



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
FACULTAD DE MEDICINA

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

“Evaluación de la percepción de accesibilidad de los servicios de salud: Un estudio de 3 comunidades marginadas del Valle de Atlixco, Puebla, México”

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

Presenta:

Eder Hernández Angelino

DIRECTOR DE TESIS:

D.C. Lis Rosales Baez

CO-DIRECTOR DE TESIS:

D.C. Irma Pérez Contreras

REVISOR DE TESIS:

D.C. Carlos Omar Muñoz Guarneros



NOVIEMBRE 2022

INDICE

1. ANTECEDENTES	1
1.1. Antecedentes generales.....	1
1.2. Antecedentes específicos.....	6
2. JUSTIFICACIÓN	15
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
4. HIPÓTESIS CIENTÍFICA	17
5. OBJETIVOS	17
5.1. Objetivo General.....	17
5.2. Objetivos Específicos	17
6. MATERIAL Y MÉTODOS	18
6.1. Diseño del estudio	18
6.2. Ubicación espacio - temporal.....	18
6.3. Estrategia del trabajo.....	26
6.4. Muestreo.....	27
6.4.4. Diseño y tipo de muestreo.....	28
6.4.5. Tamaño de la muestra.....	28
6.5. Definición de las variables y escalas de medición	29
6.6. Método de recolección de datos.....	33
6.7. Técnicas y procedimientos	33
6.8. Análisis de datos	33
6.9. Diseño estadístico	33
7.1. Recursos Humanos	33
7.2. Recursos Materiales	34
7.3. Recursos financieros	34
8. BIOÉTICA	35

9. RESULTADOS	38
10. DISCUSIÓN	51
11. CONCLUSIONES	58
12. FODA	61
13. PROPUESTA DE MEJORA	62
14. ANEXOS	64
15. BIBLIOGRAFÍA	73

1. ANTECEDENTES

1.1. Antecedentes generales

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental, y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades, como hace algunos años se entendía. El goce máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin importar raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud de todas las comunidades debe ser una condición fundamental para lograr objetivos como paz y seguridad, ya que eso depende tanto de las personas como de los estados. Por ello, los resultados alcanzados por cada estado en el fomento y protección de la salud es valioso, pero también debemos entender a la salud cómo la interacción de diferentes elementos tales como los sociales, políticos, económicos, culturales y científicos. Como lo apunta Briceño-León, “la salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y con la economía internacional” (1).

Los factores anteriormente mencionados no están aislados ni son independientes entre sí, ya que, para poder llegar al reflejo de salud en las personas, cada uno de los elementos mencionados se deben relacionar y, como resultado de esta integración, proyectar políticas públicas que impacten en el acceso a los servicios de salud y con ello en la salud de las personas.

Aunado a lo anterior y tal como lo menciona el doctor Frenk: “la salud es más que noción médica: es un concepto predominantemente social, porque se vincula con las costumbres, tradiciones, actitudes y juicios de valor de los diversos grupos de una sociedad, porque involucra a todos los agentes de la comunidad”, por lo que es necesario reafirmar que la salud es un entorno integral en donde se debe contar con los recursos humanos y técnicos, la infraestructura física y los insumos necesarios (2).

Para esto debemos comenzar por hablar de accesibilidad y como es definida por diversos autores.

De acuerdo con Sánchez Torres, la accesibilidad la podemos visualizar desde diferentes aristas: “a) Como parte del proceso de implementación de la política pública; b) Como un componente de la política pública integral de salud propuesta por la OMS, y c) Como el eslabón que une los procesos de oferta y demanda” (3). Como parte del proceso en la implementación de la política pública hay que considerar que:

- En la búsqueda de una mejora en el bienestar de la sociedad, se enfrentan una serie de retos que en ocasiones frenan el éxito de un programa, tales como: problemas de contexto, seguridad, problemas culturales, usos y costumbres, problemas financieros, de inseguridad, de burocracia y accesibilidad.
- En los procesos de la política pública, un elemento importante para que se cumplan los objetivos planteados inicialmente es la accesibilidad. El no contar con la accesibilidad permite que se amplíe la brecha de implementación como lo señala Maerilee Grindle, entre lo que se anuncia como política y lo que en realidad se ejecuta (4).
- En relación con la política de salud, la definición que se adecua es la de Bardach, al establecer el proceso de implementación como un ensamblaje de elementos requeridos para producir un resultado programático particular y el agotamiento de un número de juegos vagamente interrelacionados en donde estos elementos son contenidos o entregados al proceso de ensamblaje en términos particulares (4).

Finalmente, también es posible considerarla como el eslabón que permite que la oferta se una con la demanda, es decir, no basta la existencia de clínicas o programas de salud si no existen las condiciones para que la persona pueda demandar el servicio. En ese sentido, el debate teórico es interesante, intenso y se ha profundizado sobre las causas que inhiben o detonan que las personas tengan

o no acceso a los servicios de atención, en otras palabras, que cuenten con la accesibilidad (3).

El Instituto de Medicina de Estados Unidos define al acceso a salud como “el grado en el cual los individuos y los grupos de individuos tienen la capacidad de obtener los cuidados que requieren por parte de los servicios de atención médica” en donde se mencionan tres elementos importantes a considerar: el acceso, la calidad y los costos (5).

Por otro lado, Maia Sánchez y Mezquita Ciconelli, mencionan cuatro dimensiones de acceso a la salud, las cuales son: disponibilidad, aceptabilidad, capacidad de pago e información (6). Es importante mencionar que los primeros elementos que se tomaron en cuenta son aspecto geográfico y el aspecto económico; sin embargo, se agregaron elementos como aspectos culturales, educativos y socioeconómicos.

También si se analiza el concepto de accesibilidad en otros ámbitos, es posible encontrarlo como el vínculo que hace posible que las personas puedan tener ese medio que requieren. Por ejemplo: para las mujeres trabajadoras que son madres de familia, el hecho de que tengan un derecho a guardería para sus hijos, les permite el acceso a trabajar.

Por ejemplo, Gould menciona que el concepto de accesibilidad es importante para los servicios de salud y se deben señalar dos aspectos: el acceso de acuerdo con las características de la población en donde se analiza el ingreso familiar, cobertura del seguro, actitud hacia la atención médica y, por otra parte, el desempeño del sistema, revisando la distribución y organización de la mano de obra e infraestructura. Además, el acceso puede ser conceptualizado a partir del objetivo de la política pública de salud, considerando las características del sistema de atención y del riesgo de la población de enfermarse, también del uso actual de los servicios y la satisfacción del consumidor con estos servicios (7).

Por su parte, Moseley (8) da mayor énfasis a la accesibilidad física, la cual puede entenderse como un tributo del destino, pero relacionado directamente con la población, es decir, una clínica puede ser accesible a un individuo, pero inaccesible para otro. Ambos pueden vivir a la misma distancia del servicio, pero sus atributos y condiciones personales marcan la diferencia en sus oportunidades de acceso, es decir, se relaciona con la distancia geográfica y, el social se refiere a la distancia social existente entre el usuario potencial y el servicio, en donde se incluye la clase social, educación, valores culturales, percepciones, creencias. En este sentido Joseph y Phillips señalan el elemento social como la accesibilidad efectiva del destino (9).

El autor Salkevert menciona dos aspectos acerca de la accesibilidad que hace referencia a la accesibilidad económica, la cual se refiere a la capacidad de pago de los servicios de salud y la accesibilidad física en donde se toman en cuenta elementos como transporte, tiempo y la búsqueda de un proceso para la atención de la salud (10).

Garrocho para definir la accesibilidad utiliza la información geográfica como un medio para calcular el nivel de accesibilidad de los pobladores que hacen uso de los servicios de salud en consulta general, consulta especializada y hospitalización que prestan las instituciones de salud. Y menciona que el principal factor que afecta a la accesibilidad es la distancia que separa a los derechohabientes del centro de salud, así como el nivel socioeconómico (11).

La salud ha tomado a lo largo de la historia un papel fundamental, tal como la pandemia por el virus SARS-CoV-2 nos ha demostrado actualmente, como cita Alcántara a Durkheim: “la salud es un hecho social que puede ser tratado como cosa y es externo y coercitivo al individuo”. Es decir, la salud se ha ido transformando y adaptando a las condiciones, valores, creencias, costumbres y normas. De hecho, fue reconocida como derecho social a través de la declaración

Universal de los Derechos Humanos de la como parte del artículo 25 donde enuncia: “Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure –así como a su familia- la salud y el bienestar...”(3, 12), lo cual indica que la salud ha ido evolucionando de acuerdo a creencias y costumbres, pero también valores y normas.

Por lo anterior, los países en todo el mundo deben incluir la salud en sus legislaciones como parte de los derechos y protección a su población con el fin de garantizar lo que emana de la Organización de las Naciones Unidas.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implica que todas las personas y comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales salud, adecuados y oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como acceso a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular, de los grupos en situación de vulnerabilidad (13).

Como lo menciona D. Asante la accesibilidad a los servicios de salud y con ello la mejor de la salud de las comunidades es un gran reto para la salud pública de todos los países. Sin embargo, países en donde han logrado entender y establecer medidas que permita la mejora de accesibilidad a salud lo han logrado realizando una clasificación geográfica a través de diferentes indicadores del contexto, tales como tamaño de población, distancia a los centros urbanos, actividades económicas predominantes, entre otros (14).

1.2. Antecedentes específicos

Para hablar de accesibilidad, debemos comenzar por tomar la definición que dé acuerdo a la Real Academia Española, se refiere al adjetivo que se aplica a la persona o cosa a la que se puede acceder o llegar sin dificultad (15). Por lo tanto, al hablar de accesibilidad en salud, nos referimos a que deben existir condiciones para que todas las personas puedan llegar a servicios de salud sin dificultad.

En septiembre de 1978 en la ciudad de Alma Ata, se llevó a cabo una de las conferencias más importantes en relación con salud, en donde se reunieron los representantes de todos los países del mundo para realizar un análisis de la situación en ese momento de la salud a nivel mundial. Posterior a dicho análisis se dio como resultado la declaración de Alma Ata, donde se estableció la estrategia y la filosofía de llevar salud a todos (16).

Una vez establecido se propuso lograr salud en las personas, de acuerdo con la definición de la OMS, a través de atención primaria de salud, la cual se explica como la organización de servicios de salud continuos, globales, integrales, buscando eficacia y eficiencia.

Para fines de este trabajo es importante mencionar puntos relevantes de esta declaración, en donde se definió la atención primaria de salud como “asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptados, aceptado universalmente, accesible a todos los individuos y a todas las familias de la comunidad, con plena participación comunitaria, a un costo que la comunidad y el país pueden asumir a todos los niveles de su desarrollo dentro de un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (4).

En relación con la accesibilidad a la salud la declaración de Alma Ata deja en claro que “la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población,

especialmente entre países de desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países”. Que “los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que solo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial en donde la atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social” (16).

Y de la misma manera menciona que “todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacional, con objetivo de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. En donde será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles” (16).

A partir del año 2014, la OPS planteo un programa de salud universal en donde menciona “todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad” (13).

De esta manera tanto en el tratado de Alma Ata, cuyos objetivos estaban planteados para cumplirse en el año 2000, así como lo que ha planteado la OPS se menciona como eje fundamental la garantía de acceso a la salud para todas las personas, mediante diferentes estrategias, sin embargo, en países como México, como resultado de diferentes elementos, no podemos hablar de que exista accesibilidad de acuerdo con la definición que establece la para toda la población del país, “Adjetivo que se aplica a la persona o cosa a la que se puede acceder o llegar sin dificultad”.

En el año 2000, en septiembre, líderes de todo el mundo se reunieron en New York para determinar las estrategias de colaboración para reducir niveles de extrema pobreza, dando como resultado los Objetivos de desarrollo del milenio. En estos objetivos se plantean 8 objetivos, 18 metas y 48 indicadores, en donde entre otro se busca reducir la pobreza, el analfabetismo, la mortalidad infantil y la materna y el VIH/SIDA. En el año 2015 una vez que se cumplió el tiempo para los 8 objetivos se acordó una nueva agenda para el desarrollo. En esta agenda se plantea un plan para favorecer a las personas, en donde se presentan esta vez 17 objetivos de desarrollo sostenible con 169 metas. Uno de los ejes, se encuentra el de salud, en donde de acuerdo con el grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de América Latina y el Caribe, “No obstante, los avances generales, estos mismos no se han visto acompañados de una reducción estructural de las desigualdades. Y esa ausencia de una reducción sistemática es la que hace que sea una de las regiones de mayor inequidad social y sanitaria del planeta. Particular relevancia tiene la desigualdad relativa, es decir la que existe entre los grupos sociales; una medida que sirve para conocer más de cerca el impacto de las políticas públicas en los segmentos de población más pobres y vulnerables” (12).

En este sentido, en México la accesibilidad a la salud está garantizada por la Constitución Política en su artículo 4º, párrafo cuarto establece que toda persona tiene derecho a la protección de salud y que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general y definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social (17).

En México existe un sistema de salud, el cual está integrado por dependencias de administración pública, federal y local, pero también por

personas físicas o morales del sector social y privado, que dan servicios de salud a la comunidad en México.

El encargado de liderar los esfuerzos por garantizar la salud de la población mexicana es la Secretaría de Salud, quien también debe evaluar y corregir las acciones de institutos nacionales, hospitales regionales, hospitales estatales, etc. Por lo tanto, a partir de la Secretaría de Salud, emanan estrategias y proyectos con el fin de garantizar la salud de toda la comunidad en el país, a través de acciones de salud pública y regulación sanitaria.

De esta manera, los institutos de seguridad social prestan servicios médicos y de prevención principalmente a sus derechohabientes, aunque en algunas ocasiones se vincula con las acciones de la Secretaría de Salud para ofrecer acciones de salud pública a toda la comunidad, como sucede en semanas nacionales de salud.

Debemos entender al sistema de salud mexicano como el conjunto de instituciones que tienen el objetivo de brindar cobertura en salud a toda la

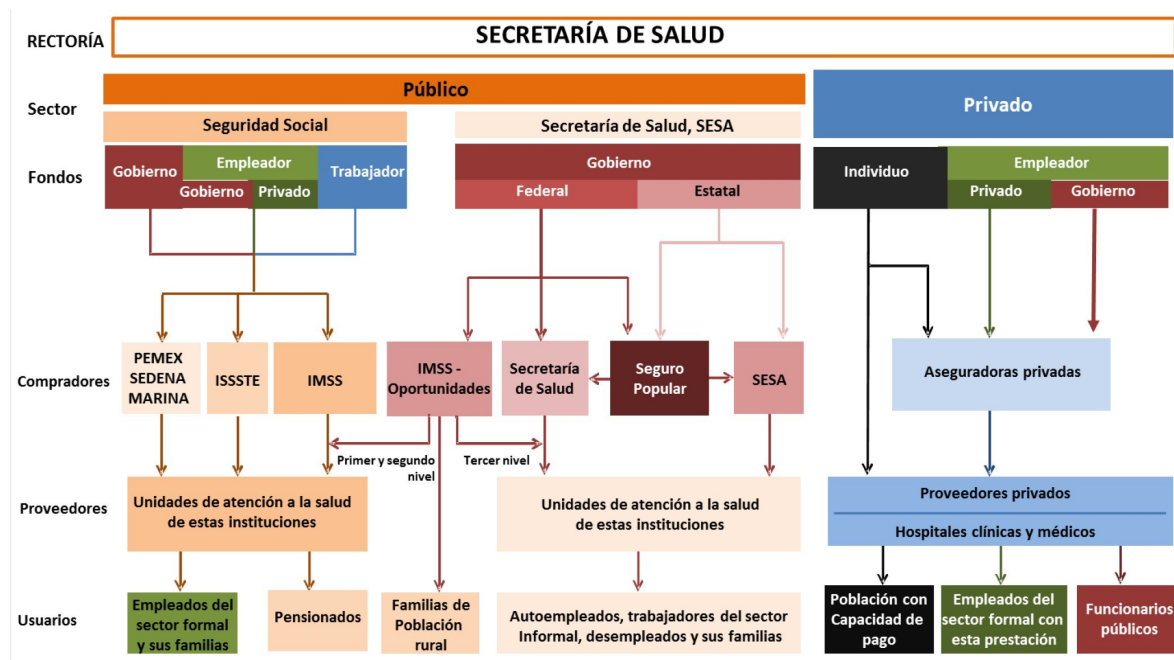


Imagen 1. Estructura actual del Sistema de Salud en México (tomado de Muñoz Hernández y cols., 2012).

comunidad mexicana, estableciendo que este sistema de salud lo comprende el sector privado y el sector público. Por un lado, el sector público es conformado instituciones de seguridad social, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros, que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, y a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se incluyen el sistema de protección social en salud, cuyo operador es el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O). Mientras que el sector privado está disponible a la población que cuenta con los recursos suficientes para pagarlo, tal como se muestra en la imagen 1.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), al último registro reportado correspondiente al año 2020, México cuenta con una población de 126,014,024 millones de habitantes de los cuales 92,582,812 millones cuentan con afiliación a alguna institución (ver Tabla 1), distribuidos en cada estado como se muestra en la tabla 2.

