimentos, agua potable, bebidas en general y desechos humanos.<sup>31</sup> Se legisló la vigilancia de cementerios, escuelas y talleres.

La función del Consejo se formalizó cuando el médico Eduardo Liceaga fue su presidente en 1885. La obra de Liceaga fue muy importante para el desarrollo de la salud pública mexicana. El consejo se reorganizó totalmente durante su gestión, se formalizó su función científica y social. Se administraron vacunas, se estudiaron las epidemias, se limpió la ciudad, se introdujo la vacuna antirrábica y en 1891 se concluyó el Código Sanitario que dividía la administración sanitaria en local y federal, establecía reglas y obligaciones (Código Sanitario, 1891). Su desiderátum decía: "Conservar la salud, prolongar la vida y mejorar la condición física de la especie humana; he aquí los objetos que debe tener por mira la higiene."<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> Álvarez Amezquita, j.; Bustamante, M.; López; Picazo A. y Fernández del Castillo, F. 1960. Historia de la salubridad y asistencia en México. Secretaría de Salubridad y Asistencia. México.

<sup>32</sup> Rodríguez de Romo, Ana Cecilia 1994. Manuel Martínez Báez, congruencia afortunada de inteligencia e integridad. Revista de la Universidad Michoacana, 13:115-125.

Liceaga pensaba que el país entero no podía regirse por las condiciones de salud que sólo existían en la capital y en 1910, pretextando el primer centenario de la Independencia, realizó un análisis sanitario de la República Mexicana a partir de 1810 (La Salubridad, 1910). Un cuestionario bastante completo se envió a cada Estado del país. Desafortunadamente, Veracruz, Campeche, Tlaxcala, Oaxaca, y Quintana Roo no respondieron y este primer análisis, que cubre un siglo de las condiciones de sanidad, está incompleto.<sup>33</sup>

También con el Dr. Eduardo Liceaga, que fue vicepresidente de la Asociación Americana de Salud Pública, se inició la participación de México en los asuntos sanitarios internacionales.

Todavía con relación al Consejo Superior de Salubridad, es necesario notar que creó una revista que persiste hasta nuestros días. En 1880 apareció el *Boletín del Consejo Superior de Salubridad* (Boletín del Consejo, 1880), primera publicación mexicana en salud pública. En 1927 se convirtió en el *Boletín del Departamento de Salud Pública*. En 1943 dio lugar a *Salubridad y Asistencia* que desde 1959 es la revista *Salud Pública de México*.

Al finalizar el siglo XIX, se inició la medicina preventiva y la sociología médica. En 1880 el médico José Lobato publicó un artículo en la *Gaceta Médica de México* donde relaciona por primera vez la sociología y la salud pública. Recordemos que la sociología médica se refiere al análisis sociológico del sistema de salud y de los factores sociales que influyen sobre la salud. El trabajo de Lobato (1880) dice textualmente: “Conservar la salud colectiva, impedir la decadencia individual y alejar las enfermedades locales, he aquí el objeto de la higiene sociológica derivada de la demografía. La demografía es la ciencia que se ocupa de la descripción del pueblo considerando en sus relaciones estadísticas, estáticas y dinámicas con la higiene sociológica” todas estas hoy día función exclusiva del Estado.<sup>34</sup>

---

<sup>33</sup> La salubridad e higiene en los estados 1910. México, casa metodista de publicaciones.

<sup>34</sup> Lobato, José 1880. Sociología en sus relaciones con la demografía y demología mexicana. *Gaceta Médica de México*, 15:357.

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX surgió en México una corriente social moralizadora asociada a la higiene. En la bibliografía mexicana y extranjera sobre salud pública del siglo XIX es usual encontrar términos como policía sanitaria, policía médica o bando de policía (todos incluyen el término policía) cuando se trata de la aplicación de reglamentos o acciones sanitarias. El concepto de *policía médica* surge en Alemania en el siglo XVIII, se refiere a la aplicación gubernamental de una política médica por medio de un reglamento administrativo. Hay que subrayar que en el fondo se trata de un principio y su acción hace dependiente el "bienestar" de la sociedad del "bienestar" del Estado.<sup>35</sup>

En la primera mitad del siglo la higiene en México fue importante cuando se la asoció con la fisiología, la situación fue diferente en la segunda mitad pues entonces la higiene adquirió un carácter social de tipo moralizador. "La higiene se refiere a regeneración moral, íntima relación entre el cuerpo del individuo y su forma de ser moral. Las prescripciones higiénicas que rigen el desarrollo material ejercen también una influencia inevitable y benéfica en el mejoramiento de la sociedad así como en la perseverante actividad del pensamiento humano. La transmisión de principios científicos sirve de fundamento a la regeneración social ya que si las pasiones sensuales producen trastornos en los pueblos, la ciencia, con la sublimidad de sus preceptos, es la santa bendición de la Providencia".<sup>36</sup>

A Porfirio Díaz (1880-1910) no le fue fácil mantener su dictadura los últimos años, este, apoyado en el positivismo, el darwinismo social y la higiene como principio moralizador y de control social trató de justificar las profundas diferencias sociales, la desigual repartición de la riqueza y el menoscabo de la cultura que caracterizaban su régimen político. Podemos notar que el bienestar pudo alcanzarse de modo parcial con la higiene y la aplicación de los bandos de policía pero eran una forma de controlar a la sociedad.

---

<sup>35</sup> Rosen, George 1985. De la policía médica a la medicina legal. México, Siglo XXI.

<sup>36</sup> Anaya, Manuel 1984. Observaciones sobre la importancia de la asociación de la salubridad pública en sus relaciones con la ciencia de la higiene. En documentos e informes presentados en la 20 reunión anual americana de la asociación americana de salubridad pública. México, Press Association, Volumen 18, Páginas 29 y 30.

Al comienzo del siglo XX, la esperanza de vida al nacer era de 27.5 años y el coeficiente de mortalidad general era de 33 por cada 1,000 habitantes. El centralismo se acentuó con la dictadura de Porfirio Díaz y la salubridad pública, como servicio del Estado no funcionaba, ya que las decisiones se tomaban desde la capital. México ya había asimilado el progreso espectacular que alcanzaron en el extranjero la histología, la patología, la bacteriología y la fisiología. E. Ackerknecht llama a este periodo de *medicina de laboratorio* porque los logros que se alcanzaron en el laboratorio científico se aplicaban en la medicina práctica. En el Hospital General de la ciudad de México se probaban los efectos farmacológicos de plantas medicinales que previamente se habían estudiado en el Instituto Médico Nacional (1888-1915).

La idea de salubridad nació en México, al igual que en Europa, como consecuencia del rápido crecimiento de las ciudades, de la explosión demográfica y de las comunicaciones comerciales. La seguridad social apareció por el industrialismo creciente y el incremento de la actividad en las ciudades. En 1907 México se adhirió a la Convención Sanitaria de Dresde y aceptó el compromiso de apoyar a la Oficina Internacional de Higiene Pública con sede en París.

Al comienzo del siglo XX el progreso científico alcanzado no era congruente con las diferencias sociales y la desigual distribución de la riqueza, circunstancias que provocaron el estallido de la Revolución Mexicana el 20 de noviembre de 1910. Surgieron dos demandas: la atención a la salud de los obreros y la creación de leyes que reglamentaran las condiciones de trabajo y la seguridad de los trabajadores y sus familias. Desde 1906 los hermanos Flores Magón defendieron, en el Manifiesto del Partido Liberal Mexicano, una concepción totalmente innovadora de la seguridad social.<sup>37</sup>

La guerra provocó profundas consecuencias a la sociedad en materia de salud: epidemias, hambrunas, enfermedades causadas por la pobreza y las malas condiciones de higiene, el ideal de medicina preventiva que se había logrado años antes se desmoronó por culpa de la desorganización y las dificultades económicas

---

<sup>37</sup> Moreno, E.; Miguel, J.; Díaz, M.; García, M. y Césarman, E. 1982. Sociología histórica de las instituciones de salud. México, Instituto Mexicano del Seguro Social.

causadas por la guerra. Se frenó bruscamente el desarrollo en investigación médica que se alcanzó en los últimos veinte años.

El proyecto de justicia social de la Revolución llevo a que el nuevo Estado tratara de satisfacer las necesidades y las demandas de la población. El Consejo Superior de Salubridad pasa a depender directamente del presidente de la República. En 1917 se creó el Departamento de Salubridad Pública que tuvo que ver con la legislación sanitaria del país, policía sanitaria en puertos y fronteras; vacunas, medidas contra el alcoholismo, epidemias, enfermedades contagiosas, preparación y administración de vacunas y sueros, control de alimentos, bebidas.

38

El Departamento de Salubridad Pública fue un organismo autónomo y ejecutivo que nació de un precepto constitucional y estableció que la salubridad y la asistencia en México pueden ser federales, estatales o municipales. Este principio asentado en el artículo 123 de la Constitución fue la base para crear la Ley Federal del Trabajo y el Reglamento de Higiene del Trabajo. En 1917 se empezó a generalizar el uso de vacunas y se introdujeron en las ciudades los primeros servicios de drenaje y agua potable funciones del Estado.

México ya parecía comenzar una nueva era de paz al iniciarse la década de los años veinte, el presidente Álvaro Obregón ocupaba la presidencia. Se vivía una clase de imperialismo científico que entonces se hizo claro con el apoyo técnico y material que dio la Fundación Rockefeller. Esta institución, a partir de 1921, participó activamente en la formación de sanitaristas y en acciones de medicina preventiva y salud pública en México.<sup>39</sup>

El Dr. Alfonso Pruneda, el 23 de marzo de 1922 inauguró la Escuela de Salubridad, antecesora de la actual Escuela de Salud Pública que surge en 1954, actualmente la Escuela de Salud Pública está en el Instituto de Salud Pública en la ciudad de Cuernavaca, con reconocimiento internacional.

---

<sup>38</sup> Álvarez Amezquita, J.; Bustamante, M.; López; Picazos A. y; Fernández del Castillo, F. 1960. Historia de la salubridad y Asistencia en México, Secretaria de Salubridad y Asistencia, México.

<sup>39</sup> Ordoñez, Blanca Raquel 1989 V "Epidemiología". En Guillermo Soberón; Jesús Cumate y Laguna José. La Salud en México: Testimonios 1988 México, Fondo de Cultura Económica, Tomo IV, No. 2, Páginas 227-237.

El Departamento de Salubridad Pública impulsó campañas contra diferentes enfermedades infectocontagiosas y los servicios de salud fueron realmente llevados a los Estados.<sup>40</sup> Se hizo obligatorio el certificado de salud para contraer matrimonio; se expidieron los reglamentos sobre establos, cementerios y tratamiento y transporte de cadáveres; se empezó a impartir el servicio de higiene industrial y previsión social. En 1928 se crearon las Unidades Sanitarias Corporativas que en 1932 se convertirían en la Coordinación de Servicios Sanitarios. Esta coordinación organizó múltiples campañas como la antialcohólica y la antituberculosa. Al mismo tiempo empezaron a salir al extranjero los primeros mexicanos para hacer doctorados en salud pública.

En esa década también se hicieron conscientes algunos problemas que al mismo tiempo trataron de solucionarse: la necesidad de educación en la salud pública con la creación de una escuela; la gravedad de muchas enfermedades contagiosas con campañas y la obligación de corregir los servicios públicos impulsando el sanitarismo.

La vida política de México fue muy intensa en la época comprendida entre 1928 y 1940 generando cambios importantes en las funciones del Gobierno destinadas a la atención de la salud. Hubo cuatro presidentes en 12 años: Emilio Portes Gil (1928-30), Pascual Ortiz Rubio (1930-32), Abelardo L. Rodríguez (1932-34) y Lázaro Cárdenas (1934-40). Abelardo L. Rodríguez creó el Plan Sexenal, un programa que pretendía hacer progresar al país en todos los sentidos incluida la salud pública. El Plan fue continuado por Lázaro Cárdenas. El sector salud se caracterizó por tres aspectos en la década de 1930-40: continuidad de los programas de salud; iniciación de los servicios de salud institucional y atención médica al medio rural. Estas características se manifestaron en las siguientes acciones: el 18 de agosto de 1931 se promulgó la Ley Federal del Trabajo que fue un avance importante en la protección del

---

<sup>40</sup> Boletín del departamento de Salud Pública 1925 1:184.

trabajador. La ley es de carácter humanitario y, además de los problemas de salud relativos al trabajo, se refiere a aspectos como invalidez, vejez y defunción.<sup>41</sup>

El reglamento de higiene del trabajo y el de medidas preventivas de accidentes en el trabajo aparecen en 1934.<sup>42</sup>

En enero de 1931 se crea el Servicio de Sanidad de los Estados, ya que la atención a la salubridad en el interior de la República seguía siendo muy deficiente, a pesar de los intentos legislativos y conciencia del problema, continuaba la vieja pugna entre las instituciones de salubridad sobre si actuaban de forma estatal o federal. Por esta razón Rafael Silva, entonces jefe del Departamento de Salubridad, creó la Coordinación de Servicios Sanitarios que empezó a trabajar en 1932 cuando el jefe del Departamento era Gastón Melo. La coordinación pretendía incrementar el aprovechamiento de los recursos disponibles evitando la repetición de servicios federales y locales.<sup>43</sup>

En 1933 el país ya contaba con una organización administrativa para ejecutar las obras de agua potable, alcantarillado y saneamiento del medio. Estas obras tuvieron un mayor impulso durante el Gobierno de Lázaro Cárdenas. En 1935 se promulgó un nuevo Código Sanitario. En 1936 Gustavo Baz estableció el Servicio Médico Social como obligación en el último año de los estudios de medicina. La función principal de los jóvenes médicos es desde entonces la atención médica al campo. En ese año también se inauguró el Hospital Huipulco de enfermedades respiratorias. El 31 de diciembre de 1937 surgió el decreto que modifica la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, se creó la Secretaría de Asistencia Pública.

El 18 de marzo de 1939 se inauguró el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales (ISET), primer centro formal de investigación en problemas de salud. El primer director fue Manuel Martínez Baz. El objetivo principal del ISET fue

---

<sup>41</sup> Álvarez Amezquita, J.; Bustamante, M.; López; Picazos A. y; Fernández del Castillo, F. 1960. Historia de la salubridad y Asistencia en México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México. Página 358.

<sup>42</sup> Cárdenas de la Peña Enrique 1976. Medicina Familiar en México. Instituto Mexicano del Seguro Social. Página 31.

<sup>43</sup> Bustamante M.; Viesca, C.; Villaseñor, F.; Vargas, A.; Castañón, R y Martínez, X. 1982 La Salud Pública en México 1959-1982. Secretaría de Salubridad y Asistencia. México. Página 56.

estudiar, de acuerdo a la realidad mexicana, enfermedades que hasta entonces se habían investigado en países que no las tenían.<sup>44</sup>

En la década anterior se inició la solución de problemas urgentes en salud pública, problemas agravados por la inestabilidad política, económica y social, producto de la Revolución. Las condiciones permitieron, al finalizar los años treinta, continuar lo que se había empezado, esto es, percibir la importancia de la ciencia en salud pública y crear hospitales especializados en el marco de una actitud de aprovechamiento y no de desperdicio de los recursos. México se benefició de la paz por su no participación en la Segunda Guerra Mundial, aumentó las exportaciones y recibió gente productiva que huía de los conflictos como la Guerra Civil Española.

Manuel Ávila Camacho, presidente de 1940 a 1946, gobernó con una política llamada de "unidad nacional". El capital extranjero siguió siendo poderoso en México. La reforma agraria y la actividad de los movimientos obreros languidecieron. Con relación a la salubridad, Álvarez Amezquita piensa que los resultados de los programas fueron buenos ya que disminuyeron los coeficientes de mortalidad y morbilidad y mejoraron las condiciones de vida de los habitantes en general.<sup>45</sup>

La década de los cuarenta es muy importante en la historia de la salud pública mexicana. Por decreto presidencial se fusionaron el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) el 15 de octubre de 1943.<sup>46</sup> El primer secretario fue el Dr. Gustavo Baz y el primer subsecretario el Dr. Manuel Martínez Báez. El 19 de enero del mismo año se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), institución que desde entonces proporciona servicio médico y social a los trabajadores y sus familias y marcó el inicio de la medicina institucional. Con el

---

<sup>44</sup> Rodríguez de Romo, Ana Cecilia 1994, Manuel Martínez Baez. Congruencia afortunada de inteligencia e integridad. Revista de la Universidad Michoacana, 13:115-125.

<sup>45</sup> Álvarez Amezquita, J.; Bustamante, M.; López; Picazos A. y; Fernández del Castillo, F. 1960. Historia de la salubridad y Asistencia en México, Secretaria de Salubridad y Asistencia, México. Página 31

<sup>46</sup> Decreto que crea la Secretría de Salubridad y Asistencia 1943, Gaceta Médica de México, 73:435.

IMSS se completó la tríada salubridad-asistencia-seguro social. La creación de hospitales aumenta en esa época. Surge, por ejemplo, el Hospital Rural.

El Código Sanitario de 1934 fue reformado en 1949. Ese nuevo Código otorgó las facultades necesarias al Presidente, al Consejo de Salubridad General, a la SSA y a los Gobiernos de los Estados para realizar las acciones necesarias en lo referente a salud e higiene pública. El Código de 1949 fue modificado en 1955 y a su vez vuelto a cambiar en 1973.

De 1958 a 1970 la salud pública era una herramienta para alcanzar el desarrollo del país. No sólo se trató de prevenir o tratar las enfermedades sino de rehabilitar y también de investigar como una forma más científica de luchar contra lo que afecta la salud. Con esta idea se impulsaron los Institutos, aumentaron los servicios de salud, las campañas nacionales de vacunación, la capacidad hospitalaria. En 1960 surgió el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Después apareció el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), e incluso se creó una acción sanitaria indigenista. El ISSSTE y el INPI, ahora DIF, lo cuales realizan hasta la actualidad una labor encomiable en beneficio de los trabajadores dependientes del Gobierno y de los niños.

Esa fue una buena época en la historia de México con acciones en prevención y atención a la salud de la sociedad. Las secuelas de la Revolución se habían superado, florecieron las artes y la ciencia. En los informes de Gobierno se destacan los programas en beneficio del agua potable y el alcantarillado, en beneficio de la mujer y el niño. Los antibióticos ya eran de uso común. La población en general estaba vacunada contra las principales enfermedades infecciosas. El número de habitantes todavía permitía una vida digna en la ciudad y estaba en su apogeo una nueva clase media, educada, en cuyos hombros descansaba el progreso del país.

La tendencia de la salud pública en ese periodo se basaba en aprovechar al máximo lo ya existente para no hacer gastos inútiles; tratar de orientar la salud pública a las nuevas prioridades o problemas como la explosión demográfica, las

enfermedades industriales, la alteración de la ecología y el populismo que incrementó la burocracia y la corrupción.

En 1965 se creó la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social y se intentó la cooperación mutua de las secretarías. La Secretaría de Educación Pública organizó programas para hacer conciencia social y cuidar la salud. Se usó el trabajo de los ciudadanos para diferentes obras "Con la coordinación así concebida, se inicia la formación de algo como un inmenso sindicato de trabajadores de la salud, trabajadores cooperantes con las instituciones." <sup>47</sup>

En 1973 se inició el Plan Nacional de Salud que se proyectó por un periodo de diez años y que logró disminuir la mortalidad infantil de 69 a 38 por mil niños y la mortalidad general de 9.9 a 7. Para los años setenta ya se habían controlado muchas enfermedades transmisibles y problemas de salud pública pero otros tomaban impulso, como neoplasias, diabetes mellitus, desplazamiento de la gente del campo a la ciudad, explosión demográfica y drogadicción. Sin embargo debido a la crisis económica, que se inició en 1974 y alcanzó el pico en 1976 con una devaluación del peso mexicano del 100%, el sistema de salud fue incapaz de satisfacer las demandas de la población: "Resulta irónico que justo cuando los planes de salud resultaban factibles, desde el punto de vista político y tecnológico, las condiciones económicas impiden su implementación". <sup>48</sup>

A partir de 1976 se crearon varios planes como alternativas de solución. Los más importantes fueron la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, el Plan de Gobierno, la Subsecretaría de Planeación para evaluar a la Secretaría de Salubridad y Asistencia y realizar acciones prioritarias, la creación del Sector Salud y Social con sus respectivos subsectores, etc. <sup>49</sup>

En 1980 apareció el Plan Global de Desarrollo que fracasó en 1982 con la segunda gran devaluación de casi el 600%. El Plan dependía del desarrollo social

---

<sup>47</sup> Bustamante M.; Viesca, C.; Villaseñor, F.; Vargas, A.; Castañón, R y Martínez, X. 1982 La Salud Pública en México 1959-1982. Secretaría de Salubridad y Asistencia. México. Página 224.

<sup>48</sup> Frenk, Julio 1988. The political economy the medical underdeployment in México: corporatism, economic crisis and reform. En The political dynamics of physician manpower policy. Londres Mayo. Páginas 24-37.

<sup>49</sup> Historia de la Salud. Reseña Histórica, 1982-1988. 1988 México, Secretaría de Salud. Tomo II, página 9.

que a su vez se basaba en el crecimiento económico. El cálculo estuvo mal hecho pues cuando se inició el Plan la economía ya estaba bastante deteriorada.

En 1983 apareció el Plan Nacional de Desarrollo (1983-88) del cual derivó el Plan Nacional de Salud y cuyos objetivos eran incrementar la atención médica, la salud pública y la asistencia social.

El 21 de marzo de 1985 la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), se transformó en Secretaría de Salud. Su secretario fue el Dr. Guillermo Soberón. En la atención médica se pretendía, por ejemplo, uniformar los servicios a la población; en la salud pública, disminuir el índice de fecundidad y en la asistencia social, atender a los minusválidos.

La reforma sanitaria impulsada por Miguel de la Madrid aumentó la responsabilidad de las autoridades estatales pero fue difícil de realizar. La Secretaría de Salud no logró normar totalmente el presupuesto federal dificultándose la descentralización.

Durante el sexenio de Carlos Salinas de Gortari se creó el programa IMSS-oportunidades, el cual pretendía llevar los servicios de salud a la población más vulnerable. Con este programa se crearon diversos hospitales.

Carlos Salinas de Gortari puso en marcha el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL), un programa especial para combatir las necesidades más apremiantes en alimentación, vivienda, educación y salud de la población con menos recursos. Es decir, los grupos urbanos populares, los campesinos de escasos recursos y los grupos indígenas. El programa se exhibió como “el rostro humano” de la política económica neoliberal. Con esta perspectiva, se esperaba que los ajustes económicos de fondo permitieran la incorporación productiva de estos sectores a la vida económica del país y, consecuentemente, la superación definitiva de sus condiciones de carencia. Esto es, si la política económica neoliberal resultaba exitosa, por su mismo éxito iría incorporado a los sectores de menos recursos a actividades económicas más redituables, que a su vez les ayudarían a superar su condición de pobreza.

El esquema básico del PRONASOL fue el de realizar proyectos de colaboración con los beneficiarios del programa establecido mecanismos de obligación y responsabilidad compartida, a través de los cuales el Gobierno aportaba recursos técnicos y financieros, y los participantes básicamente su trabajo.<sup>50</sup>

En 1998, durante el sexenio de Ernesto Zedillo Ponce De León, los servicios de salud pública cubrieron aproximadamente a 93 millones de mexicanos, este avance se debe que en el período de la administración se pusieron en operación dos mil 400 nuevas unidades médicas, un promedio cercano a dos por cada día.<sup>51</sup>

Con la finalidad de ampliar y elevar la calidad de los servicios médicos, el Presidente Ernesto Zedillo impulsó una reforma del Sistema Nacional de Salud y puso en marcha el Programa SALUD 2000, permitiendo alcanzar los siguientes resultados:

- A partir de 1996 se transfirió a los Gobiernos estatales la responsabilidad de atender a la población no asegurada y definir los planes de salud con base en sus necesidades específicas.
- 6.7 millones de trabajadores que ganan hasta tres salarios mínimos dejaron de pagar cuotas al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), las cuales ahora son cubiertas por el Gobierno y empleadores.
- En 1998, 600 mil personas más tuvieron acceso a los servicios de Sector Salud.
- La vacunación universal permitió que los mexicanos erradiquemos la poliomielitis, eliminemos la difteria y virtualmente el sarampión.
- Se crea el Programa Nacional de la Mujer, estableciendo la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer, de la que se distribuyeron más de 21 millones de ejemplares.

---

<sup>50</sup> Bello Arnaud, R. 2006. Amistad por conveniencia: La política exterior de México hacia Cuba. 1959-2006. Tesis de Licenciatura. Relaciones Internacionales. Departamento de Relaciones Internacionales y Ciencias Políticas, Artes y Humanidades. Universidad de las Américas Puebla.

<sup>51</sup> Ramales Osorio Martín Carlos. El Sexenio Zedillista (1994-2000) El agotamiento del Sistema. Universidad Tecnológica de la Mixteca.

Con la entrada en vigor de la nueva Ley del Seguro Social, a partir del 1º de julio de 1997, se inició formalmente la operación del nuevo Sistema de Seguridad Social con la Administración de los Fondos del Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez.

Asimismo, se crearon las Administradoras de Fondos para el Retiro, que manejan los recursos de las nuevas cuentas individuales para el retiro de cada trabajador.

- Gracias a la nueva ley en 12 meses el IMSS extendió su cobertura a más de 90 mil familias de trabajadores no asalariados que ahora cuentan con servicios médicos y de hospitalización.
- Gradualmente y con un apoyo económico especial del Gobierno Federal, se incorporaron más de tres millones de jornaleros y sus familias a la totalidad de los servicios y prestaciones del IMSS.<sup>52</sup>

Durante la administración del presidente Fox ascendieron a 1,054 las unidades de consulta externa construidas. Cabe señalar que se registró una disminución de 74% de unidades erigidas en comparación con la administración de Ernesto Zedillo. Los primeros cuatro años fueron los de mayor dinamismo en la construcción de unidades de salud.

En la administración de Fox se priorizó la asignación de recursos a obras de hospitalización, sumando un total de 166 nuevos hospitales, así como 488 ampliados y rehabilitados.

En noviembre de 2002, se presentó ante el Congreso Federal una propuesta de reforma a la Ley General de Salud, en la que se nombraba la protección social en salud. El 15 de mayo de 2003 se aprueban las reformas legales, y el 1º de enero de 2004 comienza a funcionar la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular, es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía técnica, administrativa y operativa que se encarga de la provisión de los servicios de salud a la población beneficiaria del Sistema de Protección Social

---

<sup>52</sup> [Zedillo.presidencia.gob.mx/pages/pub/4info/mensaje.html](http://Zedillo.presidencia.gob.mx/pages/pub/4info/mensaje.html)

en Salud, trabaja de manera coordinada con los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) y los proveedores de servicios de salud públicos o privados en las entidades federativas. Es un esquema de aseguramiento perteneciente al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), que tiene como objetivo prestar servicios de salud a las personas que no están afiliados a servicios de seguridad social como los del Instituto Mexicano del Seguro Social o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Al finalizar el sexenio de Vicente Fox en el mes de noviembre cuatro millones y medio de familias estaban ya afiliadas y alrededor de 38.4% pertenecía al programa Oportunidades. El Seguro Popular cubría 1,657 municipios y 42,873 localidades. La atención se brindaba en 348 hospitales Generales y 7,338 Centros de Salud. Se calculó un registro de 1,490,536 familias afiliadas de tipo rural y un total de 3,778,653 familias afiliadas que pertenecen al primer o segundo decil de ingreso; es decir, son familias que no pagan nada.<sup>53</sup>

En el Sexto y último informe de Gobierno en materia de salud, Felipe Calderón destacó que en seis años se avanzó en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, aunque para estas fechas debería mostrar las metas concretas que se impusieron a inicios del sexenio. Hasta julio de 2012 el Gobierno ha gastado 197 mil 199.4 millones de pesos en salud, de los cuales el 75 por ciento se entregaron al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). La Secretaría de Salud y el Fondo de Aportaciones para los Servicios del Ramo 33 erogaron 77 mil 881.4 millones de pesos en el Seguro Popular, la Seguridad Médica para la Nueva Generación, Infraestructura en Salud, el Programa de Embarazo Saludable, el Programa de Caravanas de la Salud y "para la prestación en los diferentes niveles de atención a la salud". En el Informe gubernamental se da cuenta de datos que no se dieron a conocer a la sociedad mexicana. Por ejemplo, que de septiembre de 2011 a agosto de 2012 se registraron 6 mil 210 casos de influenza AH1N1. De éstos, fallecieron 598 personas en Jalisco, 514 en el DF, 508 en Querétaro, 439 en

---

<sup>53</sup> [www.salud.gob.mx/transparencia/inform\\_adicional/infoGralSP.pdf](http://www.salud.gob.mx/transparencia/inform_adicional/infoGralSP.pdf)

Nuevo León y 393 en el Estado de México. El presidente Felipe Calderón informó que entre 2000 y 2010 el porcentaje de población que declaró ser derechohabiente a servicios de salud aumentó de 40.1 a 64.4 por ciento, lo que significa 72.5 millones de personas. Sin embargo, si se toma en cuenta que la población del país es de 112.3 millones, entonces cerca de 40 millones no gozan de esta cobertura.<sup>54</sup>

En materia de salud, se propuso un nuevo programa de Seguro Universal para recién nacidos, quienes podrán contar, desde el momento de la implementación de este programa, con un seguro de vida, además de la re implementación del programa de las caravanas de Salud. En julio del 2012, se logró la afiliación de 52 millones 700 mil personas.<sup>55</sup>

---

<sup>54</sup> Dará ley del ISSSTE viabilidad a México: Calderón, 28 de marzo de 2007, El Universal (México).

