

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

UNIDAD IZTAPALAPA

196011

CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

U. A. M. IZTAPALAPA BIBLIOTERA

TRABAJO DE INVESTIGACION

ATENCION A LA SALUD MATERNO-INFANTIL EN LA COMUNIDAD
AMPLIACION LOMAS DE SAN BERNABE.

Lic. Sociologa

MORA RIOS ROCIO TERESA
ASESORA: ALEJANDRA MASSOLO G.
Septiembre 1990.

111656

Con profundo amor y agradecimiento a mis padres,
Alfonso Mora y Teresa Ríos.

Alejandra :

Con el deseo de que tu fuerza y coraje siga motivando
a tus alumnas para que juntas luchemos con un fin común,
lograr la igualdad de la mujer.

Con agradecimiento a las Dependencias de Salud y de
Planeación en la Delegación Magdalena Contreras a cargo del
Dr. Juan Carlos Lemus, así como a la Ing. Adoratriz Pérez,
por las facilidades que me brindaron en la elaboración de
éste trabajo , y muy en especial a la Comunidad Ampliación
Lomas de San Bernabé.

Con afecto y admiración a mis compañeras del curso
Salud, Sexualidad y Derechos Humanos de la Mujer,
principalmente a Lucero González, por compartir sus valiosas
experiencias.

I JUSTIFICACION

La extensión del problema de la marginalidad ha venido penetrando en todas direcciones en la Ciudad de México, esto invariablemente afecta a los grupos más pobres del país, quienes se enfrentan a serias agravantes producto de la marginalidad misma, tales como la educación, abasto alimentario, dotación de agua potable, desempleo, falta de vivienda, así como en materia de salud; que es el tema al que nos referiremos. Dada su magnitud, nos es imposible abordar el problema en su totalidad, por lo que únicamente se hará referencia a la salud materno-infantil, esto porque pretendemos conocer como es que la mujer, considerada como responsable directa de preservar la salud de ella y de su familia, enfrenta dicha problemática como parte de su vida cotidiana, considerando los elementos con que cuenta para abatirlo.

Sin lugar a dudas, la participación de la mujer a las actividades productivas que hasta hace poco tiempo estaban destinadas a los hombres, ha impuesto una dinámica diferente y nuevas perspectivas de desarrollo, aunque éstas finalmente han disminuido su calidad de vida pues pese a que en términos de salud, la población femenina ha mostrado adelantos en el mejoramiento y conservación de la salud de la mujer (SSA, 1990), éstos aún muestran un serio rezago en comparación con las cifras presentadas en los países desarrollados. Así, el asegurar su incorporación y permanencia como fuerza de trabajo tanto en las áreas productivas como dentro del hogar, se ve afectado de manera directa. Lo anterior, nos lleva a tratar de conocer que factores socioeconómicos explican la calidad de atención a la salud, específicamente la materno-infantil, en un grupo de mujeres que habita en una zona marginada del D.F., lo que sería una muestra representativa de la situación que prevalece actualmente con otras muchas mujeres en quienes recaen las mayores repercusiones derivadas de la pobreza y desigualdad social.

PROYECTO DE INVESTIGACION

Problema a estudiar:

La atención a la salud materno-infantil en las mujeres de la Comunidad Ampliación Lomas de San Bernabé.

Delimitación del Problema:

El Estudio se llevará a cabo en una comunidad perteneciente a la Delegación Magdalena Contreras denominada Ampliación Lomas de San Bernabé, con mujeres entre 20 y 30 años embarazadas ó con no más de 3 meses de haber procreado ó abortado, con ello se pretende conocer la condición y cualidad de atención a la Salud Materno-Infantil en estas mujeres, así como algunos factores socioeconómicos que explican algunas causas del problema.

Hipótesis:

1) Existen diferencias significativas entre los criterios considerados óptimos para la atención a la salud materno-infantil propuestos por la OMS y la atención que reciben las mujeres de la comunidad en ese ámbito.

2) Existe relación entre el factor socioeconómico ingresos y la cobertura a la atención a la salud materno-infantil en las mujeres de la Comunidad Ampliación Lomas de San Bernabé.

3) Existe relación entre el factor socioeconómico escolaridad en las mujeres de la comunidad Ampliación Lomas de San Bernabé y su acceso a la atención a la Salud Materno-Infantil.

4) Existe relación entre la capacidad instalada de los servicios de maternidad y el acceso a la misma.

5) La atención prenatal tiene un impacto directo en la salud reproductiva de la mujer.

Metodología: Método de Investigación Participante

- Marco Teorico y de referencia
- Selección de la localidad
- Delimitación del problema a estudiar
- Determinación y selección de la muestra
- Obtención y Recolección de datos
- Interpretación de datos
- Prueba de hipótesis
- Elaboración del informe, conteniendo los resultados de la investigación.

Instrumentos de Investigación:

Se utilizará como técnica esencial el método de observación participante con el que se acudirá de manera directa a la zona objeto de estudio a aplicar entrevistas informales para la reconstrucción de la historia de la comunidad, así como entrevistas formales aplicadas a los médicos de clínicas privadas y públicas con el objeto de obtener la información de los servicios que prestan a las mujeres de la comunidad. Finalmente se utilizará un cuestionario diseñado para obtener la información necesaria para establecer las condiciones particulares que prevalecen en las mujeres de Ampliación Lomas de San Bernabé, relacionadas a la salud materno-infantil.

Sujetos:

Participarán en el estudio mujeres que residen actualmente en la comunidad Ampliación Lomas de San Bernabé entre 17 y 30 años de edad que es la etapa reproductiva por excelencia de la mujer y que se encuentren embarazadas o con no más de 3 meses de postparto ó aborto.

Variables:

- Variable Independiente: Atención a la Salud Materno-Infantil

- Variable Dependiente 1: Ingresos

- Variable Dependiente 2: Escolaridad

INTRODUCCION

Uno de los factores que determinan el nivel de vida de los individuos dentro de una sociedad es la salud, sin embargo la forma en que México ha organizado los servicios relacionados con este ámbito han sido muy deficientes y ello debido a una serie de causas estructurales tales como una alarmante explosión demográfica, migración proveniente del campo, elevado ritmo de crecimiento de las áreas urbanas y una multiplicación de los cinturones de miseria y las zonas suburbanas que por consiguiente llevan a los habitantes a subsistir en condiciones infrahumanas con carencia de recursos y servicios que resultan insuficientes para satisfacer las necesidades elementales de la población, ello aunado a la crisis y dependencia económica del país. Como contraparte, podemos decir que el capitalismo ha ido ascendiendo y con él, el progreso científico y en esta medida se ha acrecentado la mayor parte de las patologías actuales. De ahí que la capacidad del hombre para enfrentar los problemas ó conflictos que surgen a su alrededor, determina el grado de salud del mismo y por ello es de suma importancia dar al tema de salud la relevancia que este tiene en la sociedad, pues de ello depende el desarrollo de los individuos dentro del sistema social. Bajo esto, encontramos la opinión de Daniel L. Acuña que refiere:

"La situación de salud de un país depende, fundamentalmente, de las condiciones generales de vida de la población y de la base económica y social en que éstas se producen" (1)

La salud Materno-Infantil no fué la excepción, pese a que los niños conforman una importante cifra de población de la Ciudad de México, es evidente el abandono que este sector ha sufrido, pues al parecer únicamente se le ha impulsado a una sola rama de la salud materno-infantil como es la Planificación Familiar, y aunque la mortalidad materna y especialmente la infantil ha experimentado un decremento en nuestro país en la última década (Urbina/Fuentes-1989), los descensos son todavía altos en comparación con los países desarrollados. De ahí que la mujer se enfrenta además del deterioro de su calidad de vida de origen económico, a un problema asociado con los servicios de salud como lo son las deficiencias en el suministro de servicios y escases de personal adiestrado, además de problemas de acceso y disponibilidad de servicios de maternidad y de atención pre y postnatal.

En cuanto a la cobertura real de los servicios de salud la información es imprecisa y no está actualizada, pero bien es cierto que el Estado ha concentrado sus esfuerzos en el ámbito de salud sólo en la atención de los sectores más productivos de la sociedad, reforzando y asegurando los recursos de las instituciones encargadas a atenderlos, mientras que los recursos para los servicios de atención materna en áreas marginadas, tienen que ser atendidos por SSA (Secretaría de Salubridad y Asistencia) y otras instituciones de asistencia pública (Dispensarios Médicos).

Bajo este panorama anterior no es difícil entender porque una de las 10 principales causas de mortalidad en México en las últimas fechas, la ocupa la atención perinatal (Cavazos/Ortega-1989), y de ahí la importancia de conocer como se conforma esta problemática de salud materno-infantil en un área marginada de la Ciudad de México.

ESQUEMA DE INVESTIGACION

LA ATENCION A LA SALUD MATERNO-INFANTIL EN LA COMUNIDAD AMPLIACION LOMAS DE SAN BERNABE, D.F.

1) Introducción

2) Panorama General de la Situación de la Salud en México 1980-1989.

2.1 Estructura Socioeconómica de México en relación a la salud.

2.2 Condiciones Ambientales y Salud

2.3 Vivienda y Salud

2.4 Alimentación, Nutrición y Salud

3) Panorama General de la Situación de Salud Materno- Infantil

3.1 Condición de la Mujer durante la Maternidad y su relación con la salud materno-infantil.

3.2 Consideraciones Generales

4) La Comunidad "Ampliación Lomas de San Bernabé"

4.1 Historia de la Comunidad

4.2 Localización de la Comunidad

4.3 Morfología: suelo, contaminación ambiental, calidad del agua.

4.4 Clima: temperatura, humedad

4.5 Infraestructura y Equipamiento

4.5.1 Servicios: Agua, Drenaje, Tratamiento de Basura, Servicio Eléctrico, Transporte, Escuelas, Comunicaciones.

4.6 Distribución y Ocupación del Suelo

4.7 Características de la Vivienda

4.8 Tenencia de la Tierra

4.9 Servicios de Salubridad en la Comunidad

4.9.1 Distribución de servicios de salud

4.9.2 Distribución de servicios de salud materno infantil

4.9.3 Localización Geográficas de las Clínicas de Salud Públicas y Privadas.

4.9.4 Oferta y Demanda del servicio Gineco-Obstetra Público para las mujeres de la comunidad.

5) La situación de la atención a la salud materno-infantil de las mujeres de la comunidad.

5.1 Hábitos Higiénicos de la mujer y la familia

5.2 Alimentación de las mujeres embarazadas en la comunidad

5.3 Cobertura Médica Institucional (ISSSTE, IMSS, SSA, etc.,)

5.4 Higiene de la Vivienda

5.5. Servicios de Salud Materno-Infantil :

a) Consulta Prenatal

b) Tipo de servicio de ingreso

c) Periodo de Hospitalización

5.5.4 Características del Informe General de Parto y el Producto.

5.5.5 Consulta Postnatal

5.5.6 Otros servicios: pláticas sobre educación sexual, planificación familiar, métodos anticonceptivos, salud en general, cuidados materno-infantil, puericultura, estimulación temprana del niño, otros.

6) Reflexiones Generales y Conclusiones

7) Bibliografía

PI PANDRAMA GENERAL DE LA SITUACION MATERNO- INFANTIL EN MEXICO, 1980-1989.

Uno de los factores que determinan el nivel de vida de los individuos dentro de una sociedad es la salud. Sin embargo, la forma en que México ha organizado los servicios públicos relacionados con este ámbito han sido muy deficientes ello explicado singularmente por la crisis económica que ha caracterizado las últimas dos décadas. Un claro ejemplo de como ha afectado la crisis económica en la distribución del gasto público en términos de salud se muestra a continuación:

GASTO PROGRAMABLE PRESUPUESTAL, CLASIFICACION SECTORIAL 1982-1987. ESTRUCTURA PORCENTUAL (CUADRO 1)

Sector	1982	1983	1984	1985	1986*	1987*
SALUD	12.24	11.68	11.31	11.66	11.88	10.21
DES.RURAL	11.37	11.62	10.54	9.57	10.26	10.10
COM.TRANS	6.98	8.23	8.66	8.74	8.92	9.27
COMERCIO	7.02	10.24	9.76	6.71	5.32	5.62
EDUCACION	14.86	12.16	13.05	13.60	11.88	9.89
IND.ENERG	34.75	35.96	34.83	36.42	37.73	37.88
ADMINIST.	5.75	6.16	7.01	7.23	8.77	7.27
TURISMO	.34	.25	.25	.21	.16	9.19
DES.REG.						
Y URBANO	5.97	3.91	4.59	5.81	5.06	5.12
NO SECTO- RIABLE	.73	...	...	...	0.82	0.70

Fuente: Dir. Gral. de Descentralización y Modernización Admva, S.S.A, México. En Revista Mex. Salud Pública de Mex. Nov.Dic. Vol. 31, No.6, p.802

Como se podrá apreciar, en las últimas fechas el gasto destinado a los servicios de salud disminuyeron considerablemente aunado a la inequitativa redistribución de este, ya que la mayor parte es orientado a la atención curativa en relación a la preventiva, en este sentido, podemos advertir que los servicios en materia de salud son muy deficientes. (Ver cuadro 2)

DISTRIBUCION PROGRAMATICA DEL GASTO DE SALUD 1982-1987 (CUADRO 2)

Concepto	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Atención									
Preventiv.	9.0	9.3	9.8	8.7	7.7	7.6	5.2	6.5	7.0
Atención									
Curativa	84.7	82.6	84.1	82.4	85.0	84.3	88.3	87.1	87.6
Educación									
P/ Poblac.	.6	1.1	0.6	1.3	1.0	1.2	0.8	1.2	0.9
Form.Capac.									
Rec. Human.	5.4	6.1	5.1	5.7	5.3	5.8	4.7	3.9	3.4
Investig.									
Cient.Tecn.	1.3	0.8	0.9	0.6	0.5	0.5	0.5	0.5	0.2
* IADES	...	...	0.6	1.3	0.4	0.5	0.4	0.8	0.8

*Investig.Aplicada y Desarrollo Experimental en la Medicina, Salud, Asistencia y Seguridad Social.

Fuente: Misma Ref.1

En este sentido no es difícil comprender el porqué del deterioro gradual en la calidad de los servicios que prestan las instituciones de salud cuyas repercusiones recaen directamente en los habitantes. En lo que se refiere a los servicios de salud materno-infantil, las cifras, de acuerdo a las últimas investigaciones llevadas a cabo por el Instituto Nacional de Salud Pública, son desoladoras; pues muestran que un 84% de Mujeres recibe atención prenatal inadecuada ó intermedia en base a los criterios de oportunidad en la primera consulta y número de consultas. (Instituto Nac. de Salud Pública, 1986)

De tal forma que, la salud materno-infantil ha sufrido un serio abandono pues al parecer, únicamente se ha venido impulsando a una sola rama de la salud materno-infantil: La planificación familiar y, aunque la mortalidad materno y especialmente la infantil ha experimentado un decremento en nuestro país en la última década (Urbina-Fuentes, 1989), los descensos son todavía altos en comparación con los países desarrollados, de ahí que la mujer se enfrenta además del deterioro en la calidad de vida de origen económico, a un problema asociado con los servicios de salud, como son las deficiencias en el suministro de servicios y escasez de personal adiestrado además de problemas de acceso y disponibilidad de servicios de maternidad y de atención pre y postnatal.