Indicador	Porcentaje 2020
IMSS	51.0
INSABI o Seguro popular	35.5
ISSSTE o ISSSTE estatal	8.8
Institución privada	2.8
PEMEX SDN o SM	1.3
Otra institución	1.2
IMSS Bienestar	1.0

Cabe resaltar que el 51% de personas con afiliación se encuentran afiliados a al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que es la institución con mayor población afiliada, la cual da servicio a los trabajadores del sector formal de la economía en el país, tanto activos como jubilados así como sus familias y la cual se

financia a través de tres visas principalmente, las cuotas obrero-patronales, aportaciones del gobierno federal y concepto como intereses u otros productos financieros (6).

El Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), da cobertura a los auto-empleados, los trabajadores del sector informal de la economía, los desempleados y las personas que se encuentran fuera del mercadode trabajo, así como sus familiares y dependientes, lo que representa el 35.5% de la población (ver tabla 1). Se trata de la población no asalariada, que debedistinguirse de la población que trabaja en el sector informal de la economía, que es solo una parte de aquel universo. Tradicionalmente, este sector de la población había recurrido, para resolver sus necesidades de salud, a los servicios de la SSa, los SESA y el IMSS-O, y recibía servicios sobre una base asistencial.

En lo referente a las instituciones de seguridad como ISSSTE o ISSSTE estatales se encargan al igual que el IMSS de dar cobertura a los trabajadores del estado, trabajadores del sector formal, lo que corresponde al 8.8% de población afiliada (ver tabla 1).

De igual forma, en lo que corresponde a PEMEX, SEDENA y Secretaría de Marina que representan el 1.3%, dan cobertura a los trabajadores de estas instituciones. Mientras que las instituciones privadas cubren el 2.8% de la población, siendo exclusivamente para el sector que con capacidad de pago.

Específicamente en el estado de Puebla, de acuerdo los reportes del INEGI en el año 2020 se reportan que de la población total que es de 6,583,278 habitantes, 4,650,982 cuentan con algún tipo de seguridad (ver tabla 3) de los

Entidad	Porcentaje de población afiliada a servicios de salud
Chihuahua	84.4
Baja California Sur	83.2
Colima	82.8
San Luis Potosí	82.5
Aguascalientes	81.4
Sonora	81.2
Nuevo León	80.9
Sinaloa	80.9
Coahuila de Zaragoza	80.7
Zacatecas	79.7
Tamaulipas	79.5
Querétaro	79.1
Guanajuato	79.0
Yucatán	78.0
Nayarit	77.7
Campeche	77.5
Baja California	77.1
Durango	74.6
Guerrero	74.3
Quintana Roo	73.5
Estados Unidos Mexicanos	73.5
Ciudad de México	72.6
Veracruz de Ignacio de la Llave	72.3
Morelos	71.9
Tlaxcala	71.8
Puebla	70.6
Oaxaca	70.3
Jalisco	69.9
Hidalgo	69.7
Tabasco	68.5
Chiapas	66.7
México	66.3
Michoacán de Ocampo	62.2

Tabla 2. Porcentaje de población afiliada a Servicios de Salud en la República Mexicana (tomado de INEGI).

cuales, se registran 2,721,081 habitantes que acuden a atención al Instituto de Salud para el Bienestar quien, en Puebla, es la institución con mayor población afiliada. Mientras que lo que corresponde a la población del IMSS es de 1,445,433 de afiliados, el ISSSTE cuenta con 218,559 afiliados el ISSSTEP con 97,861 afiliados y Pemex, Defensa y Marina con 34,972. En lo que corresponde a las instituciones privadas, cubren a 90,326 personas que cuentan con la posibilidad de pago, como se muestra en la siguiente tabla (ver Tabla 3).

Como lo menciona Alejandra Sánchez Torres “la política pública en salud tiene su sustento en los derechos a la salud decretados a partir de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se señala la disponibilidad a otorgar servicios necesarios para cumplir con el derecho a la salud, y la cual se amplía en la Ley General de Salud, donde se especifican los elementos involucrados en el concepto y las condiciones para hacerlo efectivo, así como las instituciones encargadas de prestar los servicios y la fuente de financiamiento. En suma, operacionaliza el sistema de salud, da un marco regulatorio donde se adecuan los programas para hacer realidad los derechos a la salud.

Entidad federativa	Total	IMSS	ISSSTE	ISSSTE estatal	Pemex, Defensa o Marina	Instituto de Salud para el Bienestar	IMSS-Bienestar	Institución privada	Otra institución
Puebla	4 650 982	1 445 433	218 559	97 861	34 972	2 721 081	54 956	90 326	41 363

Tabla 3. Distribución de los servicios de salud en el Estado de Puebla (Tomado de INEGI).

En México, la política pública en salud está integrada por cuatro componentes, considerando los pilares de la política pública integral propuesta por la OMS. En relación con la accesibilidad como componente de la política pública, es el canal que une la oferta con la demanda; en otras palabras, es el mecanismo con el cual las personas pueden acceder a los servicios de salud, quedando en función del contexto en que se ubique. En suma, la política pública en salud y la accesibilidad tendrá éxito en la medida que se generen esos mecanismos o estrategias que permitan a las personas acceder a los servicios de salud. Más allá

de pensar en los elementos que la componen, se debe buscar la manera de adecuarla a la realidad que se quiere aplicar. Entre más enfocada, mayor énfasis tendrá y se podrá confirmar que existen los medios para que las personas tengan una accesibilidad efectiva (6, 18).

2. JUSTIFICACIÓN

Las comunidades rurales en México son un grupo vulnerable en temas de salud debido a que sus habitantes están expuestos a diversos riesgos por barreras de inequidad social, lo que reduce la capacidad de respuesta para movilizar recursos sociales dados los problemas de accesibilidad para los servicios de salud. Dentro de las variables que colocan a estas comunidades en esta posición de vulnerabilidad se encuentran: la distancia entre sus hogares y las clínicas, las condiciones adversas de los medios de transporte para llegar a estas sorteando problemas de tiempo, de costos y dificultades de movilidad, lo que se agrega la calidad de atención que recibirán tras los contratiempos antes mencionados y la desconfianza hacia los proveedores de salud, posiblemente derivados del constante cambio de personal y consecuente proceso de adaptación, así como el desabasto de medicamentos, lo que finalmente repercute en un inadecuado estado de salud de la comunidad. Es claro que todo esto es consecuencia directa de un sistema de salud ineficiente que no cuenta con las políticas públicas adecuadas que aseguren la cobertura real de servicios para estas poblaciones, lo que conlleva al desamparo completo del estado de salud de los habitantes de estas zonas rurales y ha repercutido de manera directa e irreversible en la salud comunitaria del país.

Con base en una intervención comunitaria realizada en 2019 logramos identificar los problemas de salud de la población, detectando enfermedades crónico-degenerativas, metabólicas, neurológicas, por adicciones, enfermedades transmisibles, mentales y gestacionales, así como discapacidades causadas por algún accidente, además de un tema que es bien sabido representa una de las principales problemáticas a atender en este tipo de poblaciones que es la salud de la mujer.

Así, tras la evaluación de la percepción de las necesidades de la población en temas de salud, será posible plantear una propuesta de política pública que repercuta positivamente en este problema de salud pública, no solo de las

comunidades estudiadas si no de un número importante de poblaciones en México que se encuentran en condiciones similares.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud comunitaria de los habitantes de zonas marginadas es deficiente debido a la falta de accesibilidad a los servicios de salud, esto como consecuencia de la ineficiencia de la aplicación de políticas que rigen el acceso a la salud, puesto que pretenden aplicarse de manera general y no están enfocadas a las características particulares de los habitantes de dichas poblaciones, sus costumbres e ideales, lo que repercute en la percepción de falta de protección a la salud de los miembros de la comunidad. Esto aunado a elementos geográficos como la ubicación y distancia de las clínicas o centros de salud, los caminos o carreteras para poder llegar a estos, la distancia a la que se encuentran así como las posibilidades de medio de transporte que tienen las personas de cada comunidad, los tiempos en los que está disponible estos servicios, la seguridad que existe para llegar y la economía.

Es importante mencionar que lo anterior es el resultado de acciones que se desencadenan de políticas públicas en materia de salud, las cuales de acuerdo con el maestro Emanuel Orozco, se formulan a partir de la identificación de un problema, seguido del diagnóstico de la situación actual, la formulación de política, decisión política, la implementación y la evaluación (19).

La formulación de políticas públicas implica el análisis de la toma de decisiones, así como la adecuación, pertinencia y resonancia, pero sobre todo congruencia con el mundo real. Y es ahí en donde podemos plantear que las políticas públicas de salud actualmente, aunque en la teoría da respuesta a las necesidades de salud y en específico a la necesidad de accesibilidad a servicios de salud, ya en la operación, podemos denotar que estamos lejos de ello, ya que principalmente las poblaciones marginadas la accesibilidad que hay se encuentra a trayectos largos para llegar a un centro de salud, o en su defecto a prestadores

de servicios de salud que no tienen la confianza de la población y con ello, los pobladores buscan alternativas de manera privada, dejando de lado los servicios de salud que otorga el estado con el propósito de garantizar uno de los derechos primordiales que es, el derecho a la salud.

4. HIPÓTESIS CIENTÍFICA

La accesibilidad a los servicios de salud es deficiente en comunidades marginadas debido a que la aplicación de políticas públicas de las que derivan los programas de salud no contemplan elementos geográficos, económicos, sociales y culturales de las comunidades ni las condiciones estructurales de los centros de salud, clínicas u hospitales.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

- Evaluar la percepción de la población respecto a la accesibilidad de los servicios de salud para proponer una política pública integral que favorezca la salud comunitaria en zonas marginadas del estado de Puebla.

5.2. Objetivos Específicos

- Identificar los principales problemas de salud según la percepción de los habitantes de las comunidades.
- Analizar la relación entre la frecuencia de visitas a los centros de salud y la factibilidad de hacerlo.
- Analizar la relación entre la frecuencia de visitas a los centros de salud y la calidad del servicio.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1. Diseño del estudio

Observacional - Transversal - Diagnóstica - Poblacional.

6.2. Ubicación espacio - temporal

Los datos que se presentarán son datos recolectados en el año 2019 en las comunidades de San Francisco Xochiteopan, Colonia Agrarista y Santa Ana Coatepec, comunidades marginadas pertenecientes al municipio de Atzizihuacán y Huaquechula, respectivamente, todas las poblaciones en la región del valle de Atlixco en el estado de Puebla, México.

Actualmente, la distribución territorial del Estado de Puebla está compuesta por 32 regiones en las que se agrupan los 217 municipios del Estado; estas regiones privilegian de manera transversal la eficiencia económica con justicia social, igualdad de condiciones y oportunidades, así como una distribución equitativa de la riqueza, del conocimiento y del poder de decisión, esto según el Plan Estatal de Desarrollo para el periodo 2019-2024.

En estas regiones se localizan 6,578 localidades y es de gran importancia para nuestro estudio el conocer que del total 6,233 localidades son rurales y solo 345 urbanas, en donde se ubica el 73% de la población, esto de acuerdo a datos obtenidos de las páginas de internet del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y del Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal (20, 21, 22, 23).

De las 32 regiones mencionadas por el Plan de Desarrollo Estatal, en la zona 19, zona centro oeste del Estado de Puebla, que lleva por nombre "Atlixco" se localizan el municipio de Atzizihuacán, identificado con el número 022 así como el municipio de Huaquechula, con el número 069 (Plan Estatal de Desarrollo). En dichos municipios, se localizan las tres comunidades en las cuales realizamos este estudio durante el que examinaremos las diferencias y similitudes entre las

comunidades con un enfoque en la intersección entre la vivienda y el entorno construido y su impacto en la salud comunitaria (ver tabla 4). Para iniciar, describiremos brevemente dichas comunidades marginadas del estado de Puebla.

Comunidad	San Francisco Xochiteopan	Colonia Agrarista	Santa Ana Coatepec
Población total (2019)	984	306	1147
Clasificación	Rural	Rural	Peri-urbana
Distancia desde Atlixco (km)	38.5	41.5	11.5
Actividad económica principal	Agricultura	Agricultura	Agricultura

Tabla 4. Condiciones demográficas generales de las tres comunidades (tomado de Latin American Housing Network).

Atzizihuacán

Este municipio tiene una superficie de 129.74 kilómetros cuadrados, lo que lo ubica en el lugar 102 por número de habitantes respecto a los municipios del Estado de Puebla, se localiza en las faldas inferiores de la sierra nevada, presenta un declive más o menos regular con conjuntos montañosos o cerros aislados; tiene una altitud que oscila entre 2200 y 1940 metros sobre el nivel del mar. Tienen de manera predominante un clima semi cálido sub húmedo con lluvias en verano (20).

Al 2020 la población era de 12857 habitantes (46.9% hombres y 53.1% mujeres) con una densidad de población de 95.9 habitantes/km². En el mismo año 8.13% de la población no contaba con acceso al sistema de alcantarillado, 1.73% no tenía acceso al suministro de agua, 4.85% no tenía baño y 0.93% no poseía energía eléctrica (24).

Respecto a su regionalización política, este municipio pertenece al distrito local 10, al Distrito Judicial número III con cabecera en Atlixco y a la jurisdicción sanitaria número 05. Su localización precisa está dada por las siguientes coordenadas geográficas: 18° 46' 00" y 18° 53' 24" de latitud norte y 98° 28' 54" y 98° 42' 00" de longitud occidental. Atzizihuacán colinda con Tochimilco y el Estado

de Morelos por el norte, al sur con Acteopan y Tepemaxalco, al oeste con Huaquechula y Atlixco y al poniente con el Estado de Morelos (22).

La población total está alojada en 21 poblaciones (ver imagen 2), entre las que destacan por su número de habitantes: San Juan Tejupa, San Miguel Aguacomulcan, San Francisco Xochiteopan, San Mateo Coatepec y la colonia Agrarista Emiliano Zapata, así como la cabecera municipal que es Santiago Atzizihuacán (21).

A continuación se describen características generales de dos de las poblaciones pertenecientes al municipio de Atzizihuacán que fueron incluidas en el presente estudio (ver también tabla 4).