<sup>55</sup> [http://sexto.informe.gob.mx/igualdad\\_de\\_oportunidades.html](http://sexto.informe.gob.mx/igualdad_de_oportunidades.html)

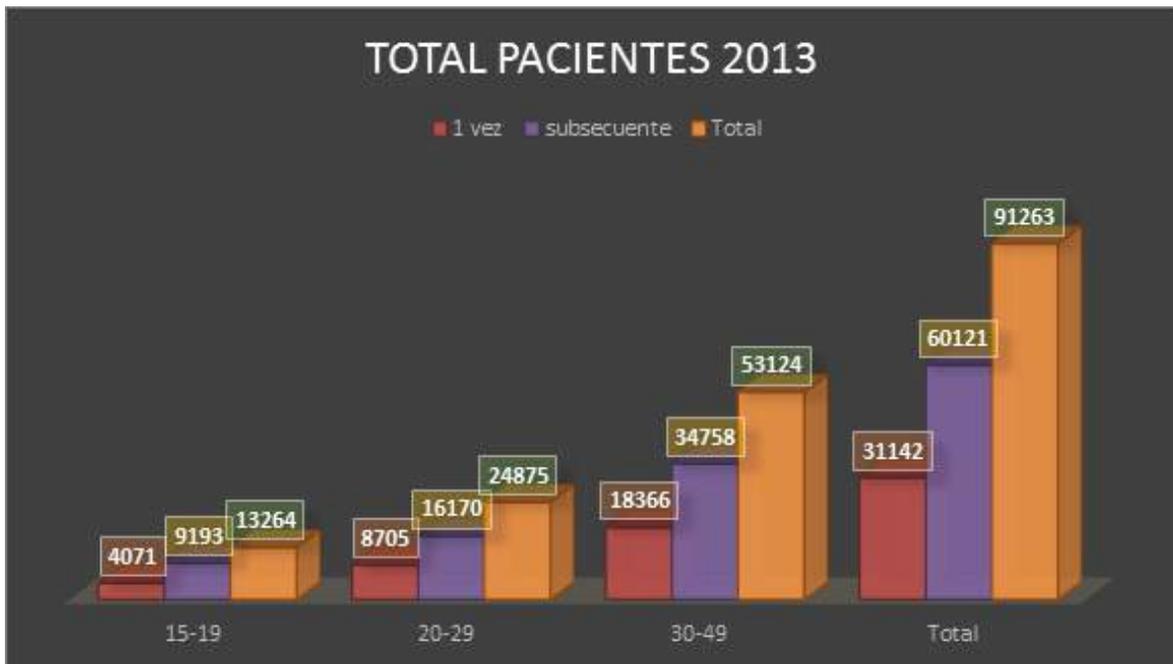
## Capítulo segundo. Estado de la Planificación Familiar en el Hospital Manuel Gea González.

### 2.1 Diagnóstico situacional 2013.

Para el presente proyecto seleccione el Hospital Manuel Gea González ya que es un nosocomio de concentración de carácter general y federal. Atiende a las delegaciones del sur de la ciudad, por lo que concentra la mayor parte de la población vulnerable que requiere de atención médica de la clase media y baja, siendo ideal para el diagnóstico situacional por estas características. También es un centro de referencia de centros de salud e incluso otros hospitales.

En el año 2013 el Hospital Manuel Gea González atendió un total de 91,263 pacientes en edad reproductiva, por diversas causas, y de todas las especialidades con las que cuenta, de las cuales 31,142 pacientes fueron de primera vez representando el 34.12% y 60,121 acudieron de manera subsecuente equivalente al 65.87%.

Grafico 1



Fuente: Elaboración propia

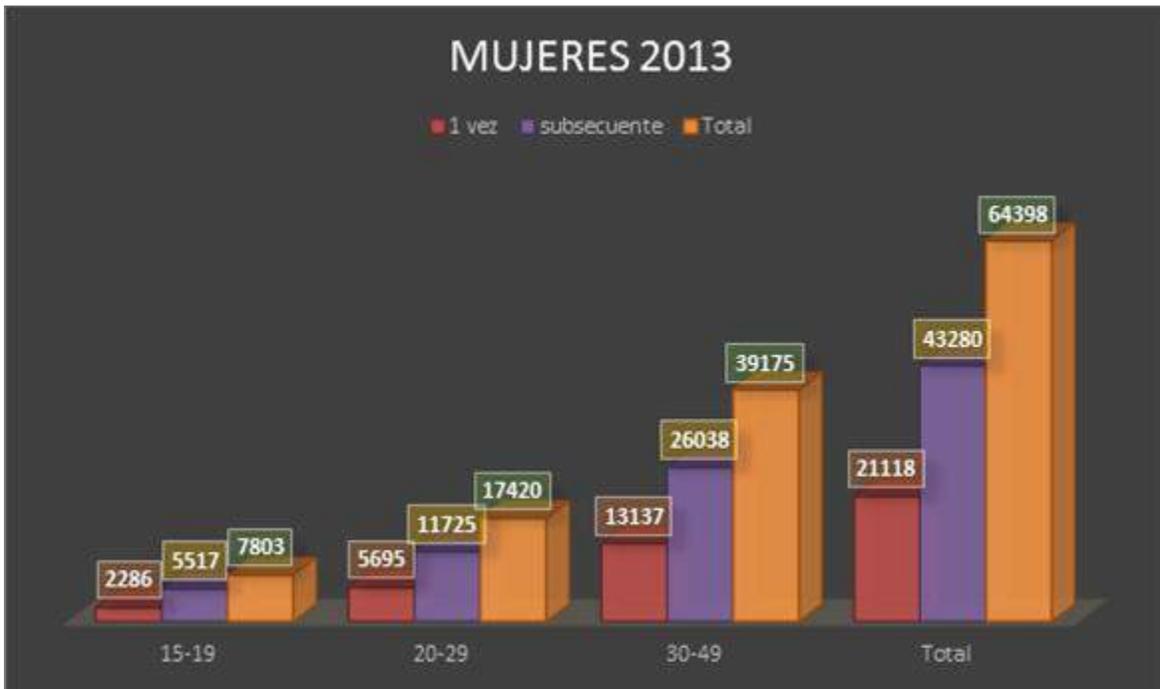
Los grupos de edad seleccionados para el estudio fueron hombres y mujeres de 15 a 49 años, ya que la base de datos de bioestadística del hospital así los tiene divididos y esta fue la fuente para la obtención de los datos.

El grupo de edad que más acude a este hospital es el comprendido entre las edades de 30 a 49 años, lo cual representa el 58.20%, sin embargo es un dato que se encuentra sesgado ya que en este grupo se encuentran pacientes con una diferencia de 20 años de edad, a diferencia del grupo de menores de 19 años en el cual solo se agrupan pacientes con 5 años de diferencia, para poder comparar los parámetros tendríamos que dividir en cuatro al segmento de 30 a 49 años lo cual daría aproximadamente 13,281 pacientes por grupo, siendo prácticamente iguales al grupo de los adolescentes, sin embargo no podemos analizar la tendencia adecuadamente. Este segmento esta seguido del grupo de 20 a 29 años que representa el 27.25%, el cual también muestra sesgo ya que engloba 10 años, para dejar por ultimo al grupo de 15 a 19 años con un 14.53% el cual sería el grupo que más acude al hospital de analizar los datos más adecuadamente ya que se trata de 13,264 pacientes.

Como puede apreciarse en la siguiente grafica (grafica 2), de los 91,263 pacientes en edad reproductiva que acudieron al hospital en el año 2013, 64,398 son mujeres representando el 70.56%, lo cual abre un nicho de oportunidad a la Planificación Familiar, ya que este segmento es el más vulnerable a padecer de embarazo no planeado.

También podemos apreciar que en este año se atendieron a 7,803 mujeres adolescentes lo cual representa un 8.55% de la población total que acudió al hospital siendo al que se deben enfocar más los esfuerzos en planificación familiar ya que como veremos más adelante es el grupo que más acude para la atención de embarazos, y que tiene el potencial de tener un número más alto de hijos por su edad, la falta de experiencia, madurez y responsabilidad.

Grafica 2



Fuente: Elaboración propia

En la estadística se puede apreciar que el sexo masculino acude menos a la demanda de atención como se demuestra en la siguiente gráfica (gráfica 3) en la que se ve que ocupan el 29.43% de las atenciones de este hospital quizá por que priorizan en un segundo plano su salud por las ocupaciones laborales, sin embargo no menos importante es el rol que juega el hombre, por el contrario la educación a esta población en el tema de planificación familiar es de suma importancia y todo un desafío por las ideas culturales que prevalecen, la idiosincrasia y el desmesurado machismo que se vive en nuestra nación. La mayoría de las mujeres consulta y requiere de la autorización de su pareja para la adopción de algún método de planificación, sobre todo si es de carácter definitivo, por todo esto el impacto en el sexo masculino debe ser contundente.

Gráfica 3



Fuente: Elaboración propia

Al realizar un análisis sobre las acciones en planificación familiar realizadas en el periodo estudiado en todas las áreas de ginecología se encontraron 1,201 acciones, tales como la realización de oclusión tubaria bilateral “OTB”, inserción de dispositivo intrauterino “DIU” y prescripción de otros métodos de planificación tales como preservativos y hormonales en sus diferentes presentaciones, lo que denota una cifra alarmante, con una cobertura del 1.32% de la población en edad reproductiva que acude a este nosocomio por cualquier causa, ya sea hombre o mujer (gráfica 4).

La distribución de los métodos (gráfica 5) muestra una predominancia en la aplicación del DIU con un 46.63% del total de métodos y acciones otorgadas, lo cual traspolado únicamente a la población femenina en edad reproductiva que acudió en este periodo al hospital representa una cobertura total del .87% del total de la población femenina usuaria (gráfica 6).

El 80.53% de estos dispositivos se aplicaron inmediatamente después de la atención de un parto, cesárea o legrado, siendo únicamente el 19.46% aplicados en mujeres sin antecedente de embarazo inmediato, lo cual se explica ya que en el periodo del 2013 no se contaba con una Clínica de Planificación Familiar funcional, siendo la unidad tocoquirúrgica la que principalmente atendió a las pacientes (gráfica 7).

Grafica 4



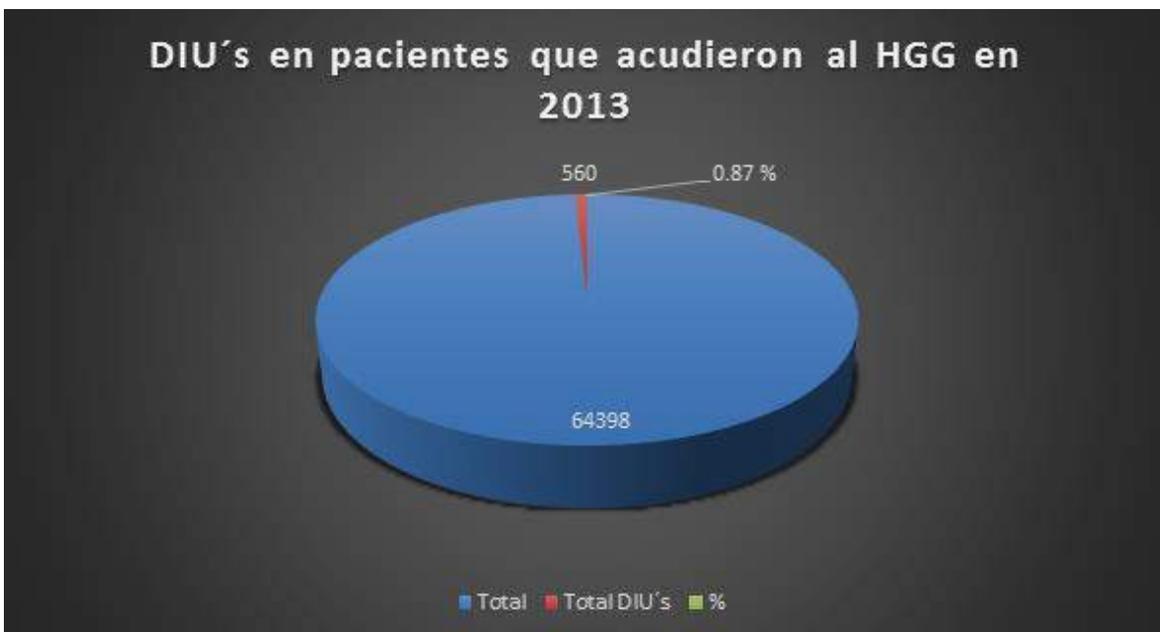
Fuente: Elaboración propia

Gráfica 5



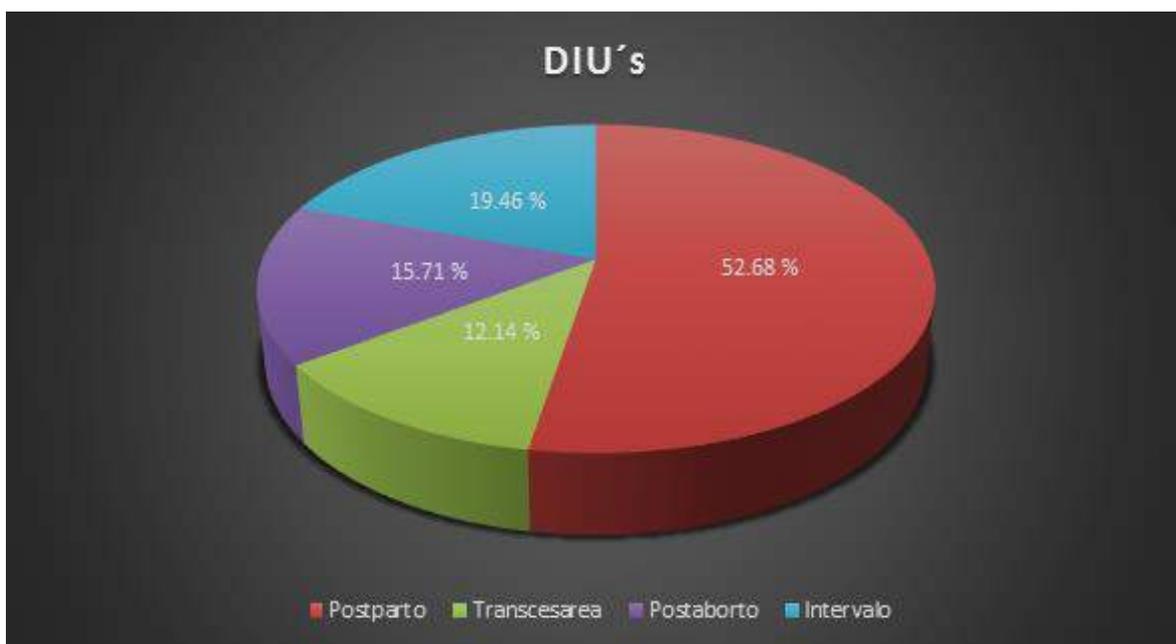
Fuente: Elaboración propia

Gráfica 6



Fuente: Elaboración propia

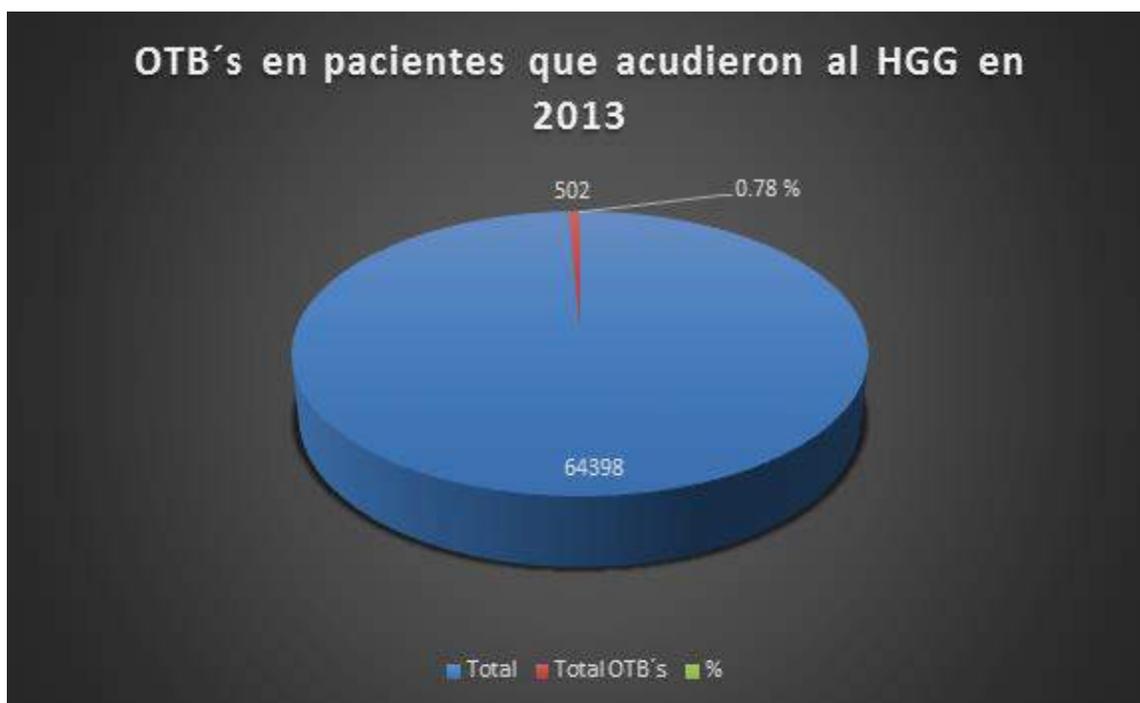
Gráfica 7.



Fuente: Elaboración propia

En segundo lugar se encuentra la oclusión tubaria bilateral o salpingoclasia con 502 cirugías realizadas en todo el periodo, lo cual representa el 41.80% del total de las acciones en planificación familiar (gráfica 5). Cuando la cifra se lleva al total de población femenina representa solamente el .78% de cobertura a la población del sexo femenino que acudió en el 2013 al hospital (gráfica 8).

Gráfica 8



Fuente: Elaboración propia

En cuanto al sexo masculino se puede apreciar que la dotación de preservativos ocupa el tercer lugar de las acciones emprendidas en planificación familiar, representando el 7.74% del total de acciones, sin embargo; solo logra una cobertura del .35% de la población masculina en edad reproductiva que acudió a este hospital en este periodo.

Gráfica 9

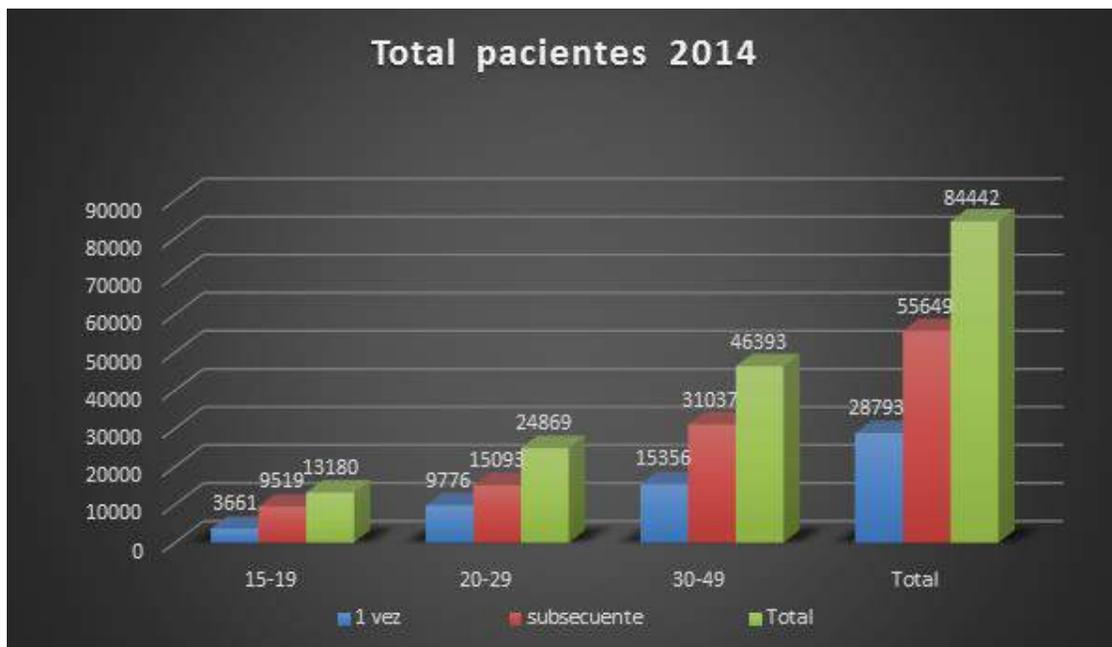


Fuente: Elaboración propia

## 2.2 Diagnóstico situacional 2014.

En el año 2014 la población atendida en el Hospital Manuel Gea González tiene un comportamiento muy similar al del 2013, con un total de 84,442 consultas otorgadas al grupo de edad comprendido entre los 15 a 49 años de edad con 55,649 pacientes subsecuentes, que corresponden al 65.90% y 27,793 pacientes atendidos por primera ocasión correspondientes al 34.10% respectivamente. (Gráfica 10)

Gráfica 10



Fuente: Elaboración propia

El 15.60% de los pacientes que se atendieron en este año tienen entre 15 y 19 años, lo cual representa un incremento en 1 punto porcentual con respecto al año anterior, siendo el grupo con más riesgo para padecer un embarazo no planeado.

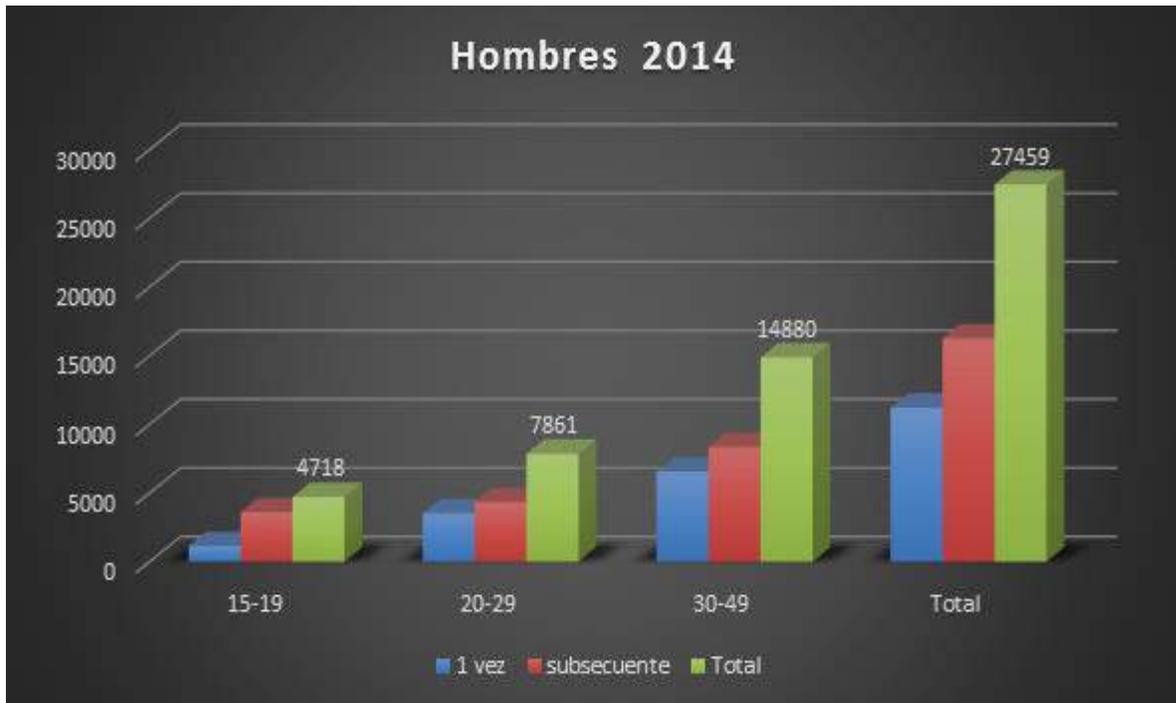
En la gráfica 10 se puede apreciar una tendencia muy similar al año anterior con una predominancia del grupo comprendido entre los 30 a 49, lo que se explica por qué comprende un intervalo muy amplio, 19 años a diferencia del grupo anterior que solo comprende 10 años y el de menores de 19 años, el cual solo comprende 5 años, lo cual no permite que este análisis sea real. Si el grupo de 30 a 49 años lo dividimos en 4 para realizar una aproximación, tendríamos 11,598 pacientes por cada grupo de edad, y si realizamos el mismo procedimiento para el grupo de 20 a 29, en estos grupos serían unos 12,434 pacientes, de tal forma que el grupo que tendría más atenciones sería el de pacientes menores de 19 años. La división de parámetros se estableció de esta manera ya que así está asentado en la base de datos de bioestadística de este hospital que es la fuente oficial de datos.

Gráfica 11



Fuente: Elaboración propia

Gráfica 12



Fuente: Elaboración propia

En las gráficas 11 y 12 podemos apreciar que en el 2014 el sexo que más acudió al nosocomio a solicitar atención es el femenino con 56,983 mujeres que representan el 67.48% de las consultas, en comparación del sexo masculino con 27,459 consultas que representa el 32.52%. Al comparar con los datos del 2013 se aprecia un incremento en 3 puntos porcentuales en la demanda de atención del sexo masculino. Como ya se comentó en el apartado anterior correspondiente al diagnóstico 2013, el sexo masculino representa un gran desafío por su baja participación en la planificación familiar.

Gráfica 13

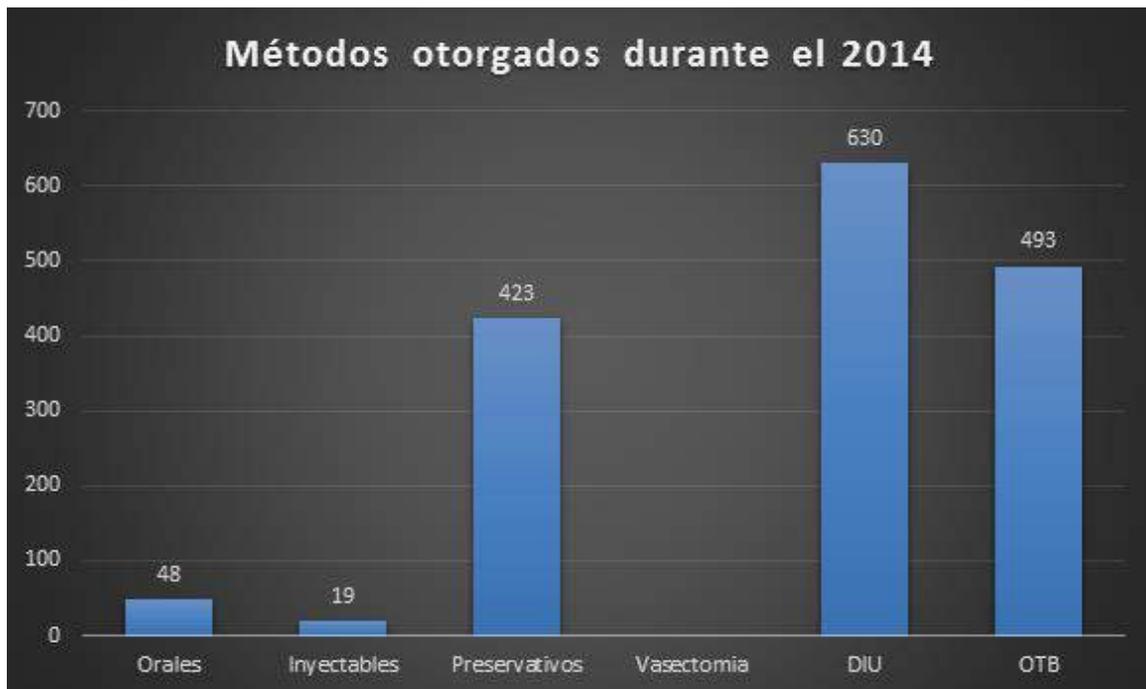


Fuente: Elaboración propia

En el 2014 las acciones en planificación familiar fueron en total 1,613 (gráfica 13) tales como la realización de oclusión tubaria bilateral “OTB”, inserción de dispositivo intrauterino “DIU” y prescripción de otros métodos de planificación tales como preservativos y hormonales en sus diferentes presentaciones , lo cual representa un 1.91% del total de la población atendida en el 2014 en este hospital, a diferencia del año anterior en el que se tuvo un impacto total de 1.32%, esto representa un incremento del 69% con respecto al 2013. Aun estas cifras son alarmantes, en el 2013 la clínica de planificación familiar de este hospital prestaba servicio eventualmente con algún residente, sin contar con un médico adscrito asignado. En Abril del 2014 el servicio de planificación familiar inicia

funcionamiento dos veces por semana, lo cual justifica el incremento en las acciones. Así se demuestra claramente que para lograr una cobertura importante de la población que asiste al Hospital Gea González, se requiere de una clínica que funcione todos los días, con suficiente personal, así como una estrategia de difusión e información que abarque a todo el personal de este hospital, de otra forma nunca se lograrán los objetivos de cobertura.