En cuanto a la cobertura real de los servicios de salud materna, la información es imprecisa y no está actualizada, pero la tendencia es que el Estado concentra sus mayores esfuerzos en la atención de grupos sociales de trabajadores asalariados con ingresos estables, reforzando y asegurando los recursos institucionales encargados a atenderles, mientras que los servicios en áreas rurales y urbanas marginadas son atendidas por la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y otras instituciones de asistencia pública (Dispensarios Médicos) los que cuentan con recursos escasos e infraestructura precaria.

Bajo este panorama podemos explicarnos porqué una de las diez principales causas de mortalidad en México en las últimas fechas la ocupa la atención perinatal (Cavazos -Ortega, 1989) y de ahí precisamente la importancia de conocer como se conforma esta problemática de salud materno-infantil en una colonia popular de la Ciudad de México.

2.1 LA ESTRUCTURA ECONOMICO- SOCIAL Y SALUD

La estructura económica y social de México así como las políticas gubernamentales, ejercen una determinación fundamental sobre la salud y la enfermedad. México a partir de los años 70' ha venido experimentando crisis económicas cuyas consecuencias recaen en el ámbito social, el factor salud no fué la excepción y aunque los problemas generados de este no solo pueden ser atribuidos exclusivamente a los efectos de la situación económica resultante, éste se ha visto seriamente afectado. De ahí que, podemos inferir porque las diferentes clases sociales enferman y mueren de modo distinto, así como difieren también de acuerdo a la realidad de cada sociedad. Por ejemplo, comparando la tasa de defunciones en México en relación a Estado Unidos en el ámbito de mortalidad perinatal, en 1984 encontramos que en México ésta fué de 47.9% mientras que en Estados Unidos fué de 18.5 e incluyendo a Cuba, de 37.4. (Laurell, Asa C, 1986)

El término de salud, tiene distintas acepciones lo que dificulta una exacta definición, sin embargo, nos abocaremos a las precisiones vertidas en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud de 1978 (OMS-UNICEF), donde señalaron que la salud " (...) es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones ó enfermedades; es un derecho fundamental y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social importantísimo en todo el mundo". En México dista mucho este concepto de lo que sucede en la realidad cotidiana de la mayoría de la población, basta comparar las tasas de mortalidad generadas por algunos padecimientos específicos en nuestro país y otros países latinoamericanos. Por ejemplo, hacia 1975, México ocupaba el 8o. lugar en cuanto a la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias en América, mientras que en materia de tuberculosis ocupaba el 5o. y el 2o. lugar respecto a cirrosis hepática, (COPLAMAR-1980), esto nos demuestra el atraso sanitario por el que atravieza nuestro país. Por otra parte, el acceso a los servicios de salud y el tipo de servicio está distribuido desigualmente entre las clases sociales en las regiones y localidades del país además que existe según Daniel López A., "...una pésima planificación de los servicios de salud y de la asignación y distribución de recursos" (1982). Por lo tanto el funcionamiento de las instituciones de atención a la salud es segregada e ineficiente, y la cobertura actual es de 46 millones de derechohabientes entre afiliados al ISSSTE y al IMSS de los 86 millones de habitantes de la ciudad de México. (1o. Informe de Gobierno-1989), ello revela un amplio rezago en la acción estatal en materia de salud. En cuanto a la medicina privada, su ejercicio es libre y está regido finalmente por una relación mercantil utilitaria, de ahí que son una opción solo para sectores minoritarios de la sociedad. Así, la inserción en la estructura económica, la posición en el empleo y el ingreso, determinan las condiciones de atraso y calidad de los distintos bienes y servicios necesarios para la reproducción de la fuerza de trabajo, tales como: alimentación, educación, infraestructura de agua potable y drenaje, vivienda, medio ambiente; que a su vez, tienen íntima relación con la salud y los equipamientos y servicios específicos destinados a la prevención y atención a la salud.

2.2 CONDICIONES AMBIENTALES Y SALUD

El hacinamiento, la falta de servicios básicos de agua potable y disposición de las excretas, así como la contaminación biológica de los alimentos y el agua, que supuestamente pueden ser empleados para el consumo humano; son factores ambientales que inciden sobre la situación de la salud en el país. Estos factores afectan el proceso de mantenimientos de buenas condiciones de salud individual y colectiva, así como aquéllos que lo favorecen, influyen en la constitución física y determinan las experiencias en relación a la salud y la enfermedad. Antes del nacimiento influyen a través de la nutrición y de las infecciones de la madre, después del nacimiento, la constitución física se desarrolla influida por los diversos factores externos.

Resulta evidente que si bien el medio ambiente y la constitución condiciona el problema de la salud y enfermedad, el ambiente tiene mayor importancia puesto que actúa en dos sentidos, influyendo en el desarrollo del tipo de constitución y directamente como agente provocador de enfermedad ó fomentador de salud.

Otra esfera importante de problemas que guardan relación estrecha con la salud colectiva es la del deterioro ecológico a través de la contaminación del ambiente. Existen elementos que conforman el ambiente como el agua, la atmósfera y el suelo y que están contaminados. El agua por ejemplo, una de las necesidades esenciales de todos los seres vivos, debe incluir aspectos relacionados con el abastecimiento suficiente, la calidad, condiciones de almacenamiento, tratamiento, distribución y uso, de tal forma que la provisión de agua potable y la evacuación de desechos humanos ofrezcan condiciones de higiene que evitan ciertas enfermedades.

Se ha demostrado científicamente que la falta y mala calidad del agua, así como el consumo de alimentos contaminados, son factores que causan enfermedades como enteritis y diarreas las que a su vez llegan a provocar la muerte. La escasez de agua potable y el acceso limitado a esta, elevan el riesgo de contraer enfermedades gastrointestinales, también el fecalismo al aire libre, características comunes de cualquier cinturón de miseria ó del medio rural. De ahí que "la prioridad número uno de los servicios de salud debe ser el abastecimiento de agua potable" (COPLAMAR, 1980). Un ejemplo es que en 1980 el 56.2% de los habitantes carecía de agua potable intradomiciliaria y un 54.8% no contaba con drenaje. Otro juicio aportado por COPLAMAR es que en los países subdesarrollados la causa principal de contaminación de las aguas receptoras son desechos humanos, mientras que en los países desarrollados provienen de la actividad industrial.

En tanto, la contaminación de la atmósfera ha provocado serios problemas de salud en la comunidad de todas las edades y aunque hasta el momento no se ha podido definir con exactitud cuanto del plomo en la sangre procede de diferentes vías al organismo, se calcula que la exposición atmosférica contribuye con el 20 + 10 % del total del plomo. Así mismo, se ha encontrado que los hombres tienen concentraciones más elevadas de plomo que las mujeres. Esta diferencia radica en los diferentes niveles de hemoglobina que hay en ambos sexos, así como al mayor consumo de alimentos por los individuos de sexo masculino en función de su volumen de masa corporal. (Dr. Escamilla-Lozano, SSA-1990).

Finalmente al referirnos a la contaminación del suelo, podemos decir que es tan perjudicial como la del agua y la del aire. En este sentido actúan factores como el excesivo uso de plaguicidas que ocasiona la degradación del suelo, los detergentes que matan los microorganismos que viven en ellos originando con ello una baja en la contaminación natural del oxígeno. Otra afección proviene de los desechos sólidos que produce la industria, pues degrada el suelo por la putrefacción y fermentación de la basura convirtiendo el suelo donde habita la población, en un criadero de diversas especies de fauna nociva que no solo es transmisora de enfermedades, sino que dañan los productos de las cosechas.

Como se mencionó anteriormente es en las zonas semiurbanas y rurales donde la contaminación ambiental produce mayores perjuicios para la salud.

2.3 VIVIENDA Y SALUD

La vivienda, entendida como el lugar de residencia y convivencia, tiene sin duda que ver con la salud, pues en ella los habitantes están sometidos a toda clase de factores favorables y desfavorables.

En la Ciudad de México, una gran parte de la población cotidianamente vive un panorama abrumador por la carencia de recursos básicos tales como la falta de agua potable, eliminación inadecuada de excreta, hacinamiento, falta de protección física, ventilación e iluminación deficiente, humedad y presencia de roedores e insectos. El hacinamiento por ejemplo, facilita la transmisión de enfermedades infecciosas y la infraestructura de redes de agua potable producen enfermedades intestinales o bien que la humedad y el frío ocasionan daños en las vías respiratorias. Hernán San Martín menciona que una vivienda higiénica y considerada como adecuada para vivir debe cubrir ciertas características:

"(requisitos) de orden arquitectónico ó estructural (...) también ciertas condiciones para prevenir enfermedades y acuerdos para satisfacer necesidades de orden moral y mental y donde sus moradores participan para desarrollar una vida familiar" (San Martín,1981)

Indudablemente en México ese modelo de vivienda solo lo disfrutaban ciertos sectores privilegiados y minoritarios de la sociedad, lo que lleva a un deterioro en la calidad de vida, definiéndose como el nivel de vida en correlación con dos aspectos de la existencia humana: la posibilidad del pleno desarrollo de un ser humano y la satisfacción de la vida. (Makowsky,P.,1987)

En tanto que en los trabajos de COPLAMAR se mencionan funciones genéricas con que se deben contar en cualquier vivienda:

"Toda vivienda debe proveer suficiente protección, higiene privacidad y comodidad a sus ocupantes. Debe estar adecuadamente localizada y encontrarse en una situación de tenencia saneada" (COPLAMAR,1986)

Ahora bien, señalan en cuanto a que el espacio mínimo por familia es de una vivienda por lo que una familia que comparte la vivienda con otra, es considerada como familia sin vivienda, en cuanto al espacio por ocupante dentro de la vivienda difiere en el medio rural y el medio urbano, en el primero es de 2.5 habitantes por cuarto y en el urbano es de 2.0, arriba de este límite ya se considera un problema de hacinamiento.

En lo que se refiere a los servicios dentro de la vivienda el mínimo de bienestar en cuanto al abastecimiento de agua potable es que exista una toma domiciliaria de agua ó agua entubada al interior de la vivienda, así como drenaje a fin de que se eliminen las aguas negras y energía eléctrica.

Pese a lo anterior, la mayor parte de la población del país no satisface esta necesidad y ello debido principalmente a que los ingresos en comparación a los costos de vivienda son más bajos, por lo que además no enfrentamos a problemas de especulación. Así, los problemas de la vivienda urbana se manifiestan principalmente en las dificultades para el acceso a suelo urbano, tanto por problemas naturales dado que el suelo es un recurso natural limitado y por problemas de orden social y económico como lo es la deficiente planeación de los suelos y al incremento en el precio de la tierra, elementos que combinados incrementan en primer término los costos de las viviendas, donde los grupos de bajos ingresos se ven obligados a adquirir viviendas retiradas a sus centros de trabajo lo que finalmente eleva sus costos en transportes, o bien, a invadir tierras, por otra parte incrementando las ganancias de los propietarios de bienes y raíces. Y aunque existen organismos que se encaminados a resolver el problema de la vivienda tales como FOVISSSTE, INFONAVIT, etc., estos no han sabido enfrentarse a la realidad económica y social de los sectores de bajos ingresos, por lo que estos han sido destinados a grupos de ingresos superiores al salario mínimo.

Estos fenómenos han propiciado finalmente una variada tipología de sistemas de vida en el medio urbano tales como: vecindades, ciudades perdidas, colonias proletarias, colonias de paracaidistas, conjuntos habitacionales; en los que difícilmente se logra el mínimo de bienestar establecido por COPLAMAR en materia de vivienda, lo que se traduce en un déficit en la calidad de vida de los habitantes.

2.4 ALIMENTACION , NUTRICION Y SALUD

El problema de la alimentación es arraigado en nuestro país y sigue latente en nuestros días. Aunque existen serias diferencias tanto en la investigación como en la interpretación de resultados obtenidos en los trabajos referidos a éste ámbito, existen evidencias significativas de que unos de los principales problemas y con serias limitaciones de resolverlo es la situación nutricional de quienes viven en zonas marginadas y no tanto de la cobertura de los requerimientos nutricionales, sino modificar los hábitos de consumo de la población a partir de una variedad de alimentos de bajo costo y alto en nutrientes.

COPLAMAR (1982) proporcionó ciertas definiciones que a continuación se mencionan las cuales nos permitirán comprender el proceso Alimentación-Nutrición-Salud,

Alimento: es todo producto de la naturaleza transformado o no por el hombre, que contenga cuando menos algún elemento nutritivo necesario para su crecimiento y desarrollo dentro del estado de salud y para su mantenimiento que sea susceptible de ser metabolizado por el organismo humano.

Nutriente: es todo ó algún elemento contenido en el alimento ingerido y que el organismo aprovecha al transformarlo en sustancia química que nutre y se hace parte del cuerpo, como proteínas, azúcares, grasas, vitaminas, minerales y agua.

Nutrición: es el estado fisiológico resultante de la acción continua de la ingesta y del aprovechamiento de nutrimentos y nutrientes.

Dieta: es la composición del sustento alimentario que se consume habitualmente y que puede variar de acuerdo con las diferentes condiciones fisiológicas del organismo.

Así, se consideran alimentos todos aquellos elementos que tengan la capacidad para ser ingeridos y que posean los productos químicos que se requieren para el funcionamiento normal del organismo, mientras que los nutrientes son los productos químicos que son la fuente de conservación de la vida. De esta forma proteínas, hidratos de carbono, grasas, agua, vitaminas, sales, etc., se le llaman sustancias nutritivas, mientras que la carne, leche, huevos y frutas, por ejemplo, son los alimentos.

El problema de la alimentación es uno de los más graves y urgentes que enfrenta la población humana. El crecimiento de la población es muy rápido mientras que la producción de alimentos no sigue la misma proporción, por lo contrario, las deficiencias e insuficiencias en la producción alimentaria, los problemas de distribución y las diferentes dificultades cualitativas y cuantitativas en el consumo están originando severas consecuencias entre la población, las que, habitualmente son aún mayores en los sectores de bajos ingresos, lo que conlleva finalmente a una elevada prevalencia de desnutrición que, a su vez, aumentan la susceptibilidad de múltiples enfermedades.