San Francisco Xochiteopan

Es un pequeño poblado ubicado en el municipio de Atzizihuacán en el estado de Puebla, tiene una población de unos 984 habitantes y aproximadamente 354 viviendas. Xochiteopan es un pueblo profundamente conectado con sus creencias religiosas, al respecto es importante resaltar que el colapso de su iglesia

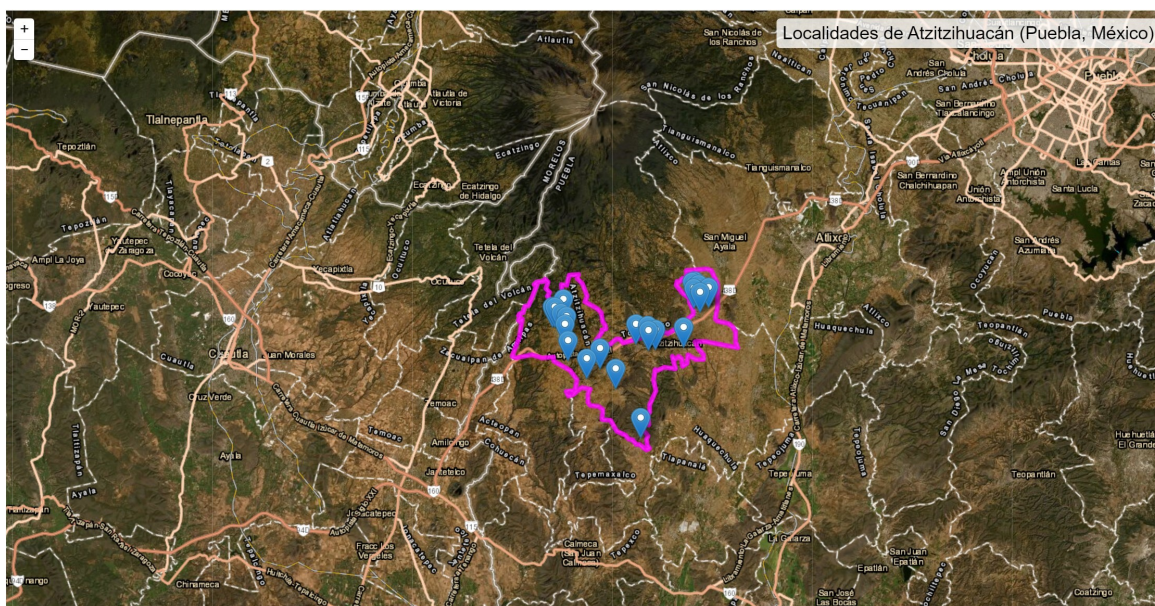


Imagen 2. Localidades del municipio de Atzizihuacán. Con marcadores en azul se señalan las localidades del municipio de Atzizihuacán, se resalta en rosa el límite de este municipio. Descarta la cercanía con el municipio de Atlixco (tomado de Pueblos de México en Internet en <https://mexico.pueblosamerica.com//mapa-mun/puebla/atzizihuacan/>).

principal, tras el sismo del 2017, tuvo un tremendo impacto en la salud mental de toda la comunidad. Es de interés para este estudio el hacer mención de que esta comunidad se caracteriza por poseer una clínica de primer nivel operada por estudiantes de medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (25).

Colonia Agrarista Emiliano Zapata

Este es el nombre formal de la población, aunque es ampliamente conocida por la abreviatura Colonia Agrarista o simplemente Agrarista, cabe resaltar que el nombre completo de la población que incluye a Emiliano Zapata es motivo de gran orgullo, tanto así que el centro comunitario tiene una imagen de este personaje histórico en la pared. La Colonia Agrarista está ubicada en el municipio de Atzitzihuacán, tiene una población de unos 323 habitantes y aproximadamente 115 viviendas (2).

Es el más pequeño de los tres pueblos rurales estudiados, y esto puede deberse a que Colonia Agrarista, surgió hace unos 40 a 50 años cuando se separaron de San Francisco Xochiteopan a raíz de las disputas territoriales y se trasladaron a tierras vecinas cuesta arriba. Los recién llegados dividieron la tierra del área urbana designada (la zona urbana ejidal) en parcelas de igual tamaño: 50m x 50m (2500 metros cuadrados); y, como parte del programa de reforma agraria, a cada ejidatario se le asignó una serie de parcelas agrícolas (24, 26).

Colonia Agrarista cuenta con una pequeña Casa de Salud operada por un miembro designado de la comunidad que no tiene experiencia médica profesional y, por lo tanto, tiene recursos y poder limitados en relación con las patologías que puede y no puede tratar en los pacientes. Cabe mencionar que recientemente se construyó una Casa de Salud completamente nueva, este establecimiento trabaja en estrecha colaboración con la clínica de primer nivel en San Francisco Xochiteopan al cual son referidos los pacientes de Agrarista por padecimientos más graves (2).

Huaquechula

El municipio de Huaquechula tiene una superficie de 231.48 kilómetros

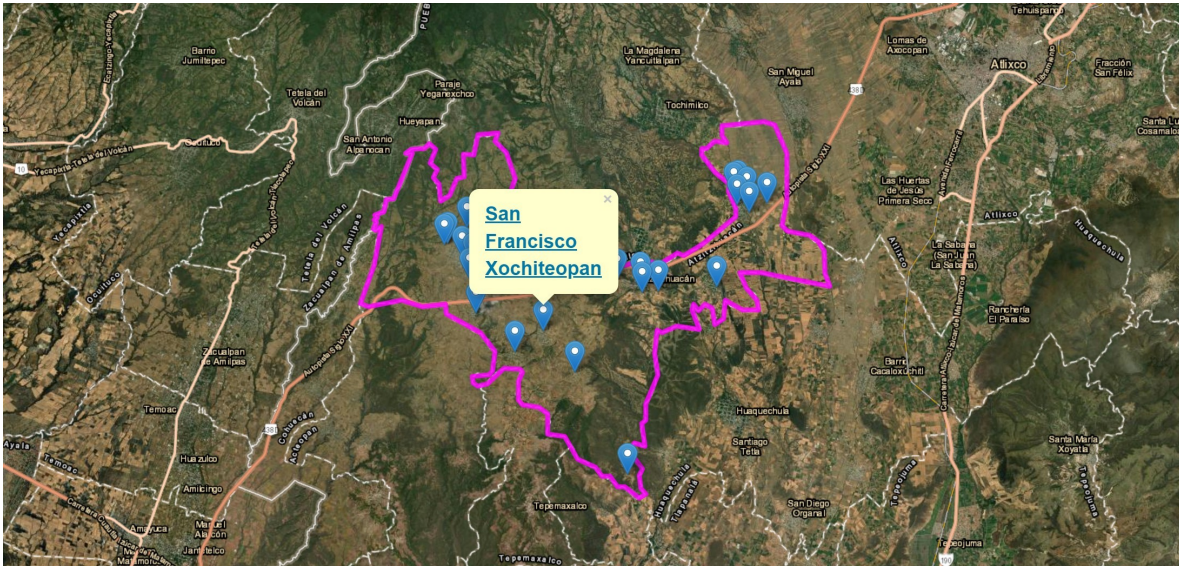


Imagen 3. Poblado de San Francisco Xochiteopan, perteneciente al municipio de Atzizihuacán (Tomado de <https://mexico.pueblosamerica.com/i/san-francisco-xochiteopan>).

cuadrados que lo ubica en el lugar 53 con respecto a los demás municipios del Puebla, el municipio se localiza en la parte centro oeste del estado de Puebla y pertenece casi en su totalidad, morfológicamente, al valle de Atlixco. Sus coordenadas geográficas son los paralelos $18^{\circ} 40'06''$ y $18^{\circ} 51'48''$ de latitud norte y los meridianos $98^{\circ} 21'18''$ y $98^{\circ} 39'36''$ de longitud occidental. El municipio colinda al norte con los municipios de Atzizihuacán y Atlixco, al sur con el municipio de Tlapanala, al este con el municipio de Tepeojuma y al oeste con el municipio de Tepemexalco. Por pertenecer a un valle que desciende de las laderas de la sierra nevada, el terreno marca un ligero declive de norte a sur de 1700 metros sobre el nivel del mar a menos de 1500 m; al este se identifica una zona montañosa que culmina en el cerro el Metate (23).

En 2020, la población en Huaquechula fue de 29,233 habitantes (47.2% hombres y 52.8% mujeres), cabe resaltar que la población creció un 15.2% en 10 años. En el mismo año, 4.21% de la población en Huaquechula no tenía acceso a

sistemas de alcantarillado, 1.85% no contaba con red de suministro de agua, 3.38% no tenía baño y 0.97% no poseía energía eléctrica (27).

Huaquechula es la cabecera municipal, pero el municipio alberga 30 localidades entre las que destacan: Santa Ana Coatepec, el Troncal, Teocalco de Dorantes, Tezonteopan de Bonilla, San Juan Huilco, Santiago Tetla y San Diego Organal, entre otras. Es la primera de estas comunidades con la cual trabajamos durante el estudio y, por tanto, la describiremos a continuación (27).



Imagen 4. Colonia Agrarista Emiliano Zapata, perteneciente al municipio de Atzizihuacán (Tomado de <https://mexico.pueblosamerica.com/i/emiliano-zapata-col-agrarista>).

Santa Ana Coatepec

Es una comunidad periurbana del municipio de Huaquechula, ubicada aproximadamente a 10 km del centro de Atlixco y a 20 kilómetros de la cabecera municipal, esta población es habitada por alrededor de 1,591 personas. La actividad económica preponderante es la agricultura con cultivos de maíz y cebolla(6).

Santa Ana representó un caso interesante en el estudio ya que exhibe una mezcla entre beneficios y desafíos de estar ubicado cerca del centro urbano de

Atlixco, mientras que también tiene altas proporciones de su población dedicada a la agricultura ejidal de pequeña escala. Su sector agrícola no es muy diferente al de San Francisco Xochitoepean y Colonia Agrarista, pero si es mucho más diversificado en términos de productos y acceso a fuentes de agua. Sin embargo, en comparación con esas comunidades, cuenta con grandes construcciones de vivienda, lo cual podría ser consecuencia de actividades económicas más lucrativas que son posibles dada la proximidad con Atlixco y, en menor medida,

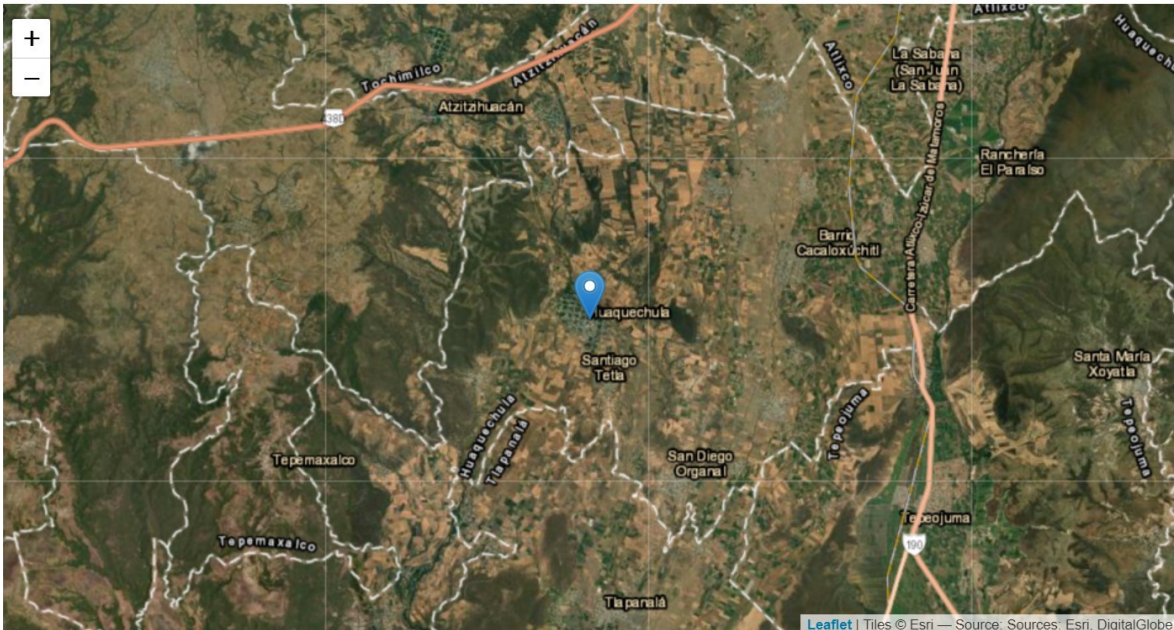


Imagen 5. Municipio de Huaquechula (Tomado de INAFED en <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM21puebla/municipios/21069a.html>).

con la ciudad de Puebla. Además, en cuanto a su infraestructura, las vías y servicios públicos son en su mayoría equivalentes a los de Atlixco, lo que ilustra la inversión pública y el crecimiento como consecuencia de su ubicación (2).

Esta población cuenta con una clínica comunitaria a cargo de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad de Puebla que brinda algunos servicios básicos de salud, especialmente para recién nacidos y lactantes. También es la única comunidad de las cuatro estudiadas que cuenta con un centro de rehabilitación para personas con adicción a las drogas o al alcohol (2).

Existen algunos otros datos de interés para este estudio reportados en los resultados del Censo de Población y Vivienda del 2020, realizado entre el 2 y el 27 de marzo por el INEGI y que están disponibles en el sitio web de DataMÉXICO, dichos datos se sintetizan en la tabla siguiente y cobrarán importancia para el análisis, resultados y perspectivas del presente trabajo (ver tabla 5).

Municipio	Acceso a internet (%)	Tasa de analfabetismo (%)	Población entre 3 y 24 años que asisten a la escuela (%)	Población en pobreza moderada (%)	Población en pobreza extrema (%)	Población vulnerable por carencias sociales (%)
Atzizihuacán	14	9.84	60	61.2	24.7	12.3
Huaquechula	23.2	7.85	59.2	56.3	18.1	21.3

Tabla 5. Indicadores poblacionales de interés, incluyendo al municipio de Atzizihuacán y Huaquechula (tomado de Data México).

6.3. Estrategia del trabajo

Este proyecto es derivado del proyecto integral en colaboración de universidad de Texas que se pondrá en consideración para registro de la facultad de medicina. Una vez registrado se pondrá a consideración la utilización de las variables de accesibilidad. Esta información forma parte de una recolección de datos de tres comunidades y una vez autorizado se analizará la base y se presentará cuadros y resultados.

Se utilizó una encuesta como herramienta para recolectar los datos de interés, la encuesta fue creada con la ayuda de Fundación Comunitaria de Puebla y se puso a disposición a través de Qualtrics, en su versión 2, dicho software es una herramienta de recopilación de datos. Cabe mencionar que la encuesta fue originalmente redactada en inglés, pero en las comunidades estudiadas se aplicó haciendo uso de tabletas en idioma español. Los temas explorados en la encuesta abarcaron desde la demografía del hogar, las necesidades de salud y el acceso a la atención médica, la salud mental y el bienestar en las comunidades, hasta las

conductas cotidianas y las características de la vivienda que pudieran repercutir en la salud de la población.

6.4. Muestreo

En el presente estudio se consideró a los habitantes, específicamente jefes de familia o responsables de hogar de dos comunidades agrarias rurales: Xochiteopan y Colonia Agrarista y una comunidad agraria periurbana: Santa Ana Coatepec, todas estas comunidades pertenecen a la región que rodea al municipio de Atlixco en el estado de Puebla, México.