Gráfica 14



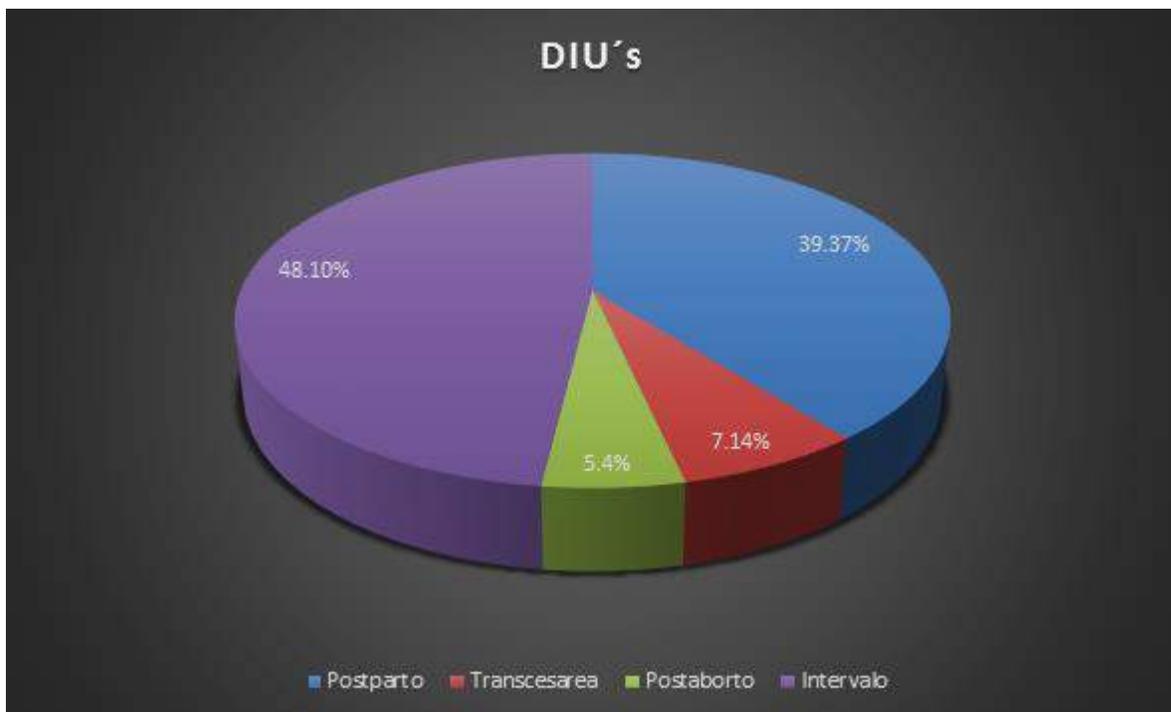
Fuente: Elaboración propia

La aplicación de dispositivos intrauterinos representa el 39% de las acciones en el 2014, si se compara con los dispositivos aplicados en el año anterior tenemos un incremento en el 12.5% con respecto al año anterior, esto en base a dispositivos aplicados en el intervalo intergenésico, los cuales son resultados de la función de la Clínica de Planificación Familiar como puede apreciarse en la (gráfica 15) donde se puede ver un 48.10% de colocaciones a diferencia del 19.46% en 2013 (gráfica 7). La aplicación de dispositivos intrauterinos en el total de mujeres estudiadas se incrementó del .87% en el 2013 (gráfico 6) a un 1.11% en el 2014 (gráfica 16).

El 39% de los dispositivos intrauterinos se aplican postparto y 7.14% después de una cesárea, aproximadamente 5 a 6 de cada 10 se pierden espontáneamente, por lo cual el mejor momento para la aplicación es cuando el útero involuociona después del puerperio o en el periodo intergésico.

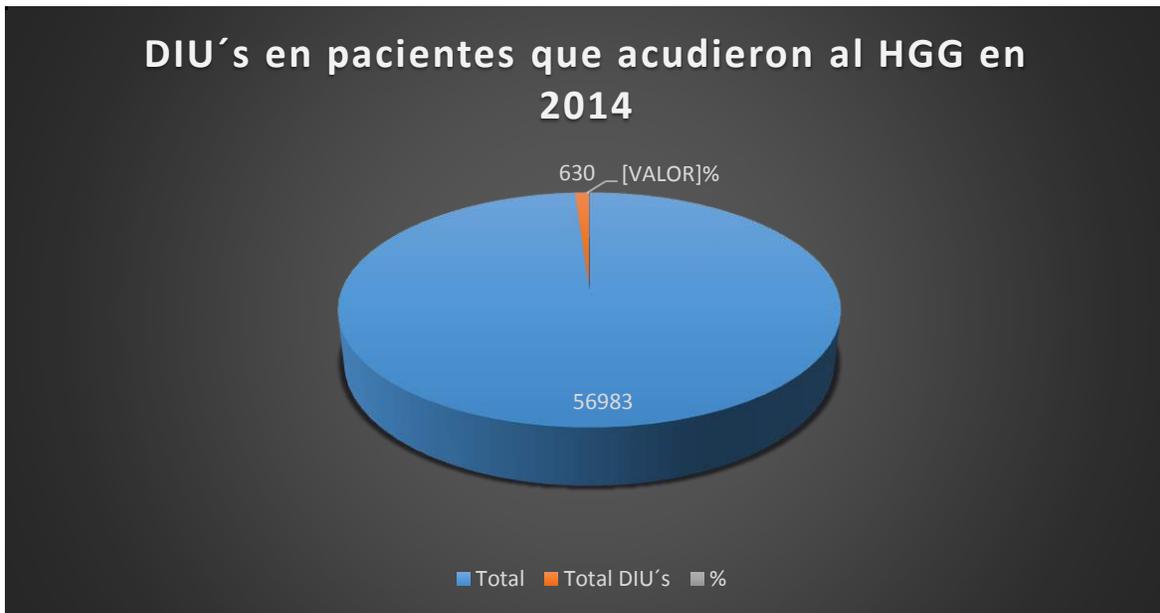
Con esos elementos podemos ver claramente que mantener en funcionamiento una Clínica de Planificación Familiar permite incrementar rápidamente los porcentajes de aceptación de los métodos anticonceptivos, lo cual debe ser apoyado por una fuerte campaña de difusión, promoción y educación a los pacientes, familiares y personal, ya que como veremos en los capítulos siguientes, aún existe mucha ignorancia en el tema no solo en los usuarios, también en el personal de salud y administrativo de este hospital.

Gráfica 15



Fuente: Elaboración propia

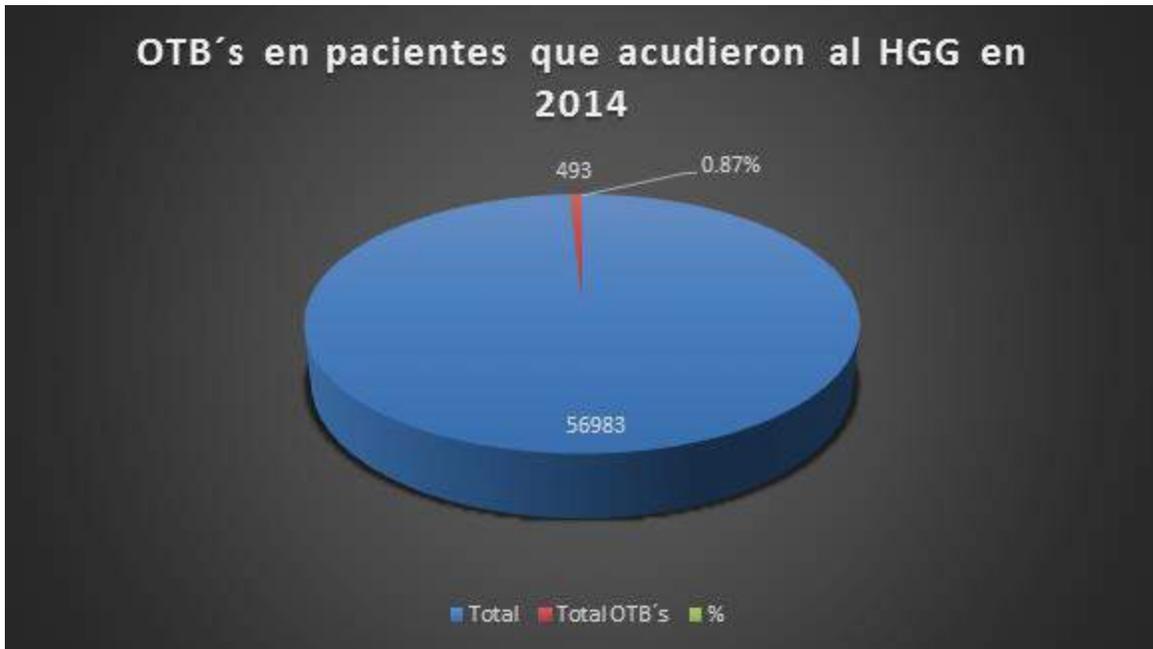
Gráfica 16



Fuente: Elaboración propia

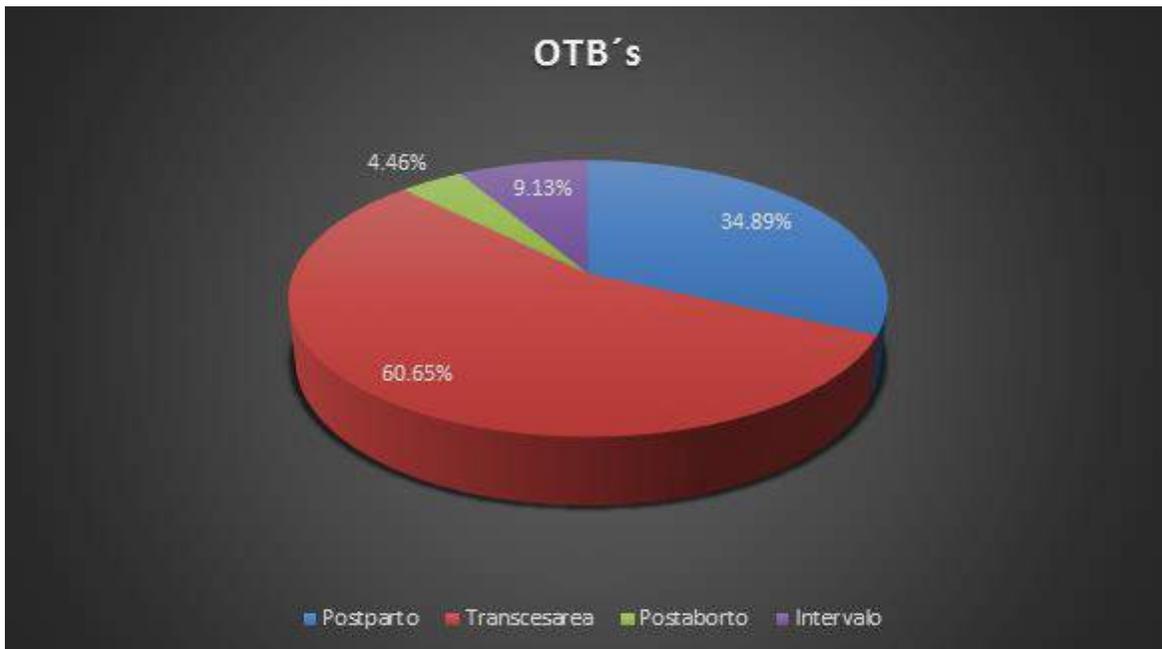
Las cirugías de oclusión tubaria bilateral realizadas en el 2014 representan el 30.56% de las acciones realizadas en planificación familiar, lo cual representa un incremento del .78% (gráfica 8) en el 2013 a un .87% del total de la población femenina atendida en el 2014 respectivamente (gráfica 17).

Gráfica 17



Fuente: Elaboración propia

Gráfica 18



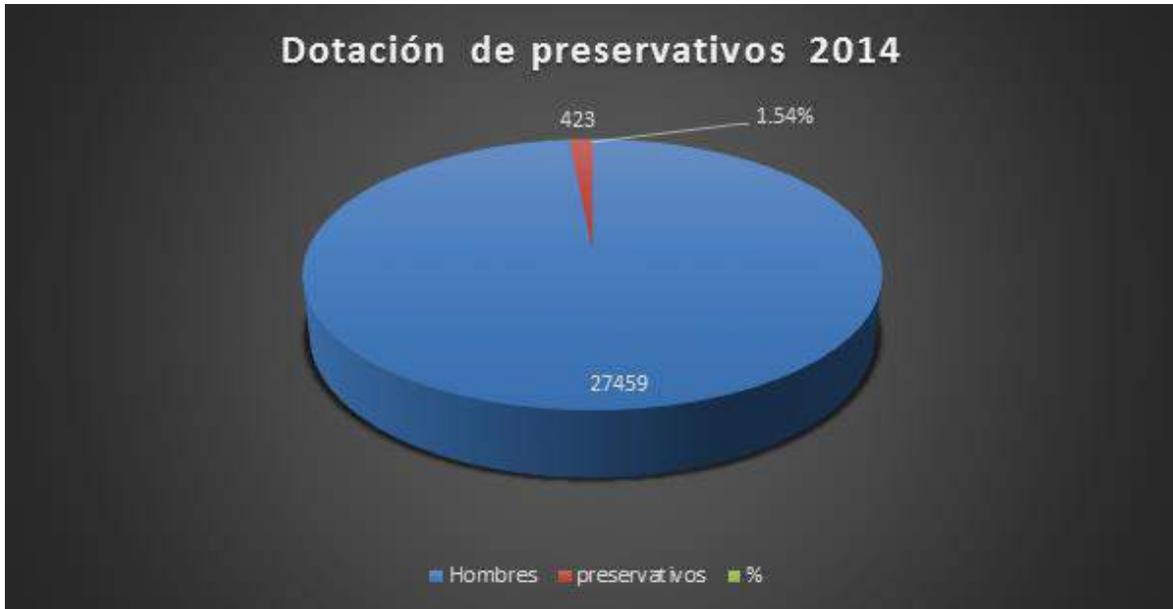
Fuente: Elaboración propia

Este incremento responde a las acciones conjuntas entre la unidad toco quirúrgica que realiza la mayor parte de las operaciones con un total de 90.87%, dejando un 9.13% para las cirugías que se realizaron fuera del embarazo en la Clínica de Planificación Familiar. (Gráfica 18)

Un problema muy importante es la falta de tiempo quirúrgico en la unidad toco quirúrgica por la gran demanda y falta de personal, por lo cual pacientes que solicitan la realización de una cirugía por paridad satisfecha son dadas de alta con la promesa de operarse en la Clínica de Planificación Familiar, muchas de las pacientes no regresan hasta un nuevo embarazo y otras no obtienen fácilmente la atención por falta de días de consulta en la Clínica de Planificación Familiar, con lo cual no se logra conseguir el objetivo deseado para que las pacientes opten por un método definitivo que contenga la tasa de natalidad.

Los preservativos presentaron un incremento en su distribución del .35% en el 2013 (gráfica 9) a un 1.54% en el 2014, esto calculado para la población masculina que asiste a este hospital. El incremento tan notable se debe a la adopción de una estrategia que consiste en regalar preservativos en las salas de espera, aprovechando para invitar a los pacientes a acudir a la Clínica de Planificación Familiar (Gráfica 19)

Gráfica 19



Fuente: Elaboración propia

### 2.3 Encuesta a usuarios.

La opinión de los pacientes es de vital importancia ya que el Gobierno debe facilitar la participación de los ciudadanos y tomarla en cuenta para la elaboración de las políticas públicas en cualquier materia, especialmente en las de salud. Por esta razón se realizaron 632 encuestas aleatorias y de carácter anónimo entre los usuarios y familiares que acudieron al hospital en el periodo comprendido entre junio del 2013 a octubre del 2013, con la finalidad de conocer la situación familiar en la que se encuentran, es decir el número de hijos que tienen, si utilizan métodos de planificación familiar, si el número de hijos que tienen afecta en su calidad de vida, que opinión tienen sobre la planificación y si consideran que el hospital les brinda el servicio. Para dicho propósito se diseñó un documento estándar que permitió unificar las preguntas (Anexo 1).

El primer dato que se recabo entre los usuarios que acuden al hospital es su edad, con un alto valor para el propósito que se persigue, ya que se pretende impactar en los grupos de edad más vulnerables a sufrir un embarazo no planeado.

Gráfica 20



Fuente: Elaboración propia

Se pudo demostrar que los grupos de edad en etapa reproductiva son los que más acuden al nosocomio, porque se trata de un hospital general, en el cual se atienden problemas de segundo nivel y no tiene un enfoque principal a niños o pacientes de la tercera edad como lo sería un Instituto.

En la gráfica anterior (gráfica 20) se puede apreciar que el 71.84% de los pacientes encuestados se encuentran en los rubros comprendidos entre los 16 a 30 años, siendo el momento de mayor fertilidad, con una moda de 23 años, una mediana de 27 años y una desviación estándar de 9.15 años.

Gráfica 21



Fuente: Elaboración propia

El 81.17% de los encuestados es del sexo femenino, lo cual corrobora el hecho de que las mujeres son las que más acuden al hospital como se apreció en el diagnóstico estadístico. También es de suma importancia ya que la mayoría de los métodos de planificación familiar (hormonales, dispositivos) fueron diseñados para ellas. Aquí se tiene un gran nicho de oportunidad para sensibilizar a las mujeres

en la adopción de los métodos y la planificación del tamaño de la familia, dejándolas ver que la decisión del número de hijos y el momento de tenerlos tiene una relación proporcional a su calidad de vida.(Gráfica 21)

El 18.83% corresponde a los pacientes del sexo masculino, no menos importantes ya que la planificación familiar es un asunto de pareja. Cada vez es más común observar la presencia de hombres en las consultas de planificación familiar, sin embargo persisten las ideas y costumbres machistas de que un verdadero hombre debe tener una gran familia, sobre todo en los estratos más bajos de la sociedad, que son los más pobres y con una familia más grande.

La anticoncepción debe tener un enfoque de género que sea dirigido tanto a mujeres como a hombres, pero se debe influir más en estos segundos, ya que también la mujer consulta a su pareja para tomar la decisión sobre el uso del algún método de planificación familiar y cuál de estos debe usar.

Gráfica 22.



Fuente: Elaboración propia

De la muestra seleccionada al azar de los pacientes que acuden al hospital 221 corresponden al 34.97% que completaron la educación secundaria y 202 equivalen al 31.96% que concluyeron la preparatoria. En los dos rubros tenemos al 66.93% de los usuarios, y como veremos más adelante la mayoría a esta edad tuvieron su primer embarazo, lo que correlaciona directamente en el abandono de los estudios en estos niveles educativos, sin poder acceder a una formación superior que les permita acceder a una mejor calidad de vida. (Gráfica 22)

También el diagnóstico nos deja ver que en estos niveles educativos se debe enfatizar la educación sexual en las escuelas, ya que es un tema que se toca en el aula en la educación primaria y de manera muy superficial. Debe ser una materia que se imparta continuamente y en todos los niveles de la educación básica, y educación media. Debe ser impartida por personal altamente calificado y con experiencia.

Los jóvenes hoy día tienen al alcance la información gracias a las redes sociales y la información en internet, sin embargo el panorama epidemiológico del embarazo no planeado y la práctica de abortos no ha cambiado. La información que ahí se expresa no siempre es correcta, por el contrario en ocasiones es confusa e inapropiada. A esto debe agregarse que los jóvenes no tienen el criterio ni la capacidad para entender esta información, lo que resulta peor, pues tenemos jóvenes que creen saber manejar los asuntos y no es así, estando más expuestos a ser presas de un embarazo no planeado y sus consecuencias.

La siguiente interrogante es conocer cuántas de las 513 mujeres encuestadas se han embarazado, 442 mujeres contestaron afirmativamente a esta interrogante, (gráfica 23) representando el 86.16% de todas las mujeres.

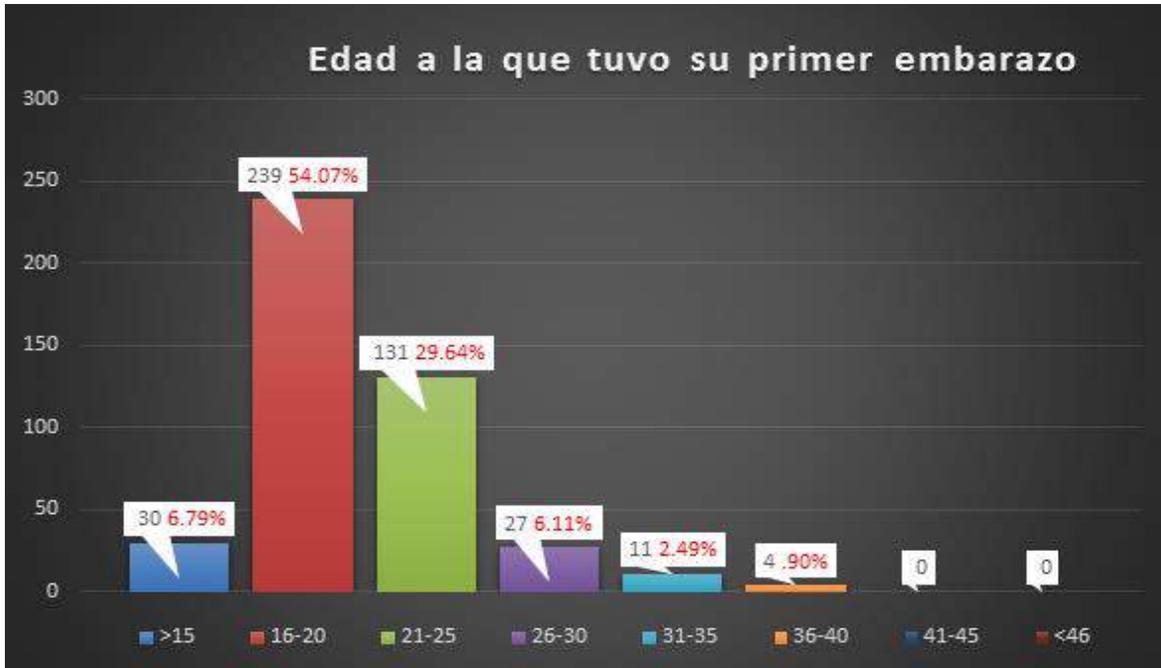
Gráfica 23



Fuente: Elaboración propia

Cuando se investigó la edad a la que tuvieron su primer embarazo (Gráfica 24), el 54.07% respondió que entre los 16 y 20 años, seguido del 29.64% que lo tuvo entre los 21 a 25 años, obteniendo que el 83.71% de las 442 mujeres que se han embarazado, tuvo su primer embarazo entre los 16 y 25 años, lo que sustenta la hipótesis antes planteada del abandono de estudios a edades tempranas y subraya la necesidad de acciones contundentes en estos sectores de edad que además son los que más acuden al nosocomio en busca de atención. Explica los riesgos de problemas relacionados al embarazo ya que la edad recomendada para tener un embarazo es entre los 25 y 35 años de edad, en función de los riesgos de complicaciones del embarazo y muerte materna derivada de lo anterior.

Gráfica 24



Fuente: Elaboración propia

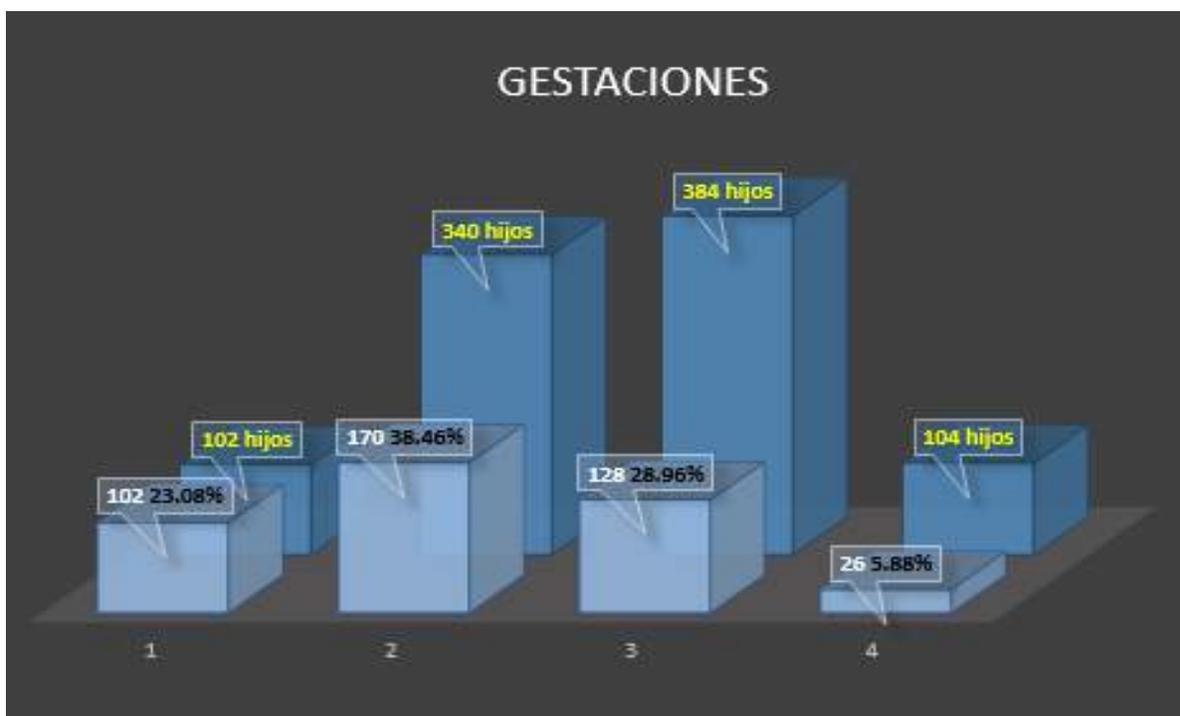
Se les preguntó sobre el número de embarazos que han tenido, encontrando que 102 han tenido un embarazo, 170 dos embarazos y 128 usuarias tres embarazos, 26 cuatro embarazos y solo 5 casos con 5 embarazos. (Gráfica 25)

Cuando el número de embarazos se multiplica se obtiene que las 442 mujeres que se han embarazado han tenido 1,010 embarazos en total. A esto debemos restar las pérdidas gestacionales que se han tenido, es decir 96 abortos en total, repartidos entre las que han tenido uno o más de estos eventos obstétricos (Gráfica 26) obteniendo una cifra real de 914 hijos vivos de estas 442 mujeres que se han embarazado.

Tenemos una población que se está duplicando, 914 hijos de 442 mujeres la mayoría menores de 25 años y solo 71 mujeres sin embarazo de la muestra de 513 representando únicamente el 13.84% (Gráfica 23).