Aunque la desnutrición no se considera como un problema clínico con todas sus implicaciones su presencia ocasiona serias repercusiones sociales:

"Un niño desnutrido, será un adulto con serios impedimentos para desarrollar adecuadamente las múltiples facultades que le brinda su condición humana, con bajo rendimiento laboral y alta probabilidad de enfermedad y muerte precoz" (COPLAMAR, 1982), bajo esto, podemos decir que el problema de la desnutrición ó malnutrición no es un mero problema de orden fisiológico sino fundamentalmente socioeconómico, que a su vez implica que en determinado momento, emerja cierta enfermedad.

Aunque la alimentación adecuada del pueblo mexicano ha figurado como prioridad nacional, en tanto que se trata de lograr autosuficiencia en la producción de alimentos básicos y lograr también equilibrio en su distribución, no es fácil eliminar la desigualdad en la distribución de la riqueza, factor determinante en la adopción de patrones de consumo y no solo esto, sino que está ligado aun problema cultural que explican los malos hábitos alimenticios, por mencionar algunos, pero quizá el más fundamental es el económico, pues es la pobreza que causa el desequilibrio en la alimentación y nutrición lo que a su vez ocasiona severos problemas de salud.

Por citar un ejemplo, en un estudio realizado por el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" (INNSZ), se encontró que aunado a problemas como trabajos forzados, maltrato, y mala alimentación; la mujer del medio rural se enfrenta a problemas de menarquía (menstruación) tardía y de menopausia temprana. (SSA,1990). En este sentido es importante señalar las grandes divergencias que existen entre el medio rural y urbano respecto al problema de alimentación, pues pese a que se ha comparado la calidad de la alimentación entre habitantes del medio rural y habitantes del medio urbano marginal, se localizaron diferencias determinantes, aunque en ambos los consumos per-cápita de alimentos no llegan a cubrir los requerimientos de proteínas y en ocasiones ni siquiera los de calorías. (ibid)

Refiriéndonos al grupo de mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, que es el que se ocupa en nuestra investigación, la información es imprecisa, sin embargo, en trabajos efectuados por por SSA, en torno a la salud de la mujer, existen evidencias de que una mujer en periodo de lactancia consume solo el 40% de calorías de lo que requiere, de ahí que su peso incrementa 4.8 Kgs. al término del embarazo en lugar de 12 Kgs que es el peso recomendable, y en cuanto al producto, el peso promedio al nacer fue de 2.7 Kgs y ello debido a las deficiencias en su alimentación, por lo que además del deterioro físico que sufre la mujer durante el embarazo se asocia el problema de anemia en muchos de los casos (SSA,1990).

El problema sin duda es grave, pues en el medio rural de acuerdo al levantamiento de Encuesta Nacional de Alimentación, se encontró que en 18 entidades un promedio de 52.39% de los niños en edad preescolar se encuentran en condiciones de normalidad, mientras que el 48% presentó problemas de desnutrición en mayor y menor grado, ello afirma que el problema de alimentación tiene origen socioeconómico. En cuanto a la población urbana los problemas alimentarios están relacionados con el exceso (SSA,1990). Como se mencionó anteriormente el problema de la alimentación deficiente prevalece en los grupos de bajos ingresos.

Así, los fenómenos de alimentación y nutrición en cualquier sociedad subdesarrollada como la nuestra son procesos que tienen repercusiones directas sobre hechos relacionados con la salud.

III PANORAMA GENERAL DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL

3.1 Condición de la Mujer durante la Maternidad en relación con la Salud Materno Infantil

Para adentrarnos al punto de salud materno-infantil, habría que definir el término de salud, de acuerdo a la postura vertida durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud (OMS-UNICEF) donde se señaló que se r

efiere al completo estado de bienestar físico mental y social y no solo a la ausencia de enfermedades, en cuanto al binomio madre-hijo, podemos decir que se trata de una unidad indisoluble en donde la salud de la madre repercute directamente en la adecuada formación y desarrollo del niño, en este sentido se le ha responsabilizado únicamente a la mujer de mantener la adecuada salud de ambos y de la familia en general, sin duda detrás de esta aceveración existen una serie de ideas y posiciones culturales propias de nuestra sociedad. Tal es el caso del llamado "instinto maternal", entendido por aquel patrón de conducta heredado genéticamente por los seres humanos. En el caso de la mujer se le va haciendo esclava de su propio cuerpo pues independientemente del tipo de mujer de que se trate, la elección hacia la maternidad es limitada por las propias circunstancias, ello aunado a que la fecundidad está totalmente reglamentada institucionalmente, de ahí que finalmente se le obliga a la mujer a vivir la maternidad más por presión social que por elección, sin embargo, el evitar la maternidad no es la mejor opción para mejorar la calidad de vida de las mujeres. Por otra parte tener un hijo en esta sociedad es en muchos de los casos agobiante. Lo anterior nos lleva a retomar un planteamiento de Victoria San en el que expone que existen dos formas de manifestación de la maternidad, una la "maternidad obligatoria" aquella en que las mujeres son obligadas por coacción social a engendrar y dar a luz y la segunda, "maternidad voluntaria", la realmente deseada pero en la que el deseo no impide que institucionalmente el llevarla a cabo carezca de valor para la mujer misma, pues finalmente tiene que entregar por derecho al producto, hija ó hijo., a la sociedad. Indudablemente no se tiene otra posibilidad de educarle sin las normas y restricciones del sistema patriarcal, habría que incluir además la interrupción del proceso de gestación, en tiempos y formas de manera voluntaria. Esto nos lleva a pensar que la mujer no tiene poder decisorio en ninguna de las tres opciones, pues son las madres mismas quienes procrean para el patriarcado, de ahí que grupos feministas han señalado que la maternidad es un mito. A este respecto, Simone de Beauvoir opinó que: "La maternidad es todavía la manera más hábil de convertir a las mujeres en esclavas". (Rossato-Veronica, 1987)

Habría que considerar lo anterior retomando que la maternidad es una dificultad de todas las mujeres quienes acceden, conscientes e inconscientes de sus implicaciones, lo que las ha llevado a socializarse dentro de una sociedad inmersa en contradicciones propias del sistema, pero que definitivamente la llevan a vivir en condiciones de vida precarias. Ello aunado aún más a la clase social a la que pertenece donde sin duda la mujer proletaria se enfrenta a las peores injusticias, haciendo de ésta la mayor combatiente dentro del sistema social, en contra de la pobreza, la enfermedad y la explotación; para asegurar su supervivencia, de ahí que la mujer adquiere la cualidad de responsable de preservar la salud de su familia y de ella misma, para lo cual se le preparó desde la infancia al desempeñar juegos que la predisponen para la vida como madre (juegos con muñecas, utensilios domésticos y demás quehaceres que ello implica) y como se dijo anteriormente unido a las condiciones de vida producto principalmente de la crisis económica cuya presencia ha caracterizado estas dos últimas décadas.

Así, nos encontramos finalmente con que la maternidad es una realidad biológica que socialmente ha alcanzado características de mito en la que la mujer juega un papel biológica y socialmente de ser la responsable de preservar la vida, ya que independientemente de ser asalariada o no, tiene la función económica de reconstruir la mayor parte de la fuerza de trabajo del hombre a través de la transformación de las materias primas que convierte en valores de uso para el consumo inmediato, tales como alimentación, vestido, construcción y mantenimiento de la casa, lo mismo que la educación de los hijos; lo que conocemos con el nombre de trabajo invisible. Podemos decir entonces, que la situación de la mujer en la historia no depende solo de factores biológicos ni psicológicos, sino que obedece a la estructura de clases de la sociedad en la que ella es parte esencial.

Como se ha mencionado, la mujer se enfrenta además de contradicciones sociales en términos de maternidad, a un desgaste físico y mental durante el periodo de embarazo, nos referimos al conocido Riesgo Obstétrico ya que aunque este periodo en un proceso normal, va acompañado de riesgos tanto para la madre y el niño. Para medir el riesgo obstétrico basta calcular la incidencia de enfermedades que se dan en las mujeres (morbilidad) y la cantidad de muertes de causa puerperal en relación con el número de mujeres embarazadas que existen. La mortalidad materno-infantil ha tenido un fuerte decremento en las últimas fechas (Urbina-Echanove, 1989), sin embargo, la morbilidad femenina en la etapa prenatal, postnatal e intergestacional, aún sigue siendo elevada por lo que sigue siendo un grave problema que en la mayoría de los casos encuentra su origen precisamente en cuestiones sociales tales como: Desnutrición, trabajo excesivo, educación sexual nula ó deficiente y falta de atención e higiene adecuada en los hogares.

Comparando la mortalidad materna entre 1931 y 1985, se destaca una importante disminución en la tasa, pues entre 1975 y 1985 ésta se redujo casi en un 40% (S.S.A., 1990), pero aún se sigue reflejando en general, un bajo nivel de vida lo que propicia elevados casos de toxemias del embarazo, hemorragias en el embarazo y el parto, complicaciones en el puerperio, dificultades para parir, y otras causas relacionadas con el aborto espontáneo e inducido (clandestino). El siguiente cuadro, refleja las principales causas de muerte materna durante 1985 en orden de importancia:

No. de Orden	Causa	Defunción	Tasa
1	Toxemias del embarazo	399	15.0
2	Hemorragia del embarazo y de parto	377	14.2
3	Complicaciones del puerper.	141	5.3
4	Parto Obstruido	41	1.5
5	Causas obstétricas indirect.	25	.9
6	Aborto espontáneo	6	.2
7	Aborto inducido (clandestino)	5	.2
8	Infección de aparato genito-urinario	4	.2
9	Aborto inducido legalmente	1	.04
10	Parto normal	0	.00

Total

1702

26.5

* Tasa por 100,000 nacidos vivos registrados.

Fuente: Cifras Comentadas. La Salud de la Mujer en México, SSA, 1990.

Se han identificado cuatro grupos de factores relacionados con la mortalidad materna: médicos, servicios de salud, servicios reproductivos y socioeconómicos.

Dentro de los factores médicos las muertes obstétricas se dividen en dos categorías: directas (toxemia, hemorragias, infecciones), indirectas (enfermedades cardíacas, vasculares, aparato respiratorio, hepáticas, metabólicas, etc.). Los factores asociados con los servicios de salud, se refieren a la falta ó deficiencia en el manejo y tratamiento de las complicaciones, deficiencias en el suministro de servicios y escasez de personal adiestrado, problemas en el acceso y disponibilidad en los servicios de maternidad, así como falta de atención prenatal. En cuanto a los relacionados con los servicios reproductivos destaca la edad materno, antecedentes personales patológicos y obstétricos, peso corporal, talla, así como embarazos no deseados y abortos. Finalmente en lo que se refiere a los factores socioeconómicos cabe señalar la nutrición, educación, lugar de residencia, los ingresos per cápita y familiares, la ignorancia en la higiene del embarazo, las dietas insuficientes que predisponen las toxemias, la falta de leyes que formulan el reposo obligatorio de la madre, etc.,

Así, las circunstancias del parto y el cuidado profesional que reciba la madre en ese momento, tienen íntima relación sobre las posibilidades de supervivencia de ellas y de los hijos. En cuanto al control higiénico del embarazo, parto y puerperio, no solo es el de prevenir enfermedades y muertes, sino también preparar a la madre para el cuidado del hijo y ofrecer a las mujeres mejores condiciones para el desarrollo normal de niño. Ahora bien, el ideal del control de las mujeres embarazadas es que éste inicie antes del 5o. mes de embarazo repitiendo consultas una cada 2 ó 3 semanas entre el 7o. y 8o. mes y cada 10 días en el 9o., pero la realidad es otra, ello explicado por la insuficiente cobertura de servicios de salubridad, aunado a que el servicio que prestan las instituciones de salubridad es de baja calidad, basta señalar el resultado de una investigación efectuada en 1986 por SSA en la que se obtuvo que el 40% de mujeres recibe atención prenatal de mediana y baja calidad, según el contenido de los procedimientos diagnósticos y que el 84% recibe atención prenatal inadecuada o intermedia en base a los criterios de oportunidad de la primera consulta y el número de consultas. Sin embargo también se concluyó que este criterio de atención prenatal no tiene un efecto significativo sobre la mortalidad perinatal.

Bajo este panorama, se desprende la necesidad de captar una pequeña porción de mujeres de cierta localidad que nos permita adentrarnos a esta importante problemática que es la deficiente atención a la salud materno-infantil conociendo algunos de los factores que intervienen de manera directa en la agudización del problema.

3.2 CONSIDERACIONES GENERALES

Podemos afirmar que la incorporación de la mujer al mercado laboral explicado por las tendencias demográficas y el proceso de industrialización, han hecho que la mujer se enfrente a condiciones de vida muy distintas a las de épocas pasadas, ejemplo de ello es que para 1940 la población económicamente activa de sexo femenino era de 2.3%, mientras que para 1980, ésta fué de 22.8% (INEHI-INAH, 1986). Los avances son evidentes en términos de fecundidad debido a que esta cualidad ha ido disminuyendo, aunque esto no ha sido igual para toda la población ya que está en función del tamaño de la localidad, el nivel educativo y la actividad laboral femenina. Sin embargo, esta posición alcanzada por la mujer en la sociedad no es del todo alentadora. Actualmente la mujer se enfrenta a un grave problema: la doble jornada laboral entendida por aquella función que desempeña como trabajadora asalariada (formal ó informal) unida a aquella que cumple cotidianamente en el hogar y que no es remunerada, pero con la que reconstituye la mayor parte de la fuerza de trabajo del hombre al transformar las materias primas que ella convierte en valores de uso para el consumo inmediato, destinado finalmente al mantenimiento de la familia. En este sentido la mujer va disminuyendo la calidad de vida encontrándose bajo formas de opresión y explotación no sólo dentro del ámbito laboral donde las actividades se ven reducidas al área técnica y de servicios además de salarios y posiciones jerárquicas inferiores y en ocasiones sin derechos laborales, sino también dentro del seno familiar donde se le responsabiliza del bienestar de la familia. De ahí que, refiriéndonos a la mujer urbano-marginada, ésta es la primera que se enfrenta no solo a esta problemática, sino también a la deficiencia de los servicios que presta la vivienda, pues comunmente el hombre sale a laborar, lo mismo sucede con la alimentación porque quien hace rendir el salario para garantizar la subsistencia familiar es la mujer, haciendo referencia a la salud es ella considerada como responsable de que la familia goce de buena o mala salud. El problema se agrava aún más con las mujeres embarazadas porque aunque en este periodo se les debería de proporcionar mayores atenciones y cuidados especiales ya que el embarazo actúa como una ligera enfermedad para cualquier mujer, la realidad es otra, pues el ritmo de vida que lleva no cambia por lo contrario, se asocia con los malestares propios de este proceso enfrentándose así a la lucha diaria por su supervivencia y la de la familia.