6.4.1. Definición de la unidad de población

La encuesta se aplicó al jefe o jefa de familia o responsable de cada hogar de las comunidades estudiadas, que estuvieran presentes al momento del estudio

6.4.2. Selección de la muestra

Se seleccionaron de entre varias comunidades con características similares del estado de Puebla, tres comunidades marginadas del valle de Atlixco. Para la aplicación de las encuestas se propuso un muestreo aleatorio, para lo cual se numeró cada casa de las comunidades a través de Google Earth y se planeó llamar a cada tercera casa. Sin embargo, las encuestas aplicadas dependieron de la respuesta ante la invitación que se hizo a los habitantes para participar en el estudio. Para obtener respuestas positivas se trabajó en conjunto con socioscomunitarios, incluidos el Fondo Mónica Gendreau (FMG) y la Fundación Comunitaria de Puebla (FCP), para obtener acceso a los hogares en las tres comunidades, confiamos en gran medida en la presentación de los líderes comunitarios ya que ellos habían estado trabajando en las comunidades objetivo durante más de ocho años y esto fue vital para nuestra integración exitosa en las comunidades.

6.4.3. Criterios de selección de las unidades de muestreo

6.4.3.1. Criterios de inclusión

Se consideraron las encuestas contestadas por personas mayores de 18 años que se manifestaron como responsables del hogar o jefes o jefas de familia y que aceptaron participar en el estudio al momento de la entrevista.

6.4.3.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron las encuestas cuando quienes respondieron no eran los responsables del hogar, eran menores de 18 años o, bien, no aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

6.4.3.3. Criterios de eliminación

Se eliminaron las encuestas que contenían menos del 10% de las respuestas.

También se aplicó criterio de exclusión a encuestas que duplicaran los datos de un hogar ya encuestado.

6.4.4. Diseño y tipo de muestreo

Tipo de muestreo sistemático, no probabilístico.

6.4.5. Tamaño de la muestra

Se realizaron 196 encuestas en tres comunidades marginadas. Se muestra en la tabla inmediata (ver tabla 6) el número de encuestas válidas por cada una de las comunidades cabe mencionar que todas estas cumplieron con los criterios de selección de la muestra antes descritos.

Comunidad	Xochiteopan	Colonia Agrarista	Santa Ana Coatepec
Encuestas aplicadas	81	55	60

Tabla 6. Número de encuestas obtenidas por comunidad (Modificado de PAGL, 2020).

6.5. Definición de las variables y escalas de medición

No	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Estadístico
1	Comunidad	Conjunto de personas de un pueblo o región (28)	Lista de comunidades estudiadas	Cualitativa Nominal	-San Francisco Xochiteopan -Colonia Agrarista -Santa Ana Coatepec	Descriptivo
2	Edad	Tiempo que ha vivido una persona (29)	Número de años de la persona que responde la encuesta	Cuantitativa Discreta	Edad en años	Descriptivo
3	Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina (30)	Se detecta el sexo del encuestado	Dicotómica	-Hombre -Mujer	Descriptivo
4	Ocupación	Trabajo, empleo u oficio (31)	Descripción de las actividades principales del encuestado	Cualitativa Nominal	-Alimentos -Limpieza -Agricultura -Construcción -Hogar -Industria -Servicios -Otro -Ninguno -Ninguno	Descriptivo
5	Nivel educativo	Nivel de educación máximo que ha adquirido la persona (32)	Nivel de educación que tiene el encuestado	Cualitativa Ordinal	-Preescolar -Primaria -Secundaria -Preparatoria -Universidad	Descriptivo

6	Patologías de la comunidad	Conjunto de síntomas de las enfermedades más comunes en el grupo de personas que pertenecen al pueblo o a la región (33)	Lista las patologías más frecuentes en la población mexicana	Cualitativa Nominal	-Diabetes -Presión Alta Arterial (hipertensión) -Enfermedades del corazón (enfermedades cardiovasculares) -Obesidad -Malnutrición -Cáncer -Enfermedades crónicas pulmonares -Condiciones neurológicas -Enfermedades del hígado (hepatitis/ cirrosis)- Enfermedades Mentales (condiciones psiquiátricas) -Fumado (Tabaco) -Uso de alcohol -Abuso de Drogas -Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH HIV -Otras infecciones como diarrea o neumonía -Discapacidades -Lesiones o Accidentes Violencia -Problemas relacionados con el embarazo/ complicaciones -Enfermedades de la niñez -Secretaría de Salud	Descriptivo
7	Institución que brinda servicios de salud	Instituciones que brindan servicios de salud en México (6)	Lista de proveedores de Servicios de Salud en México	Cualitativa Nominal	-IMSS -ISSSTE -BUAP clínica -Atención privada	Descriptivo
8	Tipo de medicina preferido	Preferencia de los tipos de medicina por la comunidad (6)	Tipo de medicina preferido por los habitantes	Cualitativa Nominal	-Medicina Alópata -Medicina Tradicional	Descriptivo

9	Frecuencia con la que acuden a los servicios de salud (últimos 3 meses)	Número de veces que se repite un proceso periódico por unidad de tiempo, hablando de las visitas a los servicios de salud (34)	Listado de frecuencias	Cuantitativa discreta	-0 veces -1 a 2 veces -3 a 4 veces -5 veces o más	Descriptivo
10	Medio de transporte para acudir a los servicios de salud	Medio utilizado para trasladarse hacia los servicios de salud (35)	Listado de tipos de transporte más utilizados	Cualitativa Nominal	-Transporte público -Automóvil (propio) -Automóvil (de alguien más) -Caminando	Descriptivo
11	Tiempo para llegar a la atención médica	Duración del traslado desde su hogar hasta la atención médica (36)	Tiempo en minutos consumido para llegar al servicio de salud	Cuantitativa continua	Tiempo en minutos	Descriptivo
12	Factibilidad para recibir un tratamiento médico	Posibilidad de los habitantes de recibir un tratamiento médico (37)	Listado de nivel de complejidad para obtener un tratamiento médico	Cualitativa Ordinal	-Muy fácil -Fácil -Difícil -Muy difícil	Descriptivo
13	Cobertura de gastos	Contar con los recursos económicos que implica la atención médica (38)	Listado de nivel de dificultad para pagar los gastos médicos	Cualitativa Ordinal	-Fácil -Difícil -Muy difícil -No aplica	Descriptivo
14	Nivel de confianza	Medida de seguridad que existe en la atención médica recibida (39,40)	Listado de los niveles de confianza	Cualitativa Ordinal	- Mucha confianza -Poca confianza -Nada de confianza -No aplica	Descriptivo

15	Enfermedad aguda reciente	Patologías de corta duración presentada en los últimos 4 meses (41)	Listado de posibles enfermedades agudas recientes, englobadas por sistema corporal	Cualitativa Nominal	-Si, alergia -Si, infección sistémica -Si, fiebre -Si, dolor de cabeza -Si, dermatológica -Si, osteomuscular -Si, gastrointestinal -Si, respiratoria -Si, cardiovascular	Descriptivo
16	Tratamiento ante la enfermedad reciente	Conjunto de medios que se emplean para curar la enfermedad reciente (42)	Lista de posibles respuestas	Cualitativa Nominal	-Si -No -No aplica	Descriptivo
17	Accidente severos recientes	Conocer si algún miembro de la familia ha tenido algún suceso eventual grave en el último año (43)	Listado de posibles accidentes	Cualitativa Nominal	-Si, automovilístico -Si, en la cocina -Si, en el trabajo -Si, una caída -No	Descriptivo
18	Satisfacción con la calidad	Saber si el servicio médico al que tienen acceso en la comunidad les hace sentir confianza al percibir una buena atención (44,45)	Lista de posibles respuestas	Cualitativa Nominal	-Si -No -No se -Prefiero no responder	Descriptivo

6.6. Método de recolección de datos

Se llevó a cabo mediante una encuesta domiciliaria diseñada por equipo multidisciplinario formado entre profesores y alumnos de la Universidad de Texas y la Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y validada por la Universidad de Texas, así como por la Secretaria de Salud del estado de Puebla, la cual contiene 115 ítems, de los cuales se utilizaran 25, lo cuales corresponden a salud y de las cuales las respuestas son dicotómicas. Ver anexo 1.

6.7. Técnicas y procedimientos

Mediante entrevista a los jefes de familia dirigida. Se solicitaba consentimiento informado y se le indicaba cuanto tiempo duraba la entrevista . Si tenía tiempo y se procedía a la entrevista a través del uso de tabletas cargadas con el software Qualtrics (versión 2), con el que se recolectaron los datos.

6.8. Análisis de datos

Se aplicará estadística descriptiva, para cualitativas porcentajes y cuantitativa medida de tendencia central y dispersión y asociaciones de factores determinantes.

6.9. Diseño estadístico

Estadística - Descriptivo - Asociación - Observacional con información retrolectiva.

7. LOGÍSTICA

7.1. Recursos Humanos

Miembros de la comunidad de la Universidad de Texas y de la Benemérita Universidad de Puebla.

7.2. Recursos Materiales

Tablets con software Qualtrics.

7.3. Recursos financieros

Los recursos fueron soportados con fondos de "*The President's Award for Global Learning*" de la Universidad de Texas en Austin.

8. BIOÉTICA

Este trabajo de investigación tiene como bases los fundamentos de la bioética, ya que durante todo el trabajo se seguirán los lineamientos de documentos y normativas que nos llevan al respeto de la integridad de las personas con las que trabajaremos, así como la protección de sus datos.

Hemos considerado las normativas nacionales e internacionales que delimitan la investigación social en el área de la salud, en este sentido, vale mencionar que el eje central de este proyecto es abonar a los principios de la Constitución Política que protege la salud de todos los ciudadanos.

Respetamos lo establecido en la declaración de Helsinki, en donde se señala que “que el bienestar del sujeto debe tener prioridad sobre los intereses de la ciencia y que los investigadores deben dar cuidado especial a las poblaciones vulnerables por sus enfermedades o discapacidades” (46). Y en su última actualización se hace referencia al uso del consentimiento informado, la protección de las minorías y de las poblaciones vulnerables, las obligaciones del patrocinador, del investigador y del país anfitrión.

De igual manera, se ha dado fundamento a lo mencionado en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas: “La investigación científica solo se debería llevar a cabo previo consentimiento libre, expreso e informado de la persona interesada. La información debería ser adecuada, facilitarse de forma comprensible e incluir las modalidades para la revocación del consentimiento” (47).

Respetamos la dignidad de los participantes en donde, como lo menciona el Código de Nuremberg “El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar su consentimiento; que debe estar en una situación tal

que pueda ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor coercitivo o coactivo; y que debe tener el suficiente conocimiento y comprensión del asunto en sus distintos aspectos para que pueda tomar una decisión consciente (Tribunal Internacional de Núremberg, 1947).

Evitar daño a individuos que según la Declaración Universal sobre Bioética y Derecho Humanos de UNESCO menciona “En todas las investigaciones “...se deberían reducir al máximo los posibles efectos nocivos para dichas personas” (48).

Se consideran las declaraciones en la Ley de Salud del código Sanitario y las acciones para proteger los intereses de las personas que pudieran ser incluidas en una investigación científica. A demás de esta Ley General de Salud existen acuerdos tales como La Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares en donde establece la normatividad para la recolección de datos, la retención y el uso de datos personales incluyendo las bases para el consentimiento informado, el cual hemos respetado y seguido.

Por último, hemos seguido cuatro principios importantes. “*El principio de integridad*: La investigación social debe respetar la integridad de los participantes para no poner en riesgo su salud física o mental innecesariamente. *El principio de dignidad*: La investigación social debe respetar la dignidad de los participantes para contar con un proceso que asegurará su consentimiento informado. *El principio de privacidad*: La investigación social debe respetar la privacidad de los participantes y no divulgar información confidencial. Y *El principio de bienestar social*: La investigación social debe respetar el bienestar social para no hacer daño a la sociedad en general ni a las comunidades que la componen” (46).

Únicamente si no tienen ningún cuestionamiento y aceptan seguir con la entrevista, se dará inicio a la misma. Es necesario mencionar que se generará el

respaldo de las cartas de consentimiento informado de los cuales se incluya la información en el presente trabajo. Contamos con el consentimiento informado de todos los encuestados.

9. RESULTADOS

Para hablar de acceso a la salud, como se fundamenta en los antecedentes, se deben tomar en cuenta diferentes elementos. Por lo que, de acuerdo con la encuesta realizada, se tomó un fragmento de ese instrumento en el que nos enfocamos a salud y la percepción que tiene la comunidad al respecto. Se efectuaron 196 entrevistas, de las cuales se aplicaron 81 en San Francisco Xochiteopan, 55 en Colonia Agrarista y 60 en Santa Ana Coatepec.

De acuerdo con ese fragmento, obtuvimos resultados que describimos a continuación, en donde comenzamos por preguntar cuál creían que era el mayor problema de su comunidad respecto a salud, los resultados fueron variados, ya que se trató de una pregunta abierta en donde, el principal problema percibido por los habitantes de San Francisco Xochiteopan fue el acceso a su centro de salud con el 51.8%, seguido del acceso a medicamentos con el 25.93%, excluyendo los costos de adquisición de los mismos. En lo que corresponde a la comunidad de Colonia Agrarista, el mayor problema de salud de acuerdo a lo reportado por sus habitantes fue el acceso a los medicamentos, con un porcentaje de 32.73%, seguido del acceso a servicios de salud con 23.64%. En Santa Ana Coatepec el mayor problema en salud reportado fue, al igual que en Colonia Agrarista, el acceso a medicamentos, excluyendo los costos. Cabe resaltar que la Diabetes se hace presente en las tres comunidades como

San Francisco Xochiteopan

PROBLEMA	PORCENTAJE
Acceso	51.8%
Diabetes	33.33%
Medicamentos	25.93%
Costo	12.35%

Tabla 7. Principal problema de salud en San Francisco Xochiteopan

Colonia Agrarista

PROBLEMA	PORCENTAJE
Medicamento	32.73%
Diabetes	29.09%
Acceso	23.64%
Enfermedades respiratorias	5.45%

Tabla 8. Principal problema de salud en Colonia Agrarista

Santa Ana Coatepec

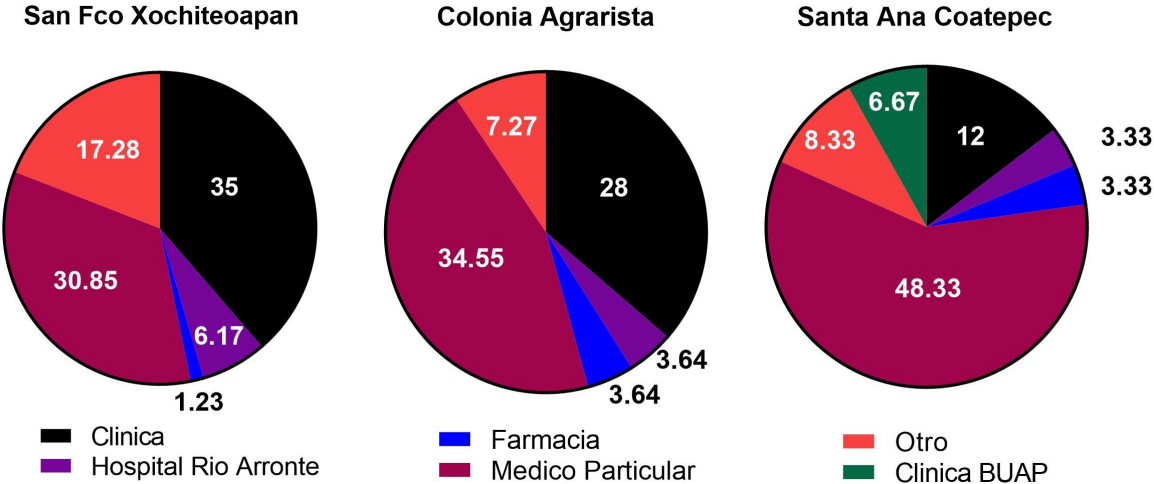
PROBLEMA	PORCENTAJE
Acceso	35%
Diabetes	31.6%
Medicamentos	25%
Calidad de la atención	6.67%

Tabla 9. Principal problema de salud en Santa Ana Coatepec.