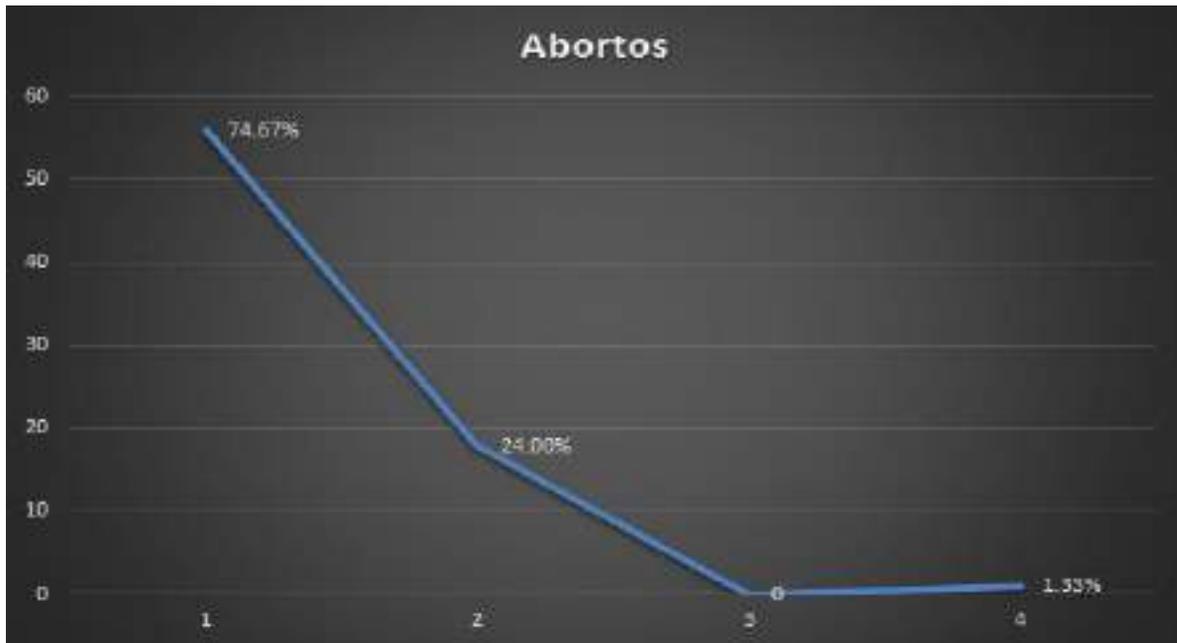
Una población que se reproduce aceleradamente y que muestra un 9.50% de pérdidas gestacionales demuestra una tasa de fecundidad alta, con un comportamiento dentro de lo esperado en pérdidas gestacionales, con predominancia de una sola pérdida gestacional. (Gráfica 26)

Gráfica 25



Fuente: Elaboración propia

Gráfica 26

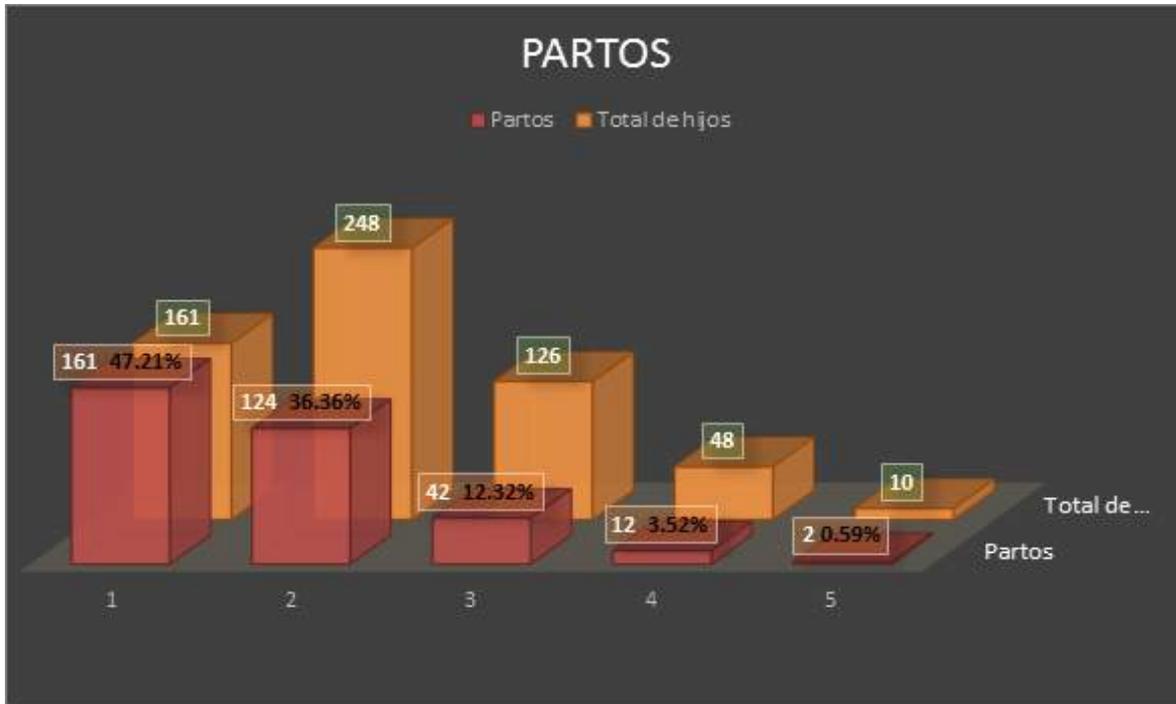


Fuente: Elaboración propia

Del análisis de todas las gráficas anteriores se demuestra que de no actuar contundentemente en planificación familiar, en unos años los servicios que oferta esta institución serán insuficientes para la población que atiende, lo cual es replicable para cualquier otra dependencia de salud de todo el país.

Las (gráficas 27 y 28) nos permiten conocer la forma en que se han resuelto estos 914 nacimientos, 593 nacidos por parto y 321 por cesárea, correspondiéndoles el 64.87% para los nacimientos vía parto y 35.12% de cesáreas. Esto es muy importante ya que el embarazo en la mujer adolescente incrementa el riesgo de procedimientos quirúrgicos para la resolución del embarazo, lo que acarrea costos mayores por la hospitalización, materiales, medicamentos, etc. Así como una rotación mucho más lenta en los servicios de hospitalización, con una estancia mayor, ya que en promedio la mujer que es atendida por cesárea permanece 48 horas posteriores al nacimiento, en contraste de las 8 horas que puede estar una mujer después de un evento de parto natural.

Gráfica 27



Fuente: Elaboración propia

También la resolución vía parto vaginal proporciona una seguridad mayor a la paciente en cuanto a sufrir de complicaciones, el retorno a las actividades diarias más rápidamente y un gasto de bolsillo menor, por lo que la planificación familiar no solo impacta en la economía familiar, también impacta drásticamente en los costos de atención institucional, resultando muchas veces más económico invertir en planificación familiar que en atenciones.

Gráfica 28



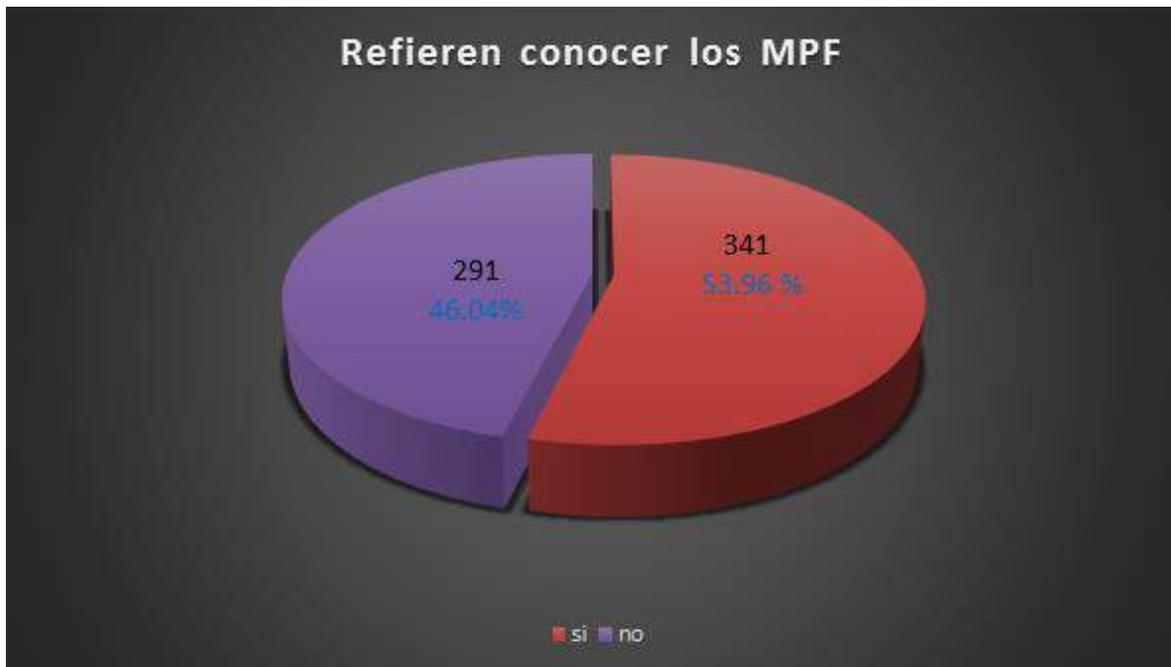
Fuente: Elaboración propia

La gráfica 28 nos permite apreciar que del grupo al que se le ha practicado una o más cesáreas no reporto más de tres cesáreas, esto explicado por una correcta acción de los médicos que atendieron a las pacientes, una tercer cesárea es indicativo de realizar una salpingoclasia por seguridad a la madre, ya que un cuarto embarazo puede ser fatal para la paciente. Contrariamente en el grupo de pacientes atendidas por parto en el cual aún podemos encontrar 5 o más embarazos. Esto no justifica el empleo de la cesárea para la contención de la tasa de natalidad por los costos y riesgos antes mencionados, pero si demuestra claramente que cuando el médico enfrenta a la paciente y le explica claramente la necesidad de un procedimiento definitivo y los riesgos de mantener la fecundidad, la paciente adopta los métodos definitivos como una opción completamente viable.

Entonces debe ser obligación de todos los médicos y personal el informar a los pacientes sobre la existencia de los métodos de planificación familiar, por lo que la

siguiente interrogante fue ¿los pacientes conocen los métodos de planificación familiar?, la respuesta se manifiesta en la siguiente: (Gráfica 29)

Gráfica 29



Fuente: Elaboración propia

El 53.96% contestó conocer los métodos de planificación familiar, dejando a un 46.04% que acepta no conocerlos, sumamente grave, ya que se trata en su mayoría de personas que han tenido uno o más embarazos, a edades tempranas, que en promedio estudiaron hasta la preparatoria y que han tenido que acudir a las unidades médicas en muchas ocasiones, demostrando que la planificación familiar no funciona adecuadamente.

No es suficiente que los pacientes conozcan los métodos de planificación familiar, es fundamental la adopción de alguno de ellos, por lo que se les pregunto ¿utiliza algún método de planificación familiar? A lo que únicamente el 47.31% respondió afirmativamente (Gráfica 30). Esto potencializa la gravedad de la situación en la que están nuestros pacientes, ¿de qué sirve que conozcan los métodos si no los utilizan?, entonces nuestra población está en riesgo de triplicarse, lo que supone

un incremento exponencial de los costos por atenciones a embarazadas y sus hijos en una a dos décadas si no se realizan acciones inmediatamente, unificadas, en todos los sectores, en cada oportunidad que se tenga, es decir no importa si la paciente acude al hospital por una vacuna para su hijo o a consulta de su madre por diabetes, debe ser una oportunidad constante por todos los medios para dejar sembrada la necesidad de utilizar un método de planificación familiar, tener pocos hijos, a una edad adecuada y con un espaciamiento suficiente entre los embarazos. Todo impactara en la disminución de atenciones en un futuro no muy lejano, con la contención de costos, siendo la única alternativa para tratar la no muy lejana quiebra de los servicios de salud.

También será una piedra angular para estimular el desarrollo nacional, pues permite que las mujeres y hombres aumenten su nivel educativo, su inserción en el mundo laboral con mano calificada y un descenso en las atenciones de una población que en su gran mayoría se encuentra informal para la economía nacional.

Gráfica 30

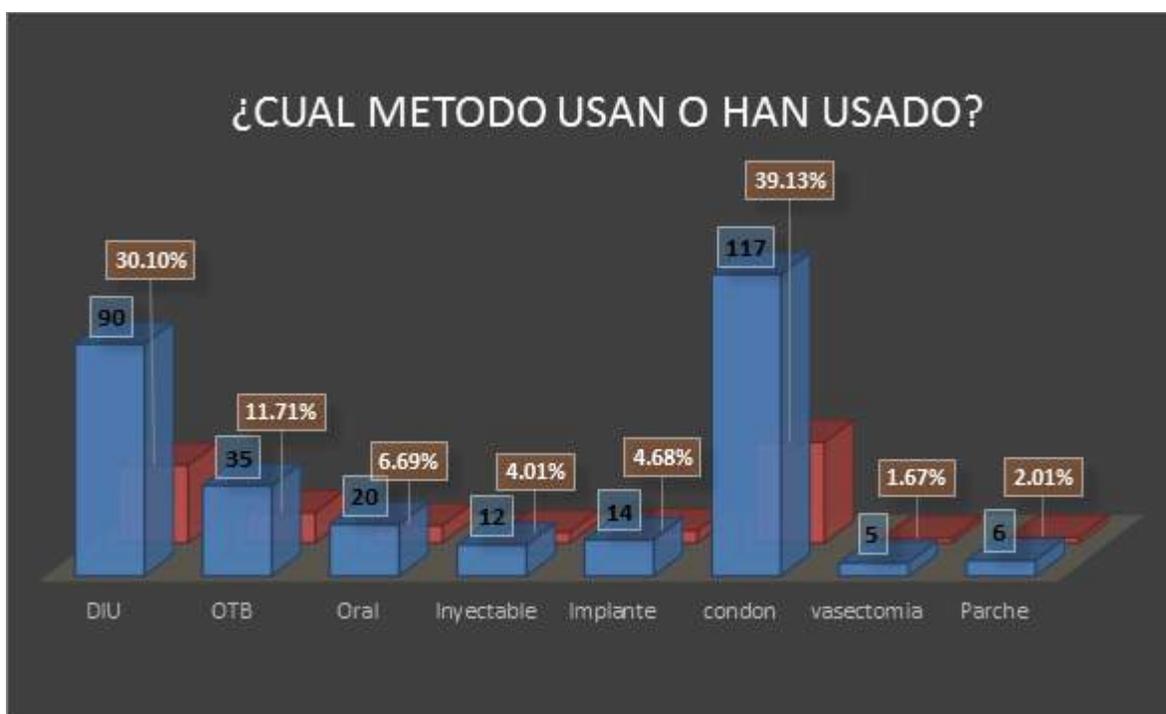


Fuente: Elaboración propia

Ahora el nivel diagnóstico se profundizo al preguntar ¿Qué método de planificación familiar usan o han usado? (Grafica 31).

Los métodos de planificación familiar se dividen en temporales para aquellos que solo sirven para espaciar el tiempo que transcurre entre los embarazos, y los definitivos que se utilizan cuando la persona ya tiene satisfecha su paridad sea hombre o mujer. La encuesta nos permite ver que de los 632 usuarios, solo el 11.71% de las mujeres se han realizado una oclusión tubaria bilateral o salpingoclasia y 1.67% de los hombres se han practicado una vasectomía, teniendo por total únicamente un 13.38% de cobertura en métodos definitivos en una población que ya se duplico.

Gráfica 31



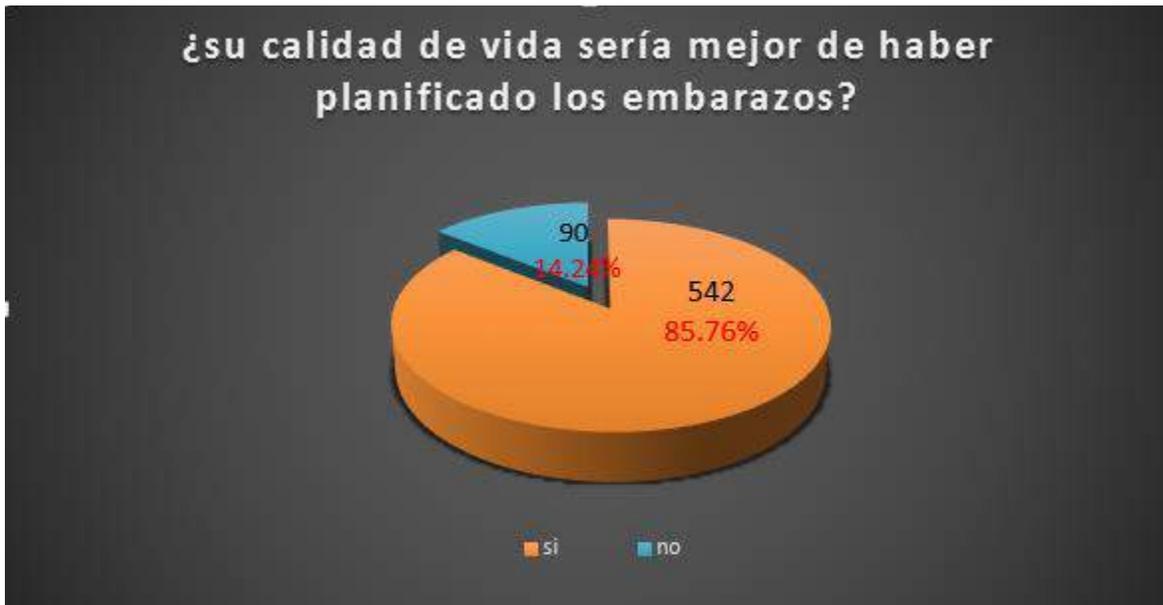
Fuente: Elaboración propia

El preservativo o condón ocupa el 39.13% de las respuestas ofrecidas por los usuarios, lo cual es muy bueno cuando se habla de contención de enfermedades de transmisión sexual, nos permite demostrar que cuando se realiza una campaña para crear conciencia se logra, pues con la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirido "SIDA" se logró la adopción de este método como una barrera de protección. Aquí hay que hacer una pausa al análisis, si bien es grave y una obligación del Gobierno facilitar la información para la prevención y tratamiento del SIDA, tiene costos de diagnóstico, atención y consecuencias mucho más bajos que los que derivan del embarazo no planeado y sus consecuencias. No quiere decir que se deben abandonar las acciones en contra de la epidemia del SIDA, quiere decir que se deben fortalecer en mucha mayor medida las de planificación familiar, incluso que se deben fusionar estas estrategias para aumentar los resultados positivos en ambas.

El dispositivo intrauterino o DIU T de cobre, ocupa el 30.10% de los métodos que utiliza la población que acude al hospital Manuel Gea González, porque es un método muy económico, sin embargo no está exento de riesgos y complicaciones. Cada vez es más frecuente atender a mujeres por enfermedad pélvica inflamatoria en sus diferentes estadios de gravedad como complicación del uso del DIU y/o enfermedades de transmisión sexual. Por eso es necesario el uso apropiado de los métodos y no solo promover su uso indiscriminado por su costo tan bajo, se debe promover el uso de métodos definitivos o métodos más seguros y modernos como son el implante subdermico, el dispositivo liberador de levonorgestrel, hormonales de micro dosis, parches y anillo vaginal.

A los entrevistados se les pregunto directamente ¿considera que su calidad de vida sería mejor de haber planificado el número de embarazos? (Gráfica 32).

Gráfica 32



Fuente: Elaboración propia

Un 85.76% acepta que su calidad de vida sería mejor de haber planeado el número de embarazos, solo 90 contestaron que no, si a estas les restamos las 71 mujeres que no se han embarazado (Gráfica 23) tenemos únicamente 19 personas que consideran que su calidad de vida no se vio impactada por la falta de planificación, equivalente al 3% de la muestra total.

La población estudiada reconoce que la planificación familiar hubiera sido en su momento el medio para acceder a una calidad de vida mejor, sin embargo no lo supo o no lo considero en su momento. Por ello también se les pregunto qué tan importante es para ellos la planificación familiar en una escala del 1 al 10, en la cual 1 es nada y 10 es la calificación más alta, todo en un contexto de los servicios de salud que se les ofrecen, solo el 53.01% lo reconoce como el servicio más importante, al englobar las calificaciones de 8 y superiores, se obtiene un total de 89.69% de calificación en la importancia de la planificación familiar (Gráfica 33).

Entonces, si la gran mayoría reconoce que su calidad de vida sería mejor de haber planificado el momento de los embarazos, número de hijos, y el espacio entre estos, califica a la planificación familiar en los rubros más altos sobre los servicios de salud, ¿Por qué el empleo de los métodos es tan bajo?, la respuesta se encuentra en la oferta de información que se le brinda a la población, el momento y lugar donde se ofrece y sobre todo de la calidad de esta información. Se requiere de una campaña de concientización, información y educación con materiales educativos de calidad y alto valor, es decir una campaña de mercadotecnia social que logre la adopción de una cultura de planificación familiar.

Gráfica 33



Fuente: Elaboración propia

A los usuarios entrevistados en las instalaciones del Hospital Manuel Gea González se les preguntó ¿Se le brinda consejería de planificación familiar en su visita al hospital? (Gráfica 34). 451 encuestados contestó negativamente, dejándonos a 28.64% que respondió afirmativamente. 181 Pacientes que tuvieron información o consejo en este rubro, explicado por las consultas en el servicio de ginecología y obstetricia y sus diferentes áreas como son consulta de control del

embarazo, psicoprofilaxis, displasias, planificación familiar, pero sobre todo por las pláticas y consejerías que se han Estado ofertando por los estudiantes, internos y residentes que cooperan conjuntamente con la Clínica de Planificación Familiar. Sin embargo los números están muy lejanos a la meta administrativa y peor aún, alejados de la realidad que vive nuestra población día a día.

La planificación familiar debe ser un asunto de todos, de cada uno de los que laboran en el nosocomio, no importando la actividad que se realice, desde el personal de intendencia, vigilancia, informes, admisión, médicos, enfermeras, administrativos, etc; apoyados con materiales educativos de calidad, audiovisuales, platicas y más. Solo así se lograra formar un potente músculo que logre la adopción del cambio conductual de la población. La población que atiende el hospital será afectada positivamente, demostrando como se realizan las cosas en este hospital, siendo un modelo que se puede exportar a otras instituciones.

Gráfica 34

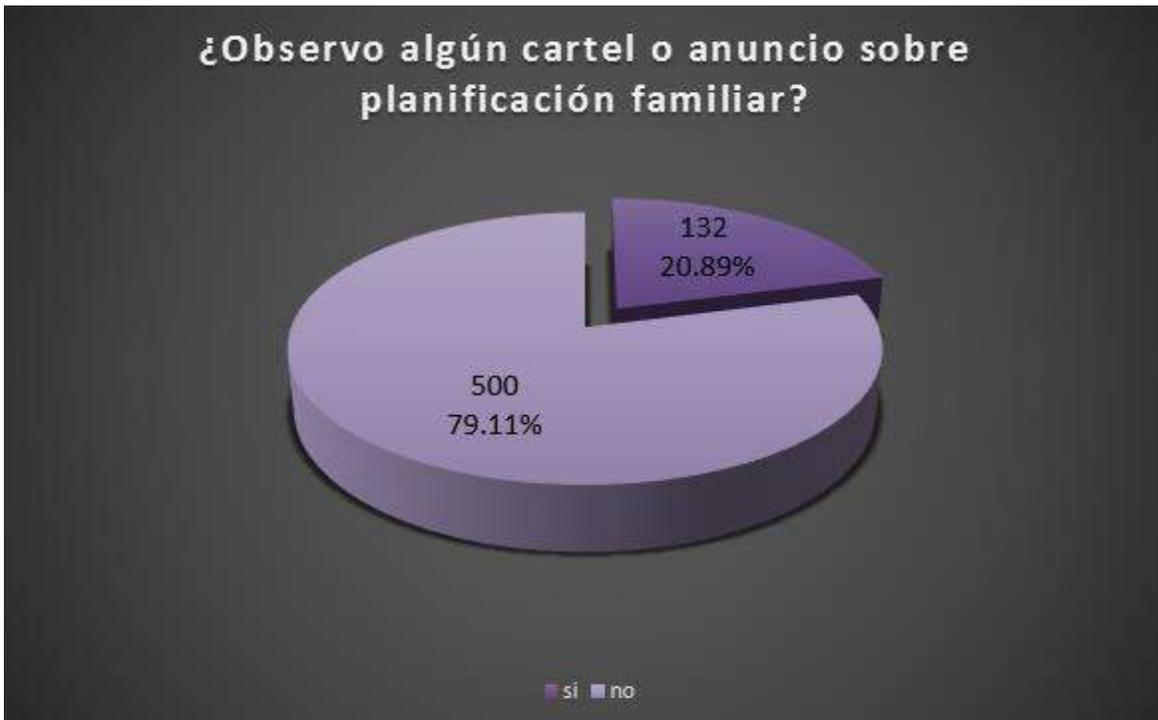


Fuente: Elaboración propia

El Programa de planificación familiar se deberá apoyar con materiales tales como folletos, carteles, dípticos, trípticos, por lo que se le preguntó a los encuestados acerca de estos (Gráficas 35 y 36). Un 20.89% contestó afirmativamente haber observado algún cartel o anuncio de planificación familiar aun cuando no existe material alguno al respecto en el hospital, la posible explicación al hecho es que en el nosocomio hay anuncios con indicaciones de cómo llegar a la Clínica de Planificación Familiar, si con esto se logra que uno de cada 5 se entere del tema, el diseñar carteles sobre planificación familiar y distribuirlos en puntos estratégicos tales como consulta, áreas públicas, pasillos de hospitalización, etc, nos permitirán llegar al 100% de los asistentes, con un costo muy bajo por producción.

La consulta es el espacio proclive para la asesoría al paciente en la materia, sin embargo el tiempo de contacto con los pacientes es limitado. El diseño y uso de materiales educativos individualizados es la opción, tales como folletos, dípticos y trípticos, que son la vía para informar y educar a los pacientes, con la ventaja de que estos materiales se llevan a casa, permitiéndonos acceder a una población aún mayor que la cautiva.

Gráfica 35



Fuente: Elaboración propia

Gráfica 36



Fuente: Elaboración propia

El 10.13% contestó afirmativamente sobre materiales individualizados, sin embargo son escasos los materiales y solo existen en la Clínica de Planificación Familiar, los cuales son cortesía de laboratorios que producen productos anticonceptivos. Por ello, la estrategia debe incluir materiales que se deben repartir en todos los puntos del hospital llevando nuestro mensaje a extramuros, su costo es más alto pero la utilidad lo justifica, y se pueden obtener mediante la sinergia con los laboratorios farmacéuticos.

A los encuestados se les pregunto si en el Hospital Manuel Gea González existe una Clínica de Planificación Familiar, a lo que únicamente 222 pacientes contestaron afirmativamente, representando el 35.13% de la muestra. Lo que deja ver lo insuficientes que son las acciones que se realizan en el hospital, un hospital que atiende las necesidades generales de los pacientes del sur del DF.

Gráfica 37



Fuente: Elaboración propia

La planificación familiar corresponde a las acciones enfocadas a la prevención, por lo que se ha relegado todo el peso de la planificación familiar a los centros del primer nivel de atención, sin embargo con el advenimiento de los nuevos métodos y tecnologías, la planificación familiar ha requerido la participación de médicos especialistas certificados para llevarlas a cabo de manera correcta, de tal forma que la planificación familiar hoy día es un híbrido que corresponde al primer y segundo nivel de atención, incluso involucra al tercer nivel de atención, ya que todo paciente requiere de este servicio independientemente de su condición de salud, desde el paciente sano hasta el o la paciente cardiópata por citar un ejemplo.

Para completar la encuesta se realizó la pregunta que califica todas las acciones realizadas en este hospital en planificación familiar. (Gráfica 38)

Gráfica 38



Fuente: Elaboración propia

El 53.16% califica positivamente al nosocomio, pero casi la mitad lo desaprueba en un tema prioritario. La duda que queda en la pregunta es ¿realmente el 53% nos califica positivamente o contesto así por haber dejado esta pregunta al final de la encuesta?, es decir durante toda la encuesta escucharon la frase “planificación familiar”. Por lo tanto no se puede considerar un éxito, el hospital requiere realizar actividades enfocadas a educar a su población en planificación familiar y otros temas para que en conjunto con sus acciones de atención médica logren una calificación de excelencia.

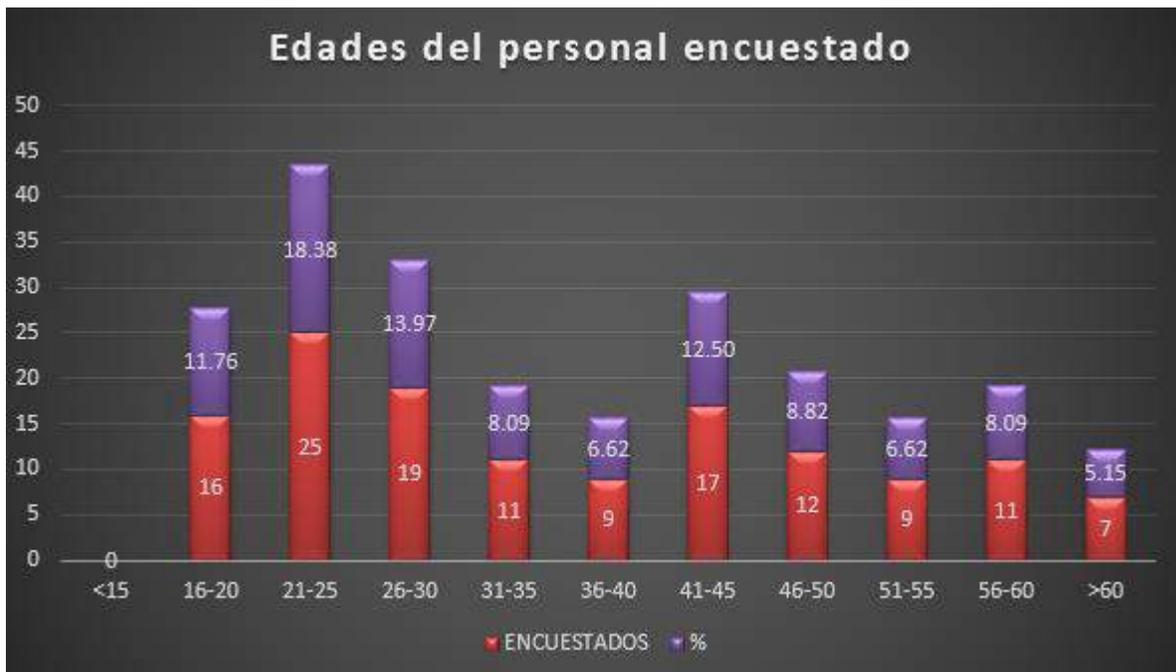
México requiere urgentemente de una estrategia efectiva en planificación familiar, que se acople a los tres niveles de atención, que mejor que sea algo que surja de un hospital con tanto reconocimiento académico y en investigación como lo es el H. Manuel Gea González, llevara su prestigio a todo el territorio nacional, solo falta aglutinar la voluntad de todos.