Así, el adentrarnos a la colonia Ampliación Lomas de San Bernabé, tiene por objeto conocer de manera más cercana la problemática en la que se encuentran inmersas las mujeres de las zonas urbanas-marginadas y que tiene repercusión directa en la atención a la salud materno-infantil.

.1 HISTORIA DE LA COMUNIDAD

Hacia 1983 la zona ocupada por la comunidad Ampliación Lomas de San Bernabé se encontraba apenas con 4 viviendas cuyos habitantes provenientes del D. F. adquirieron a "corredores" a quienes se les desconoce la manera en que originalmente adquirieron el terreno conocido entonces como La Carbonera y que más tarde se denominó San Bernabé Ocotepec, siendo hasta 1986 que se le nombra Ampliación Lomas de San Bernabé, nombre con que las autoridades delegacionales le reconocen actualmente. A partir de su llegada al lugar, los residentes se organizaron para establecer sus viviendas y cavar caminos que les permitiera su paso, a estos trabajos efectuados por su propia cuenta les llamaron faenas organizadas por el representante de la colonia quien fungió a partir de 1983 y hasta 1988 como gestor ante la Delegación Magdalena Contreras a fin de lograr servicios públicos para la comunidad, a las que había que asistir una vez por semana, lo cual garantizaba el acceso a los pocos servicios con que se pudieran contar. Tal situación opera hasta el momento aunque suelen postergar los trabajos en épocas de lluvias por el peligro que esto representa.

A partir de 1984, se inicia la semiurbanización de la colonia por parte de los habitantes quienes en su mayoría adquirieron los terrenos a los "corredores", mientras que otros, llegaron en calidad de cuidadores de terrenos o construcciones. El primer servicio con el que contó la comunidad fué la electricidad, obtenida a través de un poste por el que se conectaron, situado aproximadamente a una distancia de 600 mts. En cuanto al servicio del agua, no fué hasta 1986 que lograron que la Delegación les dotara del liquido a través de pipas, por lo que anteriormente era acarreada de llaves colectivas instaladas en colonias aledañas. Desde 1986, los habitantes vienen solicitando la introducción de drenaje interdomiliario y regularización de la tierra, como puntos prioritarios, situación que sigue pendiente por tratarse de una zona considerada como Reserva Ecológica. Para 1989 se logra que los únicos transportes que existen en el lugar, esto es, la ruta de peseros 42 y 66; suban hasta los campos de futbol esto es a 600 mts. de distancia entre las viviendas y los campos, ya que anteriormente únicamente llegaban a la desviación de la Av. Ojo de Agua y Av. San Bernabé. Actualmente, según el último censo de población efectuado en Agosto '90, el número de habitantes en el lugar asciende a 5,214 personas, quienes permanecen en una lucha constante que garantice su supervivencia.

4.2 LOCALIZACION DE LA COMUNIDAD

La Delegación Magdalena Contreras (ver mapa 1) está situada al suroeste del D. F., linda al norte y al poniente con la Delegación Alvaro Obregón y al sur y al oriente con la de Tlalpan. Tiene una superficie territorial de 68 Km², con una densidad demográfica promedio de 2,545 habitantes por Km². La población que en 1950 era de 21,955 personas ascendió a 40,724 en 1960, 75,429 en 1970 y 173,105 en 1980, es decir que ha aumentado casi 8 veces en 30 años. Sólo la 5a. parte del territorio está urbanizada y de ella el 98% está destinada a usos habitacionales. Abundan las residencias unifamiliares rodeada por grandes jardines principalmente en el área de San

Jerónimo. Entre los conjuntos de viviendas de tipo unifamiliar las hay de materiales de muy buena calidad entre ellas la Unidad Independencia y los fraccionamientos de Santa Teresa y el Pedregal. En contraste, se han formado agrupamientos de casas precarias sobre todo en el Cerro del Judío.

La Delegación posee 4,400 hectáreas de bosques considerados zona de conservación ecológica y de fortalecimiento del cinturón verde de la capital, sin embargo existen asentamientos urbanos que se han venido refugiando en los últimos años en estos bosques, ello debido a la carencia y altos costos de viviendas. Este es el caso de nuestra zona objeto de estudio, la comunidad Ampliación Lomas de San Bernabé que cuenta con una población actual de 5,214 habitantes distribuidos en 8 manzanas situadas a un costado del Cerro del Judío, colinda al poniente con la Av. Ojo de Agua y la colonia San Bernabé. (ver mapa 2)

4.3 MORFOLOGIA: SUELO, CONTAMINACION AMBIENTAL Y CALIDAD DEL AGUA

En la Comunidad Ampliación Lomas de San Bernabé se cuenta actualmente con una extensión territorial de

Considerada como se dijo anteriormente, como zona de reserva ecológica, dadas las características del suelo ya que es boscoso y fértil para el cultivo de maguey, capulín y encinos. Sin embargo por la posición del cerro su superficie es irregular, de ahí que las viviendas están distribuidas al azar. Cabe señalar que los suelos de la colonia suelen deslavarse con las lluvias lo que además dificulta su tránsito.

Refiriéndonos a la contaminación ambiental esta es latente en el lugar ya que a un costado se localiza el depósito de vehículos de recolección de basura del D.D.F. correspondiente a la Delegación Magdalena Contreras y aunque se trata solamente de un lugar para el resguardo de unidades de limpia, en múltiples ocasiones es utilizado como espacio donde se separa la basura inorgánica y orgánica para su transporte posterior, en otras muchas, los camiones se guardan aún cargados. Por otra parte, se encuentran animales a la intemperie que son fuente transmisora de enfermedades, tales como cerdos, caballos, burros, perros, gatos, guajolotes, gallinas; que finalmente generan insectos como moscas y mosquitos. Refiriéndonos al agua para el consumo humano se encontró que la fuente de agua potable del lugar son las 4 llaves colectivas distribuidas de 2 en la parte superior del cerro y 2 llaves en la parte inferior junto al depósito de vehículos de limpia, sin embargo en ocasiones el líquido no llega, por lo que la gente utiliza el agua que es abastecida a través de pipas para su consumo inmediato. Habría que mencionar que según versiones de los vecinos del lugar, el servicio de pipas no sube al cerro, esto en época de verano, de ahí que utilizan el agua de la lluvia no solo para satisfacer sus necesidades externas, sino que en casos extremos para su consumo. En un estudio de laboratorio practicado al agua que consumieron las familias habitantes de la colonia, considerando que utilizan para el consumo humano el agua que es acarreada de las 2 llaves colectivas que existen en el cerro sin que ésta sea hervida y que cuando éstas no tienen servicio es utilizada el agua de las pipas que esporádicamente es hervida, se encontró lo siguiente:

En la muestra del agua de la pipa se localizaron 42,300 microbios mesofílicos aerobios por ml (provenientes del medio ambiente) y 2,400 microbios coliformes por lt (provenientes del agua misma), con ello se concluyó que este tipo de agua no reúne los requisitos de potabilidad bacteriana conforme al reglamento de aguas potables, dado que se considera aceptable si existen menos de 50 colonias de mesofílicos por ml y menos de 10 organismos de grupos coliformes por lt, en este caso se rebasan 240 veces más organismos por lt en el agua analizada, mientras que en el otro tipo de organismos aerobios se rebasa en 846 veces más.

Paradójicamente, el resultado fué aun peor en la muestra de agua de las llaves, en decir; la mayor consumida por la comunidad, pues se encontraron 553,000 organismos mesofílicos aerobios por ml y 11,000 organismos coliformes por lt.

4.4. CLIMA Y TEMPERATURA

Dada la posición geográfica de la Delegación Magdalena Contreras, podemos decir que en general prevalece el clima frío en todas las colonias independientemente de la estación del año que prevalezca, Ampliación Lomas de San Bernabé no es la excepción ya que la temperatura llega a alcanzar 0°

Centígrados en época de lluvias e invierno.

4.5. INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

La comunidad Ampliación Lomas de San Bernabé, como se ha mencionado no cuenta con servicios públicos y lo privados, únicamente son las pequeñas miscelaneas familiares dentro del lugar, por lo que hechan mano de los servicios de la colonia cercana, como son escuelas primarias y secundarias, lecherías (CONASUPO), tortilladoras y el dispensario médico-dental, así como farmacias.

4.5.1. SERVICIOS

La colonia está desprovista de drenaje interdomiciliario en su totalidad, por lo que el 100% de viviendas utiliza las fosas sépticas para la eliminación de excretas, lo mismo sucede con el alcantarillado. En cuanto a la energía eléctrica pese a que no existe red de energía, todas las viviendas cuentan con luz eléctrica a través de diablos que se conectan a un solo poste de luz, lo que origina que el servicio de luz sea retirado en más de dos ocasiones durante el día. Respecto al servicio telefónico este no existe si no hasta el Puente del Rosal a unos 3 Kms de distancia que es donde está provista la zona de red telefónica. En general puede decirse que no cuentan con servicios urbanos básicos. Por ejemplo, el servicio de limpia y gas sube hasta la colonia una vez cada dos semanas siempre y cuando el camino este seco lo que posibilita el paso de camiones, en caso contrario, la gente suele bajar hasta la desviación de la Av. Ojo de Agua y Av. San Bernabé a unos 600 Mts de distancia aproximada, para lo que utiliza diablos para su transporte. Lo mismo sucede con el servicio del agua, éste se distribuye a través de tres medios, por pipas de parte de la Delegación Política, 4 llaves colectivas y recolectandose de las lluvias.

En cuanto al servicio de transportes, existen únicamente 2 rutas de peseras que llegan hasta la colonia Ampliación L. de San Bernabé, una de ellas es la ruta 42 y la ruta 66, ambas tienen su origen en el Paradero San Angel, pero la primera llega a la Av. Luis Cabrera hasta llegar al Cerro del Judio y desembocar a la colonia, mientras que la ruta 66, toma el eje vial 10 sur, hasta la Av. San Jerónimo, posteriormente toma la Av. Ojo de Agua hasta llegar a la colonia.

Refiriéndonos al servicio del agua, podemos decir que el servicio es dotado a la comunidad bajo tres formas, a través de pipas que envía la Delegación, por captura en época de lluvias y por medio de 4 llaves colectivas localizadas en la colonia. Del sistema de pipas, se encontró que dentro del cerro existen 7 paraderos de tambos de agua que se diferencian uno y otro por colores y estos son llenados gratuitamente por las pipas un día a la semana, en este sentido hay que señalar que dada la ubicación de los paraderos, ya que se encuentran situados en la parte superior del cerro; la gente suele acarrear el agua hasta sus casas de dos formas algunas familias con mangueras que miden mínimamente 30 mts, y otras con diablos y tambos más pequeños. Obviamente en cuanto a la captura de agua de la lluvia, esto sucede solo en periodos de verano. Finalmente el agua de las llaves que es utilizada principalmente para preparar alimentos y beber es acarreada invariablemente por pequeños tambos. Cabe señalar que en los tres casos suele consumirse el agua bajo cualquiera de las tres formas, esto cuando llega a faltar en las llaves colectivas.

4.6 DISTRIBUCION DEL SUELO

Al referirnos a la distribución del suelo, podemos decir que en la comunidad se encuentran, de acuerdo al último censo levantado en la colonia en Agosto -90, 800 viviendas de uso habitacional construidas en área vegetativa fundamentalmente, esto en la parte superior del cerro, mientras que en la parte intermedia se localiza los depósitos de agua (tambos) y en la inferior, el mayor número de viviendas y un gran terreno entre la Av. Ojo de Agua y la comunidad, que es utilizado en una parte como canchas de fútbol los sábados y domingos, y en la otra; un depósito vehicular de carros de limpia del D.D.F. correspondiente a la Delegación Magdalena Contreras. Cabe señalar que dentro de la comunidad las viviendas tienen pequeños negocios familiares que venden artículos mínimos necesarios, como son lápices, cuadernos, dulces y comestibles. Existe uno más que se dedica a la venta clandestina de bebidas alcohólicas como mezcal y cervezas, así como refrescos embotellados. Habría que mencionar que todos estos artículos se venden a un precio más elevado que en el mercado ya que se le evita a la gente que baje del cerro y atraviese los campos para acudir a la colonia más cercana que cuenta con todos los servicios, Lomas de San Bernabé; donde se registraron los siguientes comercios privados:

1 carnicería, 1 molino de nixtamal, 2 lecherías CONASUPO, 2 vidrierías, 3 farmacias, 5 tiendas de abarrotes, 1 mueblería, 2 locales de materiales de construcción, 1 frutería, 3 papelerías, 1 vinatería, 2 tiendas de pinturas, 1 tlapalería, 1 reparadora de calzado, 1 veterinaria, 1 sala de belleza, 1 expendio de semillas y follaje, rostería de pollos, 1 clínica general de control prenatal, 1 pollería, 1 lonchería.

En cuanto a los servicios públicos se encuentran:

2 escuelas primarias, 1 escuela secundaria técnica, 1 Centro Comunitario de Orientación y Apoyo a la Juventud que a su vez cuenta con servicios de : dentista, médico familiar, biblioteca, cursos de repostería, belleza y corte.

4.7 CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

De acuerdo al último censo -90, existen aproximadamente 800 viviendas repartidas distribuidas al azar en la colonia, que se componen de no más de dos cuartos corridos, habitados en promedio por 6 personas, lo que evidencia un serio problema de hacinamiento. Los materiales de construcción suelen variar de acuerdo a las posibilidades económicas de las familias y van desde pequeños cuartos de madera y adobe con techos de lámina de asbesto y cartón, hasta construcciones en forma de cemento, curiosamente estas casas no están habitadas aunque todo pareciera indicar lo contrario ya que en ocasiones existe luz eléctrica encendida por días y semanas enteras. Debido a las características del lugar el suelo se encuentra húmedo y lodoso, lo que origina que sin excepción todas las viviendas independientemente del tipo de piso con que se cuente, estén sucias. La ventilación suele ser deficiente también en todos los casos, ello debido a que con menor número de ventanas suelen ahorrarse material, como vidrios y marcos. Como se ha mencionado anteriormente las viviendas están desprovistas de drenaje, de ahí que todas las viviendas cuenten con fosas sépticas que en la mayoría de los casos se localizan muy cerca de las viviendas, lo mismo sucede con los corrales de animales domésticos presentes en la mayoría de las casas.

Este tipo de viviendas se pueden comparar fácilmente con la vivienda rural por la falta de espacio. En general las viviendas cuentan invariablemente con artículos como son televisor y radio, los demás artículos tienden a variar de acuerdo a las posibilidades económicas de cada familia.