Una vez identificados los principales problemas en referencia a salud que los pobladores manifestaron, les preguntamos ¿a dónde acuden para recibir servicios de salud?, teniendo en San Francisco Xochiteopan como resultado en primer lugar a la clínica de la Secretaria de Salud con un porcentaje del 43.21%, posteriormente atención privada en con el 30.82%, seguido de medicina tradicional con el 17.28% y por último al Hospital regional Río Arronte con el 6.17%(ver Gráfica 1).

En Colonia Agrarista los pobladores acuden en primer parte a la clínica de la Secretaria de Salud con un 50.91%, en segundo sitio acuden a buscar atención particular haciéndose cargo del total del costo, ellos con un porcentaje de 34.55%, medicina tradicional con un 9 % y el Hospital Río Arronte del municipio de Atlixco

con un 3.64%. Como observamos, los resultados son parecidos en estas dos comunidades, sin embargo, en lo que corresponde a Santa Ana Coatepec, los resultados fueron diferentes, ya que de primera instancia ellos acuden a buscar atención privada con un porcentaje de 48.33%, enseguida el 20% acude a la clínica de la Secretaria de Salud y en después recurren a la clínica del IMSS con el 10%. Dado que en esta comunidad se encuentra una clínica de atención por parte de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla el 6.67% de la población entrevistada acude a ella, el 10% hace uso de la medicina tradicional y el 3.33% acuden al Hospital Río Arronte (gráfica 1).

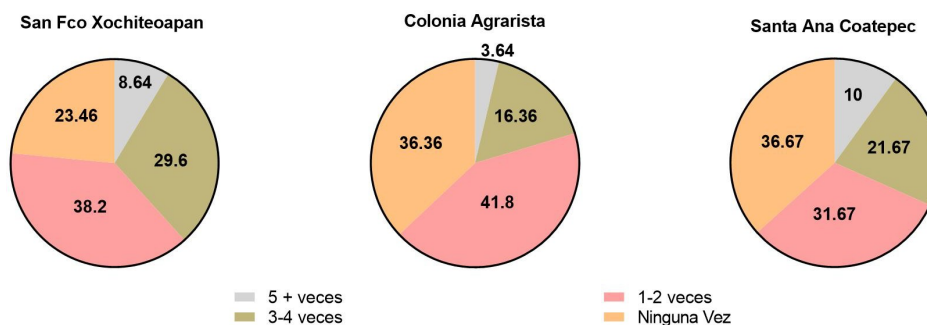


Gráfica 1. Lugar al que acuden para recibir Servicios de Salud. Se muestra la distribución por comunidad de las preferencias que expresan los habitantes para recibir atención médica.

De manera general, es decir, el promedio de las tres comunidades, los habitantes tienen como primera opción las clínicas de la Secretaría de Salud con 38.27% y en segundo lugar la atención privada con 37.24%, lo que integrando con los datos analizados respecto a la percepción del mayor problema de salud, podemos declarar que las personas no están teniendo un adecuado acceso a la salud, ya que buscan las clínicas de la Secretaría de Salud por relativa cercanía; sin embargo, cuando les es posible, por costos, prefieren buscar atención particular y esto también responde que los pobladores perciben que lo más complicado es el acceso a los medicamentos.

En relación con la frecuencia con el que usan los servicios de salud, de manera general, los pobladores de las tres comunidades indicaron que hicieron uso de estos servicios, en 3 meses: 1 - 2 veces, con un 37.24%, y el 31.12% de la población no hicieron uso de los servicios de salud. Específicamente, en San Francisco Xochiteopan el 38.27% utilizaron 1 o 2 veces los servicios de salud en los últimos 3 meses, de 3 a 4 veces el 29.6%, ninguna vez el 23.46% de la población y el 8.64%, 5 o más veces.

En Colonia Agrarista el 41.8% asistió 1 o 2 ocasiones a los servicios de salud en los últimos 3 meses, el 16.36, 3 a 4 veces y el 36.36% de la población no ocuparon los servicios de salud. Por último, en Santa Ana Coatepec el 31.67% asistieron de 1 a 2 veces, el 36.67% no hicieron empleo de servicios de salud en los últimos 3 meses, mientras que el 21.67% asistió de 3 a 4 veces y el 10% sitio 5o más veces (ver gráfica 2).



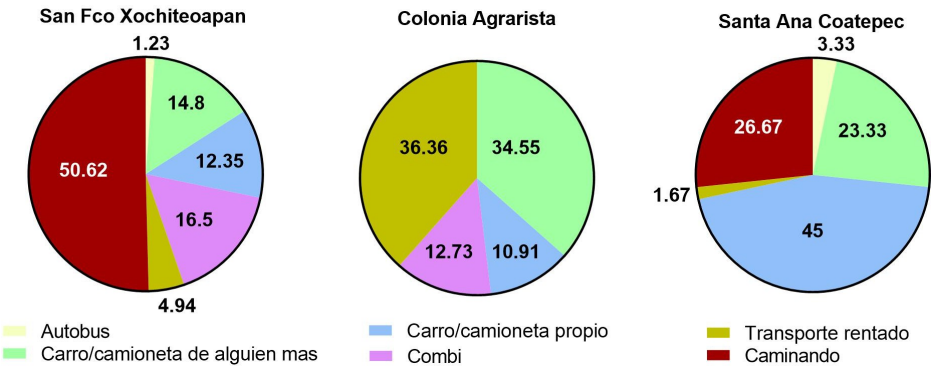
Gráfica 2. Número de veces que acudieron a los Servicios de Salud en los últimos tres meses. En la gráfica se observa la distribución por poblado del número de veces que los encuestados o algún miembro de su familia acudieron para recibir atención médica durante los últimos 3 meses.

Para poder hacer uso de los servicios, preguntamos ¿cuál es el principal medio de transporte que usan, teniendo como resultados generales que el 39.29% de la población, llega caminando a su cita médica. Tal como se aprecia en la gráfica 3, en San Francisco Xochiteopan el 50.62% de la población llegan a la clínica caminando, en seguida el 14.8% utilizan el apoyo de alguien para poder

llegar en auto o camioneta. El 16.5% emplea combi para poder llegar a los servicios de salud y el 14.81% usan su carro propio, mientras el 4.94% usan algún tipo de auto o camioneta prestado o rentado y en último lugar el 1.23% llegan utilizando autobús.

En Colonia Agrarista, las opciones se redujeron, teniendo el 34.55% empleando el apoyo de algún familiar o amigo que lo lleve a los servicios de salud, el 36.36% llegan caminando y el 10.91% usan carro propio.

En Santa Ana Coatepec el 45% usa combi, el 23.33% utilizan carro o camioneta propia, teniendo como explicación que es una comunidad sub-urbana, en donde las condiciones son diferentes a las comunidades anteriores y el 26.67% de la población acuden a los servicios de salud caminando.



Gráfica 3. Principal medio de transporte para acudir a una cita médica. Se grafica el tipo de transportes que suelen utilizar los habitantes de las tres comunidades para acudir a una cita médica.

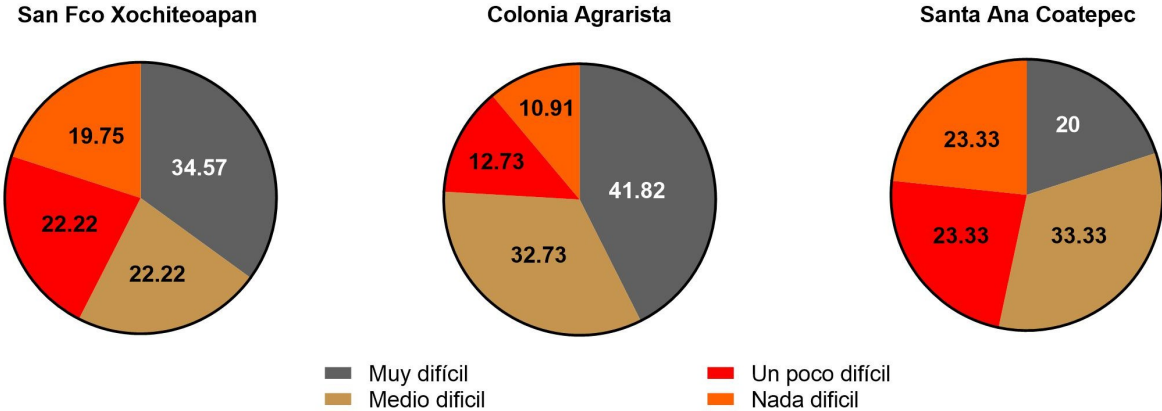
En relación con el punto anterior, abordamos el tiempo que les toma llegar a sus citas médicas, teniendo como promedio 69 minutos en San Francisco Xochiteoapan, 28 minutos en Colonia Agrarista y 52 minutos en Santa Ana Coatepec.

También abordamos qué tan difícil es para los habitantes de las poblaciones recibir acceso a tratamiento médico, siendo uno de los elementos

más importantes para este trabajo, reportando el mayor porcentaje en la tres comunidades en la opción de "muy difícil", teniendo un porcentaje de 32.14%, posteriormente "medio difícil" con 28.57%, "un poco difícil" con 19.9% y "nada difícil" con un porcentaje de 18.37%.

En la comunidad de San Francisco Xochiteopan se reportó el 34.57% en la opción de muy difícil, 22.22% en la opción medio difícil y poco difícil y 19.57% en la opción de nada difícil. En Colonia Agrarista el porcentaje mayor, el 41.82% corresponde a la opción de "muy difícil", 32.73% en la opción de medio difícil, 12.73%, y con un 10.91% la opción de nada difícil.

En Colonia Agrarista la percepción de dificultad a acceso a servicios de salud se vio marcada por un 33.33% a la opción de medio difícil, volviendo a hacer referencia que en esta comunidad por sus características en comparación con las otras comunidades, con 23.33% en las opciones de nada difícil y un poco difícil y teniendo menor porcentaje en la opción del 20% de muy difícil (ver gráfica 4).

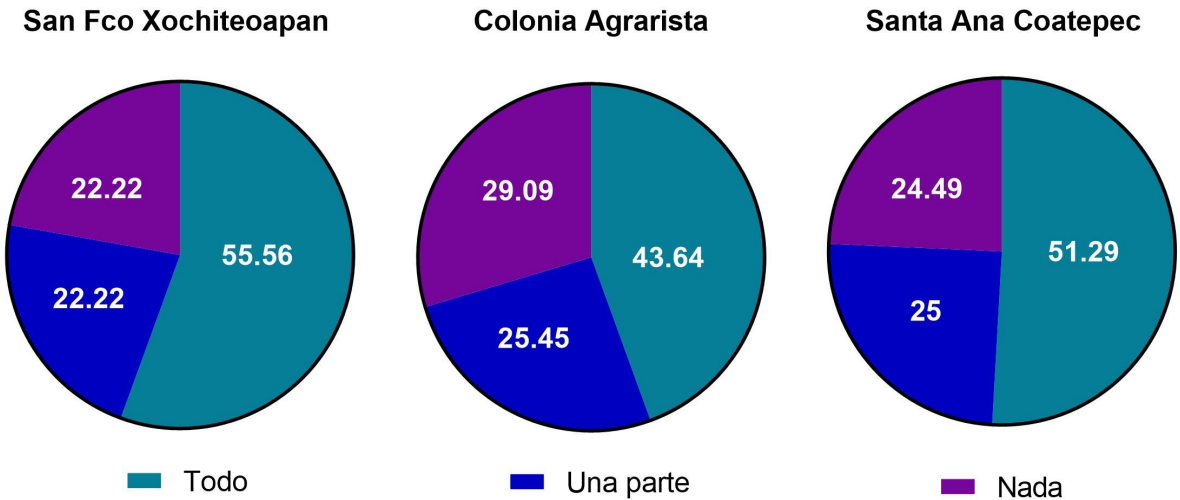


Gráfica 4. Dificultad para recibir acceso a tratamiento médico. Se muestra la distribución por poblado de la dificultad para recibir acceso a tratamiento médico.

Respecto a la cobertura del costo de los servicios médicos en la comunidad de San Francisco Xochiteopan el 55.56% de los entrevistados cubren el costo completo de los servicios, mientras que el 22.22% cubren solo una parte y el otro 22.22% no pagan nada por los servicios.

En Colonia Agrarista el 43.64% cubre el costo completo de los servicios médicos, el 25.09% únicamente cubren una parte, mientras que el 25.45% no cubren el costo de los servicios.

Por otra parte, en Santa Ana Coatepec el 51.29% de la población entrevistada refirió cubrir la totalidad de sus servicios médicos, un 25% cubren exclusivamente una parte, mientras que el 24.49% no cubren nada de estos servicios (ver gráfica 5).



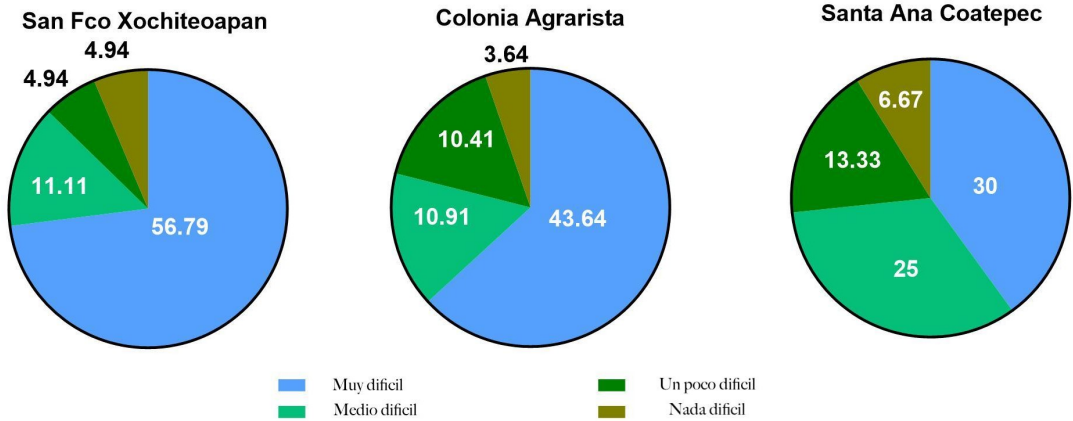
Gráfica 5. Cobertura de gastos médicos. Se muestra la proporción de la cobertura de gastos de atención médica en las tres comunidades.

Tras obtener estos resultados, en seguida preguntamos la dificultad que representaba para ellos absorber dichos gastos, teniendo como resultado que en las tres comunidades para la población entrevistada, es muy difícil absorber dichos gastos con un porcentaje de 44.9% de manera general en la opción de “muy difícil”.

En la comunidad de San Francisco Xochiteopan el 56.79% de la población contestó que representaba gran dificultad absorber estos gastos, mientras que el 11.11% "medio difícil" y 4.94% y 4.94% contestaron que era "un poco difícil" y "nada difícil" absorber estos gastos respectivamente.

En la comunidad de Colonia Agrarista el 43.64% contestó que era "muy difícil" absorber estos gastos, el 10.91% de la población respondieron que era "medio difícil" poder absorber estos gastos, mientras que el 10.91% respondió que era "poco difícil" y el 3.64% de la población dijo que era "nada difícil".