#### 2.4 Encuesta a personal médico, paramédico, afín y administrativo.

En el H. Manuel Gea González laboran 1,800 personas en las diferentes áreas y los diferentes horarios, su opinión al respecto de la planificación familiar es de vital importancia, ya que son ellos los portadores del mensaje. Por esta razón se practicaron 136 encuestas anónimas y aleatorias entre el personal, abarcando el 7.55% del personal y considerándose una muestra representativa.

Lo primero que se observó es que la mayoría del personal es joven, el 58.82% están comprendidos entre los rubros de 16 a 40 años, aun en edad reproductiva, pero más importante es que por su edad se esperaría una mayor disposición a participar en actividades educativas en el tema, mas no debemos dejar a un lado la experiencia que ya tiene el personal veterano que labora en esta dependencia. (Gráfica 39)

Gráfica 39



Fuente: Elaboración propia

En relación a la escolaridad del personal el 36.03% cuenta con licenciatura, en segundo lugar preparatoria con 25.79%, 16.91 carrera técnica y 10.24% para postgrado. Conocer la escolaridad del personal es necesario al momento de proyectar las acciones que debe realizar, saber que capacidades tiene el personal con que se cuenta. (Gráfica 40)

Gráfica 40



Fuente: Elaboración propia

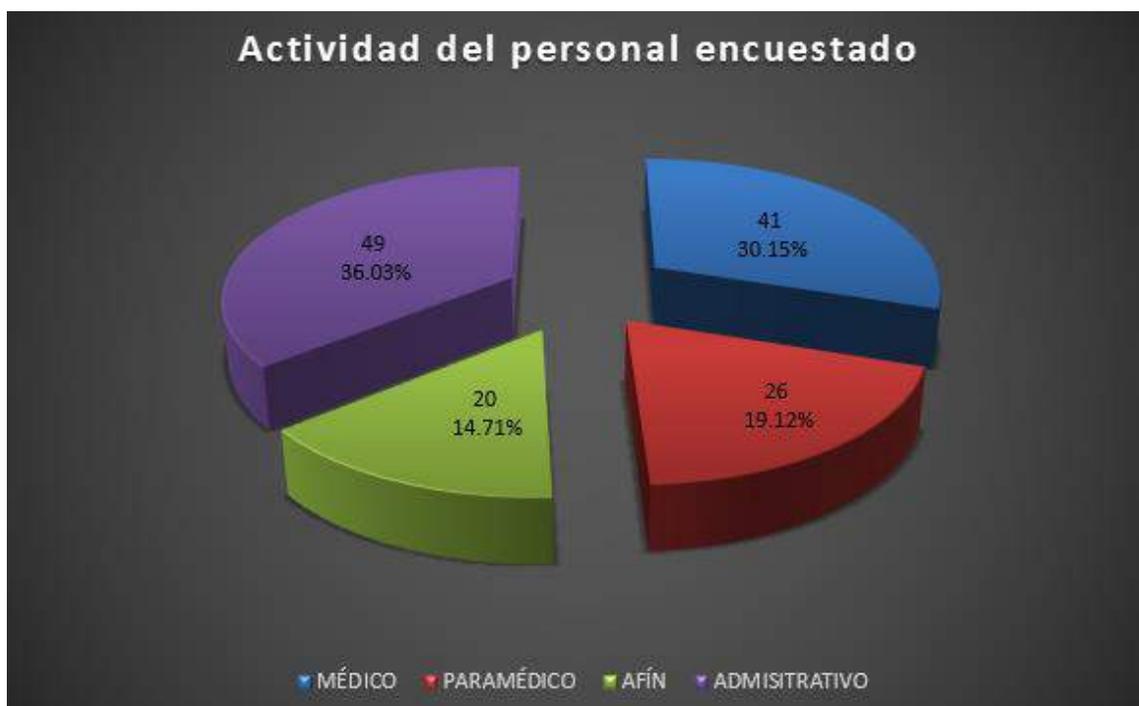
Gráfica 41



Fuente: Elaboración propia

Llama la atención que el 70.59% del personal que respondió las encuestas es del sexo femenino. Los médicos que realizaron las encuestas comentan que existió importante negativa a participar por personal del sexo masculino, teniendo ese efecto desde el personal de vigilancia hasta personal médico, lo cual es un indicador negativo de la idiosincrasia machista que existe en México, ¿Qué se puede esperar de la población del sexo masculino, si los hombres que trabajan en el sector salud piensan así?

Gráfica 42



Fuente: Elaboración propia

Gráfica 43.



Fuente: Elaboración propia

En la (Gráfica 42) se muestra la actividad en la que se desenvuelve el personal que participo en el estudio, solo nos sirve para demostrar que la muestra es representativa del personal que labora en este hospital, en la gráfica 43 podemos ver en qué áreas del nosocomio desenvuelven sus actividades teniendo que el 55.15% realiza sus labores en áreas de contacto directo con los usuarios, seguidas por el 33.09% que labora en áreas administrativas. Las áreas de intendencia y vigilancia sólo representan un 11.77%, sin embargo son de alto valor ya que generalmente es con ellos que se dirigen los pacientes para preguntar por dónde llegan a algún sitio de este hospital.

Gráfica 44.

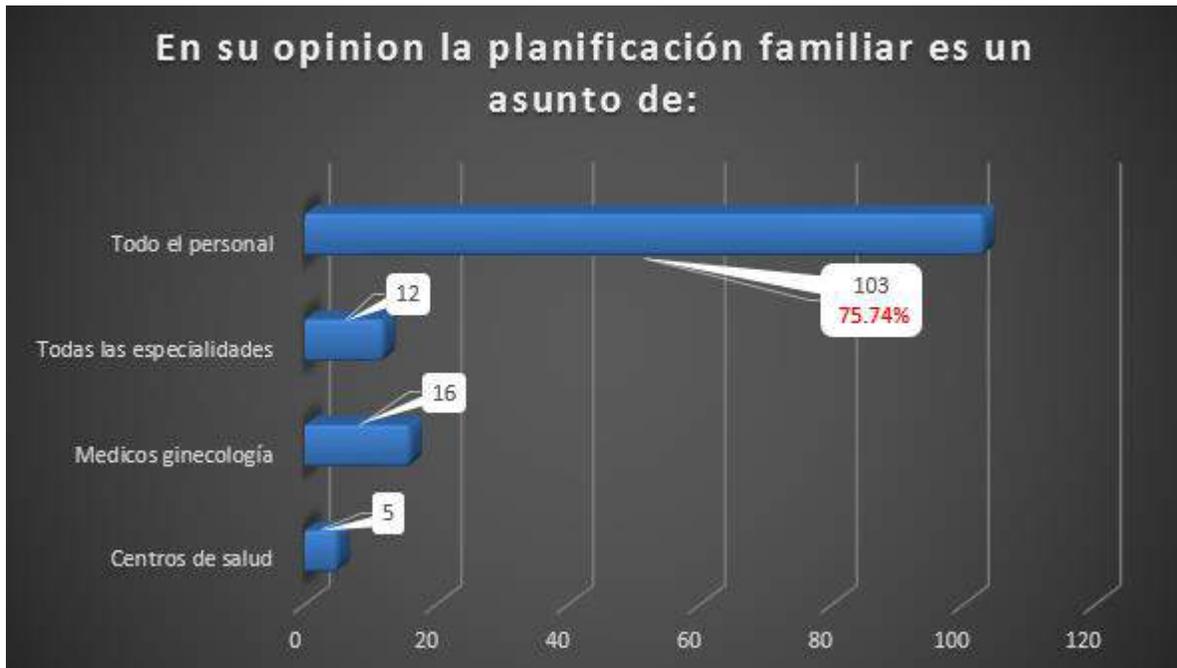


Fuente: Elaboración propia

Un 66.18% del personal encuestado reconoce no asesorar a pacientes o familiares en planificación, lo que es de suma importancia ya que 76.91% del personal tiene contacto directo o indirecto con los usuarios que acuden por cualquier causa al hospital, sin embargo se mostraron dispuestos a realizarlo desde el área en la que se encuentran como veremos en los comentarios abiertos de la última sección de esta encuesta.

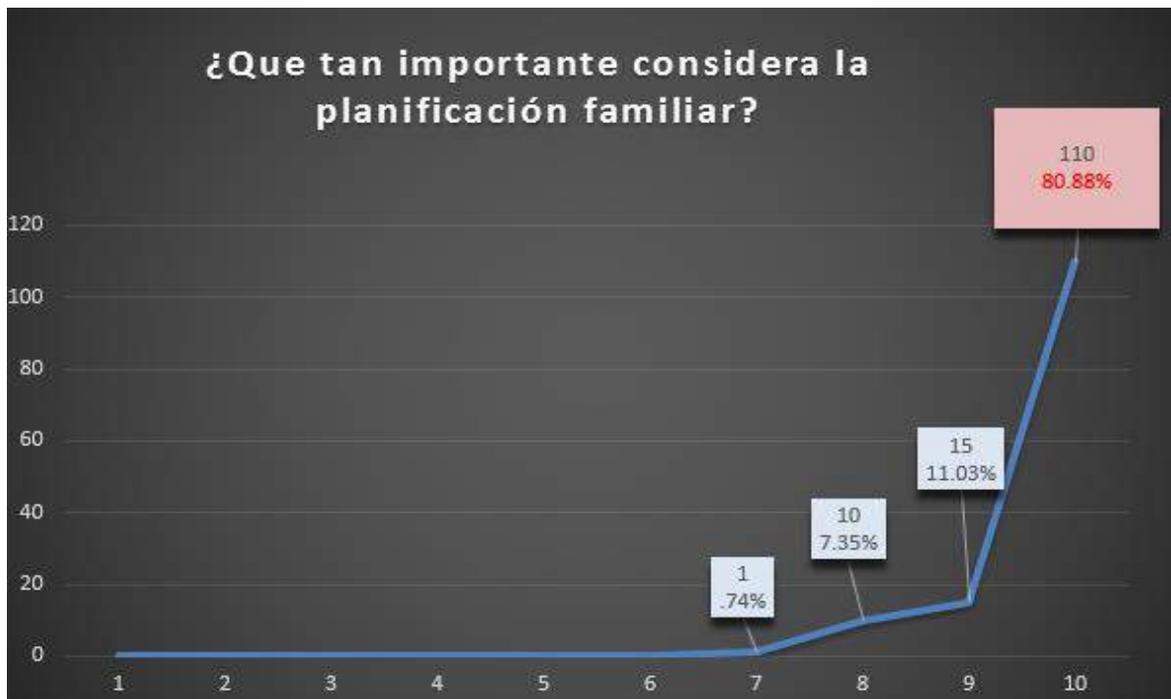
Lo más grave son los casos de médicos o personal paramédico tales como enfermeras que se muestran reacios a aconsejar o enviar a pacientes y/o familiares a la consulta de planificación familiar, por fortuna es la minoría, que considera que la planificación familiar solo es un asunto de los centros de salud, o de los médicos especialistas en ginecología y obstetricia. El 75.74% opina que la planificación familiar es un asunto de todo el personal, no exclusivamente médicos de ginecología y/o centros de salud. (Gráfica 45)

Gráfica 45



Fuente: Elaboración propia

Gráfica 46



Fuente: Elaboración propia

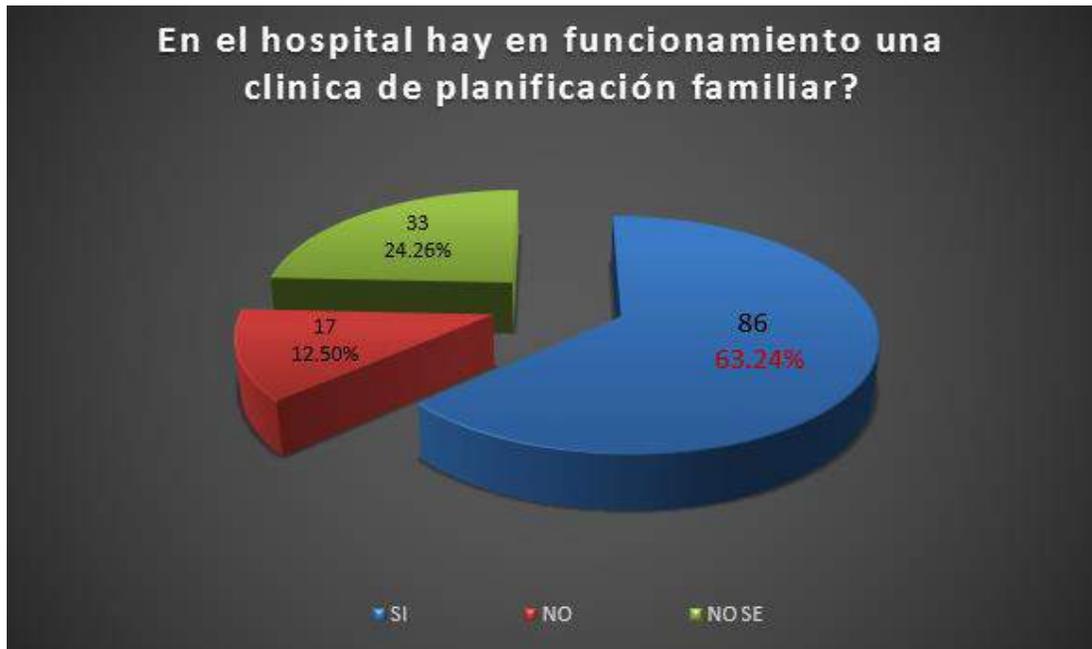
Todo el personal coincide en que la planificación familiar es un asunto de alta importancia, teniendo un 80.88% que lo califica como lo más importante. Incluso consideran que la planificación familiar es un tema del que deberían de conocer con más detalle (Gráfica 46), sin embargo únicamente el 46.32% sabe de la existencia del programa de planificación familiar. (Gráfica 47).

Gráfica 47



Fuente: Elaboración propia

Gráfica 48



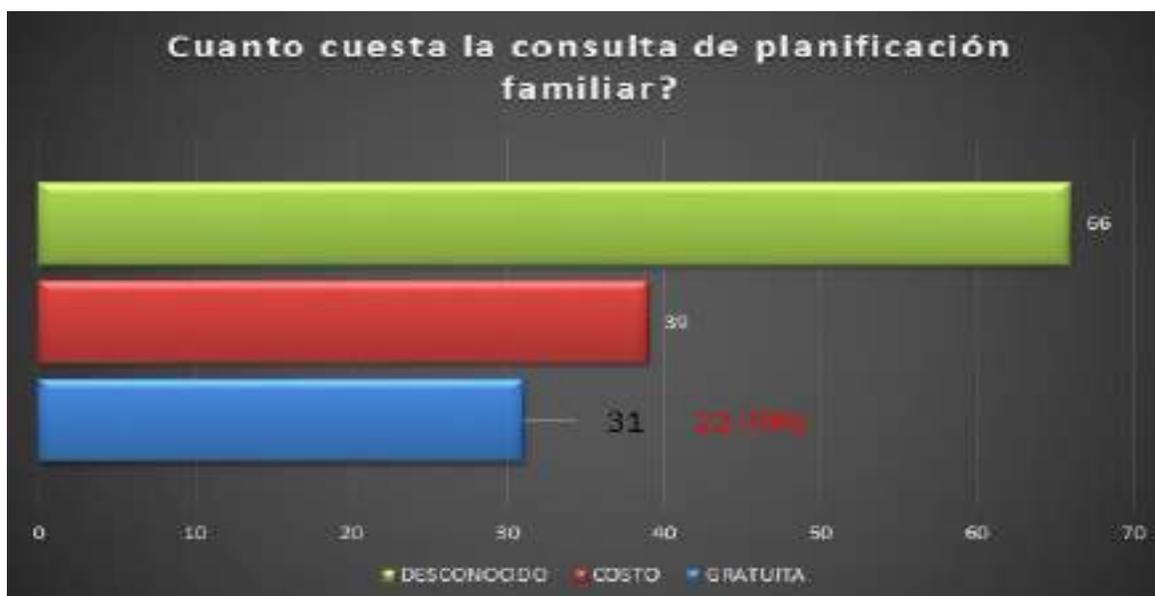
Fuente: Elaboración propia

El 36.76% desconoce la existencia de una Clínica de Planificación Familiar, lo que explica por qué algunos pacientes han sido enviados a centros de salud en busca del servicio, pacientes que acuden recomendados por otros usuarios y que a la entrada se les niega el acceso a las instalaciones por qué “no contamos con el servicio de planificación familiar en este hospital”, pacientes que estando en consulta de cualquier otra especialidad solicitan la interconsulta al servicio de planificación familiar para obtener asesoría sobre algún método temporal o definitivo son enviados a centros de salud, al llegar el paciente al centro de salud es referido nuevamente a nuestro hospital, lo que genera una inconformidad en el usuario, un retraso en la atención y en el peor de los casos un embarazo no planeado. (Gráfica 48)

Se les pregunto cuánto cuesta la consulta de planificación familiar, un 28.67% del personal encuestado asignó cuotas que van de los 72 pesos hasta un caso de 250 pesos, el 48.52% no sabe si cuesta y solo 31 encuestados correspondientes al 22.79% sabe que es gratuita. La importancia del costo es que las acciones de

planificación familiar son gratuitas con la finalidad de motivar a la ciudadanía a la adopción de algunas de las acciones gratuitas que van desde la simple consejería hasta las cirugías, todo gratuito en cualquier centro de atención, sea de primer, segundo o tercer nivel.

Gráfica 49



Fuente: Elaboración propia

Se debe sacar provecho de un personal dispuesto a colaborar en el tema de planificación familiar desde las diferentes áreas laborales en las cuales presta servicio, no implica que todos otorguen consulta en el tema, solo implica que tengan la suficiente información para orientar y aconsejar a los pacientes y familiares sobre la adopción de algún método de planificación y que sepan a donde enviarlos.

El conocer la opinión de los trabajadores del hospital es un elemento que refleja la gravedad de la situación que se vive, ya que existe una gran ignorancia entre el personal que labora en esta dependencia, que es el que orienta a los pacientes y que frecuentemente niega la atención.

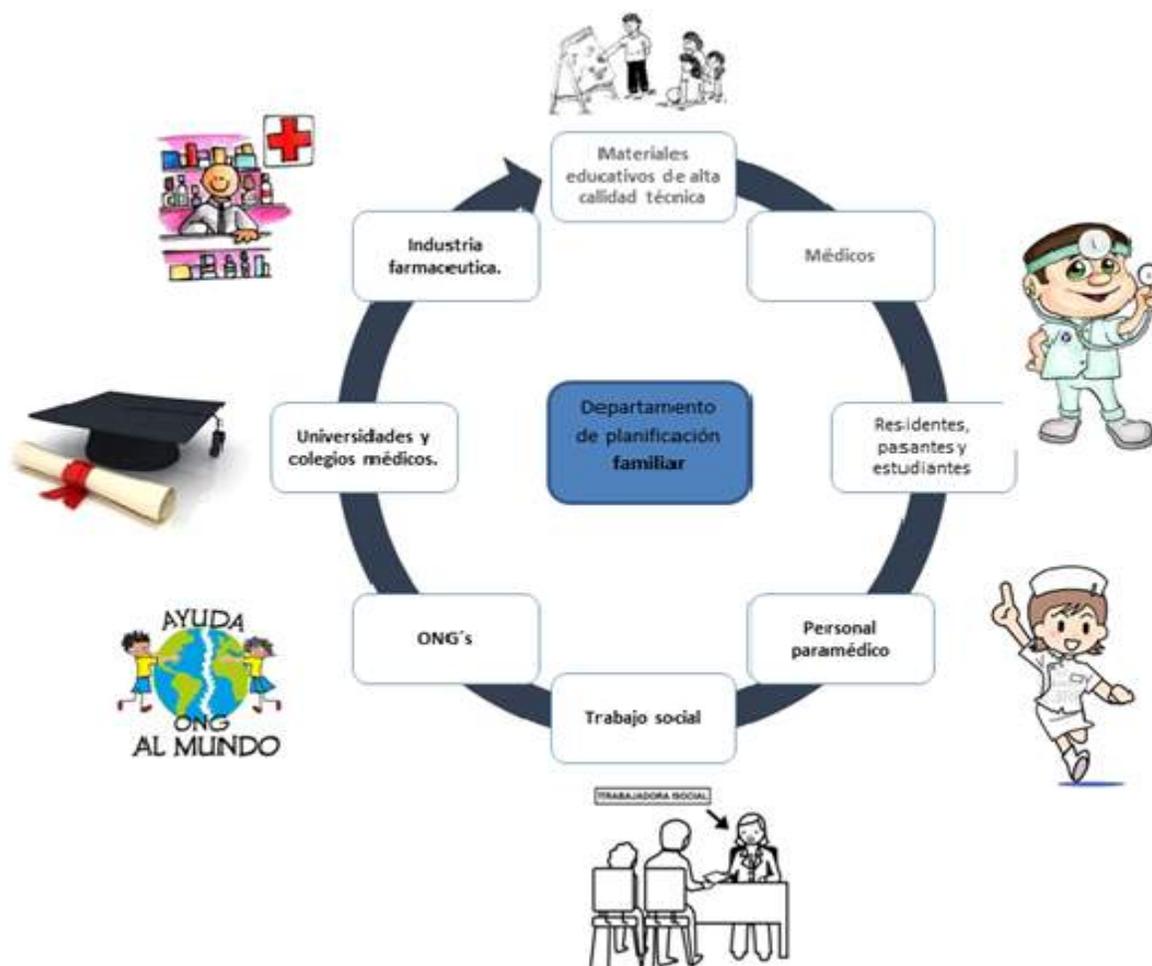
Para completar la encuesta se les pregunto ¿Cómo podría contribuir usted desde su lugar de trabajo en la promoción de la planificación familiar?, a lo que la

mayoría respondió con orientación a los pacientes y familiares. También contestaron que con materiales educativos e informativos tales como dípticos, trípticos; difusión; platicas; informándome para informar; aclarando dudas; asesorando; promocionando; educando; con publicidad y algunos consideraron que requieren capacitación.

El personal del Hospital Manuel Gea González se muestra dispuesto a colaborar activamente en el tema de la planificación familiar.

## Capítulo tercero. La estrategia para la prevención de embarazo no planeado.

### 3.1 Mapa mental



Fuente: Elaboración propia

### 3.2 Marco normativo.

El proyecto está bien sustentado en el marco normativo vigente, donde se da relevancia a la importancia de las acciones informativas, preventivas y promocionales, que nos obligan a intervenir de manera efectiva.

El inicio de la normatividad vigente aplicable a este caso, se encuentra en nuestra Carta Magna con el Derecho a la Salud como garantía constitucional declarada en el tercer párrafo del artículo 4, y debe ser ejercido con base en los principios de igualdad y no discriminación. Fue elevado a rango constitucional en febrero de 1983: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.

En México, las actividades en materia de salud sexual y reproductiva (SSyR) están respaldadas por un marco jurídico internacional y nacional, que han permitido cambios para la población en general en esta área.

Los sustentos jurídicos que respaldan estas acciones van desde la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, pasando por un conjunto de tratados, convenciones y acuerdos internacionales, hasta la legislación federal, entre las que se encuentra la Ley General de Población, la Ley General de Salud y sus reglamentos respectivos, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación y las Normas Oficiales Mexicanas que en la materia se han elaborado para estos fines.

En materia de salud sexual y reproductiva, la legislación en México es amplia. Desde la Constitución hasta las Normas Oficiales Mexicanas, existen instrumentos que protegen el acceso a la información, a la orientación/consejería y a los servicios de salud, entre otros.

### 3.2.1 Legislación Nacional

En el Artículo. 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 3er. párrafo se establece que: Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el Estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas. El Artículo 4° establece que: El varón y la mujer son iguales ante la Ley. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

La Secretaría de Salud es el órgano rector encargado de dictar y normar las acciones dirigidas a proporcionar servicios de SSyR a la población.

Así lo establece un conjunto de artículos de la Ley General de Población y la Ley General de Salud.

#### Ley General de Población

Artículo 3° : La Secretaría de Gobernación dictará y ejecutará o en su caso promoverá ante las dependencias competentes o entidades correspondientes, las medidas necesarias para realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas y los que realicen organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias, con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos naturales del país.

#### Ley General de Salud

Artículo 69. La Secretaría de Salud, con base en las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) para la prestación de servicios de

planificación familiar y de educación sexual, definirá las bases para aplicar las prácticas de métodos anticonceptivos, por lo que toca a su prevalencia y sus efectos sobre la salud.

Ley Federal sobre Metrología y Normalización, Título tercero, capítulos I, II, III, IV y V, donde en el artículo 39 corresponde a la Secretaría de Salud integrar el programa de normalización con las normas oficiales mexicanas, mantener el inventario y expedir normas oficiales mexicanas. Llevar a cabo acciones y programas para el fomento de la calidad de los servicios.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, Artículo 39, asuntos I; VII, en los cuales se faculta a la Secretaría de Salud para establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general. Así como planear, normar y controlar los servicios de atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria que corresponden al Sistema Nacional de Salud.

#### Reglamento de la Ley General de Población

Este reglamento, a través de su articulado, establece que los servicios de salud reproductiva y educación sobre planificación familiar a cargo de las instituciones públicas, se realizarán a través de programas permanentes y gratuitos.

Que los programas de planificación familiar incorporarán el enfoque de género e instruirán sobre los medios permitidos por las leyes para regular la fecundidad, que deberán dar a conocer los beneficios que genera decidir de manera libre y responsable sobre el número y espaciamiento de los hijos y la edad para concebirlos. Asimismo, deberán incluir la orientación sobre los riesgos a la salud que causan infertilidad y las estrategias de prevención y control garantizando a la persona la libre decisión sobre los métodos que para regular su fecundidad desee emplear. Además, establecer las características de los servicios de planificación familiar.

El Reglamento de la Ley General de Salud, establece la obligatoriedad de proporcionar, de manera gratuita, los servicios en los que se incluye información,

orientación y motivación respecto a la planificación familiar, de acuerdo con las Normas Técnicas que emita la Secretaría.

Por su parte, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, establece la igualdad de oportunidades de las niñas y los niños, y que las autoridades impartirán educación para la preservación de la salud, el conocimiento integral de la sexualidad y la planificación familiar. Se considera conducta discriminatoria: negar o limitar información sobre derechos reproductivos o impedir el libre ejercicio de la determinación del número y espaciamiento de los hijos.

Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, Publicada en su versión actualizada en el DOF el 21 de enero de 2004 (NOM005-SSA2-1993).

La Norma Oficial Mexicana (NOM 005) de los Servicios de Planificación Familiar, modificada en 2004, describe las disposiciones generales y especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de planificación familiar. Su aplicación tiene como objeto unificar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para los servicios de PF en México, dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos, basada en la aplicación del enfoque de Salud Reproductiva. El campo de aplicación de esta norma lo constituyen los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores público, social y privado.

Existen otras Normas Oficiales Mexicanas que son complementarias en cuanto a la salud reproductiva y la planificación familiar, a continuación se enumeran:

1. Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido (NOM-007-SSA2-1993).
2. Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmuno deficiencia Humana (NOM010-SSA2-1993)
3. Prestación de los servicios de salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar (NOM-190-SSA1-1999).
4. Norma Oficial Mexicana para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvicouterino (NOM 014-SSA2-1994).

5. Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de Enfermedades en la Perimenopausia y Postmenopausia de la Mujer. Criterios para brindar la atención médica (NOM-035-SSA2-2002).

6. Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de Defectos al Nacimiento (Publicada en el Diario Oficial de la Federación DOF el 18 de Septiembre de 2003) (NOM-034-SSA2-2002).

Asimismo, la Normas Oficial Mexicana que regulan los procedimientos de atención para la prestación de los servicios de planificación familiar, atribuyendo atención especial a los temas de información, promoción y prevención. Para dar el sustento técnico a este proyecto.

1. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. (Capítulos 4 y 13).
2. Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

### 3.2.2 Legislación y Tratados Internacionales

Convención Sobre La Eliminación De Todas Las Formas De Discriminación Contra La Mujer.

El 18 de diciembre de 1979, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, que entró en vigor como tratado internacional el 3 de septiembre de 1981 tras su ratificación por 20 países. En 1989, décimo aniversario de la Convención, casi 100 naciones han declarado que se consideran obligadas por sus disposiciones.

Entre los tratados internacionales de derechos humanos la Convención ocupa un importante lugar por incorporar la mitad femenina de la humanidad a la

esfera de los derechos humanos en sus distintas manifestaciones. El espíritu de la Convención tiene su génesis en los objetivos de las Naciones Unidas: reafirmar la fe en los derechos humanos fundamentales, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres. La Convención define el significado de la igualdad e indica cómo lograrla. En este sentido, la Convención establece no sólo una declaración internacional de derechos para la mujer, sino también un programa de acción para que los Estados Partes garanticen el goce de esos derechos.