4.8 TENENCIA DE LA TIERRA

Las tierras de Ampliación Lomas de San Bernabé pertenecieron en sus orígenes a una familia que vivió en el Pueblo de San Bernabé, sitio cercano a la comunidad y cuya posesión territorial fue pasando de generación en generación, sin embargo llegó un momento en que estas tierras fueron vendiéndose, ya que dadas las características del lugar, estas no podrían ser habitadas por el "Comisariado Ejidal" y su familia, considerado la figura máxima del área de San Bernabé y cuya presencia es totalmente reconocida por la Delegación Magdalena Contreras.

Dentro de la comunidad existe toda una estructura jerárquica de poderes, en primera instancia se encuentra como ya se mencionó con el Comisariado Ejidal, posteriormente el Presidente de la Colonia que funge como gestor ante la Delegación y es a partir de 1990 que se cuenta con un Jefe por Manzana con un secretario respectivamente, y finalmente, los contribuyentes, en decir los residentes en conjunto.

Así, la mayor parte de los terrenos fueron vendiéndose al paso del tiempo a partir de 1983 y algunos colonos tienen en su poder contratos de compra-venta que avalan tal situación. A partir de entonces los residentes se fueron organizando para trazar las futuras calles y construir tanto sus viviendas como caminos que les permitiera el paso, ello garantizaba su estancia en el lugar. Así mismo se ha luchado en primera instancia para la dotación de servicios básicos como drenaje, luz eléctrica y pavimentación, situación que permanece pendiente, al igual que la regularización de estos terrenos ello debido a que se trata de una zona considerada como reserva ecológica. Sin embargo a la fecha, se llevan avances para este último punto, a partir del cual se les dotaría de servicios, por lo que existe un convenio ante las autoridades de COCODER (Comisión Coordinadora de Desarrollo Ecológico) y los residentes de la colonia en el que se pretende reubicar las viviendas que se encuentran internadas en la parte superior del cerro, donde es imposible técnica y financieramente, según opinión de las autoridades; de llevar servicios hasta los hogares. Sin embargo, esta situación no está definida totalmente, a partir de 1990 se viene trabajando en esta posible y futura regularización que al parecer, tardará años en concretarse.

4.9 SERVICIOS DE SALUBRIDAD EN LA COMUNIDAD

4.9.1. DISTRIBUCION DE SERVICIOS DE SALUD

La comunidad Ampliación Lomas de San Bernabé no cuenta con servicios médicos y de asistencia social, por lo que los residentes del lugar suelen utilizar los servicios de salud que presta la Delegación y que se encuentran distribuidos de la siguiente manera:

- 6 Consultorios Médicos Delegacionales
- 9 Centros Comunitarios de Salud
- 2 Hospitales Públicos: Urgencias (DIF), Instituto de Salud Mental (DIF)
- 2 Clínicas del IMSS: Clínica 18, Clínica 22
- 1 Hospital Privado: Angeles del Pedregal
- 8 Consultorios Dentales Delegacionales
- 1 Clínica General de Control Prenatal (PRIVADO)

Tot:29*

* Se desconoce el número de consultorios médicos privados con que cuenta la Delegación, por lo que únicamente se consideró el más cercano a la zona.

4.8.2. DISTRIBUCION DE SERVICIOS DE SALUD MATERNO-INFANTIL

La colonia únicamente está dotada de las siguientes consultorios para atención a la salud Materno-Infantil, distribuidos como sigue:

- 1 Consultorio Médico (PRIVADO) "Clínica General de Control Prenatal" Av. Ojo de Agua s/n Col.Lomas San Bernabé

- 1 Hospital de Urgencias (PUBLICO) "Clínica de Salud Materno-Infantil" Luis Cabrera No. 1 San Jerónimo Lídice

Tot: 2

Cabe señalar que el Hospital de Urgencias de Contreras es el más utilizado por la Comunidad Delegacional, aunque el servicio es insuficiente, por lo que regularmente acuden a las siguientes clínicas para atención de partos:

- Hospital Dr. G. A. González , cuando se trata de embarazos de alto riesgo presentado principalmente en jóvenes entre 13 y 14 años de edad.

- Hospital San Francisco Culhuacán , cuando no existe capacidad en el hospital anterior.

- Hospital de la Mujer , utilizado esporadicamente, cuando no la cobertura de los dos hospitales anteriores no es suficiente.

Sin embargo, las mujeres de la localidad de Ampliación Lomas de San Bernabé pese a no estar aseguradas acuden paa su atención en las Clínicas del I.M.S.S., principalmente:

- Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" (Clínica 8) Río Magdalena 289, Tizapan San Angel Deleg. Alvaro Obregón.

- Unidad de Medicina Familiar

(Clínica 18) Av. México 98, Deleg. Magdalena Contreras.

- Unidad de Medicina Familiar

(Clínica 22) Los Pinos y San Ramón s/n,
Unid.Indep. M. Contreras.

4.9.3.LOCALIZACION GEOGRAFICA DE LAS CLINICAS DE SALUD PUBLICAS Y PRIVADAS

Como se puede apreciar, en el mapa 3 se encuentra la localización geográfica de las clínicas y hospitales públicos y privados ubicados dentro de la Delegación Magdalena Contreras, mientras que en el mapa 4, se pueden observar los Centros de Salud utilizados con mayor frecuencia por los locatarios de la Colonia.

4.9.4

OFERTA Y DEMANDA DEL SERVICIO GINECO -OBSTETRA, PUBLICO Y PRIVADO PARA LAS MUJERES DE LA COMUNIDAD.

De acuerdo a l estudio efectuado, se encontró que las clínicas que en mayor medida son utilizadas por las mujeres de la comunidad para atención de salud en general son:

- Dispensario Médico del CREA (S.S.A)

- Centro de Salud Dr. Angel Figueroa Brito (S.S.A)

y para atención de partos:

- Hospital Gineco-Obstetra "Luis Castelazo Ayala" (I.M.S.S)

- Hospital Urgencias Materno-Infantil (I.M.S.S.)

En el caso del Dispensario Médico del CREA (S.S.A.), este proporciona servicio dental y médico general de 9 a.m. a 15.00 p.m. de lunes a viernes, operando con un costo por consulta de \$300.00. Pese a que no se cuenta con un expediente clínico de los pacientes que se atienden diariamente en el consultorio médico, en entrevista al médico de base, esta ratificó que efectivamente atienden a mujeres embarazadas en casos esporádicos, quienes principalmente presentan problemas de Colitis y Faringo-Amigdalitis, generadas principalmente por la contaminación del agua, el concentrado de basura al aire libre y la falta de higiene en los alimentos y el medio que los rodea, enfermedades que suelen presentarse también en niños a quienes se les detectan con mayor frecuencia infecciones parasitarias. Así mismo se mencionó que en ocasiones las Mujeres de la Colonia Ampliación L. San Bernabé han presentado dolores de citura que llevan a contracciones uterinas y finalmente al aborto, ello provocado por cargar objetos pesados como el acarreo de tanques de gas y del agua. Entre otros servicios que presta el dispensario, se encuentra el consultorio dental, biblioteca, Oficina Provisional de CORETT (Comisión de Regularización de Tenencia de la Tierra), así como la impartición de cursos de corte, repostería y pandería.

Refiriéndonos al Centro de Salud (S.S.A.), este fué fundado en 1976 y actualmente opera a través de 4 módulos de atención a la comunidad, el primero, atiende la zona de Pueblo Nuevo y Potrerillo, el módulo 2 que dá atención a la zona del Rosal Bajo, y Rosal Alto, el tercero, a la gente fuera de zona, en donde se ubicaría la comunidad objeto de estudio, y finalmente el módulo 4 que presta servicio a la zona de El Toro y Lomas Quebradas. Cabe señalar que en promedio se atienden 60 pacientes por módulo diariamente. En la institución laboran 4 enfermeras y 7 médicos de base, quien trabajan de lunes a viernes de 8 a.m. a 15:00 Hrs. p.m. con un costo por consulta de \$100.00

En el centro de salud, existen 3 programas prioritarios de atención, sin tomar en cuenta el de vacunación y son:

- 1) Programa de Planificación Familiar

2) Programa Control del Niño Sano

3) Programa Control de la Mujer Embarazada

En lo que se refiere al Programa Control de la embarazada, que es el que nos ocupa, este consiste en la fase de control prenatal donde se deberá verificar el fondo uterino de la madre para ver la edad del embarazo y corroborarla con la que proporciona la mujer, se mide además presión arterial, hinchazón en los miembros inferiores, a fin de conocer si se trata de un embarazo normal o de alto riesgo, para posteriormente, dar orientación nutricional e higiénica. Sin embargo, esto no suele suceder ya que normalmente en una consulta prenatal el médico únicamente se aboca a verificar el peso y presión arterial así como revisión en el vientre, esto debido a la falta de personal en comparación con la demanda del servicio, de ahí que se trabaja en base a la cantidad y no a la calidad.

Al igual que en las otras clínicas de salud, no fué posible revisar el historial ó expediente clínico de las pacientes del módulo 3, a fin de ver la incidencia de mujeres de Ampliación Lomas de San B., que acuden a este lugar, ello aunado a que las mujeres de estas colonias acuden únicamente por pases para ser hospitalizadas durante el parto, esto en las últimas fechas del embarazo.

En cuanto a los recursos materiales y humanos con que se cuentan en el Centro de Salud, éstos son insuficientes en contraparte con la demanda del servicio, en consecuencia, en ocasiones las enfermeras de base son utilizadas para hacer visitas domiciliarias ó campañas de salud pública por lo que el seguimiento a los programas prioritarios, se ven truncados en cualquiera de sus fases, en decir, si el proceso de atención consiste inicialmente en el control de la mujer embarazada, en segundo término el Control del niño sano y finalmente Planificación Familiar, por falta de personal, este proceso no culmina satisfactoriamente, de ahí que difícilmente se llega a la 2a. etapa y en esporádicas ocasiones se logra cubrir hasta la 3a.

Entre los servicios que presta el Centro de Salud Garcí Brito, se encuentra el de farmacia y aunque esta brinda a los usuarios un costo de 50% menos al precio en el mercado de medicamentos, estos son insuficientes.

En tanto que el Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" fundado en 1978, atiende a todas las mujeres que sean enviadas de cualquier centro de salud o dispensarios médicos de la S.S.A. mediante un pase que contiene un pequeño historial clínico de acuerdo a la valoración que el médico de S. S. A. efectúen acerca de la paciente, en el que se informa el número de embarazos o abortos ó bien si se tiene alguna enfermedad. En el mayor de los casos las mujeres acuden al momento del alumbramiento ya sea con pases de S.S.A., sean afiliadas a la institución y aún no siendo derechohabientes. En este último caso las mujeres se someten a llenar una carta de Obligación de Pago, en la que se comprometen a cubrir los gastos originados del parto. Actualmente un parto normal tiene un costo de \$ 500,000.00, mientras que por un parto por cesárea cuesta \$1,500,000.00, independientemente del estrato social a que pertenezca, teniendo 15 días para ser liquidado, aproximadamente.

Cabe hacer mención de que las mujeres bajo estos tres rubros, derechohabientes, no derechohabientes y con pases de la S.S.A., son atendidas siempre y cuando la clínica tenga capacidad de atención, y si están a punto de alumbrar, para ello la institución cuenta con 366 camas en las salas de Gineco-Obstetricia, existen 45 Pediatras, 55 Médicos

Obstetras,	1080	Enfermeras,	45
Anestesiólogos,	1	Urólogo,	2
Cardiólogos,	1	Cardiólogo	Pedriatra.

En cuanto al tiempo promedio de hospitalización este es de 8 hrs. después del parto siempre y cuando se trate de un parto de bajo riesgo, mientras que en los partos por cesárea, se les hospitaliza de 2 a 3 días. En ambos casos se abre un expediente donde se asienta la información concerniente al parto y que servirá para que una vez dada de alta la paciente, le sea proporcionada la siguiente documentación:

- Nota de alta
- Constancia de Alumbramiento
- Hojas de Registro del Recien Nacido
- Formatos de Orientación para Cuidados Prenatales.

Posteriormente, se les vuelve a citar para una próxima consulta a través un formato que indica el presentarse nuevamente a la Clínica al término de 8 días posteriores al parto para introducirlas a los programas denominados Control del Niño Sano y Paciente Puérpera. Sin embargo, al acudir, se les canaliza nuevamente a los Centros de Salud pertenecientes a S.S.A.

Aproximadamente en promedio, diariamente son atendidas 120 mujeres embarazadas, de las cuales 25 partos se tratan de casos de cesárea, 55 partos de bajo riesgo y el resto, con

problemas de oncología, obstetricia y cardiología.

5.0 LA SITUACION DE LA ATENCION A LA SALUD MATERNO-INFANTIL DE LAS MUJERES DE LA COMUNIDAD.

5.1 Los Hábitos Higiénicos de la mujer y la familia

En general las mujeres de la comunidad Ampliación Lomas de San Bernabé, ocupan la mayor parte del día en atender las necesidades de supervivencia diaria de la familia, de ahí que actividades tales como el acarreo del agua, abastecerse de provisiones, así como el recorrido diario para enviar a los hijos a la escuela, forman parte de la vida cotidiana de estas mujeres quienes en su mayoría viven bajo deficientes condiciones de saneamiento tanto dentro como fuera de la vivienda. Podemos decir de manera apreciativa, que de las 19 mujeres entrevistadas 10 de ellas viven en condiciones deficientes y el resto en condiciones medianamente aceptables, aunado a que las viviendas se encuentran rodeadas de animales domésticos de todo tipo como perros, guajolotes, caballos y cerdos, etc., quienes deambulan libremente por el lugar lo que a su vez conlleva a la creciente reproducción de insectos que, por otra parte son portadores de diferentes enfermedades infecciosas.

Así mismo, podemos decir que en promedio, la frecuencia de aseo personal en todos los miembros de la familia, incluyendo a las mujeres, es de cada 4 días, se encontraron 2 casos de cada 8 días u uno de baño diario. Otro resultado, en relación a los hábitos higiénicos de la familia en la comunidad y que nos muestra las dificultades en éste ámbito, es la situación del agua, en este sentido habría que hechar mano nuevamente de los resultados obtenidos durante las pruebas de laboratorio, practicadas a dos distintas muestras del agua que es consumida por estas familias, lo que finalmente explica el elevado índice de enfermedades infecciosas en el lugar, donde se obtuvo que tanto el agua de la pipa consumida ocasionalmente cuando no hay líquido en las llaves, y la de ésta última no reúnen los requerimientos necesarios de potabilidad de acuerdo al reglamento de aguas potables, ya que el agua de la pipa contiene un elevado número de microbios aerobios (ambientales) de 846 veces más de lo considerado normal, lo mismo que con el contenido de microbios coliformes (dentro del agua) presente en más de 240 veces de lo considerado como normal, en tanto que en el contenido de ambos microbios bacterianos en el agua de las llaves, la más usualmente consumida, es de 11000 veces más en microbios coliformes. Comparando estos resultados nos damos cuenta que el agua de menor consumo contiene una proporción menor de microorganismos que el agua de mayor consumo, la de las llaves.