Por último, en Santa Ana Coatepec el 30% respondió que era "muy difícil" pagar para ellos, el 25% respondió que era "medio difícil", y el 13.13% comentó que era "poco difícil", mientras que 6.67% respondió que no era "nada difícil" pagar. Es importante mencionar que en esta comunidad, a diferencia de las otras comunidades, el 1.67% prefirió no responder (ver gráfica 6).



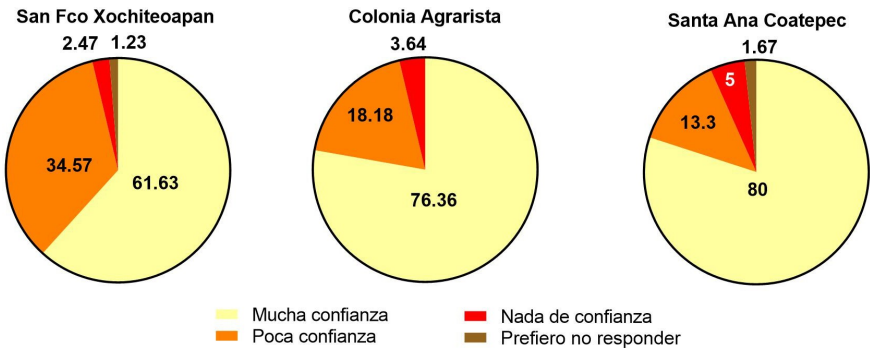
Gráfica 6. Dificultad para cubrir los gastos del tratamiento médico. Se muestra la distribución por comunidad de la dificultad para cubrir los gastos del tratamiento médico.

Una vez que obtuvimos los resultados acerca de a dónde acuden para recibir atención a su salud, qué tan complicado es para ellos acceder a clínicas o lugares de servicios de salud, si ellos deben pagar y qué tan complejo representa pagar para ellos, es importante demostrar los resultados en relación con la confianza que tiene a sus médicos.

En San Francisco Xochiteopan el 61.63% de la población entrevistada respondió que le tiene mucha confianza a su médico, mientras que el 34.57% respondió que no le tiene nada de confianza, mientras que el 2.4% no confía en su médico, sin embargo, es la única opción accesible a salud que tienen y el 1.23% prefirió no responder.

En la comunidad Colonia Agrarista el 76.36% respondió que le tienen confianza a su médico, mientras que el 18.18% respondió que le tienen poca confianza y el 3.64% no confía en su médico.

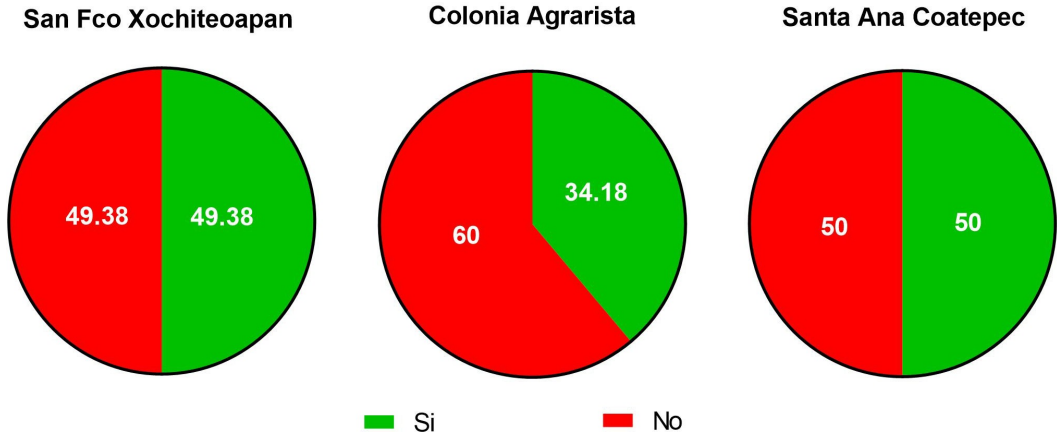
En lo correspondiente a Santa Ana Coatepec el 80% de la población confía en su médico, contra el 13.3% que le tiene poca confianza, 5% que no confía nada en su médico y el 1.67% que prefirió no contestar (ver gráfica 7).



Gráfica 7. Nivel de confianza en los médicos. Se muestra la distribución por comunidad del nivel de confianza que tienen los pobladores en su médico, las opciones disponibles en la encuesta eran: mucha confianza, poca confianza, nada de confianza o prefiero no responder.

Una vez que teníamos claro los elementos que determinan que los pobladores de las diferentes poblaciones tengan acceso a los servicios de salud, abordamos las necesidades que tienen y que los obligarían a buscar servicios de salud. Por lo que dado que uno de los principales problemas de salud en México son las enfermedades crónicas degenerativas, comenzamos por preguntarle si los entrevistados o algún familiar tenía alguna enfermedad crónico degenerativa, haciendo la aclaración de que enfermedades corresponde a esta definición.

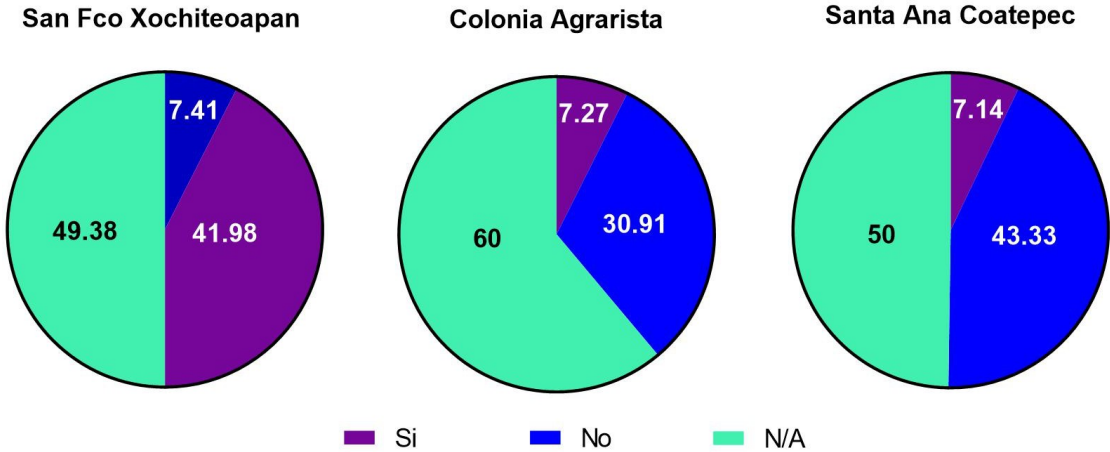
En la comunidad de San Francisco Xochiteopan y en Santa Ana Coatepec los resultados fueron en que la mitad de la población respondió que si y la mitad de la población respondió que no, con el 49.3% y el 50% en cada caso respectivamente. Mientras que en la comunidad de Colonia Agrarista el 38.18% respondió que sí, y el 60% respondió que no (gráfica 8).



Gráfica 8. Enfermedades crónico-degenerativas. En la gráfica se representa la presencia o ausencia de enfermedades crónico-degenerativas en las tres comunidades.

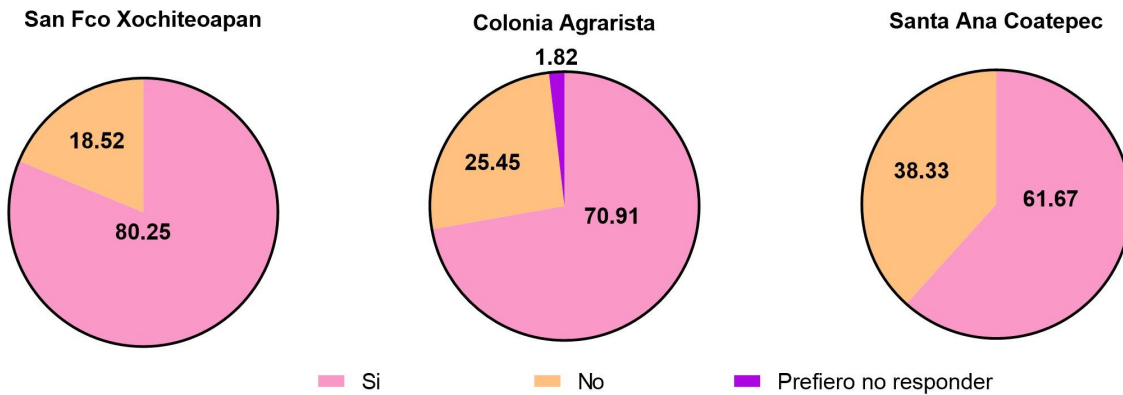
Las principales enfermedades crónico-degenerativas que reportaron los porcentajes mayores fueron en San Francisco Xochiteopan, diabetes con el 20.99% e hipertensión el 19.75%, en Colonia Agrarista diabetes con 20% e hipertensión con 14.55% y en Santa Ana Coatepec diabetes con 26.67% e hipertensión con el 13.33%.

Preguntamos también si reciben tratamiento para la patología crónica degenerativa con algún tipo de medicina alternativa, específicamente con alguna curandera, a lo cual en San Francisco Xochiteopan el 41.98% de los entrevistados respondieron que si, mientras el 7.41% respondió que no. En cambio, en Colonia Agrarista y Santa Ana Coatepec los resultados fueron completamente distintos, en donde solo el 7.27% y el 7.14% respectivamente respondieron que sí y el 30.91% y el 43.33% respondieron que no.



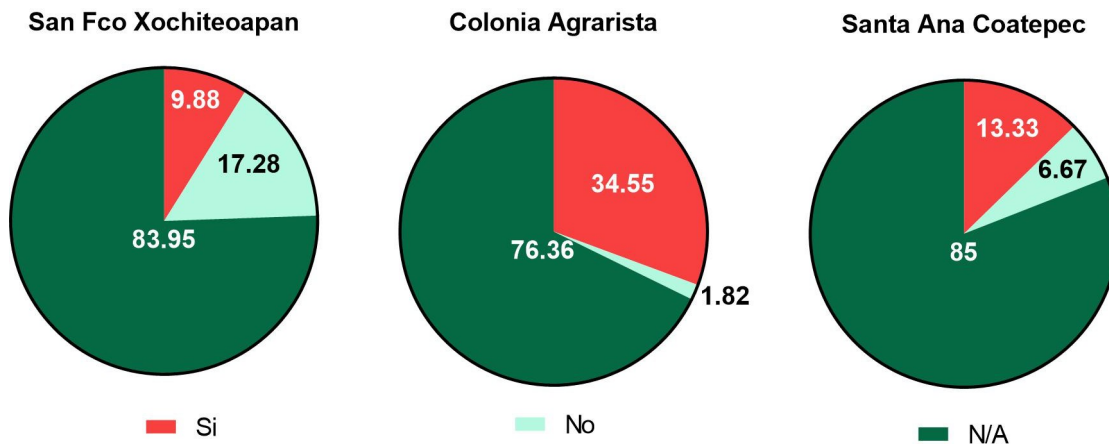
Gráfica 9. Tratamiento de enfermedades crónico degenerativas por curanderas. En la gráfica se representa la distribución de los habitantes con enfermedades crónico degenerativas que reciben tratamiento de las curanderas.

Así como preguntamos de enfermedades crónico degenerativas, también preguntamos acerca de enfermedades agudas que estuvieran presentes en ellos o sus familiares en los últimos tres meses, a lo cual en San Francisco Xochiteopan el 80.25% respondió que si, en donde las enfermedades principales que reportaron en esta comunidad fueron infecciones respiratorias y diarrea, y el 18.52% respondió que no, en Colonia Agrarista el 70.91% respondió que si, y en este caso de igual manera se reportó infecciones respiratorias y diarreas, mientras que el 25.45% dijo que no. Y en Santa Ana Coatepec el 61.67% respondió que si y el 38.33% respondió que no y en esta comunidad paso exactamente igual que en las comunidades anteriores (ver gráfica 10).



Gráfica 10. Presencia de enfermedades agudas en los últimos 3 meses. Se muestra la presencia de enfermedades agudas en los habitantes de las tres comunidades encuestadas en los últimos tres meses.

De igual forma y en seguimiento a lo anterior, se les preguntó si recibieron tratamiento para estas enfermedades agudas y en la gráfica 11 se puede observar que en San Francisco Xochiteopan el 9.8% respondió que si, mientras que el 17.28% respondió que no. En Colonia Agrarista el 34.55% respondió que sí y el 1.82% que no. Por último, en la comunidad de Santa Ana Coatepec el 13.33% respondió que si, y el 6.67% que no.

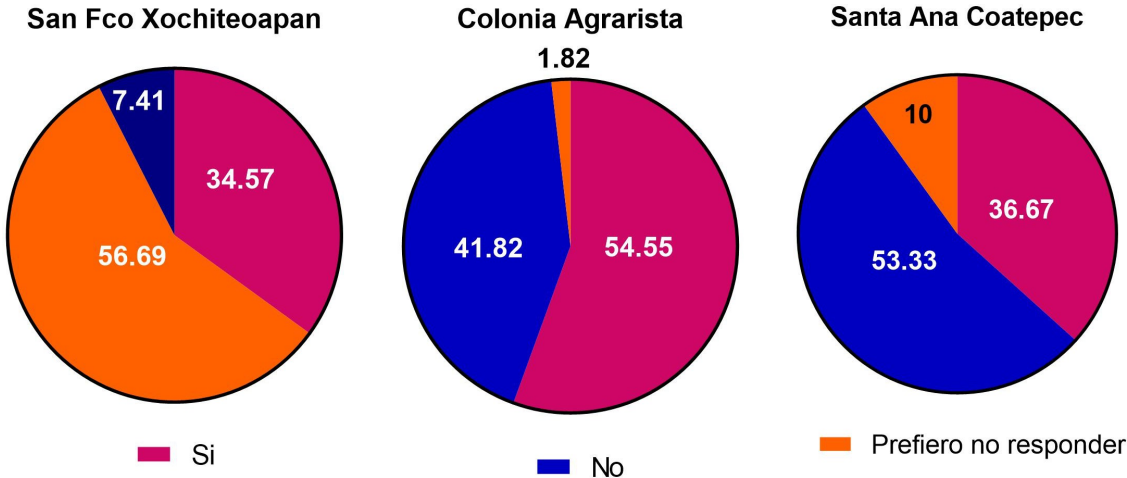


Gráfica 11. Tratamiento de las enfermedades agudas. Se grafica el número de personas que recibieron tratamiento ante enfermedades agudas.

Una vez que establecimos si hubo embarazos y hubo atención en una institución, preguntamos si tuvieron control prenatal y si este control prenatal fue en una institución, a lo que el 8.16% de la población en total de las 3 comunidades respondieron que sin, mientras que el 89.9% no aplicaba para esta pregunta. En

San Francisco Xochiteopan el número de visitas que tuvo mayor porcentaje fue más de 5 consultas prenatales con el 8.64%, mientras que en Colonia Agrarista de igual forma fue más de 5 consultas con el 10.91% y por último en Santa Ana Coatepec el porcentaje mayor fue en más de 5 visitas al médico con 5%.

Una vez visto los elementos principales de salud en cada una de las comunidades y las condiciones actuales, les preguntamos si estaban satisfechos con la calidad de los servicios médicos y de salud en su comunidad, en donde en San Francisco Xochiteopan y Santa Ana Coatepec los porcentajes más altos correspondieron a que no están satisfechos con el 56.79% y el 53.33% respectivamente, mientras que en Colonia Agrarista el 41.82% no está satisfecho con los servicios de salud. Por otro lado, en San Francisco Xochiteopan el 34.57%, en Santa Ana Coatepec el 36.67% y en Colonia Agrarista el 54.55% si están satisfechos, lo que de manera general nos permite establecer que en las tres comunidades el 51.53% no están satisfechos con los servicios de salud, el 6.63% no supo responder, el 0.51% prefirió no responder y solo el 40.82% está satisfecho con los servicios de salud en sus comunidades (ver gráfico 12).