La Convención se concentra en tres aspectos de la situación de la mujer. Por una parte, el de los derechos civiles y la condición jurídica y social de la mujer, que se abordan pormenorizadamente. Pero además, y a diferencia de otros tratados de derechos humanos, la Convención se ocupa de los que tienen que ver con la reproducción humana y con las consecuencias de los factores culturales en las relaciones entre los sexos.

Aparte de las cuestiones de derechos civiles, la Convención también dedica suma atención a una preocupación de importancia vital para la mujer, a saber, el derecho de procreación.

Los Estados Partes tienen la obligación de incluir en el proceso educativo asesoramiento sobre planificación de la familia (artículo 10 h)) y de crear códigos sobre la familia que garanticen el derecho de las mujeres "a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos" (artículo 16 e)).

Los Estados Partes deben adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia, participandolas en la elaboración y ejecución de los planes de desarrollo a todos los niveles; asegurando el acceso a servicios adecuados de atención médica, información, asesoramiento en materia de planificación de la familia y a beneficiarse directamente de los programas de seguridad social.

## La Plataforma de Acción de Beijing.

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en septiembre de 1995, logró una asistencia sin precedentes: 17,000 participantes y 30,000 activistas llegaron a Beijing para participar en la inauguración. Pese a su gran diversidad y distinta procedencia mundial, compartían un único objetivo: la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres.

Luego de dos semanas de debates políticos, las y los representantes de 189 gobiernos consiguieron negociar compromisos de alcance histórico. Treinta mil activistas no gubernamentales asistieron a un foro paralelo y continuaron presionando, tendiendo redes, incidiendo en las opiniones y guiando el enfoque de la cobertura mundial por los medios de comunicación. Cuando la conferencia llegó a su fin, había producido la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, el plan más progresista que jamás había existido para promover los derechos de la mujer.

Como marco definitorio para el cambio, la Plataforma de Acción formuló amplios compromisos en 12 esferas de especial preocupación.

- La mujer y el medio ambiente
- La mujer en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones
- La niña
- La mujer y la economía
- La mujer y la pobreza
- La violencia contra la mujer
- Los derechos humanos de la mujer
- Educación y capacitación de la mujer
- Mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer
- La mujer y la salud
- La mujer y los medios de difusión
- La mujer y los conflictos armados

El proceso de Beijing desencadenó una voluntad política notable y la visibilidad mundial. Conectó y reforzó el activismo de los movimientos de mujeres a escala mundial.

Desde entonces los gobiernos, la sociedad civil y el público en general han traducido las promesas de la Plataforma de Acción en cambios concretos en cada uno de los países. Estos han emprendido enormes mejoras en las vidas de las mujeres. Nunca antes tantas mujeres habían ocupado cargos políticos, contado con protección jurídica contra la violencia de género y vivido al amparo de constituciones que garantizan la igualdad de género. Los exámenes periódicos quinquenales del progreso hacia el cumplimiento de los compromisos de Beijing han mantenido el impulso.

Aun así, la Plataforma de Acción imaginó la igualdad de género en todas las dimensiones de la vida, pero ningún país ha logrado completar ese programa. Las mujeres ganan menos que los hombres y es más probable que trabajen en empleos de baja calidad. La tercera parte de ellas sufre violencia física o sexual en el transcurso de su vida. Las brechas en los derechos reproductivos y la atención de salud causan la muerte de 800 mujeres al dar a luz cada día.

El 20º aniversario de Beijing ofrece nuevas oportunidades de renovar vínculos, revitalizar los compromisos, fortalecer la voluntad política y movilizar al público. Todos tenemos una función que desempeñar, y es para el bien común. Cada vez hay más pruebas de que el empoderamiento de las mujeres empodera a la humanidad. Por ejemplo, las economías crecen más rápidamente, y las familias son más saludables y están mejor educadas.

### Objetivos de Desarrollo del Milenio

También conocidos como Objetivos del Milenio (ODM), ocho propósitos de desarrollo humano fijados en el año 2000, que los 189 países miembros de las Naciones Unidas acordaron conseguir para el año 2015. Estos objetivos tratan problemas de la vida cotidiana que se consideran graves y/o radicales.

En la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, los líderes del mundo convinieron en establecer objetivos y metas mensurables, con plazos definidos, para combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del ambiente y la discriminación contra la mujer. Estos objetivos y metas, que constituyen la esencia del programa mundial, se llaman ahora "Objetivos de desarrollo del milenio". En la Declaración de la Cumbre del

Milenio se definieron también muchos compromisos en materia de derechos humanos, buen gobierno y democracia.

Además, los ODM's se basan en una alianza mundial que hace hincapié en la responsabilidad de los países en desarrollo de poner orden en sus propios asuntos, así como en la de los países desarrollados de apoyar esos esfuerzos. Estos Objetivos cuentan con un apoyo político sin precedentes, manifestado en los niveles más altos de los países desarrollados y en desarrollo, de la sociedad civil y de las principales instituciones de desarrollo.

En los países en desarrollo, los Objetivos de Desarrollo del Milenio están demostrando su potencial para reunir una amplia gama de formadores de opinión y encargados de tomar decisiones, tales como funcionarios gubernamentales, parlamentarios, organizaciones no gubernamentales y grupos religiosos, en apoyo de un programa de desarrollo común. Ahora más que nunca, los dirigentes gubernamentales de África y Asia están poniendo los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el centro del debate político y los ministros de finanzas los están utilizando para establecer las prioridades en las cuestiones del desarrollo.

De estos, el objetivo 3 busca promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer.

El objetivo 5, mejorar la salud materna con sus metas e indicadores que son:

Meta 5A: Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna

- \* Tasa de mortalidad materna
- \* Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado
- \* Tasa de uso de anticonceptivos

Meta 5B: Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva

- \* Tasa de natalidad entre las adolescentes
- \* Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas)
- \* Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar

### 3.3 Descripción del proyecto.

#### 3.3.1 Marco teórico.

Las actividades de salud, y dentro de ellas los servicios de planificación familiar, constituyen una de las materias prioritarias y objeto de la actualización normativa, por su importancia para la población, su cobertura de uso y la trascendencia en la vida de los mexicanos, ya que el embarazo no planeado es un problema importante de salud pública de México y el Distrito Federal.

En la Declaración de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud se define como salud, el Estado completo de bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad"; Para lograrlo, se requiere:

- “La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines, como elemento esencial para alcanzar el más alto grado de salud”.
- “Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo”.
- “La responsabilidad de los Gobiernos en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas”.

Esto debe lograrse a través de la implementación de diversas estrategias; para la propuesta de este proyecto, las más importantes son:

- Promocionar la planificación familiar, utilizando todos los recursos posibles para abarcar la mayor cantidad de población, incluyendo actividades extra hospitalarias, y de educación en colaboración con todos los sectores de la sociedad, tales como organizaciones no gubernamentales, industria farmacéutica, universidades, y todos los que se puedan o deseen incorporarse, considerando los ocho ejes rectores propuestos por el titular del ejecutivo federal.

- Prevenir los embarazos no planeados, a través de la concientización de las mujeres en edad reproductiva explicando la importancia del uso de los métodos de planificación familiar y favorecer el acceso a ellos mediante acciones conjuntas con diferentes actores interesados y en estricto apego a la equidad de género.
- Evitar las complicaciones y secuelas que puede dejar un aborto provocado en el mediano y largo plazo.

### 3.3.2 Educación para la salud.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la promoción de hábitos de vida saludables es una actividad básica que debe ser impulsada por los sistemas sanitarios de todo el mundo, contando para ello con el apoyo de las instituciones educativas.

La Educación en salud tiene el objetivo de enseñar a las personas para que puedan tomar las decisiones correctas por sí solas respecto a su salud, en cualquier momento y lugar; es decir, busca la capacitación. Entre sus utilidades está la prevención. La educación en salud mejora la salud poblacional, disminuyendo la morbilidad y la mortalidad, entre otros efectos.

El concepto de “educación para la salud” o alfabetización sanitaria, tiene su origen en Estados Unidos en 1974. Aunque existen diversas definiciones la más utilizada a nivel mundial continúa siendo las promulgadas respectivamente por la Organización Mundial de la Salud y el Departamento de Salud y Servicios Humanos Norteamericano.

La educación de la salud se asocia con aspectos importantes en la vida cotidiana como son; las competencias en la escritura, el cálculo numérico, el lenguaje, la comprensión y asimilación de la información recibida. Todas estas competencias para las que es necesario un continuo adiestramiento son partes integrantes de las relaciones sociales, laborales y económicas de cada día, y de suma importancia para el control de la natalidad por parte de la población.

Es entonces que la educación sanitaria no se limita a la consulta con el médico de familia, el especialista, el farmacéutico o cualquier otro profesional. Cuando vamos al supermercado y leemos la etiqueta para ver el precio o los valores nutricionales (grasas, calorías, azúcares) estamos haciendo una aplicación práctica de educación para la salud, como lo es también al decidir la compra de un preservativo de fácil acceso en supermercados.

La educación y la comunicación en materia de salud son por mucho especialmente importantes, ya que, en realidad, son los individuos y las familias, y no los médicos y otros agentes sanitarios, quienes toman la mayor parte de las decisiones que afectan a su salud. Las madres deciden cuantos hijos tener y la separación entre estos. Las familias deciden cuándo ir al médico o a la clínica y dónde ir, y si seguir o no las instrucciones que reciben del personal de salud.

Las deficiencias en la educación sanitaria, se han convertido hoy en un verdadero problema de los países de todo el mundo con independencia de su nivel de desarrollo, por cuanto que incide directamente en la pérdida de calidad de vida, de salud y en el incremento del índice de mortalidad. Así lo demuestran los resultados de las principales encuestas realizadas hasta el momento en países tan diferentes entre sí como EEUU, Canadá, Irlanda, Holanda o Suiza. Es de relevante importancia la educación en salud de la población que en numerosos países de ámbito internacional y a nivel de la Unión Europea se está llegando a considerar como materia prioritaria en la salud pública.

### 3.3.3 Participación comunitaria.

Es entonces, que para que las decisiones cotidianas se tomen con sensatez, la población debe tener los conocimientos y la formación necesarios para ejercer la responsabilidad individual y comunitaria. Por lo tanto, la atención primaria de salud (primer contacto clínico entre personal de salud y las personas de la comunidad) está estrechamente relacionada con la promoción de la salud y la educación, juntos dan por resultado la prevención.

Para conseguir una participación eficaz de la comunidad y de los individuos, se deben contemplar dos elementos básicos:

- Los Gobiernos deben facilitar una mayor participación de la comunidad en la adopción de decisiones.
- Debe informarse a la población sobre la capacidad para mejorar su salud mediante su propio esfuerzo.

La primera, la decisión gubernamental es inicialmente una cuestión política. En casi todos los países existen medios de información que pueden llegar a toda la población con mensajes que tienen la oportunidad y el deber; es cuestión de una política nacional de contribuir a la salud de la población.

La segunda es una cuestión educativa. La gente debe saber cómo desempeñar ese mandato en su propio beneficio. Esto supone la adopción de ciertos tipos de comportamiento y estilos de vida que sean beneficiosos para la salud de individuos, familias, colonias y localidades. También entraña la ayuda educativa para encontrar formas más eficaces de organizar las actividades, en el plano local, destinadas a definir y abordar los problemas locales de salud. Este tema lo consideramos dentro del proyecto como autocuidado o como adopción de hábitos saludables que en repetidas ocasiones mencionamos.

Se ha demostrado que la participación comunitaria a través de los grupos de apoyo aunada a la orientación de todo el personal de salud y administrativo, son un buen medio para lograr objetivos, y las personas participantes muestran un cambio sustancial en su actitud ante la vida, con optimismo y entusiasmo, el cual se contagia a la comunidad, estimulando la aparición de grupos que se reúnen para actividades culturales, educativas, etc.

#### 3.3.4 Concepto de la alfabetización sanitaria.

Otro de los conceptos que cobra actualidad, es la alfabetización sanitaria. La OMS refiere que “la alfabetización sanitaria son las habilidades cognitivas y sociales que

determinan la motivación y la capacidad de las personas de acceder, comprender y utilizar la información de acuerdo a promover y mantener un buen Estado de salud”, La alfabetización sanitaria “fomenta la participación. El acceso a la educación y a la información es esencial para conseguir una participación efectiva al igual que el empoderamiento de las personas y las comunidades”

En un mundo repleto de información, la salud se ha convertido en el motor social, político y económico del siglo XXI, por ello mismo, la alfabetización sanitaria es el elemento central de la sociedad del conocimiento.

Ainhoa Flecha sanciona que esta concepción de salud abarca una dimensión individual y colectiva y que desde la alfabetización que empodera a las comunidades, se promueve un proceso de comunicación entre las personas profesionales de la salud y las personas de la comunidad con bajos niveles académicos que favorece el desarrollo de las habilidades y competencias necesarias para encontrar, comprender, evaluar y utilizar la información relacionada con la salud. Se trata de un proceso que tiene como objetivo empoderar a estas personas para que puedan tomar las decisiones más adecuadas que contribuyan a la mejora del Estado de su salud individual, pero también la colectiva, la de su comunidad.

La alfabetización sanitaria es el grado de capacidad que tienen los individuos de obtener, procesar y comprender la información y los servicios de salud básicos necesarios para tomar decisiones apropiadas en materia de salud.”

Para Jacobs, “La alfabetización en salud significa algo más que ser capaz de leer los folletos y concertar visitas médicas con éxito; Es mejorar el acceso a la información de salud y su capacidad de utilizar esta misma información de manera eficaz por parte de la población, la alfabetización de la salud es fundamental para el empoderamiento de las personas.”

La alfabetización sanitaria va más allá de las competencias en lectura y escritura; está constituida por todos aquellos elementos que necesitamos cada vez que vamos a tomar una decisión asociada a la mejora de nuestra salud.

Un bajo nivel de alfabetización para comprender y utilizar la información sanitaria repercute negativamente en aspectos fundamentales como lo son: La prevención, el control y manejo de las enfermedades y embarazos no planeados; el deterioro del Estado de salud, la disminución de calidad de vida; el incremento de errores relacionados con la medicación, mayor número de acceso al servicio de urgencias y un incremento de los ingresos hospitalarios.

De acuerdo a los Centros de Control y Prevención de las Enfermedades (CDC) europeos, el bajo nivel de competencia y alfabetización sanitaria afecta directamente a la capacidad de las personas de:

- a) Entender las instrucciones de los prospectos de los medicamentos y de las etiquetas nutricionales de los alimentos.
- b) Comprender correctamente las noticias, los avisos o recomendaciones del ámbito de salud.
- c) Compartir la información personal y clínica con el personal de salud.
- d) Manejar las enfermedades crónicas.
- e) Comprender y actuar en acciones de prevención y evitar riesgos asociados a las conductas no saludables o medioambientales como los es el respeto a la ley de protección para los no fumadores.
- f) Comprender la forma de localizar y acceder a los servicios de salud.
- g) Reconocer los sesgos de información reportados por los medios de comunicación o publicidad engañosa, ejemplo productos y dietas milagro.

Es entonces que un aspecto importante en la salud no es tanto la información que se transmite, sino que es determinante el modo en cómo se hace para que el mensaje, consejo, recomendación o prescripción se reciba y asimile correctamente.

No obstante, en numerosas ocasiones la información relativa a la salud está repleta de palabras técnicas, difíciles de comprender, que dificultan su adecuada interpretación. Ello es debido a que dicha información no ha sido adaptada a la

población de acuerdo a sus necesidades individuales. No es lo mismo una información destinada a un adulto, a un niño, a un adolescente o a una persona anciana con problemas de visión y audición.

Haciendo un paréntesis en la descripción de este marco teórico y con base al texto anterior, aclaro que la información contenida en los materiales educativos no siempre es comprendida, los folletos que se distribuyen en ocasiones contienen textos o palabras técnicas difíciles de comprender para algunos usuarios de diversos sectores sociales, que dificulta su adecuada interpretación. Ello es debido a que dicha información no ha sido adaptada a la población de acuerdo a sus características. Es diferente la forma de comprender la información en un adulto, un niño, o un adolescente o a una persona anciana con problemas de visión o audición.

La población al modificar su actitud ante los métodos de planificación familiar, disminuirá los embarazos no deseados y por ende el recurrir a la práctica de abortos, así como sus posibles complicaciones. Podrá decidir mediante información el número de hijos que puede y debe tener, lo cual impactara directamente en su calidad de vida, con una cantidad de vida mayor y por ende, más potencial laboral que redundara en la mejoría de sus finanzas, muy contrario al gasto de bolsillo, tiempo y otros gastos que genera el embarazo no planeado o deseado y sus complicaciones, llegando incluso a la muerte de la madre con desequilibrio de toda una familia.

La alfabetización sanitaria no se limita a la consulta con el médico general, familiar, especialista, el farmacéutico o cualquier otro profesional clínico. Al ir al supermercado y leer la etiqueta para ver el precio o los valores nutricionales – grasas, calorías, azúcares, etc.- se está haciendo una aplicación práctica de la educación para la salud. La alfabetización sanitaria va más allá de las competencias en lectura y escritura, constituye todos aquellos elementos necesarios cada vez que se va a tomar una decisión asociada a la mejora de la salud, tal como la compra de un preservativo.

La alfabetización es la base para poder movernos en el mundo y en nuestro entorno. De hecho, la alfabetización es un concepto relacionado con ámbitos de la vida, que aunque recuerden al periodo educativo de la infancia, no desaparece con el paso de los años, sino que muy al contrario, se va volviendo más y más necesario en las diversas etapas de la vida.

Finalmente, es necesario subrayar que en la consulta médica, es fundamental que el profesional adapte su lenguaje a las condiciones del paciente, debe ser tolerante y claro en sus explicaciones. Las buenas prácticas en educación hacen más sencillo el proceso de diagnóstico al que suele suceder toda una serie de pruebas clínicas y diagnósticas de difícil comprensión para la persona afectada y más aún, si coexisten barreras sociodemográficas del tipo: educativo, social, lingüístico, cultural, de edad y género, o barreras emocionales.

### 3.3.5 Impacto.

La alfabetización sanitaria es el principal problema de los países de todo el mundo con independencia de su nivel de desarrollo, en cuanto que incide directamente en la pérdida de calidad de vida, de salud y en el incremento del índice de mortalidad.

Asimismo, la medicina preventiva ha demostrado con el paso del tiempo ser la estrategia más eficiente en la disminución de enfermedades y ser por mucho, más económica que la medicina curativa, máxime en la prevención de embarazos no planeados. Por lo que el destinar suficientes recursos a la educación en salud, que repercutan en la modificación de las conductas por parte de la sociedad, resultan ser una inversión segura, que disminuirá los costos por atención de los pacientes.

La implantación de métodos y estrategias eficientes hacen la diferencia en las intervenciones de salud, mientras más depuradas, sincronizadas y factibles, será mayor su utilidad. El proyecto que se propone, busca este impacto; Ser una potente estrategia educativa que interceda en el mejoramiento de la salud de los pacientes que acuden al Hospital General Manuel Gea González y que

posteriormente se puede reproducir al resto de las unidades médicas que conforman el sistema de salud nacional.

#### 3.3.5.1 Para el Instituto Nacional De Administración Pública.

El INAP (Instituto de Administración Pública) como Escuela de Profesionalización Gubernamental, al ser tutor de este proyecto estará reconociendo la importancia de la unión entre los diferentes segmentos de la sociedad como son la población civil, industria, escuelas, colegios con el Gobierno en la creación de políticas públicas para garantizar la salud de los ciudadanos.

Al guiar las acciones conjuntas y permitir a la población la participación en el diseño e implantación de dicho proyecto, estará siendo participe de la democracia en pleno aplicada a la salud pública. Con esto se estará otorgando legitimidad al Gobierno al buscar la satisfacción de las necesidades básicas de salud de la población, así como garantizar que se cubran los derechos constitucionales en materia de salud.

Al incorporar una metodología de organización (CANVAS) que fue diseñada para la creación de empresas, demostrara como es que se aplican los métodos empresariales y directivos de la iniciativa privada al servicio público con la influencia de la nueva gestión pública, sustituyendo la rentabilidad que se supone se pretendería en el sector privado, por el valor de lo público expresado en la satisfacción de la sociedad al cubrir sus necesidades.

El INAP y el Gobierno estarán enviando mensajes positivos que estimulen la inversión extranjera directa en este rubro de la salud, propiciando la creación de empleo y su impacto directo en la economía mexicana. También respaldara la inversión extranjera indirecta, ya que la utilización de insumos y medicamentos de origen nacional, abrirá la posibilidad de que la industria nacional participe en la bolsa de valores.

Apoyar esta estrategia y elevarla al grado de Tesis de Maestría, dará al INAP participación en un proyecto que incorpora las más nuevas tecnologías como la cirugía de mínima invasión, cirugía endoscópica y en un futuro muy cercano la aplicación de la robótica. Lo que estimulara la investigación en el rubro de la planificación familiar, que inserte a México en la creciente competitividad de la era de la globalización.

#### 3.3.5.2 Para el personal participante.

Indudablemente, para los médicos integrantes del equipo de trabajo que elabora este proyecto, es muy importante integrar los conocimientos, la experiencia que tenemos en nuestras respectivas actividades institucionales, el conocimiento de la problemática de salud y nuestra visión, para proponer un proyecto de beneficio institucional, que impacte en el bienestar de la población. Es un motivo de alta satisfacción personal de cada uno de los integrantes del equipo de trabajo, que la operación de un proyecto de este tipo, ayude a mejorar la salud de las personas y disminuir la tasa de embarazos no planeados.

#### 3.3.5.3 Para el Hospital General Manuel Gea González.

Una sociedad con conocimientos en planificación, llevará a la práctica acciones que le permitan programar el número de hijos y el espaciamiento entre estos, redundando en el cuidado de su salud.

La planificación familiar con su carácter de prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, y con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, los hombres, y los niños, son un ejercicio para el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad. Todas estas acciones mejoran las condiciones de salud de la población usuaria, repercutiendo directamente en la demanda de servicios, con una disminución en el número de atenciones obstétricas, consultas e internamientos por complicaciones. Esta

disminución en la demanda de servicios por parte de la sociedad, permitirá al Hospital General Manuel Gea González optimizar los recursos que gasta en este rubro, ya que el impacto demostrado que genera la adopción de algún método de planificación y la consciencia en el número de hijos por parte de la sociedad, redundan en una disminución importante de los embarazos no planeados, las enfermedades propias del embarazo y sus complicaciones, todas éstas, prevenibles y tratables mediante la planificación familiar.

El embarazo no planeado y/o las enfermedades que le complican, ocupan una parte importante del presupuesto destinado a la atención en salud, ya sea directamente por el tratamiento de éstas que resulta costoso y/o por la atención de las complicaciones. De tal manera que disminuyendo la tasa de incidencia de los embarazos y de sus complicaciones, el ahorro para el Hospital General Manuel Gea González será muy alto.

A la institución le resultará más económico el contar con materiales educativos que logren un cambio de hábitos y la adopción de algún método, al ser entendibles en los diversos estratos sociales, contar con un grupo específico y bien capacitado que en campo tenga la capacidad de explicar los riesgos y beneficios a través de ser empáticos y mostrar ejemplos de complicaciones, que gastar en una infraestructura y equipamiento para la atención de los embarazos y sus complicaciones, que en un futuro muy cercano serán insuficientes e insostenibles con el presupuesto disponible hoy día.

De no comenzar con acciones de esta índole a la brevedad, en un futuro cercano, el Gobierno será incapaz de solventar estos gastos, y se enfrentará a una sociedad cada vez más demandante, y menos dispuesta a pagar más impuestos, perdiendo la legitimidad que el pueblo le otorga mediante el sufragio universal y por ende, descuidando la salud de su población.

Este proyecto, indirectamente también busca la reducción de las enfermedades de transmisión sexual, tales como el virus papiloma, el VIH, sífilis, clamidia, y muchas más, así como sus complicaciones y su impacto en la salud reproductiva, a través

de la educación, por lo que paralelamente ofrece beneficios sociales con incalculable valor.

#### 3.3.5.4 Para la entidad donde se implementará.

El impacto deseado para la entidad federativa con la implantación de este proyecto es la mejora del panorama epidemiológico del embarazo no planeado, esto es, el que la operación de una estrategia educativa planteada, interceda en frenar la aparición de nuevos casos, así como disminuir las complicaciones, que en la actualidad se han convertido en la causa más importante de la demanda de servicios de salud obstétrica.

En consecuencia, las mejores condiciones de salud de la población del sur del Distrito Federal, y una familia equilibrada en el número de sus integrantes redundará en más años de vida productiva en la población económicamente activa. Para la población joven significará la adopción de medidas de planificación que se verá reflejado en más años de preparación escolar y periodo laboral antes de ser padres, reflejándose en un mejor nivel de vida y desarrollo tanto para los padres como a sus futuros hijos.

Lógicamente, si no somos capaces de dar a entender correctamente la información o generamos más dudas que respuestas, difícilmente podremos empoderar a la población en la activa y responsable toma de decisiones en salud. Por ello mismo, la competencia cultural, esto es, el correcto y progresivo adiestramiento de la población en el aprendizaje de habilidades que ayuden a descifrar el complejo ámbito de la salud, es la clave de un proceso de toma de decisiones informado y uno de los impactos que deseamos para la entidad con la implantación de este proyecto.

### 3.3.5.5 Para Universidades y/o Colegios participantes.

Es tan importante la alfabetización en salud y la educación sexual de la población que en numerosos países de ámbito internacional y a nivel de la Unión Europea se está llegando a considerarla materia prioritaria de salud pública.

Para las universidades y colegios interesados, al participar de un proyecto educativo de esta magnitud, estarán situándose en un nivel que rebasa las fronteras de las aulas, poniendo su nombre en una posición envidiable para cualquier institución educativa nacional o internacional, al participar de un proyecto de mercadotecnia social que pretenda una sociedad más educada en planificación, y por ende más sana.

De esta manera, serán parte indivisible de un proyecto a largo plazo, que se justifica en la mejora de la salud y de la calidad de vida de la sociedad, con repercusión directa en el gasto que el Gobierno realiza a través de las instituciones públicas de salud. Indirectamente, será un aliado del ejercicio gubernamental, que a través de impulsar dicho proyecto coadyuvara en la creación de una sociedad más educada y sana, impactando positivamente en la economía del Estado y la nación. Una sociedad más sana, no solo cuesta menos al erario público, también es más eficaz y eficiente para desempeñar sus actividades laborales, con menos ausentismos e incrementando las horas hombre. Por lo que todas las empresas e instituciones, no importando su tamaño o dimensión se verán beneficiadas, al contar con mano de obra más saludable.

La educación, la salud y la alimentación son los pilares para el crecimiento de cualquier nación. Este proyecto influye importantemente en estos, por lo que los beneficios sociales a corto y largo plazo son incalculables.

Las instituciones educativas al ser parte de este proyecto, estarán participando de una reingeniería de operaciones en planificación que modificara toda la cadena de producción nacional, cooperando en el crecimiento y desarrollo del Estado y/o la nación.

Además, podrán fortalecer su papel de Empresa Socialmente responsable, al ser partícipe del mejoramiento y desarrollo de su entorno social, impulsando actividades académicas de esta índole y trascendencia.

#### 3.3.5.6 Para la industria farmacéutica.

La industria farmacéutica será un aliado importantísimo, esta se verá favorecida por el espacio académico, el cual permitirá la investigación, con la realización de proyectos y publicaciones, así como la capacitación de médicos en las diferentes y nuevas tecnologías al servicio de la planificación familiar. También será un espacio para el acercamiento con pacientes e instituciones educativas.

Las empresas de la industria farmacéutica participantes se verán impactadas positivamente por la participación en un proyecto promocional académico, el cual les permitirá estar más cercanos a los pacientes, y obtener una retroalimentación mercadotécnica de las necesidades reales de la población que se atiende en este hospital.

Serán beneficiadas directamente por el incremento en la prescripción de los diferentes métodos de planificación familiar que producen, y apoyaran a la institución en el desarrollo de actividades académicas para los médicos y equipo paramédico, tales como cursos, simposios o congresos.

Podrán formar parte de los equipos de apoyo a pacientes y alfabetización en salud, elevando el nivel ético de participación social y responsable.

### 3.3.6 Modelo de organización.

A continuación presento el modelo de organización del proyecto, a través de la metodología CANVAS donde se especifican sus elementos constitutivos en cada uno de sus componentes. Este funciona como una pizarra en la cual se colocan notas que permiten ir agrupando las diferentes necesidades del proyecto, de tal forma que sea fácil y dinámico su entendimiento.

El modelo liga diferentes elementos estratégicos como los asociados que serán los que ayudaran a realizar el proyecto, con las actividades clave a realizar para lograr el objetivo, recursos existentes, propuestas de valor de la estrategia, relación con los clientes (pacientes en este caso), canales de distribución o forma de llegar a ellos, segmentos de la población objetivo, costos de realización y resultados esperados.

Este es un modelo probado ampliamente y en el que se sustenta una propuesta de negocios, insisto que la estrategia aquí planteada no busca un rendimiento económico, la intención de utilizarlo es que dicha metodología ha demostrado ser la mejor forma de organizar un proyecto, y tiene la confianza de la mayoría de los inversionistas en todo el mundo por su eficacia y efectividad demostrada.