5.2 Alimentación de las Mujeres Embarazadas y Puérperas

De acuerdo al censo efectuado durante la semana de solidaridad el pasado agosto '90, se detectó que el consumo de carnes y frutas en la comunidad tiende a darse en no más de dos ocasiones por semana en promedio en las familias, no así alimentos tales como pan, tortilla, leche, frijol, huevos y algunas verduras que forman parte de su alimentación diaria. Esto es explicado en mayor medida por los elevados costos de la carne y frutas, en contraparte con sus bajos ingresos ya que el gasto diario en promedio destinado para alimentación por familia, asciende a \$10,789.00 pesos, pues en la mayoría de los casos únicamente se cuenta con la percepción de un sólo miembro de familia, donde su salario semanal no rebasa el salario mínimo.

Esto sin duda tiene repercusión directa en la alimentación de la mujer embarazada y puerpera, prueba de ellos es que en las entrevistas efectuadas a estas mujeres se encontró que de 19 mujeres 15 no cambiaron su dieta diaria durante y después del embarazo, mientras que solo 2 agregaron fruta en su alimentación diaria, solo una procuró consumir más leche y hubo una más quien por el contrario, disminuyó su alimentación por diversos malestares durante ese periodo, siendo que una mujer embarazada requiere un aumento de 200 K/cal, añadidas a su alimentación diaria de acuerdo a las recomendaciones de consumo diario de nutrientes según el INN (Instituto Nacional de Nutrición) y aunque los resultados anteriores provienen de una fuente insuficiente de información acerca del consumo y gasto en alimentos, es evidente que la situación nutricional de las mujeres de la comunidad es deficiente.

5.3 Cobertura Médica Institucional

Sin lugar a dudas, la institución que brinda mayor cobertura a la Comunidad Ampliación Lomas de San Bernabé, es la SSA (Secretaría Salubridad y Asistencia), ya que de las 19 mujeres entrevistadas, 13 de ellas acuden en caso de enfermedades al dispensario médico del CREA, ó bien a la Clínica de Salubridad Angel González Brito y ocasionalmente sucede lo mismo con las 4 mujeres afiliadas al IMSS y con 2 mujeres de ISSSTE, quienes a pesar de estar afiliadas a estas instituciones acuden a los Centros de Salud anteriores para su atención, lo que se explica por la cercanía y costos que implica, pues a pesar de que al estar afiliadas a estas instituciones de salubridad, el servicio que se les otorga a las mujeres es gratuito, el costo en transportes aumenta. En

promedio, rebasa el costo de pagar la simbólica cantidad de \$100. a \$500. pesos por consulta al asistir a los organismos de SSA. En este sentido, es que se anula totalmente la visita a los consultorios de control prenatal privados pese a que la distancia de ubicación es menor que la de los Centros de Salud de la SSA.

Por otra parte, también se encontró que la mayor parte de las mujeres, acuden a estos centros solo en casos de presencia de fiebres, de ahí que inicialmente se recurre a los remedios de tipo casero como té y otras hievas de origen natural o bien analgésicos conocidos con el mercados cuyo costo asciende a menos de \$500.00. En los casos donde se requiere la presencia al médico de la SSA, en ocasiones ésta proporciona el medicamento gratuitamente, en caso de no contar con él, se envía a los pacientes a la farmacia situada dentro de la Clínica de Salubridad Angel González Brito, donde los costos de medicamentos es 50% inferior al precio del mercado, sin embargo la dotación de éstos es insuficiente por lo que pocas veces es posible surtir las recetas, lo que lleva a la gente a recurrir a farmacias privadas cuyos precios en productos son elevados y ascienden a más de \$3000.00, lo que significa una fuerte erogación para los habitantes del lugar.

5.4 Higiene de la Vivienda

Las viviendas de la comunidad Ampliación Lomas de San Bernabé, están construidas en su mayoría de materiales como tabicón en las paredes, con techos de lámina de cartón y los pisos suelen ser de cemento, pero en general están revestidos de tierra aplanada. Así mismo, estas viviendas se componen de 2 cuartos habitados por 6 personas en promedio, es decir por una familia, así como un pequeño cuarto de baño utilizado sólo para defecar, cuyas fosas sépticas ó letrinas se localizan muy cerca de las habitaciones, de ahí que según testimonios de las mujeres entrevistadas, los principales problemas que presentan es el mal olor que despiden las fosas y que llega a acrecentarse en época de lluvias, así como el diario acarreo del agua, la filtración de ésta a sus casas, la constante interrupción de luz y la presencia de lodo dentro y fuera de los cuartos, lo que a su vez dificulta su tránsito diario para acudir a sus trabajos, ir de compras o llevar a los hijos a la escuela.

Lo anterior nos aproxima a comprender las deficiencias en cuanto al saneamiento de sus viviendas. De manera apreciativa, podemos señalar que es evidente la humedad que padecen las casas, en algunas, denotamos la presencia de musgos dentro y fuera de ellas. Por otra parte los cuartos no se encuentran divididos, algunas familias cuentan con espacios para una estufa, cama una pequeña mesa con sillas y algún otro mueble, dentro de la misma habitación que aunado a la falta de ventilación e iluminación, nos lleva a suponer un serio problema de hacinamiento. Aunque el servicio de limpia en quincenal, excepto en épocas de l

luvia

las familias mantienen la basura fuera de sus casas por muy poco tiempo ya que suelen llevarla a depósito vehicular de camiones de limpia del D.D.F.m kicakuzadi a 500 mts aproximadamente de distancia, de ahí que el sitio en general está desprovisto de basura.

Finalmente, habría que mencionar nuevamente la presencia de animales domésticos que deambulan fuera de las casas los que a su vez gison generados de otros animales que también ocasionan enfermedades.

Esta es de manera genérica la panorámica de las viviendas ubicadas en la comunidad, que nos explican el porqué del deficiente saneamiento de las mismas, lo que finalmente afecta en mayor medida a las mujeres y niños ya que son ellos quienes pasan más tiempo en casa.

5.5 Servicios de Salud Materno-Infantil

Para las mujeres de la comunidad, el proceso de enfermedad va íntimamente ligado a la salud, de ahí que algunas mujeres opinaron que gozan de buena salud, ya que únicamente, tanto los miembros de la familia como ellas suelen enfermar tan solo de gripas e infecciones estomacales, aunque esto sucede en forma periódica, (12 de 20), algunas coincidieron en que no pueden gozar de buena salud por la carencia de servicios básicos, pese a que se presentan pocas enfermedades (5 de 20) y finalmente hubieron 2 casos de mujeres quienes señalaron que no podrían gozar de buena salud en tanto que no cuentan con la alimentación necesaria para vivir, y otra más quien indicó que tampoco podría considerar buena salud en tanto que no cuentan con medios de diversión de fácil acceso a la comunidad, pues el único, son los campos de fútbol que existen en la colonia y visitados por los residentes durante todos los domingos, pero que es para uso exclusivo del sexo masculino que por otra parte sirve como motivo para emborracharse semanalmente durante periodos largos. Se habló también acerca de la incidencia de enfermedades de los miembros de la familia, en 8 casos señalaron que en los últimos 6 meses mínimo 2 personas de su familia han enfermado principalmente por problemas de infecciones estomacales y gripas, 6 opinaron se ha presentado solo gripa y tos en niños y 4 quienes indicaron que en ese término, no han sufrido de ninguna enfermedad. Es este sentido, argumentaron también que solo en presencia de fiebres acuden al dispensario médico del CREA, aún cuando estén afiliados al IMSS ó ISSSte, ello debido a la cercanía y a los bajos costos que ello implica, ya que en ocasiones los medicamentos son proporcionados gratuitamente.

En lo que se refiere a la salud, estrictamente materno-infantil se logró obtener la siguiente información que nos adentra a conocer el deterioro en la calidad del servicio en términos de salud a que se someten las mujeres de la colonia. Se habló inicialmente de la frecuencia de consultas prenatales durante el último embarazo, encontrándonos con la siguiente proporción, en las 20 mujeres entrevistadas de acuerdo a la muestra de la investigación:

4 mujeres acudieron mensualmente a revisión médica en casos de parto normal (bajo riesgo)

1 mujer acudió mensualmente por amenaza de aborto

1 mujer acudió en 6 ocasiones tratándose de parto normal

2 mujer acudió en 4 ocasiones tratándose de parto normal

3 mujeres acudieron en 3 ocasiones tratándose de parto normal

1 mujer en ninguna ocasión, utilizó partera al momento del parto.

5 mujeres en ninguna ocasión, sólo durante el parto

3 mujeres acudieron en 2 ocasiones, una por el pase para ser atendidas en la clínica durante el parto y otra al momento del parto.

Total: 20 mujeres

En tanto que el servicio de ingreso a la clínica fué el siguiente:

8 mujeres se atendieron en servicio de emergencia, pues llegaron al momento de las contracciones. (No afiliadas al IMSS)

7 mujeres contaban con cita programada (Afiliadas al IMSS)

3 mujeres fueron canalizadas a través de pases expedidos por la SSA. (Dispensario ó Centro de Salud)

1 mujer acudió a un médico particular (No afiliada)

1 mujer fué atendida por una partera

Total: 20 mujeres

En lo que se refiere al periodo de hospitalización de la mujer una vez concluido el parto, este fué de 2 días en promedio en todos los casos:

1 mujer no hospitalizada (partera)

1 mujer permaneció menos de 1 día

8 mujeres permanecieron 1 día

3 mujeres permanecieron 2 días

4 mujeres permanecieron 3 días

2 mujeres permanecieron 4 días (por cesárea)

1 mujer no se sabe (embarazada)

Total: 20 mujeres

En cuanto al tiempo de incapacidad en sus casas, al haber sido dadas de alta en las clínicas, se encontró:

7 mujeres no guardaron reposo alguno e iniciaron sus actividades de trabajo diario en seguida de haber llegado a casa.

3 mujeres permanecieron en reposo 1 día

1 mujer permaneció en reposo 2 días

2 mujeres permanecieron en reposo 5 días

1 mujeres permanecieron en reposo 7 días

2 mujeres permanecieron en reposo 10 días

2 mujeres permanecieron en reposo 30 días
(cesárea)

2 mujeres permanecieron en reposo 40 días

Total: 20 mujeres

Durante ese tiempo 7 mujeres indicaron no haber recibido ninguna ayuda en su quehacer cotidiano, por lo que después de haber llegado a su casa, después del parto, realizaron actividades como acarreo del agua, atención y cuidado de los hijos, esposo, hacer compras diarias al mercado, etc., principalmente. 9 mujeres se auxiliaron esporádicamente de alguno de los miembros de la familia, por lo general de los hijos, en 3 casos su madre o suegra y sólo en un caso se recibió ayuda del esposo.

Ahora bien, en lo que se refiere a la atención médica dentro de las instituciones de salud, señalamos algunos resultados. Acerca del informe general del resultado del parto proporcionado a la mujer dentro de la clínica, evidentemente fué deficiente, ya que solo en 9 casos la información fue a través de 2 documentos (ver sig. fig.), uno que contiene de manera genérica algunas de las recomendaciones más importantes a seguir después de un parto ya sea normal ó por cesárea, ó bien aborto; y otro donde se le invita a la mujer

a acudir a una nueva cita médica, así como información verbal proporcionada por el médico ó alguna enfermera, en 9 casos únicamente les fué proporcionada la información escrita, referida anteriormente, sin embargo de estas 2 proporciones sólo 2 mujeres opinaron haberlas leído, ello porque por la falta de experiencia para los cuidados materno-infantil y falta de parientes cercanas(mujeres) que les transmitieran sus conocimientos, el resto, es decir, 15 de ellas no leyeron la información pues ya tenían conocimientos acerca de los cuidados del niño por experiencias anteriores.

Refiriéndonos a las consultas postnatales, nos encontramos con los siguientes resultados, 9 de las 20 mujeres llevaron a revisión médica al recién nacido, sin que ellas, hasta el momento de ser entrevistadas se hubieran sometido a un examen médico, en tanto que se dieron 8 casos en los que ni madre ni hijo hubieran acudido a revisión, finalmente , se encontraron sólo 3 casos de mujeres que se sometieron a un examen médico en ambas personas, madre-hijo., de estas; 2 opinaron que lo hicieron por tratarse del primer parto y la última indicó haber seguido las recomendaciones de la institución médica que le atendió.

Para finalizar con los servicios de salud materno-infantil que recibieron las mujeres de la comunidad, hay que señalar que se encontró que 12 de las 20 mujeres no recibió ningún servicio posterior al parto, estando aún internadas en la clínica, 7 de ellas recibieron algunos de éstos, entre ellos, pláticas de planificación familiar, salud en general, cuidados materno-infantil, educación sexual y estimulación temprana del niño, sólo en un caso se siguió toda la continuidad de programas de atención a la salud materno-infantil, que comprenden:

-Pláticas de educación sexual

-Planificación Familiar

-Cuidados materno-infantil

-Puericultura

-Estimulación Temprana del niño

Bajo lo anterior, podemos inferir que existe un pleno desconocimiento por parte de las mujeres de la comunidad acerca de la importancia que tienen los programas de salud materno-infantil, lo mismo que del funcionamiento de su cuerpo y de su propia sexualidad, ejemplo de esto es que al preguntarles acerca del método anticonceptivo que utilizan, 12 mujeres respondieron "estar operadas" (*), aunque desconocen tanto el nombre de la intervención que les practicaron y en que consiste dicha operación, ello porque las instituciones de salud suponen que el número de hijos es suficiente y sin permitir una decisión plenamente consciente, de estos 12 casos 8 mujeres no tomaron en cuenta de la opinión de la pareja porque aseguraron verse forzadas por los médicos a decidir con rapidez por el exceso de trabajo en las clínicas, por otra parte, en relación a los métodos anticonceptivos del resto de las mujeres entrevistadas, 3 informaron que es el hombre quien se controla utilizando preservativos, 4 mujeres indicaron que una vez concluido su último parto, no han utilizado anticonceptivos por que aparentemente "no funcionan", pues de ellas, 3 pese a que tenían colocado el dispositivo intrauterino (DIU), se embarazaron y la última por falta de información y orientación dicho método no era el adecuado a su organismo, de ahí que desde su colocación padeció varios desprendimientos del dispositivo. Finalmente la mujer 20, indicó sin mayor preámbulo "Yo no tomo ningún anticonceptivo porque no tengo hombre a diario, solo viene de vez en cuando a hacerme hijos".