Gráfica 12. Percepción de la satisfacción de los habitantes con la atención médica. Se plasma la satisfacción percibida por los habitantes de las tres comunidades.

10. DISCUSIÓN

A partir de los hallazgos encontrados, aceptamos la hipótesis que establece que La salud comunitaria de zonas marginadas del estado de Puebla mejorará siempre que las políticas públicas sean integrales y se apliquen de manera adecuada y constante. Estos resultados guardan relación con lo que sostiene Muñoz Hernández en la “Propuesta de un Sistema Nacional de Servicios de Salud” del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, “¿qué es lo complicado para que la comunidad médica atienda las necesidades de salud de la población? pues me parece que la parte difícil está en lo macro, entendiéndose como tal, la política gubernamental de salud, en tanto que lo micro, que para estos efectos, es la relación médico - paciente, generalmente se rige por lo comentado en un principio” (6) Esto es acorde con lo que en este estudio se halla.

De igual forma, como se fundamentó en los antecedentes y como lo menciona Briceño León, “la salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y con la economía internacional” (1). Esto se demuestra en los resultados, ya que como se muestra en los resultados, hay diversos elementos que influyen en que una persona pueda decir que tiene accesibilidad a salud, comenzando por la percepción de problemas de salud que existen en su comunidad en donde los principales problemas fueron la accesibilidad por distancia, costos, movilidad, que tipo de clínica tienen al alcance y una vez que ya tuvieron acceso a la primera parte, si el médico que los atiende es confiable, si hay medicamentos disponibles para que haya un apego al tratamiento y por lo tanto exista una mejora, y con ello si hay seguimiento de su caso.

Y como menciona Frenk: “la salud es más que noción médica: es un concepto predominantemente social, porque se vincula con las costumbres,

tradiciones, actitudes y juicios de valor de los diversos grupos de una sociedad, porque involucra a todos los agentes de la comunidad, esto coincide con nuestros resultados ya que como podemos ver, el hablar de la accesibilidad a los servicios de salud dependen de diferentes elementos.

Para fines de este trabajo cuando hablemos de accesibilidad lo dividiremos en dos factores que propician la accesibilidad. Por un lado, los elementos que el estado proporciona, comenzando por el diagnóstico de necesidades, la propuesta de políticas públicas y su decreto para la solución a necesidades, su aplicación, seguimiento y evaluación. Y por el otro lado, los elementos que condiciona a las personas para poder hacer uso y beneficiarse de los elementos que el estado provee, como la ubicación geográfica, las condiciones de rutas para llegar, las condiciones personales de cada persona como su trabajo, ocupaciones o responsabilidades como el cuidado de los hijos, elementos económicos para el pago de transporte o en su caso gasolina, así como la compra de medicamentos si estos no se los provee el estado, por otro lado la alimentación influye si esta se basa en productos económicos y no aquellos que serían los ideales para la nutrición adecuada de las personas, principalmente niños. Y una vez que el paciente ha logrado llegar a los servicios de salud la confianza que le tiene al médico también es importante y si este logra conjuntar los servicios de salud con la cultura y tradiciones de esa población porque eso también influye en el apego y seguimiento del tratamiento y con ello lograr que las personas puedan hablar de accesibilidad a la salud.

Como lo menciona D. Asante es importante mantener taxonomías rurales de los países tal como lo hace Australia y Estados Unidos; sin embargo, en la mayoría de los países no existe esto tal es el caso de México. En los países previamente mencionados se llevan a cabo clasificaciones geográficas que sirven como herramienta vital para la planificación e implementación de la atención médica, ya que esto les permite evaluar las necesidades de acuerdo a cada región(14). Lo que coincide totalmente con lo que observamos en los resultados, ya que

en definitiva, no podemos negar el hecho que el estado ofrece servicios de salud a la población incluyendo a las poblaciones rurales del país y con ello intenta dar respuesta al artículo 4º de la Constitución Mexicana en la cual de manera teórica le da servicios de salud a toda su comunidad. Sin embargo, las políticas públicas de salud en de manera teórica dan respuesta, pero en la aplicación no se toman los cementos previamente establecidos en esta discusión.

Las políticas de salud en el país, se han enfocado a incrementar los recursos para ampliar de manera estructural la cobertura del sistema de salud y con ello dar acceso a servicios de salud a toda la población sin embargo como lo podemos ver en los resultados de esta investigación, diferimos ya que aunque existen instalaciones de centros de salud de la secretaria de salud en estas comunidades, las principales preocupaciones respecto a salud, es precisamente la accesibilidad, seguida de una preocupación por el acceso a medicamentos excluyendo los costos y por último las enfermedades crónico degenerativas.

Tal como lo menciona Onofre, si bien se ha incrementado el financiamiento aún no queda resuelto la capacidad de gestión y es indispensable fortalecer y consolidar los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.

Esto da pie a que debido a que la percepción de las poblaciones es mala en cuanto a accesibilidad de salud por parte del servicio de salud que otorga el estado, ellos deben buscar alternativas privadas para satisfacer sus necesidades de salud, lo que conlleva a gastos que ellos deben cubrir y de acuerdo con los resultados obtenidos les he sumamente complicado a la mayoría de la población absorber esos gastos.

Lo anterior deja en entredicho la cláusula V, del artículo 2 de la ley general de salud, la cual establece que: “El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades: V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.” Así como

el artículo 3, párrafo II bis. El cual menciona que: En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general: II bis. La prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para personas sin seguridad social (49).

En este mismo documento se menciona en el artículo 7, párrafo XII que “Se debe coadyuvar a que la formación y distribución de recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del Sistema Nacional de Salud” (49). Lo cual de acuerdo al contexto que observamos al momento de realizar la investigación y visitar las comunidades en todos los centros de salud se encontraban médicos pasantes de servicio social, quienes se encuentran en la fase final de su preparación y que de acuerdo a los programas de sus universidades y por obligación como lo establece la Norma Oficial Mexicana NOM-009- SSA3-2013, por lo que en gran parte de las veces no están preparados de manera adecuada, no hay supervisión, trabajan en condiciones no aptas, no tienen el material adecuado y dado que solo están por un año, no hay seguimiento de los casos, por lo que los pobladores de las comunidades terminan por buscar opciones en otro lado o simplemente no hay seguimiento a su salud.

Por último, en el Título Tercero Bis, De la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social. En el artículo 77 bis menciona que: “La protección a la salud, será garantizada por el Estado, bajo criterios de universalidad e igualdad, deberá generar las condiciones que permitan brindar el acceso gratuito, progresivo, efectivo, oportuno, de calidad y sin discriminación a los servicios médicos, incluidas intervenciones quirúrgicas, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social” (49). Lo cual nuevamente de acuerdo con los resultados no se cumple, ya que no se da cobertura a los medicamentos una vez que se estableció el diagnóstico.

También es importante mencionar que específicamente para estas comunidades se creó un módulo de medicina tradicional indígena, para dar respuesta a las tradiciones y cultura de los mismos, lo cual da sustento a lo mencionado en la ley general de salud en el capítulo I, artículo 6, párrafo VI, el cual menciona “Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas” y párrafo VII: “ Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección” (50). Sin embargo, este módulo se encuentra en las instalaciones del Complejo Médico Gonzalo Rio Arronte, ubicado en el municipio de Atlixco, lo cual hace complicado su uso para los pobladores de esta comunidad.

De tal forma que, por un lado, tenemos al estado quien al recibir las necesidades que las poblaciones tienen, emplean políticas públicas que tendrán características como que sean financiables, su estructura administrativa sea adecuada, así como que cumpla el marco jurídico, de cobertura a la población y con ello respuesta a la necesidad y exista calidad en los servicios. Una vez estableciendo lo anterior se desencadenan programas que llevaran a cabo la solución a las necesidades de la comunidad a través de la instalación de centros de salud específicamente en estas comunidades. Pero queda claro que no se soluciona ahí, sino que una vez establecido el centro de salud depender defactores de la comunidad si esto brinda accesibilidad a la salud.

Ya que a pesar de haber un centro de salud se debe toma en cuenta la distancia, la ubicación geográfica y si existen los caminos disponibles para llegar a ellos, posteriormente y una vez que estos elementos sean aceptables, deberemos tomar en cuenta si la persona que requiera tener accesibilidad a salud tiene las condiciones personales, tales como si tiene un horario de trabajo y este coincide

con el horario de atención de la clínica, si tiene hijos y no tiene con quien dejarlos o si sus ocupaciones tales como la siembra que es una de las actividades principales de estas comunidades impiden que pueda asistir a recibir atención médica. Una vez que la persona haya sorteado esto, es necesario preguntarnos si esta persona podrá ir en carro propio o prestado, si asiste en bicicleta o caminando lo cual podría ser un elemento desmotivado para asistir al centro de salud.

Una vez que la persona logre llegar al centro de salud se puede enfrentar a un sistema que sea lento por la falta de personal y alta demanda de los servicios de salud, o que ese día no se encontraba el médico pasante de servicio social lo que da como resultado que las personas pierdan confianza en él y esto los obliga a buscar alternativas privadas absorbiendo el gasto ellos.

Sin embargo, si lograron ser atendidos en el centro de salud, el siguiente reto al que se enfrentan será si el médico logra ganarse la confianza, aciertan al diagnóstico y dan un tratamiento adecuado, todo esto con un trato de calidad, digno y humano lo cual en algunas ocasiones no se da debido a que se trata de médicos no siempre bien preparados o que por situaciones propias del servicio social como la inseguridad o las condiciones a las que se enfrentan a los médicos hacen que haya un grado de frustración que se vea reflejado en el trato a los pacientes.

Una vez que el paciente con todo lo anterior, fue atendido por el médico, dio un diagnóstico y un tratamiento tendrá que enfrentar un último reto que será si está disponible o no el medicamento que requiere ya que, si no está el medicamento, él tendrá que comprarlo lo que como lo vimos en la investigación es uno de los principales problemas. Y esto hace que el apego al tratamiento sea malo y por lo tanto no exista resultados adecuados lo cual termina por orillar al paciente a buscar opciones privadas, aunque ellos tengan que absorber los gastos o en su defecto buscar alternativas tradicionales no siempre logrando la

11. CONCLUSIONES

Sin duda, el Sistema de Salud en México, así como la Ley General de Salud en sí, parecen a simple vista adecuados y pertinentes, pero además suficientes para atender a la población del país, sin embargo, la accesibilidad a los servicios de salud en México se pone a prueba cuando analizamos a detalle lo que sucede con la atención médica, la salud pública y la seguridad social de mexicanos que habitan en zonas marginadas del territorio nacional.

Tras concluir el análisis de los datos obtenidos, mismos que presentamos previamente en la sección de resultados y que fueron obtenidos del instrumento que utilizamos, podemos llegar a las siguientes conclusiones.

La percepción de los principales problemas de salud, de acuerdo con lo reportado por los habitantes de San Francisco Xochiteopan y Santa Ana Coatepec es el acceso a los servicios de salud, seguido de la Diabetes como una enfermedad incipiente en su población y en tercer lugar les preocupa la disponibilidad de medicamentos ante un evento de salud, cabe resaltar que este último punto es sin considerar el problema de costos. Mientras que, en Colonia Agrarista perciben como mayores problemas la disponibilidad de medicamentos, sin considerar el costo, en segundo lugar, la Diabetes y en tercer lugar el acceso a los servicios de salud. Esto nos corrobora que, a pesar de las condiciones similares en las que se desarrollan los habitantes de dichas comunidades, la percepción de los problemas de salud en las tres comunidades marginadas es muy similar, seguramente debido a fenómenos culturales, económicos y de localización geográfica que comparten, aunado a las deficiencias administrativas que se ponen de manifiesto en estas poblaciones.

En cuanto al número de visitas que realizan los habitantes a los servicios de salud observamos grandes similitudes entre los tres poblados, llamando la

atención que, a pesar del poder adquisitivo de los habitantes, en los tres poblados predomina la asistencia a servicios de salud del sector privado, sin considerar a las farmacias que brindan este servicio y en las cuales la asistencia es la de menor importancia en porcentajes; es de resaltar que en San Francisco Xochiteopan el porcentaje de atención por el sector privado se asemeja mucho al reportado para la clínica de la Secretaría de Salud, en este sentido resalta la presencia de la clínica de la Facultad de enfermería de la BUAP (DEFINIR) en Santa Ana Coatepec, que sustituye de manera importante la atención recibida en la clínica de la Secretaría de Salud si lo comparamos con San Francisco Xochiteopan y Colonia Agrarista. Este dato del sector salud más utilizado por los habitantes debe relacionarse con el número de visitas que se realizan de manera regular y al respecto destaca el porcentaje de población que asiste prácticamente una vez al mes, puesto que podríamos extrapolar este dato a pacientes con alguna enfermedad crónica, aunque predomina el porcentaje de habitantes que tienen baja asistencia a los servicios de salud, lo que llama nuestra atención como un dato de falta de cultura de prevención y sobre todo de la baja factibilidad de acudir a recibir atención médica considerando que el llegar a una cita médica puede requerir de 30 y hasta 70 minutos, a lo que se suma que para más del 50% de la población encuentra dificultades para adquirir el tratamiento indicado por el médico puesto que en la mayoría no es cubierto por los programas de seguridad social con los que cuentan los habitantes de estos poblados.

Al relacionar la frecuencia con la cual los habitantes de estas poblaciones acuden a los Servicios de Salud con la calidad de la atención que ellos perciben, encontramos que más de dos terceras partes de la población confía en la atención que su médico le brinda, sin embargo, cuando preguntamos sobre los servicios de salud en su comunidad como una atención integral apenas una tercera parte refieren estar satisfechos con dicho servicio en su comunidad. Esto deja de claro manifiesto que la mala atención médica que perciben los habitantes de zonas rurales tiene su origen en fenómenos administrativos y de políticas públicas que no permiten que los Servicios de Salud cubran las necesidades de este grupo poblacional, dando créditos a la labor del personal médico y no médico que

resuelve, en la medida de sus posibilidades, los problemas de salud en estas poblaciones.

El acercamiento a los pobladores de San Francisco Xochiteopan, de Colonia Agrarista y de Santa Ana Coatepec nos deja sin duda grandes aprendizajes, excelentes momentos pero, sobre todo grandes oportunidades de colaborar en la mejora del Sistema de Salud en nuestro país, mejoras que tendrán que estar enfocadas en generar políticas públicas integrales que realmente favorezcan la salud comunitaria en las zonas marginadas, lo cual sólo se podrá lograr considerando las particularidades de cada población que impactan en la accesibilidad a los servicios de salud, como lo son: la localización geográfica, la capacidad económica, la gestión administrativa y por supuesto las raíces culturales de los habitantes. Esto permitirá que se mejore no únicamente la atención médica, sino también la salud pública y la seguridad social de las zonas marginadas, los estados y el país.

12. FODA



13. PROPUESTA DE MEJORA

Una vez que hemos analizado la accesibilidad a salud en las comunidades de San Francisco Xochiteopan, Colonia Agrarista y Santa Ana Coatepec y concluir que esta depende de diferentes elementos y que no podemos declarar que no existen políticas públicas adecuadas, sino que al aplicarlas no funcionan correctamente.