Permite organizarse por colores y cambiar las notas según se necesite durante la evolución del proyecto y en cada una de sus etapas mejorando el resultado que se obtiene de éste.

# Modelo CANVAS



Fuente: Elaboración propia.

## Key Partnerships “red de asociados”

<p><b>Áreas Técnicas del Hospital Manuel Gea González.</b></p>	<p>El proyecto involucra directamente las siguientes áreas técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Para la producción de nuevos materiales educativos:<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Dirección de integración y desarrollo institucional.</li><li>➤ Dirección de Enseñanza e Investigación</li><li>➤ División de ginecología y obstetricia.</li></ul></li><li>• Para la difusión y promoción de la estrategia:<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Dirección de enseñanza e investigación.</li><li>➤ Dirección de integración y desarrollo institucional</li></ul></li><li>• Para la implantación de la estrategia:<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Dirección médica.</li><li>➤ Subdirección de enfermería.</li><li>➤ Subdirección de trabajo social.</li><li>➤ Dirección de enseñanza.</li></ul></li><li>• Para el seguimiento y evaluación de la operación de la estrategia:<ul style="list-style-type: none"><li>➤ División de Bioestadística.</li><li>➤ Dirección de Enseñanza e investigación.</li></ul></li></ul>
<p><b>Autoridades del Hospital Manuel Gea González.</b></p>	<p>Para que el proyecto pueda ser implantado con éxito en todas sus etapas, se requiere de la voluntad y decidida participación e involucramiento de las siguientes autoridades:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Dirección General.</li><li>➤ Dirección Médica.</li><li>➤ Dirección de integración y desarrollo institucional.</li><li>➤ Dirección de administración.</li><li>➤ Departamento de trabajo social.</li></ul>

<p><b>Personal de las diferentes divisiones médicas.</b></p>	<p>Es imprescindible para la implantación exitosa de este proyecto, que el personal de las divisiones médicas, participen proactivamente en este proyecto trascendental :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Jefe de la división</li> <li>➤ Médicos</li> <li>➤ Enfermeras</li> <li>➤ Psicólogos</li> <li>➤ Nutriólogos</li> <li>➤ Personal paramédico</li> <li>➤ Administrativos.</li> </ul>
--	--

Las relaciones y acuerdos que se establezcan entre el departamento de planificación familiar y los socios clave: Autoridades del Hospital y personal de las divisiones médicas, serán la base para implantar el proyecto exitosamente. Sin su apoyo, voluntad y participación, poca o nula repercusión tendrá el proyecto que se propone, el cual, puede significar la diferencia entre un esquema preventivo promocional poderoso y el actualmente utilizado. Su cambio significa emprendimiento.

<p><b>Grupos de autoayuda</b></p>	<p>Un grupo de autoayuda está integrado por personas que tienen particularidades similares, como lo es en este caso, el ser usuario de algún método de planificación familiar. La finalidad del grupo es generar conocimiento entre ellos, apoyarse mutuamente para mejorar su Estado de ánimo, de salud y llevar a cabo acciones conjuntas que toman aspecto de adherencia social. El ánimo que se dan entre ellos hace que las personas tengan mejor apego al uso del método, los pacientes confían más cuando observa que son más los usuarios.</p> <p>Los grupos de autoayuda son socios clave, muy importantes en este proyecto, ya que se pretende</p>
-----------------------------------	--

	<p>capacitar pacientes para que sean portavoces en el tema de planificación familiar.</p>
<p><b>Medios de comunicación</b></p>	<p>Indiscutiblemente, el papel que juegan los medios de comunicación en cualquier evento público es trascendental. No lo dejan de ser en este caso, pues el influir en la población para adoptar la planificación familiar es fundamental para alcanzar el cambio que se pretende con este proyecto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Las televisoras podrán transmitir noticias y en un futuro spots, así como entrevistas realizadas a socios clave sobre el Programa <b>PLanifica</b>.</li> <li>➤ En la prensa escrita podrán editarse con frecuencia insertos con mensajes sobre <b>PLanifica</b> así como en las revistas que administran los medios de comunicación.</li> </ul>
<p><b>Figuras públicas</b></p>	<p>Como socios clave también consideramos la participación de personalidades públicas que pueden apoyar la difusión del programa, tal es el caso de actores, políticos, directivos de instituciones públicas. Dejo en este capítulo, abierta la posibilidad de participación de figuras públicas reconocidas por la sociedad, que apoyen la promoción de <b>PLanifica</b>.</p>
<p><b>Representantes sociales</b></p>	<p>Finalmente, otro de los socios clave que se consideran en este proyecto, son los representantes sociales, a quienes consideramos como personajes de asociaciones civiles, fundaciones, grupos sociales, representantes de empresas e instituciones privadas reconocidas por la población, universidades públicas y privadas, cuya participación puede motivar a la población a adoptar los mensajes de <b>PLanifica</b>.</p>

Las actividades clave para el desarrollo del proyecto se identifican y especifican adelante, las cuáles son básicas, sin dejar fuera la posibilidad de que se vayan incorporando otras actividades clave que por las mismas necesidades de implantación vayan surgiendo en su momento.

<b>Key Activities “actividades clave”</b>	
<b>Identificación de necesidades</b>	<p>Para identificar las necesidades de los pacientes en planificación familiar que acuden al hospital, se aplicarán encuestas para conocer tanto las relacionadas a la utilidad de los materiales educativos, como las características de la demanda de servicios. Asimismo, a través de la encuesta conoceremos las observaciones y propuestas que hacen esas personas sobre la forma en la que desean recibir el servicio y la información contenida en los materiales educativos.</p> <p>La encuesta se aplicara en la consulta externa, clínicas adjuntas, y algunas en urgencias, sobre la utilidad de los materiales educativos y sobre la prestación de los servicios para personas que requieren planificar que hemos mencionado a lo largo del proyecto.</p> <p>El elemento principal de la estrategia es la elaboración de nuevos materiales educativos.</p>
<b>Elaboración de nuevos materiales educativos</b>	<p>Doy la mayor importancia a este elemento debido a que los considero como una extensión de la atención clínica que da el médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Queda muy claro que el contacto médico paciente es de apenas 15 minutos cada mes o cada dos meses, por lo que el paciente debe resolver sus dudas en materiales que le sean entregados, previa explicación o bien a través de medios audiovisuales</li> </ul>

<p><b>Capacitación al personal en las diferentes etapas</b></p>	<p>o pláticas. La finalidad es que el paciente obtenga información útil, completa, oportuna y pertinente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Propongo que se exploren las necesidades de información antes de editarlos, llevar a cabo pruebas piloto, monitorear y evaluar su utilidad, hasta obtener materiales fortalecidos de alto valor técnico, y estos, promuevan eficientemente el autocuidado del paciente con embarazo no planeado o en riesgo de padecerlo.</li> </ul> <p>Otra actividad clave que se propone en el proyecto es la capacitación al personal en contacto con el paciente, para que pueda de manera estándar brindar mensajes verbales o los contenidos en los materiales educativos de forma clara a fin de no dejar dudas en los pacientes. Esto incluye conocer todos los tipos de materiales que se distribuyen en la unidad y los contenidos de las presentaciones que se usan con regularidad.</p> <p>Este elemento impulsará la propuesta de utilizar eficazmente los recursos disponibles.</p> <p>Esta es una actividad clave muy importante por la trascendencia que significa el estructurar toda una estrategia en un solo paquete preventivo promocional. Su operación deberá tener el carácter de obligatorio en todas las divisiones médicas del hospital.</p> <p>La implantación del programa debe ser gradual hasta operar en todas las divisiones médicas, con lo cual, <b>PLanifica</b> podrá ser un recurso útil y potente estrategia preventiva.</p>
<p><b>Integración del Programa</b></p>	<p>La operación de <b>PLanifica</b> tiene que ser gradual, iniciando con pruebas piloto para ajustar los elementos técnicos y administrativos que sean necesarios, hasta</p>
<p><b>Implantación por etapas</b></p>	<p>La operación de <b>PLanifica</b> tiene que ser gradual, iniciando con pruebas piloto para ajustar los elementos técnicos y administrativos que sean necesarios, hasta</p>

tener un **PLanifica** que pueda ser replicado en diferentes divisiones médicas, bajo el procedimiento estándar que se propone, lo cual facilitará su monitoreo y evaluación.

Como documento anexo, hay un cronograma de implantación, donde de manera gradual, se incorporan las actividades en todo el hospital.

Cabe mencionar que una de las actividades clave relevantes es la capacitación y la forma en la que se dará, en tal sentido, la propuesta está dirigida a contar con un grupo itinerante de especialistas, que acuda a las diferentes divisiones del hospital que irán integrándose al plan de implantación, para que en cada unidad, se capacite en grupo a todo el personal involucrado, a manera de taller interactivo que permita conocer la intensión y operación del proyecto.

### Key Resources “recursos clave”

#### Experiencia del personal

El Hospital Manuel Gea González cuenta con personal experimentado en las áreas de prevención, promoción y educación para la salud, por lo que la estrategia planteada no les será ajena.

Continuamente el personal se encuentra en eventos de capacitación de diversa índole y llevando a cabo el ajuste o introducción de métodos aprendidos, por lo que de manera continua se va adquiriendo la experiencia técnica necesaria para emprender nuevas formas de hacer las cosas, buscando los mejores resultados posibles.

La experiencia del personal que labora en las divisiones médicas es uno de los recursos clave que requiere **PLanifica**.

#### Disponibilidad financiera

Para la implantación de este proyecto se requiere de presupuesto mínimo, la disponibilidad actual en las

	<p>partidas presupuestales del hospital relacionadas a la prevención de enfermedades y promoción a la salud está asegurada, por lo que financieramente es factible llevar a cabo el proyecto.</p> <p>Son también factible las transferencias presupuestales con base a prioridades en gastos para fortalecer aspectos clave de <b>Planifica</b>.</p> <p>La industria farmacéutica será fuente de recurso financiero al participar económicamente en las capacitaciones al personal o pacientes, así como ONG´s.</p>
<p><b>Tecnologías educativo promocionales</b></p>	<p>Otro de los recursos clave con los que cuenta el Hospital, son los métodos, programas, estrategias y prácticas educativas, tales como diplomados en laparoscopia, histeroscopia y robótica.</p> <p>Otro de los recursos clave en este rubro, es la disponibilidad y apoyo para la actualización y capacitación del personal a través de las oficinas centrales de la Secretaría de Salud, principalmente de la Dirección General de Promoción a la Salud, Dirección de salud reproductiva, Dirección General del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades y de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.</p>
<p><b>Equipos multidisciplinarios de salud</b></p>	<p>Uno de los recursos clave más importantes del Hospital es la cantidad y diversidad de personal asignado a la atención de personas, con los cuáles se pueden formar los equipos multidisciplinarios requeridos para la operación de este proyecto: Médicos, enfermeras, psicólogos, nutriólogos, activadores físicos, técnicos y personal de apoyo técnico - administrativo, entre éstos, los trabajadores sociales, pasantes y personal en formación.</p>

## Cost Structure “estructura de costos”

<p><b>Integración de equipos de trabajo completos</b></p>	<p>Para la operación del proyecto se requiere que el departamento de planificación familiar cuente con:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Jefe del departamento de planificación familiar.</li><li>➤ Tres médicos especialistas en ginecología y obstetricia que mediante rotación permitan brindar la atención continua.</li><li>➤ Un médico con especialidad en salud pública.</li><li>➤ Un economista en salud.</li><li>➤ Enfermera asignada.</li><li>➤ Residente de ginecología y obstetricia.</li><li>➤ Estudiantes de medicina y enfermería.</li></ul>
<p><b>Capacitación al personal</b></p> <p><b>Diseño de nuevos materiales educativos</b></p>	<p>Otro de los aspectos a considerar dentro de la estructura de costos del proyecto, es el recurso financiero necesario para capacitar al personal que operará <b>PLanifica</b>.</p> <p>Esto implica cuotas, adquisición de materiales y pago de instructores entre los básicos.</p> <p>La disponibilidad de este recurso es imprescindible para la adecuada implantación del proyecto.</p> <p>El aspecto de mayor relevancia por la importancia que representa la extensión de la atención clínica a través de información adicional al paciente, que le permita conocer los métodos de planificación familiar, sus complicaciones, cuidados, medidas preventivas, es la disponibilidad de materiales educativos de alto valor técnico, para lo cual se requiere de la previsión presupuestal para asegurar su producción y reproducción en cantidades y tipos suficientes para las necesidades del servicio.</p> <p>Este recurso clave del proyecto es de vital importancia para su aplicación.</p>

## Value propositions “propuesta de valor”

<p><b>Usuarios bien informados; sensibilizados</b></p>	<p>Esta propuesta de valor será el objeto principal del establecimiento de la estrategia.</p> <p>Se aspira a que las personas embarazadas o en riesgo de padecer un embarazo no planeado, estén sensibilizados sobre los métodos de planificación familiar, lo cual las lleve a adoptar alguno de ellos que los lleven a una mayor expectativa de vida en condiciones favorables.</p> <p>Mientras más conozcan sobre los métodos de planificación familiar, mayor será su participación individual y colectiva, promoviendo también la conciencia social de quienes los rodean, principalmente dentro de grupos organizados llamados de autoayuda.</p> <p>Se debe promover que la educación para la salud sea un elemento central de la sociedad del conocimiento que empodera a las comunidades.</p>
<p><b>Materiales educativos de alto valor técnico</b></p>	<p>Al lograr esta propuesta de valor, el Hospital Manuel Gea González será pionero a nivel nacional en producir y utilizar materiales adaptados a sus condiciones locales. Podrá ser artífice de un desarrollo en salud innovador, no por ser un nuevo procedimiento, sino por hacer de diferente manera las cosas, que reditúe en mejores resultados. Los de mejorar la población bajo su responsabilidad.</p> <p>Se espera que la propuesta de valor se consolide en materiales educativos de alto valor técnico que aporten conocimiento y generen cambios de conducta.</p>
<p><b>Disminución del gasto en salud para atención del</b></p>	<p>Esta propuesta de valor tiene un carácter de beneficio institucional que redundará en mayor solvencia económica para afrontar con eficiencia la atención de este grupo de</p>

<p><b>embarazo no planeado.</b></p> <p><b>Pacientes más sanos</b></p>	<p>pacientes.</p> <p>El ahorro institucional está enfocado a disminuir el gasto en salud por la menor tasa de uso de los servicios, de los recursos diagnósticos, medicamentos y materiales que se utilizan en la atención de pacientes embarazadas.</p> <p>Aunado al uso de materiales educativos de alto valor técnico y la asesoría de grupos multidisciplinarios, la propuesta de valor se vigoriza.</p> <p>Se aspira a que la estrategia preventivo – promocional se convierta en una propuesta de valor que mejore en el futuro mediano el panorama epidemiológico en la entidad, ya sea disminuyendo las tasas de embarazo no planeado, y su morbilidad/mortalidad o disminuyendo la aparición de nuevos casos. <b>PLANIFICA</b> debe convertirse en una política pública de alto impacto publicitario, que conduzca a la sensibilización de su población sobre el autocuidado y un medio para prevenir el embarazo no deseado.</p>
<p><b>Mejorar comunicación entre personal de salud y usuarios</b></p>	<p>La transmisión de información del personal clínico a los pacientes en forma clara, veraz, oportuna y completa es una propuesta de valor muy importante del proyecto.</p> <p>Al darse esta condición, la comunicación del personal en contacto con el paciente se facilita, se hace eficiente y genera mejor comunicación entre ambos grupos de actores.</p> <p>Los elementos clave de esto son: Asesoría suficiente, materiales educativos claros y explicaciones certeras del personal a los pacientes, sin dejar de lado las acciones de monitoreo y seguimiento que debe darse a los casos y al programa en sí.</p>

## Customer relationships “relación con el paciente”

<p><b>Empatía en la atención</b></p>	<p><b>PLanifica</b> debe generar en el personal un cambio de conducta en la atención de los usuarios del Hospital Manuel Gea González. Al llevar a cabo la estrategia integral propuesta, el personal podrá entender con mayor detalle las necesidades de los pacientes en forma individual y grupal, por lo que se espera observar dentro de las relaciones con los usuarios la empatía necesaria para mejorar la prestación de los servicios.</p>
<p><b>Información oportuna, completa y pertinente</b></p>	<p>Como parte de las relaciones con los usuarios, se espera que <b>PLanifica</b> mejore este aspecto fundamental entre personal clínico y pacientes, cuya importancia ha sido antes abordado.</p>
<p><b>Cuestionamientos del usuario</b></p>	<p>Al formar usuarios comprometidos, empoderados y participantes, se tendrá la oportunidad de notar un cambio en la resolución de sus dudas, esto es, cuestionando al personal clínico sobre detalles de sus padecimientos y métodos de planificación familiar. Se espera del proyecto, que la participación activa de los usuarios sea mayor, y un factor de cambio en sus hábitos y nivel de autocuidado.</p>
<p><b>Seguimiento a la evolución de casos</b></p>	<p>Un buen ejemplo de la relación con los usuarios en el proyecto, es la atención que se le brinde a través de la historia de seguimiento sobre su evolución, visitas al hospital, tratamientos, asistencia a actividades grupales y en forma individual cuando así se requiera.</p> <p>Tenemos claro que uno de los factores de éxito de <b>PLanifica</b> será el seguimiento de casos que permita sustentar el control del paciente dentro de parámetros normales en resultados de laboratorio y gabinete, así como en su ánimo y percepción del método de planificación familiar y de su Estado de salud.</p>

<p><b>Grupos autoayuda comprometidos</b></p>	<p>Para alcanzar los fines del proyecto, no solamente se trata de conformar grupos de autoayuda, sino que éstos estén cohesionados, sean funcionales, proactivos y empáticos, para que generen el apoyo mutuo de manera consistente.</p> <p>La actividad grupal es imprescindible; las buenas relaciones sociales que se establezcan entre ellos, son la base del mejoramiento general del grupo, cuyo resultado es el buen nivel de ánimo y la disminución del abandono de los métodos de planificación familiar.</p>
--	--

<b>Channels “canales de distribución”</b>	
<p><b>Usuarios del HMGG sin seguridad social</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Embarazadas.</b></li> <li>• <b>Personas en riesgo de embarazo no planeado.</b></li> <li>• <b>Personal de salud.</b></li> </ul>	<p>Cada uno de los segmentos de usuarios tiene un rol específico en <b>PLanifica</b>.</p> <p>El enfoque de diferenciación entre usuarios de zonas urbanas y rurales es base para el diseño, desarrollo y edición de materiales educativos altamente útiles; las personas con embarazos no planeados y en riesgo son el foco de atención del proyecto, así como, el personal clínico que deba tener el contacto con el paciente.</p> <p>Al final del camino, los pacientes serán los ganadores en el proyecto, ya que la anhelada mejora del nivel de salud y la contención de casos nuevos serán la meta a lograr.</p> <p>Ninguno de los segmentos de clientes identificados primariamente son menos importantes, todos tienen una misma ponderación de importancia.</p> <p>Se puede segmentar la población en adolescentes y adultos, con la finalidad de impactar directamente en ambos sectores, ya que cada uno de estos requiere de diferentes maneras de actuar.</p>

## Channels “canales de distribución”

<p><b>Persona a persona</b></p>	<p>Una buena forma de transmitir experiencias y conocimientos es la comunicación verbal persona a persona o boca a boca como coloquialmente se denomina.</p> <p>Este es un buen canal de comunicación, siempre y cuando se cuide que los mensajes entre las personas sean acertados, para lo cual, la asesoría del equipo multidisciplinario antes citado es imprescindible.</p> <p>Este canal de comunicación debe fomentarse bajo una metodología tendiente a aclarar y no confundir información entre las personas.</p> <p>El grupo de autoayuda será quien mediante instrucción específica y motivación llevara la información a todos los lugares que conforman el tan grande universo que nos proponemos abarcar, tales como juntas vecinales, escolares por nombrar algunas entre las muchas alternativas existentes.</p>
<p><b>Medios electrónicos</b></p>	<p>Como parte de la implantación se contempla que dentro de la página principal del Hospital Manuel Gea González se desarrolle un apartado especial que permitir el acceso al conocimiento de <b>PLanifica</b>, sus contenidos, materiales educativos, tips de salud y consejos para evitar el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual, entre otros. Este medio de comunicación funciona bien para personas que tienen la habilidad de buscar y encontrar la información que se requiere, afortunadamente, son cada vez más los usuarios que tienen esta posibilidad, por lo que consideramos importante este canal de comunicación sobre todo para los habitantes de zonas urbanas, que es donde existe la</p>

	<p>mayor posibilidad de acceso a la red internet.</p> <p><b>Planifica</b> tendrá su Facebook, así como twitter en el cual se estará publicando constantemente información relacionada al adecuado uso de los métodos de planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual así como consejos por parte de los expertos de este hospital.</p>
<p><b>Materiales impresos</b> <b>Audiovisuales</b></p>	<p>Considero un canal de comunicación muy importante la función que desempeñan los materiales educativos en la transmisión de la información sobre los métodos de planificación familiar.</p> <p>Repito que los materiales educativos son extensión de la atención clínica, por lo que los contenidos deben ser adaptados a los dos segmentos de la población antes mencionados, monitoreados y evaluados hasta contar con los de alto valor técnico que se han Estado mencionando a lo largo de la descripción del proyecto.</p> <p>Propongo la elaboración de videoclips que se presentaran continuamente en las salas de espera de consulta externa, urgencias y cualquier otro espacio disponible.</p>

Revenue Streams “flujo de ingreso”	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Eficiencia del gasto en salud.</b></li> <li>• <b>Menos gasto de bolsillo de las embarazadas.</b></li> <li>• <b>Racionalización</b></li> </ul>	<p>Los flujos de ingresos se traducen en este proyecto como ahorros presupuestales, ya que siendo un programa netamente social sin fines de lucro, el ingreso y egreso de fondos financieros se da a través de partidas presupuestales y controles financieros, por lo que el impacto de este componente del CANVAS se resume en:</p>

**del gasto en atención al embarazo.**

- Eficiencia del gasto en salud para la atención de embarazadas que no lo planearon, que debe entenderse como reinversión financiera para fortalecimiento del programa, a raíz del ahorro por la menor tasa de uso de los servicios.
- Menos gasto de bolsillo de los pacientes; las personas embarazadas, o con las enfermedades que lo complican tienen que erogar gastos por concepto de medicamentos, exámenes de laboratorio u otros procedimientos, ya que sienten como urgentes servicios que no lo pudieran ser en realidad, por lo que optan por hacer ellos el gasto. Asimismo, este elemento deben considerarse dentro de los flujos de efectivo, como ahorro económico a la persona y a la familia.
- Racionalización del gasto en atención a las embarazadas entendido como la posibilidad de mejor administración de los recursos disponibles para la atención de este grupo de personas, ya que un adecuado conocimiento de la magnitud del problema y los métodos de control de pacientes propuestos en **PLanifica**, podrán focalizar recursos a la estrategia preventivo – promocional y con esto, generar ahorros en la atención médico – hospitalaria de las personas con embarazo no planeado o las enfermedades que lo complican.

### 3.3.6.1 Plan estratégico.

#### 3.3.6.1.1 Misión

Misión del departamento de planificación familiar.

Ofrecer los servicios de información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticonceptivos en un marco de respeto a los pacientes a sus decisiones, siempre con trato digno, equidad, y con los más altos estándares de calidad, calidez y ética profesional, para que decidan el número de hijos que deben tener, vivan en mejores condiciones de salud y aumenten su esperanza de vida en buenas condiciones.

#### 3.3.6.1.2 Visión

Visión 2018.

Ser una unidad que promueve, difunde, informa y educa a la población sobre servicios de planificación familiar, que crea una cultura de salud, que facilita el acceso a los métodos más modernos y seguros, impulsando la enseñanza, e innovación así como el desarrollo de investigación en conjunto con todos los sectores de la sociedad.

### 3.4.6.1.3 Objetivos.

#### 3.4.6.1.3.1 Objetivo General

##### **General**

Empoderar a la población promoviendo el conocimiento y la adopción de los métodos de planificación familiar, así como acciones de autocuidado y prevención de enfermedades de transmisión sexual en los usuarios del hospital Manuel Gea González, con la intención de disminuir el número de embarazos no planeados, mejorar las condiciones de salud de la población, aumentar su esperanza de vida, e impactar positivamente en su economía.

#### 3.4.6.1.3.2 Objetivo Especifico

##### **Específico**

Implantar una estrategia integral de acciones preventivas – promocionales como complemento de la atención clínica, compuesta por elementos básicos: Materiales educativos de alto valor técnico, integración del paciente en grupos de autoayuda, atención, asesoría y seguimiento por parte de un equipo clínico multidisciplinario que sirva como modelo para presentar piloteado al ejecutivo federal.