* Operación de ligadura (Oclusión tubaria)

En relación a lo anterior, podemos decir que este desconocimiento es explicado en gran medida por el bajo nivel de escolaridad de las mujeres de la comunidad, ya que en promedio estudiaron hasta el 4o año de primaria, únicamente se dió el caso de una mujer que llegó a cursar hasta el 2o año de preparatoria. Sin embargo, las políticas de las instituciones de salud refuerzan estas deficiencias, pues sus planes señalan metas y diseñan estrategias relacionadas con la salud de la mujer sin entender ni tomar en cuenta su idiosincracia, preocupaciones, necesidades, valores y formas de vida, de ahí que se desprende cierta relación jerárquica entre médicos y pacientes donde ésta última es inferior en relación al otro por su "nivel económico, cultural y psicológico", aunado a que los médicos atienden en una forma automática y mecanizada en donde no se da una verdadera relación con fines profilácticos y sin preocuparse por dar atención especial a cada mujer, sino que se estandariza bajo mismo patrón de atención, a menos que ésta presente un síntoma "anormal", además el lenguaje técnico utilizado por los médicos rompe por completo con la relación médico-paciente inmersa en dudas que ocasionalmente se diluyen.

Así, nos encontramos con cifras desoladoras donde las mayores repercusiones recaen en la mujer:

Total de causas de consulta

externa en unidades medias de	Sexo Masc.
Sexo Fem.	

la SSA en 1987
1,359,351

698,633

Prevalencia de enfermedades	Sexo Masc.
Sexo Fem.	

agudas.	6,114.1
6,790.8	

Prevalencia de enfermedades	Sexo Masc.
Sexo Fem.	

crónicas e invalidez.	2,310.1
3780.6	

Esperanza de vida al nacimien-	Sexo Masc.
Sexo Fem.	

to periodo 1985-1990	65.72
6.56	

*Diferencia del hombre
respecto a la

mujer - 6.56

y

Haciendo un recuento general de las propuestas en términos de salud materno-infantil vertidas por la OMS, y las características encontradas en este pequeño sector bajo el mismo rubro, podemos decir que existe una seria ruptura entre lo que debería considerarse adecuada atención a la salud de las mujeres de la comunidad. Inicialmente habría que señalar que se trata de una colonia relativamente nueva que, como se ha mencionado está desprovista de servicios básicos como agua, drenaje y luz, por lo que para mejorar sus condiciones de vida los residentes participan en mítines del partido oficial y eventos que organiza la Delegación, así como en la organización de faenas para producir éstas mínimas condiciones de urbanización. En esto, la mujer tiene fundamental participación pues no solo se trata de sobrevivir bajo el continuo batallar cotidiano de acarrear agua y correr detrás de las pipas para abastecerse del vital líquido, algunas de ellas realizan alguna actividad para completar el gasto familiar, en este sentido, vemos como desempeñan más de una jornada laboral cuya retribución no existe. Como se ha señalado la falta de servicios en la colonia es evidente, bajo esto podemos decir que aquellos modelos de vivienda ideales propuestos por diversos autores al inicio del presente trabajo, y que finalmente repercuten en la adecuada salud de la familia, no existen. Un claro ejemplo es que según opinión de COPLAMAR, una vivienda en cuyo cuarto habitan más de 3 personas representa un serio problema de hacinamiento, nos encontramos que el promedio de habitantes por cuarto en la colonia es de 6 personas. Lo mismo sucede con ese modelo de alimentación, pues su dieta cotidiana tampoco reúne los requerimientos de nutrientes necesarios para garantizar una buena salud, sin exceptuar obviamente los servicios de salud localizados a una distancia donde forzosamente se hace necesaria la utilización de algún transporte, lo que además desajusta el gasto familiar, pues aunque los servicios de salud médica de la SSA como son los dispensarios médicos no cuentan con los medicamentos mínimos necesarios, de tal forma que esto origina un gasto más, de ahí que las mujeres recurren por lo general al automedicamento.

Por otra parte dentro de las instituciones de salud, el servicio que se proporciona es pésimo tanto en las clínicas del IMSS y más aún en las del SSA, iniciando con el resultado de un sondeo efectuado a mujeres acerca del tiempo de espera en la clínica para atención, el cual asciende a 2 hrs de espera como tiempo estimado. Además la infraestructura entendida por el lugar físico de atención donde intervienen factores como iluminación, ventilación, intercomunicación hidráulica y sanitaria de laboratorios y consultorios, este resulta deficiente en su totalidad en los dispensarios de la SSA, pues se tratan de pequeños consultorios con un espacio muy reducido carente de los elementos mencionados, mientras que las instalaciones del IMSS, son más aceptables, aunque no suficiente comparado con la demanda del servicio. En lo que respecta a los Recursos Humanos, factor importante para determinar la calidad de atención que se da a los pacientes, se trata de contar con personal capacitado para atender y resolver oportunamente cualquier problemática expuesta por los pacientes, en este sentido esta atribución dista mucho de la realidad pues la mayoría de médicos generalmente pasantes de medicina, tienen que desempeñar otra actividad de tipo laboral que complete un salario cómodo que le permita vivir. De ahí que la especialización ó algún otro estudio queda fuera de toda práctica real.

Finalmente acerca de la periodicidad de programas de salud que debería ser periódica y permanente es ocasional y los resultados son deficientes por la excesiva carga de trabajo y carencia de personal.

VI CONCLUSIONES Y REFLEXIONES GENERALES

El desarrollo económico y social del país ha requerido de la creciente participación de la mujer en las más diversas actividades, lo que ha acelerado grandes cambios que han enriquecido la vida de la nación. Esta incorporación de la mujer a las actividades productivas han modificado cambios característicos demográficos ocupacionales y escolares de las propias mujeres, que a su vez tienen relación directa con su salud. En este sentido podemos decir que existe una incipiente integración de la mujer a las actividades industriales y de servicios, que se ve deteriorada por el deficiente trato que se ha dado a la salud en términos de cobertura y pésima atención. Actualmente el presupuesto destinado a la prevención de enfermedades presentes en la población es menor en relación al destinado al aspecto curativo, esto muestra como la sociedad mexicana no ha sabido organizar sus servicios para satisfacer las necesidades de la población. Uno de los aspectos acerca de salud de la mujer que se ve seriamente afectado es el referente a la salud materno-infantil, ya que según datos proporcionados por SSA, éste ocupa una de las 10 principales causas de mortalidad en México (SSA, 1990), por otra parte y de acuerdo a datos recientes provenientes de la misma fuente, muestran que la población nacional para 1989, era de 86 millones de habitantes de los cuales 42 millones 803 mil 884, son mujeres; cifra que representa en términos de porcentaje un 49.9%, así mismo, el 50% de ellas inicia su vida sexual antes de los 17 años, esto explica que México ocupa un importante lugar en comparación con otros países con altas tasas de fecundidad. Por otra parte, la morbilidad femenina en la etapa prenatal, postnatal e intergestional sigue siendo elevada, por lo que se le considera un grave problema que en la mayoría de los casos encuentra su origen precisamente en cuestiones sociales: Desnutrición, trabajo excesivo, deficiente educación sexual y falta de atención e higiene adecuada en los hogares, producto a su vez de la heterogeneidad del país y de las grandes diferencias en los niveles de vida y salud de su población.

Adentrarnos a la Colonia Ampliación Lomas de San Bernabé, constituyó una forma de acercamiento a las causas estructurales que explican parcialmente este problema, latente no sólo en esta zona, sino en muchas otras colonias semiurbanas localizadas en el D.F., bajo este interés fue necesario acudir no solo a las mujeres de la colonia, sino también a los médicos que habitualmente les atienden. De esta forma se construyó un cuestionario que consideraba aspectos tales como datos personales, grado de escolaridad, ingresos, etc., lo que nos permitió dar cuenta de aquellos rasgos sociodemográficos que finalmente normara un criterio para explicar ciertas causas acerca de la atención a la salud en general y la materno-infantil. Una segunda etapa contemplaba aspectos ligados a la salud materno-infantil que nos llevaría a compararlos con los preceptos vertidos por la DMS, considerados como puntos esenciales que garantizan adecuada salud en una sociedad, por último, una etapa en la que se pretendió conocer la percepción que tienen las mujeres acerca de la salud, como parte de su cotidianeidad. Lo anterior, apoyado con entrevistas abiertas informales. Es así que durante el programa gubernamental conocido como "Semana de Solidaridad" (Agosto '90), previo pilotaje; se obtuvieron los resultados que aunque no pueden estandarizarse para toda la población, si dan muestra del atraso en materia de salud y como es que en las mujeres recaen las mayores agravantes de éste.

Tomando en consideración los preceptos del concepto de buena atención médica de Lee RI Jones, en quienes se han apoyado las últimas investigaciones realizadas por el INSP (Instituto Nacional de Salud Pública) y que textualmente se plantean como sigue:

" (La adecuada atención médica)(...) se limita a la práctica racional de la medicina sustentada en las ciencias médicas, (...) enfatiza la prevención de enfermedades, exige una cooperación inteligente entre el público en general y los profesionales de la medicina científica, trata al individuo como un todo, mantiene una relación personal cercana y continua entre el médico y paciente, funciona en coordinación con el trabajo social, coordina los diferentes tipos de servicios médicos y donde todos los servicios de la medicina científica moderna pueden ser aplicadas a las necesidades de salud de todas las personas "

podemos aducir que bajo esta premisa de calidad de atención los servicios de atención a la salud materno infantil son totalmente deficientes, ya que a un año de haber iniciado esta experiencia nos pudimos percatar de que las mujeres desconocen en que consiste el término de salud en su totalidad, ya que a este se le asocia únicamente con la presencia de enfermedades con cierto grado de agudez pues solo en presencia de fiebres se acude al médico, en este sentido se contrapone otra formulación de calidad en la que se exige una cooperación entre el paciente y el médico, así mismo la preparación de los médicos se aleja del modelo de aquel médico que trata al individuo como un todo, ya que en la mayoría de los casos se trata de médicos pasantes quienes tienen que desempeñar alguna otra actividad de tipo laboral indistinta a la de su profesión, a fin de completar un salario que asegure su supervivencia. Finalmente, la disparidad entre la oferta y demanda de los servicios de salud materno-infantil conllevan a que no existe tal coordinación de los diferentes tipos de servicios médicos, pues estos se proporcionan sólo a nivel de comunidad y difícilmente se otorgan a nivel individual, ello por la fuertes cargas de trabajo en los dispensarios y hospitales clínicos.

Esto sin duda repercute directamente en la atribución acerca del término de salud que tienen las mujeres de la comunidad. Así mismo la ubicación geográfica de los Centros de Salud, hacen que, a menos de ser necesario, acudan a éstos, pues ello implica recorrer de 500 a 600 mts a pie, para llegar al centro más cercano acompañados del niño y demás hijos a hacer una espera en antesala de aproximadamente 2 hrs, así hasta ser atendidas en no más de 15 minutos que dura la consulta, y ocasionalmente se le explique en que consiste el padecimiento de la enfermedad o alguna valoración más objetiva, limitándose la operación a recetarle algún tipo de medicamento que difícilmente es surtido por el costo que implica, de tal forma que de acuerdo a la gravedad del padecimiento las mujeres regresen nuevamente a consulta, esto sucede esporádicamente.

Haciendo un recuento general de las propuestas en términos de salud materno-infantil vertidas por la OMS, y las características encontradas en este pequeño sector bajo el mismo rubro, podemos decir que existe una seria ruptura entre lo que debería considerarse adecuada atención a la salud de las mujeres de la comunidad. Inicialmente habría que señalar que se trata de una colonia relativamente nueva que como se ha mencionado está desprovista de servicios básicos como agua, drenaje y luz, por lo que para mejorar sus condiciones de vida los residentes participan en mitines del partido oficial y eventos que organiza la Delegación, así como en la organización de faenas para producir éstas mínimas condiciones de urbanización, en esto, la mujer tiene fundamental participación pues no solo se trata de sobrevivir bajo el batallar cotidiano de acarrear agua y correr detrás de las pipas para abastecerse del líquido, algunas de ellas realizan alguna actividad extra, para completar el gasto familiar, en este sentido, vemos como desempeñan más de una jornada laboral cuya retribución no existe. Como se ha señalado, la falta de servicios en la Colonia es evidente, bajo esto, podemos decir que aquellos modelos de vivienda ideales propuestos por diversos autores y que finalmente repercuten en la salud, no existen en la comunidad. Lo mismo sucede con ese modelo de alimentación, pues su dieta cotidiana tampoco reúne los requerimientos de nutrientes necesarios para gozar de buena salud, pues sin excepción, durante el embarazo, la dieta de las mujeres no sufrió modificación, sin exceptuar obviamente los servicios de salud localizados a una distancia donde forzosamente se tiene la necesidad de utilizar algún tipo de transporte lo que además, desajusta el gasto familiar, pues aunque los servicios que brinda la SSA resultan casi gratuitos, estos no cuentan con los medicamentos mínimos necesarios, de tal forma que esto origina un gasto más, de ahí que las mujeres recurren por lo general al automedicamento.

Así, podemos concluir que efectivamente existen diferencias significativas entre los criterios considerados óptimos para la atención a la salud materno-infantil propuestos por la OMS y la atención que reciben las mujeres de la comunidad en ese ámbito, existe además una relación entre los factores socioeconómicos ingresos y escolaridad en las mujeres y su acceso a la atención a la salud materno-infantil, mientras que en los hospitales y clínicas de atención existe relación entre la capacidad instalada de los servicios de maternidad y el acceso a la misma.

Al parecer esto nos lleva a pensar que este proceso sigue un curso ciclico cuya causalidad es explicada por un serio problema estructural del sistema que nos impide dar una solución concreta a esta problemática sin embargo, refleja la urgente sensibilidad de adoptar una postura realista ante las necesidades de educar, responsabilizar y comprometer no solo a las mujeres, sino al público en general, así como al personal médico, con el fin de poder avanzar en la mayoría de los servicios que se ofrecen buscando ante todo mayor accesibilidad, aceptabilidad y efectividad ante las necesidades de salud de los habitantes de la Ciudad de México.