### 3.3.6.1.3.3 Objetivos por fase y periodo

<b>Fase / Periodo: 1</b>	
<b>Integración del Proyecto</b>	Integrar un documento final del Programa <b>PLanifica</b> , que incluya todas las fases y recursos necesarios para su implantación, tal como diseño, organización, divisiones y personas participantes, estrategia de operación, así como sus componentes; Materiales educativos, grupos de autoayuda y asesoría por grupos multidisciplinarios.
<b>Implantación del Proyecto</b>	<p>Contar con grupos de autoayuda formados y consolidados, en paralelo, el desarrollo de un programa de capacitación al personal sobre mejoramiento de las relaciones humanas.</p> <p>Contar con una unidad de producción de nuevos materiales educativos.</p> <p>Consolidar una fuerza de tareas formada al menos por médicos, residentes, nutriólogos, psicólogos, estudiantes y otros.</p> <p>Llevar a cabo la capacitación al personal que participará en el programa.</p>
<b>Indicadores</b>	<p>Elementos medibles; resultados esperados al finalizar el periodo 1 del proyecto.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Documento: Programa operativo <b>PLanifica</b>.</li> <li>2. Guía para la formación, organización y consolidación de grupos de autoayuda.</li> <li>3. Documentos: Materiales educativos impresos rediseñados, adaptados a las necesidades.</li> <li>4. Video: Al menos un video preventivo – promocional sobre planificación familiar.</li> <li>5. Base de datos con censo nominal de pacientes</li> </ol>

	<p>candidatos o usuarios de <b>Planifica</b>.</p> <p>6. Documento: Programa de capacitación al personal participante en <b>PLanifica</b>.</p> <p>7. Documento: Unidad de Producción de nuevos materiales educativos.</p>
--	--

### Fase /periodo: 2

<b>Integración del Proyecto</b>	Prueba piloto de la instalación de <b>PLanifica</b> para ajustar el modelo en términos de factibilidad técnica.
<b>Implantación del Proyecto</b>	Llevar a cabo la ceremonia de “Lanzamiento oficial de <b>PLanifica</b> ”
<b>Indicadores</b>	<p>Elementos medibles; resultados esperados al finalizar el periodo 2 del proyecto.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Documento: Resultados de la prueba piloto de la implantación del Programa <b>PLanifica</b>, que incluya recomendaciones para fortalecer el Plan de Implantación del Programa.</li> <li>2. Evento institucional: Lanzamiento del Programa <b>PLanifica</b> con presencia de autoridades y medios masivos de comunicación.</li> <li>3. Documentos: Línea de base de los pacientes usuarios. Que contenga por cada paciente registrado en censo nominal: Edad, sexo, peso, talla, presión arterial, índice de masa corporal (IMC), fechas de consultas médicas, días promedio, interconsultas, anticonceptivo, dosis, complicaciones diagnosticadas, costo promedio de uso del método por el paciente, auxiliares diagnósticos utilizados por el paciente y costo promedio, grupo de autoayuda al que</li> </ol>

	<p>pertenecen, pláticas a las que han asistido y los datos que se consideren indispensables.</p> <p>4. Documento: Línea de base del programa preventivo promocional, que contenga: Materiales educativos disponibles, registro de capacitación al personal sobre acciones preventivo – promocionales en planificación familiar, y morbimortalidad de las enfermedades asociadas al embarazo no planeado.</p> <p>5. Documento institucional: Avances en la implantación del Programa <b>PLanifica</b> en las diferentes unidades médicas del hospital, incluyendo evaluación de resultados obtenidos de la experiencia para reconducción o ajustes del modelo propuesto.</p>
--	---

**Fase / Periodo: 3**

<p style="text-align: center;"><b>Integración del Proyecto</b></p>	<p>Contar con resultados de pruebas piloto de la instalación de <b>PLanifica</b>, en dos diferentes unidades médicas del hospital, así como la propuesta de ajustes por cada una de éstas.</p> <p>Analizar resultados de <b>PLanifica</b> al término del tercer periodo de operación.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Implantación del Proyecto</b></p>	<p>Extender <b>PLanifica</b> al resto de las divisiones médicas del hospital.</p> <p>Monitoreo y evaluación de los resultados al segundo periodo de la instalación del proyecto.</p> <p>Proyección para la implantación de <b>PLanifica</b> extramuros.</p>

<p style="text-align: center;"><b>Indicadores</b></p>	<p>Elementos medibles; resultados esperados al finalizar el periodo 3 del proyecto.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Documento: Resultados de la prueba piloto en la instalación del Programa <b>PLanifica</b> en las unidades médicas, que incluya experiencias exitosas y oportunidades de mejora para la operación del programa.</li> <li>2. Documento: Análisis del Estado de salud de los pacientes usuarios del programa.</li> <li>3. Base de datos actualizada, por paciente registrado en censo nominal.</li> <li>4. Tasa de embarazo no planeado 5% menor respecto a línea de base, medido en término de número de casos por cada mil embarazadas.</li> <li>5. Tasa de mortalidad 5% menor respecto a línea de base medido en término de número de casos por cada cien muertes maternas.</li> <li>6. Reducción del 10% en costos totales de atención a pacientes registrados en base de datos.</li> </ol>
---	---

**Fase / Periodo: 4**

<p style="text-align: center;"><b>Integración del Proyecto</b></p>	<p>Contar con un modelo final consensuado de <b>PLanifica</b> posibilitado técnicamente para aplicarse en cualquier unidad hospitalaria, así como contar con resultados de monitoreo de su utilidad.</p> <p>Evaluar resultados al cuarto periodo de operación del programa.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Implantación del Proyecto</b></p>	<p>Extender <b>PLanifica</b> extramuros en colaboración con ONG, Industria farmacéutica, universidades.</p>
	<p>Elementos medibles; resultados esperados al finalizar</p>

<b>Indicadores</b>	<p>el periodo 4 del proyecto.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Documento institucional: Modelo Preventivo – Promocional <b>PLanifica</b>.</li> <li>2. Documento institucional: Experiencias exitosas en la implantación del Programa <b>PLanifica</b>.</li> <li>3. Documento institucional: Resultados del monitoreo y evaluación del Programa <b>PLanifica</b>.</li> <li>4. Documento institucional: Indicadores de evaluación del Programa <b>PLanifica</b>.</li> <li>5. Documento: Análisis del Estado de salud de los pacientes usuarios <b>PLanifica</b> a tres periodos de operación el programa.</li> <li>6. Base de datos actualizada, por paciente registrado en censo nominal.</li> <li>7. Tasa de embarazo no planeado 10% menor respecto a línea de base, medido en término de número de casos por cada mil embarazadas.</li> <li>8. Tasa de mortalidad materna 10% menor respecto a línea de base global en término de número de casos por cada cien muertes.</li> <li>9. Reducción del 20% en costos totales de atención a pacientes registrados en base de datos <b>PLanifica</b>.</li> </ol>
--------------------	---

**Fase / Periodo: 5**

<b>Integración del Proyecto</b>	<p>Evaluación de medio tiempo que incluya el logro de resultados dados en términos de reducción o contención de la mortalidad materna y/o de las enfermedades que complican el embarazo no planeado, así como los beneficios institucionales</p>
---------------------------------	--

	generados por las acciones preventivo – promocionales propias de <b>PLanifica</b> .
<b>Implantación del Proyecto</b>	Extender <b>PLanifica</b> extramuros gestionando los recursos por parte de ONG´s, industria farmacéutica y universidades.
<b>Indicadores</b>	<p>Elementos medibles; resultados esperados al finalizar el periodo 5 del proyecto.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Documento institucional: Evaluación de medio tiempo del Programa <b>PLanifica</b>.</li> <li>2. Documento institucional: Análisis del Estado de salud de los pacientes con enfermedades que complican el embarazo no planeado <b>PLanifica</b>.</li> <li>3. Documento institucional: Experiencia en la participación de los Grupos de Autoayuda en la estrategia del Programa <b>PLanifica</b>. Base de datos actualizada, por paciente registrado en censo nominal.</li> <li>4. Tasa de morbilidad en embarazo en el hospital 15% menor respecto a línea de base, medido en número de casos por cada mil embarazadas.</li> <li>5. Tasa de mortalidad materna 15% menor respecto a línea de base.</li> <li>6. Reducción del 30% en costos totales de atención a pacientes registrados en base de datos <b>PLanifica</b>.</li> </ol>

### 3.3.6.1.4 Diagnóstico FODA

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<p>F1: Presupuesto asegurado</p> <p>F2: Equipos multidisciplinarios (médico, paramédico, estudiantes)</p> <p>F3: Infraestructura.</p>	<p>D1: Acciones preventivo promocionales disociadas y fragmentadas en planificación familiar.</p> <p>D2: La demanda de atención supera la oferta.</p> <p>D3: El hospital general más grande del sur del DF no cuenta con una estrategia para disminuir el embarazo no planeado.</p>
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<p>O1: Aglutinar voluntades</p> <p>O2: Uso obligatorio</p> <p>O3: Congregar, unir metodologías en un solo programa.</p>	<p>A1: Aumento incontrolable de casos las embarazos no planeados.</p> <p>A2: Capacidad resolutive disminuida en futuro mediato.</p> <p>A3: Poca importancia mediática y técnica en planificación familiar.</p>

#### 3.3.6.1.4.1 Estrategias de intervención derivadas de las fortalezas y oportunidades

Estrategia 1 F-O:

**F1/O1:** Presupuesto asegurado – aglutinar voluntades.

Una fortaleza importante del Hospital Manuel Gea González es la disponibilidad financiera procedente de su plan presupuesto elaborado con antelación al año de ejecución; en éste se contemplan las partidas presupuestales para la operación de los programas bajo su responsabilidad.

Para nuestro caso, los gastos que genera el proyecto están incluidos dentro del presupuesto ya autorizados, el arranque de **PLanifica** requiere de presupuesto adicional mínimo. El proyecto no consiste en crear, sino en reorganizar lo existente para darle mayor funcionalidad a las acciones preventivo – promocionales que tiene por asignación el hospital.

Los gastos que se prevén con la instalación de la estrategia, consisten básicamente en los relacionados a la capacitación del equipo multidisciplinario de salud que será el encargado y participante de implantar **PLanifica**, la contratación del médico especialista en salud pública y el economista de la salud.

Lo referentes a la producción de materiales educativos conlleva básicamente una nueva organización para su edición y no un nuevo proceso de producción, asimismo, los derivados de la integración de grupos de autoayuda deberán ser mínimos, ya que una de las acciones de participación comunitaria establecida con antelación, es contar con grupos organizados de la comunidad para hacerlos participar de forma ordenada.

Por su lado, la voluntad técnica y política para analizar, aprobar, adaptar e implantar **PLanifica** es una acción gerencial necesaria para llevar a cabo el proyecto. Para esto se requiere tener una clara concepción de lo que significará para el hospital y para la población, el daño que causarán los embarazos no

planeados y las enfermedades que lo complican en los próximos años, si no se interviene, con una estrategia integral como la que se propone.

La voluntad del personal para llevar a cabo exitosamente el proyecto es esencial.

Presupuesto + voluntad gerencial + voluntad del personal, es la combinación de la primera estrategia de intervención que habrá que consolidar para dar paso a **PLanifica.**

Estrategia 2 F-O:

**F2/O2:** Equipos multidisciplinarios - Uso obligatorio

El proyecto requiere de personal capacitado en las áreas que son importantes para el desarrollo de actividades preventivo – promocionales, tal es el caso de este proyecto.

La unión de esfuerzos, voluntad, organización y seguimiento de los pacientes y usuarios del hospital a través de Médicos, enfermeras, nutriólogos, psicólogos, son potencialmente una gran fortaleza que puede ser mayormente detonada en los diferentes servicios del hospital.

Por el otro lado, la integración de un programa claro y preciso donde se contemplen todos los elementos y etapas de la implantación del proyecto es fundamental para hacer de la estrategia un potente recurso preventivo – promocional.

La combinación de la participación de los equipos multidisciplinarios para el desarrollo del programa, más su uso obligatorio en todos los servicios del hospital gradualmente incorporadas según su capacidad resolutive, condiciones y organización, hacen la segunda estrategia del proyecto.

Estrategia 3 F-O:

**F3/O3:** Infraestructura- Congregar, unir metodologías en un solo programa.

Una de las fortalezas que ha caracterizado en general al hospital, ha sido la preparación de su personal, quien ha demostrado la experiencia en sus respectivos campos de intervención. Esta característica es importante para el desarrollo del proyecto, ya que permitirá sin mayores dilaciones la integración e implantación del proyecto.

La experiencia que adquiere el personal al operar los programas, les permite tener la oportunidad de depurar metodologías y estrategias de acuerdo a nuestras características poblacionales, que les da mayor factibilidad operativa y mejores resultados esperados.

Esta combinación hace una tercera y muy importante estrategia de implantación derivada de contar con la fortaleza y asegurar la oportunidad que se presenta en la aplicación de la experiencia del personal.

La infraestructura con que cuenta el hospital, más la capacidad técnica especializada de su personal, y la experiencia que tiene en las diferentes áreas hacen posible el agregar las metodologías más innovadoras, y en las cuales el hospital destaca, tales como la laparoscopia e histeroscopia.

La oportunidad que ofrece la solicitud del jefe del ejecutivo federal de generar un solo programa y la infraestructura con la que cuenta este hospital para realizar el piloto es base para la estrategia.

Considero las tres estrategias anteriores como base de una implantación exitosa de **PLanifica**.

#### 3.3.6.1.4.2 Estrategias de intervención derivadas de las debilidades y amenazas.

Estrategia 1 D-A:

**D1/A1:** Acciones preventivo promocionales disociadas y fragmentadas en educación para la planificación familiar -Aumento incontrolable de casos de embarazos no planeados en un futuro mediato.

La atención de los pacientes con embarazo no planeados o deseado, éste, integrado como una sola entidad, muestra una de las grandes debilidades en sus acciones preventivas: El personal ve al paciente como parte de su quehacer cotidiano, dándole atención de manera individual y aislada, además, sin que haya un mecanismo a nivel de unidad que le permita integrar su atención en un solo programa o una sola estrategia, salvo excepciones que pudieran darse, pero no lo hay de manera oficial en el hospital. Esto hace que las estrategias de prevención y promoción sean débiles, lo cual se refleja en el aumento de casos nuevos año con año.

El problema de la no intervención oportuna como lo es ahora o el caso de no considerar la amenaza que esto representa en el futuro mediano, será la crisis económica que enfrentarán los servicios de salud al ser insuficientes los recursos para la atención de los pacientes como lo expresó Margaret Chan, Directora General de la Organización Mundial de la Salud.

Por lo tanto, la implantación del proyecto será una estrategia en contra de esta debilidad – amenaza que representa el embarazo no planeado y sus consecuencias.

Estrategia 2 D-A:

**D2/A2:** La demanda de atención supera la oferta - Capacidad resolutive disminuida en futuro mediano.

En la actualidad, un paciente con alguna enfermedad en general y que tiene consulta médica en un lapso de 1 a 3 meses; el médico tiene 15 minutos para verlo. Esto es insuficiente por sí solo, mientras no se agreguen los otros elementos propuestos en **PLanifica** para tener un buen control del paciente.

El porcentaje de rechazo de consulta diaria, que es la proporción de pacientes que no son atendidos por no conseguir turno para su consulta, se ha estimado hasta en 25%, lo que significa que la persona tiene que estar buscando el espacio de su consulta para que no se prolongue más el tiempo de atenderse.

Ambos hechos antes citados, debilitan el seguimiento del paciente, por lo tanto, la persona puede ir gradualmente presentando complicaciones por la falta de oportunidad en su atención, debida a que la oferta no satisface la demanda de atención.

La gran amenaza de lo expresado es que la cantidad de casos que se presenten en un futuro mediano no será acorde con la capacidad resolutoria para su atención, los espacios físicos especializados serán limitados así como los insumos para los tratamientos médicos, principalmente, la disponibilidad de medicamentos.

Estrategia 3 D-A:

**D3/A3:** La institución de salud pública más grande del sur del DF, no cuenta con una estrategia preventivo promocional para contener los casos de embarazo no planeado - poca importancia mediática y técnica en planificación.

El IMSS y el ISSSTE han implantado estrategias similares para la prevención del embarazo, en su caso, abarcando todos los grupos de edad y la mayor parte de las enfermedades que complican su panorama epidemiológico. Se publicitan en diferentes medios de comunicación masiva y han incursionado en los medios electrónicos de manera eficiente.

La debilidad y amenaza que representa esta combinación debe ser considerada, ya que siendo tan importante el hospital Gea González, es su obligación devolver esta importancia a manera de intervenciones seguras, oportunas y eficientes que permitan efectivamente mejorar el nivel de salud de su población.

## Conclusiones.

El objetivo del trabajo es fusionar los conocimientos en el área de la salud con los conocimientos adquiridos en la Maestría de Administración Pública. El autor de este trabajo antes de tener una formación en Administración Pública había prestado sus servicios en el área operativa de la salud, en centros de salud y hospitales únicamente. En todo momento sabía que laboraba en una institución pública, mas no lograba entender la magnitud que tiene el Gobierno como representante de la sociedad y los alcances que se pueden tener, ya que los médicos en su mayoría se encuentran apartados del área administrativa y no sienten tener el carácter de servidor público aunque así lo sea.

Hoy día el autor aparte de ser un médico será un administrador público, por lo que la limitada visión en la salud de la paciente que estaba a su cargo en la consulta o en el quirófano se amplió. Ahora tiene la responsabilidad de salir de las paredes de un consultorio a proyectar políticas en salud para el total de la población, realizando intervenciones clínicas que afecten a la mayoría de la población.

Antes de realizar los estudios de la Maestría en Administración Pública se preguntaba el por qué el Gobierno no aumenta el número de unidades médicas, así como el número de médicos y personal paramédico, creando un sistema de salud enorme que cubriera las expectativas de la sociedad. Hoy día su criterio es completamente diferente, ya que un mayor Estado no necesariamente es un mejor Estado, y que el Gobierno dista mucho de ser una fuente infinita de recursos. Pasó de ser parte de una sociedad demandante que considera que el Gobierno debe satisfacerle sus necesidades, a pensar que el Gobierno debe enseñar a la población a participar en todas las acciones que realiza, manteniendo una función de dirección, regulación y administración, permitiendo que sea la población la que decida lo que necesita, expresando sus necesidades y colaborando conjunto con la Administración Pública para poder satisfacerlas.

El Gobierno no podrá cubrir las necesidades en salud de la población mexicana, con solo incrementar el número de unidades médicas, la población se multiplica al tener más hijos de manera directamente proporcional, un Estado altamente

protector genera una expansión demográfica en nuestro país como se demostró en el periodo estabilizador comprendido entre 1958 y 1970 y la política proteccionista de gran intervención de Estado que le antecedieron y que tuvo su inicio posterior a la Revolución Mexicana. La solución está en educar a la sociedad a través de la alfabetización sanitaria. En concientizar a la población de que es ella quien debe procurar su calidad de vida a través de exigir una educación adecuada al Gobierno y ser una sociedad proactiva al cooperar con su Administración para conseguir los objetivos, a través de una participación ciudadana activa.

En ningún momento el Gobierno deberá de dejar de prestar los servicios de salud, por contrario, debe ser de calidad. Para lograr el equilibrio, requiere de una población cada vez menor en demografía, más participativa, más educada, que sea auto responsable en el cuidado de su salud. Solo un cambio así en la ecuación llevará a la transformación de los efectos que estamos viviendo, ante una sociedad demográficamente grande, poco preparada, demandante y que no participa con el Gobierno. Una población que busca evadir el pago de impuestos y que por el contrario genera un gasto en salud.

Los resultados de este trabajo demuestran que la planificación familiar es una de las piedras angulares para conseguir dicho cambio al explorar el área de oportunidad que tiene el Estado y la Administración Pública para realizar sus funciones a través de proporcionar educación a la sociedad en salud, específicamente en el área de planificación familiar, lo cual redundara en acciones efectivas que impactaran en el panorama epidemiológico de la población en el mediano y largo plazo, generando una disminución de la carga por demanda de la sociedad a las instituciones de salud y otras más, aumentando la calidad de vida de la sociedad, su nivel educativo, cultural, lo cual se traducirá en crecimiento y desarrollo sostenido de la nación y todo a un coste relativamente bajo. Esto significa derrumbar el paradigma tradicional de un incremento en la cantidad de unidades médicas para intentar cubrir la necesidad social, lo cual no es más que un ensanchamiento de la Administración Pública, es decir aplicar una reforma en materia de salud que dirija las políticas públicas en salud a la prevención a través

de la educación. Para lograr estos objetivos se requiere de la participación de todos los sectores de la sociedad ya que es una meta muy ambiciosa.

Para demostrar lo antes mencionado el trabajo se dividió en tres capítulos. En el capítulo primero se describe la historia de la salud pública, alineada con la creación y evolución de lo que hoy conocemos como Estado, el cual atravesó por diferentes etapas hasta conseguir alcanzar el nivel de madurez que ostenta en el presente y porqué realiza las funciones con las que cuenta el día de hoy, siendo obligación del Estado y su Administración Pública el procurar y vigilar salud pública de sociedad a la que representa. Demostré porqué la historia de la salud y el Estado están fuertemente vinculadas, y como la salud no es otra cosa que una política en gran escala.

En un segundo capítulo se realizó un diagnóstico situacional en el Hospital General Manuel Gea González, demostrando que la planificación familiar es asunto de todos, mostrando evidencia de que la sociedad acepta la importancia de planificar el número y espaciamiento que debe haber entre los hijos, y como no hacer esto impacta directamente en el grado de escolaridad que se logra, afectando directamente en la calidad de vida. Quedó de manifiesto que la población a pesar de tener conciencia de esta realidad no conoce los métodos anticonceptivos, no los utiliza y peor, es una población que aún que ya no tiene el número de hijos que se tenían en los siglos pasados, aun muestra un ritmo de crecimiento importante que llevará al colapso de los servicios de salud ya que el presupuesto no será suficiente.

Se demostró que los servidores públicos que laboran en el hospital Manuel Gea González no tienen un conocimiento adecuado y apropiado en este tema, que consideran que la planificación familiar es un tema prioritario y que se muestran dispuestos a participar desde las diferentes áreas después de recibir capacitación, lo que es un indicador directo de la situación que se vive en las Instituciones que prestan servicios de salud de la Administración Pública.

En un tercer capítulo y basado en todos los datos anteriormente analizados se propone una estrategia integral para prevenir el embarazo no deseado,

consistente en acciones promocionales educativas que se llevarán a cabo mediante el diseño y promoción de materiales educativos de alto valor técnico, es decir materiales elaborados en lenguaje fácil y entendible para la población, que logren su objetivo y no sean únicamente un dispendio de recursos. La estrategia propone que todo el personal médico, paramédico, afín, administrativo, vigilancia, intendencia y otros sean parte de este proyecto sin sustraerlos de sus actividades, de tal forma que todo el personal y de todos los turnos se comprometa con la planificación familiar, para lograr el objetivo se les sensibilizará de la problemática existente y posteriormente se les capacitará para que sepan orientar adecuadamente a los pacientes y familiares usuarios en planificación familiar, no se pretende que den consulta de planificación familiar, únicamente aconsejará y ayuden a sensibilizar a la población, la cual como ya se demostró está sensible al tema.

La estrategia considera la participación de otros sectores de la población interesados en el tema tales como ONG's que podrán ayudar con algunos recursos y beneficiarse de este proyecto. También se consideran universidades, las cuales al ser un colaborador constante con este nosocomio se verán beneficiadas por su participación académica y al mismo tiempo serán una de las ramas más fuertes ya que los estudiantes serán una herramienta imprescindible, que llevarán el proyecto fuera de los muros de este nosocomio.

La estrategia que se propone integra a todos los sectores de la sociedad, considerando a la sociedad civil organizada como a la sociedad civil en general, universidades, colegios y todos los que quieran sumarse, demostrando de esta manera que la democracia es participar en salud.

Se demostró que para cohesionar todos estos elementos se requieren de la creación de un Departamento de Planificación Familiar en el Hospital Manuel Gea González, el cual proporcione los servicios de consulta y cirugía, al tiempo que capacite y coordine todas las acciones para conseguir lograr el objetivo, que sirva de piloto base para la creación de un Programa de Planificación Familiar eficaz,

eficiente, económico, equitativo a todos los sectores de la población que logre contener la expansión demográfica y los efectos negativos de la misma.

Se demostró que la estrategia planteada está alineada con los ejes rectores que solicita el titular del Ejecutivo Federal:

1. Trabajo conjunto entre los sectores público, privado y social.
2. Proporcionar a los jóvenes información, educación y servicios salud de calidad que les permitan tomar decisiones responsables.
3. Los varones, y no sólo las mujeres, deben ser una parte esencial del ejercicio de la sexualidad responsable.
4. Fomentar el desarrollo de habilidades en los menores a fin de que puedan definir sus metas de largo plazo con responsabilidad.
5. La estrategia contempla líneas de acción específicas para generar sinergias entre autoridades, padres, comunidades escolares, personal de salud y los propios adolescentes
6. La estrategia considera a los jóvenes como sujetos de su propio desarrollo.
7. El efecto de las medidas se probará con programas piloto antes expandir su uso a nivel nacional.
8. Evaluación y rendición de cuentas.

Por lo que el realizar la estrategia para contener el embarazo no planeado en el Hospital Manuel Gea González será un piloto que cumple con todos los elementos para demostrar que el Estado a través de su Administración Pública queda completamente comprometido con la sociedad que representa. Y que permitirá obtener un modelo que se podrá adecuar a las necesidades del resto de las unidades médicas de todo el país, permitiendo exportar el modelo para replica en todas las entidades del país.

## Anexo 1.

### Encuesta pacientes y usuarios del hospital.

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ G \_\_\_ P \_\_\_ A \_\_\_ C \_\_\_  
Escolaridad \_\_\_\_\_.

1. ¿Conoce los métodos de planificación familiar?  
(sí) (no).
2. ¿Utiliza algún método de planificación familiar?  
(sí) (no). Cual \_\_\_\_\_
3. ¿A qué edad tuvo su primer hijo o embarazo? \_\_\_\_\_
4. ¿Su calidad de vida sería mejor de haber planificado el número de hijos?  
(sí) (no).
5. ¿Qué tan importante considera la planificación familiar en una escala del 1 al 10?  
  
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
6. ¿Se le brindó alguna consejería sobre anticoncepción en su visita al hospital? (sí) (no).
7. ¿En el hospital observo algún cartel o anuncio sobre planificación familiar?  
(sí) (no).
8. ¿Se le entregó algún folleto o tríptico sobre planificación familiar?  
(sí) (no).
9. ¿Sabe si existe una clínica de planificación familiar en el hospital?  
(sí) (no).
10. ¿Considera que en este hospital se promueve la planificación familiar?  
(sí) (no).

## Anexo 2.

### Encuesta a personal médico, paramédico, afín y administrativo.

Esta encuesta es anónima y tiene la finalidad de conocer su opinión al respecto de la planificación familiar y la relación que esta tiene con las actividades que usted desempeña en este hospital.

Edad \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_ Sexo (M) (F)

1. ¿Qué actividad desempeña en este hospital? \_\_\_\_\_
2. ¿En qué área desempeña su actividad? \_\_\_\_\_
3. ¿Usted asesora a los pacientes o familiares que atiende en planificación familiar? (si) (no)
4. En su opinión la planificación familiar es un asunto de: (marcar solo una opción).
  - a) Los centros de salud.
  - b) Los médicos de ginecología.
  - c) Todas las especialidades.
  - d) Todo el personal médico, paramédico, afín y administrativos de todos los niveles.
5. ¿En una escala del 1 al 10 que tan importante considera es la planificación familiar?  
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
6. ¿Actualmente existe un programa de planificación familiar? (si) (no) (no se)
7. ¿En el hospital hay en funcionamiento una clínica de planificación familiar? (si) (no) (no se)
8. ¿Cuánto cuesta la consulta de planificación familiar? \_\_\_\_\_
9. ¿Cómo podría contribuir usted desde su lugar de trabajo en la promoción de la planificación familiar?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Fuentes de información.

1. Álvarez Amézquita, J.; Bustamante, M.; López; Picazos A. y; Fernández del Castillo, F. Historia de la Salubridad y Asistencia en México. Secretaría de Salubridad y Asistencia. México, 1960
2. Bello Arnaud, R. Amistad por conveniencia: La política exterior de México hacia Cuba de 1959 a 2006. Tesis Licenciatura. Relaciones Internacionales. Departamento de Relaciones Internacionales y Ciencias Políticas, Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades, Universidad de las Américas Puebla, 2006.
3. Bustamante, M.; Viesca, C.; Villaseñor, F.; Vargas, A.; Castañón, R. y Martínez, X. La Salud Pública en México. Secretaría de Salubridad y Asistencia. México, 1959-1982.
4. Capel Horacio. Historia de la Ciencia e Historia de las Disciplinas Científicas, Universidad De Barcelona ISSN: 0210-0754, Depósito Legal: B. 9.348-1976, Año XII. Número: 84, Diciembre de 1989.
5. Cárdenas de la Peña, Enrique. Medicina Familiar en México. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 1976.
6. Enríquez Ricardez Viany Guadalupe, Reta Arroyo Alejandro, Calderón Alvarado Ricardo. El Estado, Derecho Administrativo I, Benemerita Universidad Autónoma Del Estado De Puebla.
7. Fernández del Castillo, Francisco. El establecimiento de Ciencias Médicas. En Antología de escritos histórico-médicos. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 1986.
8. Frenk, J; Urrusti, J. y Rodríguez de Romo, A.C. 1993 'La Salud Pública'. En Hugo, Aréchiga y Juan, Somolinos (orgs.), Contribuciones mexicanas al conocimiento médico. Fondo de Cultura Económica, México.
9. González Block, Miguel Angel Génesis y articulación de los principios rectores de la salud pública en México. Salud Pública de México, 1990.

10. Granados Montenegro Rosaura. Historia de la Salud Ocupacional. Introducción a la Higiene y Seguridad Industrial. Universidad de la Magdalena, Santa Martha 2012
11. Meyer, Rosa M. Instrucciones de Seguridad Social. Proceso historiográfico. Cuadernos de Trabajo del Departamento de Investigaciones Históricas. México, INAH 1975.
12. Moreno, E.; Miguel, J.; Díaz, M., García, M. y Césarman, E. Sociología histórica de las Instituciones de Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 1982.
13. Ordóñez, Blanca Raquel. Epidemiología. Guillermo Soberón; Jesús Kumate y Laguna, José (comp.) La Salud en México: testimonios 1988. Fondo de Cultura Económica, tomo IV, y II. México, 1989.
14. Rodríguez de Romo, Ana Cecilia. La Ciencia Pasteuriana a través de la vacuna antirrábica: el caso mexicano. Dynamis, 1996.
15. Rodríguez de Romo, Ana Cecilia, Manuel Martínez Báez. Congruencia Afortunada de Inteligencia e Integridad. Revista de la Universidad Michoacana, 1994.
16. Ruiz Medina Manuel Ildfonso. Políticas Públicas en Salud y su Impacto en el Seguro Popular en Culiacán, Enciclopedia virtual eumed. Net, capítulo 2.2.2 El Plan Beveridge y el nacimiento de la Seguridad Social, Sinaloa, México.
17. Staffolani Claudio Mario. Promoción de la Salud. Una perspectiva latinoamericana, Capítulo 2, Universidad Nacional de Rosario y Universidad Autónoma de Entre Ríos, Argentina.
18. Toledo Curbelo. Fundamentos de Salud Pública, Editorial Ciencias Médicas, La Habana 2004.

19. Topete Palomera Antonio. Ensayo sobre la evolución histórico-social de la Salud Pública. Centro Universitario De La Costa Campus Puerto Vallarta.
20. Vidal Vigíl Alfonso. Antología Salud Pública, Universidad De Guadalajara, Centro Universitario De Ciencias De La Salud, 11 de Febrero 2011.
21. Boletín del Consejo Superior de Salubridad, Tomo 1, 15 jul. 1880 México.
22. Boletín del Departamento de Salud Pública 1925 1:184.
23. Decreto que crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Gaceta Médica de México, 1943.
24. Derecho a la salud, Organización Mundial De La Salud. Nota descriptiva N°323, Noviembre de 2013.
25. El sexenio Zedillista (1994-2000) El Agotamiento del Sistema Martín Carlos Ramales Osorio (CV) Univ. Tecnológica de la Mixteca.
26. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales, Instituto Nacional De salud Pública, capítulo 1.
27. Historia de la Salud Pública. Medicina. Sanidad. Atención médica. Antecedentes. Edad antigua, media, moderna y contemporánea. Siglo XXI
28. Manual sobre Educación Sanitaria en Atención Primaria a la Salud, Secretaría de Salud 1989.
29. Plan Nacional de Salud Pública. Gaceta Médica de México, 1974.
30. [Zedillo.presidencia.gob.mx/pages/pub/4info/mensaje.html](http://zedillo.presidencia.gob.mx/pages/pub/4info/mensaje.html)
31. [Centrodeartigo.com/revista-digital-universitaria/contenido-28861.html](http://centrodeartigo.com/revista-digital-universitaria/contenido-28861.html)
32. Dará ley de ISSSTE viabilidad a México: Calderón”. El Universal (México). 28 de marzo de 2007
33. [http://sexto.informe.gob.mx/igualdad\\_de\\_oportunidades.html](http://sexto.informe.gob.mx/igualdad_de_oportunidades.html)