BIBLIOGRAFIA

- Ander-Egg, Ezequiel. Desarrollo de la Comunidad, El Ateneo, 1989.
- Cecely y D. Willams, et.al, Salud Materno-Infantil, Manuel Moderno, México, 1976.
- Collado Ardón Rolando, Médicos y Estructura Social, FCE UNAM, México, 1982
- Colectivo del libro de salud de las Mujeres de Boston, Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas ICARIA, Barcelona, 1984
- COPLAMAR, Necesidades Esenciales en México, Perspectivas para el año 2000, Tomo (Vivienda, Salud y Alimentación), Siglo XXI, México 1982.
- Dir. Gral de Salud Materno-Infantil, La Salud de la Mujer en México, (Cifras Comentadas), SSA, México, 1990.
- De la Metrópoli, UAM-A, México, 1985.
- Ferrara, et.al. Medicina de la Comunidad, Intermédica, Argentina, 1976.
- Horer, Suzanne, La Sexualidad de la Mujer, GEDISA
- Gomezjara, Francisco, Salud Comunitaria, Nueva Sociología México, 1983
- González, Lucero, Placer. Maternidad Voluntaria, Academia Mexicana de Derechos Humanos, México 1990.
- Leslie, Leonelli, Elisabetta, Más allá de los labios, Noguer, Barcelona, 1984.
- Leo, Johon, Maternidad Vs. Hermandad, Mujer/FEMPRESS, E.U. 1986.
- López, Acuña, Daniel. La Salud Desigual en México, Siglo XXI, México, 1982.
- Marín, Gerardo. Manual de Investigación en Psicología Social, Trillas, México, 1977
- Miller, F. Benjamín. Salud Individual y Colectiva. Interamericana, México, 1973.

- Mustard, Harry. Introducción a la Salud Pública. Prensa Médica Mexicana, 1965.
- Mujeres de España, ¿Para qué los hijos?, Mujer/FEMPRESS Ecuador, 1986.
- Rossato, Verónica. Feminismo y Maternidad, Mujer/FEMPRESS Peru, 1986.
- Rodney, M Coe, Sociología de la Medicina, Alianza Universitaria, España, 1973.
- San Martín, Hernán, Salud y Enfermedad, La Prensa Médica Mexicana, 1987.
- Solis de King Fabida, La Nueva Mujer, Mujer/FEMPRESS, Ecuador, 1986.
- Timio Mario. Clases Sociales y Enfermedad, Nueva Imagen, México, 1986.

HEMEROGRAFICA

- Boletín Inform. 14/15, Los Derechos de las Mujeres, Academia Mexicana de Derechos Humanos, Nov.Dic. 1989
- Doble Jornada, México, Mayo, 1990.
- Doble Jornada, México, Julio, 1990.
- Revista de Salud Pública de México, "Fecundidad y Salud en México", Marzo-Abril, 1989 Vol.31-2
- Revista de Salud Pública de México, "De la Cantidad a la Calidad y de la Evaluación a la Garantía", Marzo-Abril '90 Vol.32-2
- Síntesis Ejecutiva "Riesgos y Beneficios para la salud Perinatal de la Operación Cesárea en las Instituciones Mexicanas" INSP, Nov. 1986
- Síntesis Ejecutiva " Estructura Hospitalaria y su efecto sobre la mortalidad perinatal" INSP Nov. 1986
- Síntesis Ejecutiva, "Cantidad, Contenido y Oportunidad de la Atención Prenatal y sus Beneficios en la Sobrevivencia Perinatal" INSP, Nov.1986.

ANEXOS

A) MAPAS

B) CUESTIONARIO

CUESTIONARIO SOBRE SALUD MATERNO INFANTIL
EN LA COMUNIDAD AMPLIACION SAN BERNABE

I DATOS GENERALES

Nombre _____ Edad _____

Delegación _____ Colonia _____

Ubicación de la Vivienda

Calle _____ No.Ext. e Inter. _____

Tipo de Vivienda

Vivienda Particular _____ Vivienda Colectiva _____

Tenencia de la Vivienda

Propia () Alquilada () Prestada () Otro ()

Características de Vivienda

Lámina de cartón () Palma () Madera () Adobe ()

Lámina de asbesto () Tabique, Tabicón () Cemento ()

Servicios de la Vivienda

Agua

Agua Potable () Pipas () Llave colectiva () Otro ()

Energía Eléctrica

Servicio domiciliario () Diablos ()

Deshechos de Excretos

Drenaje Interdomiciliario () Letrinas ó Fosas Sépticas ()

No. Personas que ocupan la vivienda _____

No. de Familias dentro de la vivienda _____

¿ Qué problemas presenta principalmente su vivienda?

II DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Escolaridad

Sabe Leer () No sabe leer ()

Primaria	años completos	6
Secundaria	años completos	1
Preparatoria		
ó equivalente	años completos	
Esc. Superior	años completos	
Profesional	años completos	

Estado Civil

Union libre ()	Casada civil y religiosamente ()
Casada Civil ()	Casada religiosamente ()
Divorciada ()	Separada ()
Viuda ()	Soltera ()

Ocupación

Ocupación _____ Centro de Trabajo _____

Horas de ocupación 6:00 media

Ingresos

Sueldo Semanal _____ No. de personas que sostienen el gasto familiar 2

Ingreso Semanal total _____

Gasto familiar diario 0.4

Cantidad que aporta la mujer al gasto familiar 1

III SALUD

1) ¿Considera que su familia goza de buena salud?

2) En los últimos seis meses, ¿qué enfermedades se han presentado en los miembros de su familia?

3) Cuando esto sucede, ¿De qué manera resuelve estos problemas?

- a) Remedios caseros ()
- b) Centro de salud ()
- c) Automedicamento ()
- d) Otro () ¿Cuál?

4) ¿Esto representa algún costo para usted?

5) ¿Qué hábitos higiénicos acostumbra a seguir su familia?

- a) Hervir agua { 4
- b) Frecuencia Aseo personal ()
- c) Higiene en Alimentos ()
- d) Saneamiento de la vivienda
 - Deficiente ()
 - Regular ()
 - Aceptable ()

6) ¿Cuántos hijos tiene? (Edades)

①

7) ¿Se ha presentado algún aborto ?

8) El último parto que Usted tuvo, ¿Fue planeado?

9) Considera importante la Planificación Familiar? ¿Porqué?

IV SALUD MATERNO-INFANTIL

Servicios de Salud Materno-Infantil

1) ¿ Con qué frecuencia acudió a consultas durante su embarazo ?

Al menos una vez por semana
al menos una vez por semana

2) Tipo de servicio de ingreso a la clinica

- a) Urgencias ☒ ()
- b) Cita programada ()
- c) Otro ()

3) ¿ Cuánto tiempo permaneció hospitalizada ?

3 días

4) ¿ Le proporcionario alguna información de las características del parto y las condiciones de nacimiento de su hijo ? ¿Por qué medio ?

Después del parto

5) ¿ Con qué frecuencia acudió al médico, después del embarazo?

Al menos una vez por semana

6) ¿ Qué otros servicios recibió ?

- a) Platicas de educación sexual ()
- b) Planificación familiar ☒ ()
- c) Salud General ☒ ()

- d) Cuidados materno-infantil
 - e) Puéricultura
 - f) Estimulación temprana del niño
 - g) Otro
- () ¿Cuál?

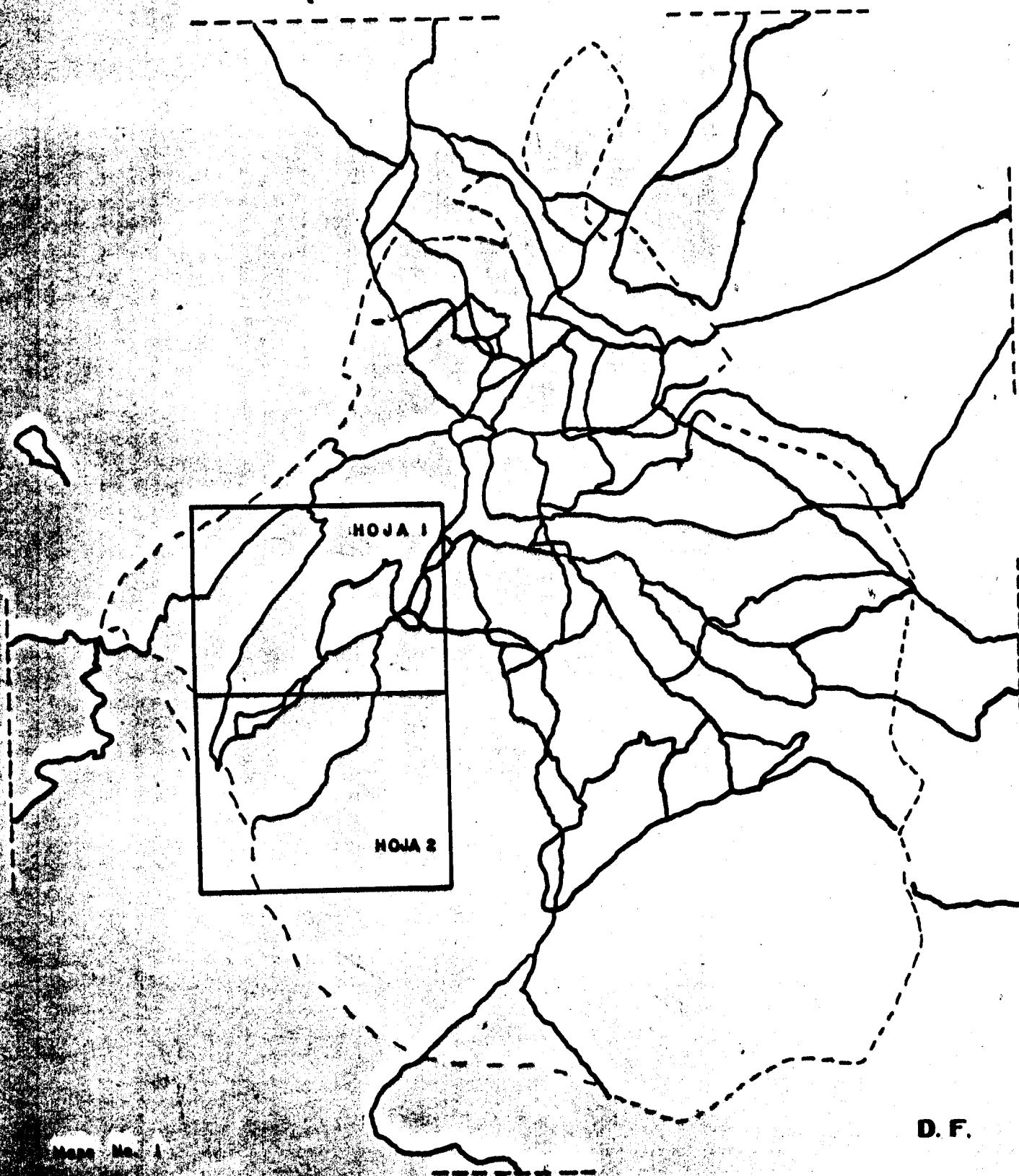
7) ¿ A qué problemas se enfrentó principalmente durante el periodo de embarazo?

8) Después de haber tenido a su hija (o), ¿ Cuanto tiempo permaneció en reposo en casa?

9) ¿Quién le ayudó con los quehaceres domésticos durante el embarazo?

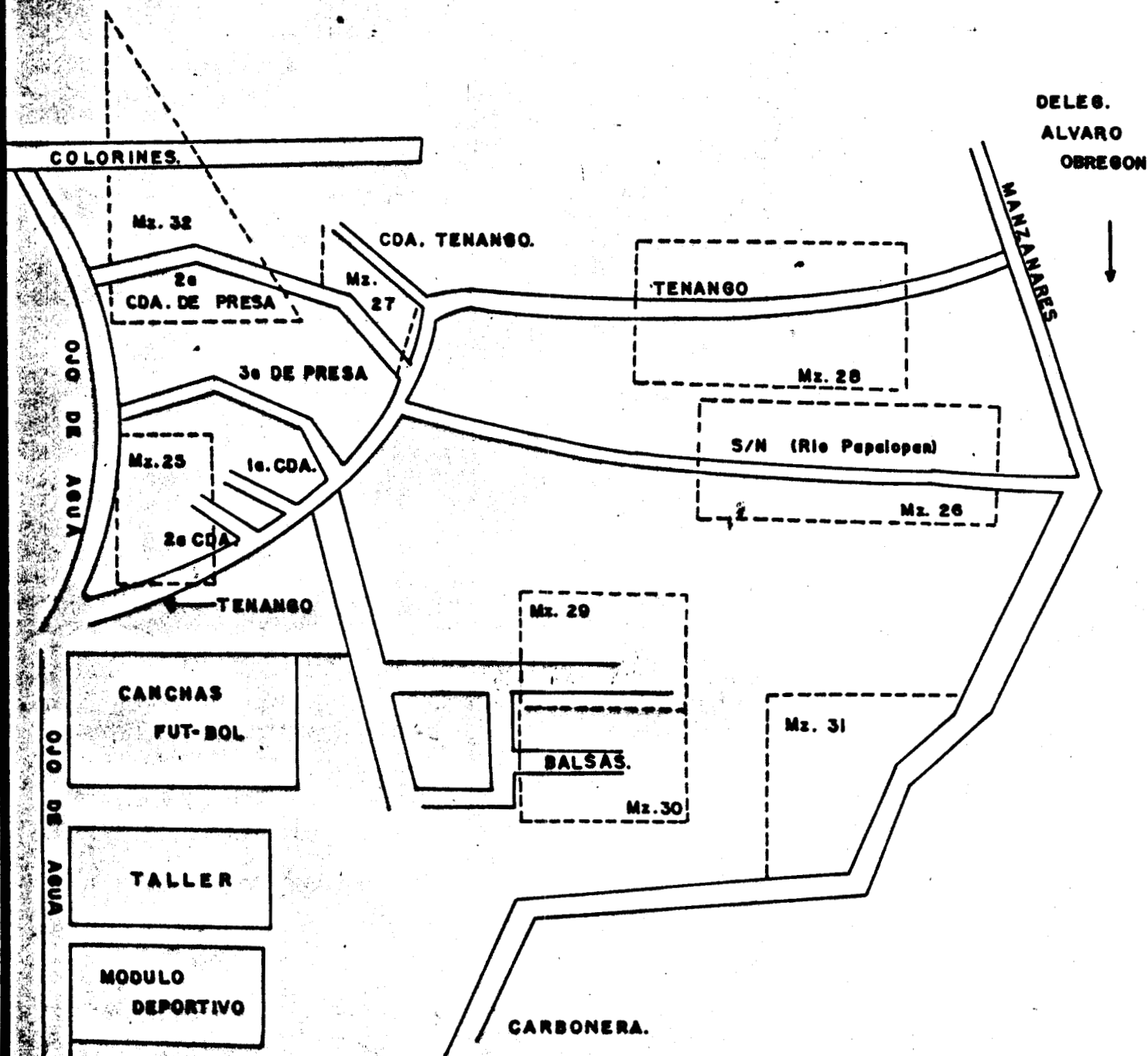
10) ¿ Cambio su alimentación durante el embarazo ?

**"CROQUIS DE LOCALIZACION DE LA
DELEG. MAGDALENA CONTRERAS".**



D. F.

"AMPLIACION LOMAS DE SAN BERNABE."



(LOCALIZACION COLONIA).

LOCALIZACION: SERVICIOS MEDICOS DE LA COL. "AMPLIACION LOMAS DE SAN BERNABE".