En México existe la intención de dar respuesta a las necesidades de salud en todo el país, incluyendo las comunidades rurales. Con esta preocupación existen políticas públicas que se ven reflejados en programas que aplican en todo el país y que la forma en dar accesibilidad a la salud es con la creación de clínicas o centros de salud, pero no se toman en cuenta elementos de cada comunidad, ni se da seguimiento, lo cual deja en desabasto de medicamentos o material. De igual manera no se da atención a la falta de personal y se solventa a través de pasantes de servicio social. Por lo que se propone lo siguiente:

- I. Las políticas públicas existentes deben ser analizadas y reformadas de acuerdo con las condiciones actuales de salud pública.
- II. Establecer de manera específica políticas públicas adaptadas para comunidades rurales y semiurbanas.
- III. Revisar las condiciones actuales que ofrecen a los médicos y considerar la mejora en infraestructura, seguridad y con ello considerar el establecimiento de médicos titulados con el fin de establecer personal que dé seguimiento a toda la población pero que también cuente con las condiciones adecuadas. Con ello lograr que aparte de dar seguimiento a la población, el personal de salud entienda las necesidades de la comunidad, así como su cultura y tradiciones y con ello establecer tratamientos integrales.
- IV. Establecer rutas de fácil acceso y medios de transporte para que las personas puedan llegar de manera adecuada a los centros de salud.

- V. Crear estrategias que permitan a las personas asistir en horarios que les sea sencillo asistir en turnos matutinos y vespertinos, esto con la finalidad de dar opciones a la población que por diversas situaciones es no les es posible asistir en las mañanas.
- VI. Asegurar el abastecimiento de materiales y medicamentos con el fin de evitar el gasto por parte de la población y así asegurar el apego al tratamiento y con ello la salud de ellos.

En general, la propuesta es realizar políticas públicas de salud que integren todos los elementos previamente mencionados en el diagrama. En donde sé de las condiciones idóneas a la población y con ello podamos hablar de una accesibilidad a la salud en estas poblaciones.

14. ANEXOS

Anexo 1 - Formatos de captura de datos

DISPONIBILIDAD PERSONA:		Definitivamente volver		Posiblemente sí		Definitivamente no
CASO:		Definitivamente regresar		Escoger entre otros		Definitivamente no
		1 Visita		2 Visita Fecha:		3 Visita Fecha:

Fecha.....Hora..... MN.....

Localización (Pueblo):

01 San Francisco

Xochiteopan

02 Colonia Agrarista

03 Santa Ana Coatepec

Dirección (Número, Calle, Manzana, Lote, etc.):

Código/Número del lote en

mapa:.....

Coordenadas (identificadas al final de la encuesta):.....

Código especial (por caso): (Pueblo #e.g. 0361 = Santa Ana, 61 lote #):.....

Código del entrevistador: _____

¿Usted o alguno de los miembros de su familia son dueños de esta lote y casa?

Sí, soy yo o mi pareja

Seguir con la presentación de abajo

Sí, mi p a p á /mamá/cuñado (<i>anote relación</i>):	¿Me permite hablar con alguno de ellos?
No, estamos RENTANDO	<i>Agradecer y despedirse</i>
No, el dueño no vive aquí: es una casa prestada o estamos cuidando la casa no más.	<i>Agradecer y despedirse</i>

¿Podemos seguir con la entrevista?

¿Cuánto tiempo lleva viviendo en este lote/casa? (años, o año en que llegó)

Nombre del entrevistado _____

Edad o año de nacimiento _____

Es Ud. ¿El dueño o el copropietario de la casa?

Si, continua la próxima pregunta

No

Relación con el dueño (si no dueño/copropietario(a)) _____

Madre

Padre

Esposo(a)

Hermano

Hermana

Tío/Tía

Primo/Prima

Otra, especifique _____

En su opinión, ¿cuáles cree que son los principales problemas de salud en su comunidad?

Diabetes

Presión Arterial Alta (hipertensión)

Enfermedades del corazón (enfermedades cardiovasculares)

Obesidad

Malnutrición

Cáncer

Enfermedades crónicas pulmonares

Condiciones neurológicas

Enfermedades del hígado (hepatitis/cirrosis)

Enfermedades Mentales (condiciones psiquiátricas)

Fumado (Tabaco)

Uso de alcohol

Abuso de Drogas

Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH HIV

Otras infecciones como diarrea o neumonía.

Discapacidades

Lesiones o Accidentes

Violencia

Problemas relacionados con el embarazo / complicaciones

Enfermedades de la niñez

En su opinión, ¿cuáles son los principales problemas con respecto a la salud en su comunidad?

¿A dónde va para recibir servicios de salud?

Secretaría de Salud

IMSS

ISSTEE

BUAP clínica

Curandera

Farmacia

Ninguna

Otro: ____

En los últimos 3 meses, ¿qué tan a menudo usó usted o un miembro de su familia alguno de esos servicios?

Ninguna vez

1-2 veces

3-4 veces

5+ veces

Ahora hablaremos sobre proveedores de servicios de salud formales/
institucionales...

¿Cuál es su principal medio de transporte para ir a sus citas médicas?

Autobús

Combi

Carro (propio)

Carro (alguien me lleva)

Caminando

En promedio, ¿cuánto tiempo le toma a usted o a un miembro de su familia en llegar a sus citas médicas? _____

¿Qué tan fácil es para usted o para su familia recibir acceso a tratamiento médico?

Nada difícil

Un poco difícil

Medio difícil

Muy difícil

¿Cuál es el reto más grande en obtener tratamiento o servicios médicos? (razón de dificultad) (abierto, clasificar)

Tiempo de viaje

Costo médico

Cuidado de niños

La carga de ingresos perdidos es muy alta

Falta de confianza (hacia proveedores)

Malas experiencias con proveedores

Otro

¿Usted tiene que pagar una parte de sus servicios médicos (que no le cubra el seguro)?

No, nada

Una parte

Todo

¿Qué tan difícil es para usted absorber esos gastos?

Nada difícil

Un poco difícil

Medio difícil

Muy difícil

¿Qué nivel de confianza le tiene a su proveedor?

1 nada de confianza

2 poca confianza

3 mucha confianza

¿Usted o alguien de su familia sufre de una enfermedad crónica como diabetes, asma, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, dolores crónicos, etc?

¿Quién?	Enfermedad crónica	¿Recibe tratamiento para esta condición?	¿Tradicional? (curandera) Si/No	¿Institucional? Si/No
1				
2				
3				
4				

Ahora al tema de las enfermedades agudas (como la diarrea, gripa, disentería, etc.)

Quien ha tenido una enfermedad aguda en los últimos 3-4 meses...

¿Quién?	Enfermedad o condición leve	¿Recibe tratamiento? Si/No	Tratamiento tradicional (curandera) Si/No	Institucional Si/No
1				
2				

3				
4				

Ahora, hablemos de accidentes que hayan tenido algún miembro de la familia

¿Algún miembro de su familia ha tenido accidentes severos en esta propiedad en el último año?

Si

No , pase pregunta *

¿Quién?	Naturaleza del accidente -automovilístico, animal (mordida, piquete), cocinando,	¿Recibió tratamiento por ese accidente? Si/No	Tradicional Si/No	Clínica vs Internado (hospitalizado) Si/No
1				
2				
3				
4				

Evalué el siguiente enunciado:
Estoy satisfecho con la calidad de los servicios médicos y de salud en mi comunidad.

Si

No

No sé

Prefiero no responder

Anexo 2 - Formatos de consentimiento informado

University letter head

fecha

Estimado/a *nombre*

Entrevista a informante clave en **fecha

Gracias por acceder a reunirse con nosotros. Somos investigadores y estudiantes de la Universidad de Texas en Austin, trabajando en colaboración cercana con la *Fundación Comunitaria de Puebla* y con colegas de la *Benemérita Universidad Autónoma de Puebla*. El estudio académico que estamos realizando se enfoca en un número de asuntos relacionados a la salud familiar, el acceso a los servicios públicos de salud, y la intersección entre los ambientes naturales y construidos, y la salud, políticas públicas y acceso a los servicios de salud, etc. Usted ha sido seleccionado como uno de una docena o más de informantes clave, que hemos identificado nos podría ayudar a comprender mejor uno o varios de esos temas. Sus ideas y experiencia nos serán extremadamente útiles conforme nos movemos hacia adelante con el análisis de datos y en la escritura de nuestro reporte.

Para su información, los pueblos en los que estamos trabajando son:

San Francisco Xochiteapan

Colonia Agrarista

Santa Ana Coatepec

No existen riesgos asociados con su participación como informante clave, y su participación es voluntaria y sin compensación. Si en algún momento se siente incómodo con algún aspecto de la conversación, usted no está en la obligación de ofrecer comentarios u opiniones y puede declinar a responder. Usted tendrá la oportunidad de decidir si desea que la conversación sea grabada o no, así como decidir si la conversación es oficial o no.

Usted también tendrá la oportunidad de realizar preguntas acerca de nosotros y nuestro estudio antes de que efectivamente iniciemos la entrevista. Su acuerdo para permitirnos proceder con la conversación será un consentimiento verbal. Por favor mantenga esta carta, la cual contiene nuestra información de contacto (dirección, teléfono, etc.) y explica cómo contactar a los directores del proyecto o a miembros de la Fundación Comunitaria Puebla en caso de que usted o su familia tengan pregunta o quisieran información adicional.

Sinceramente,

*** nombres de estudiantes y firmas

Anexo 3 - Carta de consentimiento de uso de información.



1912 Speedway, STE 504, Austin, Texas, 78712-1289 • Mail Code: D5800 • (512) 471-4155 • Fax (512) 471-1288

22 de marzo, 2022

A quien corresponda:

Por medio de la presente envié un cordial saludo al mismo tiempo, informamos de nuestra autorización para el uso de la información resultante del Proyecto entre la Universidad de Texas y la Facultad de Medicina de la BUAP para el programa "President's Award for Global Learning" al alumno de Maestría en Administración de Servicios de Salud, Eder Hernández Angelino con matrícula 220450041, para ser utilizada única y exclusivamente para el trabajo de tesis que presentara para obtener el título de maestro en la antes mencionada. Lo anterior, dado que el alumno colaboró de manera activa en dicho proyecto por parte de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Ricardo Ainslie, Ph.D., ABPP
M.K. Hage Centennial Professor in Education
Director, LLILAS-Benson Mexico Center
Director, Education and Research for AMPATH Mexico
The University of Texas at Austin

15. BIBLIOGRAFÍA

1. Briceño-León Roberto. Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2003;8(1):33-45. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63042995004>
2. Ainslei R., Mercer T. y Ward P. PAGL (President's Award for Global Learning) A Comprehensive Needs assessment of low-income communities in Puebla, Mexico. 2019. Disponible en <https://www.lahn.utexas.org/lahn-extensions/puebla/publications-final-report>
3. Sánchez Torres D.A. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social* [Internet]. 2017 feb [citado el 18 De enero De 2022];55(1):81-93. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4577/457749297021/457749297021.pdf>
4. Bardach E. *The implementation game: what happens er a Bill becomes a law*. Boston: Massachusetts Institute of Technology Press. 1981.
5. Committee on interstate and foreign commerce U.S. house of representatives on health and the environment. *A discursive dictionary of health care*. (1976).
6. Muñoz Hernández O., Rodríguez Ortega E., Pérez Cuevas R., Garduño Espinosa J., García Peña M., Jasso Gutiérrez L., Reyes Morales H., Durán Arenas L., Rizzoli Córdoba A., Pasillas Torres M., López Ortega M., Zurita Garza B., González Arreola J.A. y Chong Chong L.M. *Componente de Salud de una propuesta de Seguridad Social Universal*. Hospital Infantil de México y Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. 2012.
7. Gould H. Modern medicine and folk cognition in rural India. *Human Organization*. 1965; 24:201-208.
8. Moseley M. *Accessibility: the rural challenge*. Londres: Methuen and Co. Ltd; 1979.
9. Joseph Y. y Phillips M. *Accessibility: the rural challenge*. Londres: Methuen and Co. Ltd; 1979.
10. Vázquez AMR. (2018). *Accesibilidad potencial a los servicios de salud públicos en la Jurisdicción Tenancingo. Aportes para la planeación de los servicios de salud en el Estado de México*. Universidad Autónoma de México.
11. Garrocho, C. (1993). Análisis de la accesibilidad a los servicios de salud y de los sistemas de información geográfica : teoría y aplicación en el contexto del Estado de México. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 8(2), 427–444. <https://doi.org/10.24201/edu.v8i2.883>
12. ONU: Asamblea General, Declaración Universal de Derechos Humanos, 10 diciembre 1948, 217 A (III), (Accesado el 27 abril 2022) disponible en esta dirección: <https://www.refworld.org/es/docid/Org.gt>. [citado el 14 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://onu.org.gt/wp-content/uploads/2018/10/Desaf%C3%ADos-y-Estrategias-para-el-Desarrollo-sostenible-en-América-Latina-y-el-Caribe-compressed.pdf>
13. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Consejo Directivo 53/5. *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Washington D.C.: OPS; 2014. Disponible en: <http://www.paho.org/uexchange/index.php/es/uexchange-documents/informacion-tecnica/27-estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud/file> Acceso el 4 de enero de 2018.
14. Asante D. (2021). Making health services more accessible to rural locales. Do conceptualizations matter?. *Ethics, Medicine and Public Health*. Volume 18,100670, ISSN 2352-5525, <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2021.100670>.

15. ASALE R -, RAE. accesible | Diccionario de la lengua española [Internet]. "Diccionario de la lengua española" - Edición del Tricentenario. [cited 2022 May 20]. Available from: <https://dle.rae.es/accesible?m=form>
16. De Salud CI de AP. Tratado de Alma Ata [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 12 septiembre de 1978. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
17. Cámara de Diputados. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS [Internet]. 1917 feb [citado el 13 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
18. Chias L., Iturbide P. y Reyna S. Accesibilidad de las localidades del Estado de México en la red carretera pavimentada: un enfoque metodológico. Investigaciones Geográficas, Boletín, núm. 46, Instituto de Geografía, UNAM, México, 2001:117-130.
19. Análisis de políticas de salud en México [Internet]. [Espm.mx](http://www.espm.mx). [citado el 14 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.espm.mx/blog/analisis-politicas-salud-mx/>
20. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Distribución. Puebla [Internet]. cuentame.inegi.org.mx. [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/pue/poblacion/distribucion.aspx?tema=me&e=21>
21. Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México, Secretaría de Desarrollo Social de México, Open Street Maps, Google Maps, ESRI Maps. "Pueblos de México en Internet" Localidades de Atzitzihuacán (Municipio en Puebla) [Internet]. mexico.PueblosAmerica.com. [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://mexico.pueblosamerica.com/puebla/atzitzihuacan/>
22. Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal. Puebla - Atzitzihuacán [Internet]. www.inafed.gob.mx. [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM21puebla/municipios/21022a.html>
23. Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal. Puebla - Huaquechula [Internet]. www.inafed.gob.mx. [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM21puebla/municipios/21069a.html>
24. Secretaría de Economía (SE), Datawheel. Atzitzihuacán: Economía, empleo, equidad, calidad de vida, educación, salud y seguridad pública [Internet]. Data México. [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://datamexico.org/es/profile/geo/atzitzihuacan#population-and-housing>
25. Pueblos de América: San Francisco Xochiteopan (Puebla) Atzitzihuacán [Internet]. mexico.PueblosAmerica.com. [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://mexico.pueblosamerica.com/i/san-francisco-xochiteopan/>
26. Pueblos de América: Agrarista Emiliano Zapata (Puebla) Atzitzihuacán [Internet]. mexico.PueblosAmerica.com. [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://mexico.pueblosamerica.com/i/emiliano-zapata-col-agrarista>
27. Secretaría de Economía (SE), Datawheel. Huaquechula: Economía, empleo, equidad, calidad de vida, educación, salud y seguridad pública [Internet]. Data México. [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://datamexico.org/es/profile/geo/huaquechula>
28. ASALE R -, RAE. comunidad | Diccionario de la lengua española [Internet]. "Diccionario de la lengua española" - Edición del Tricentenario. Available from: <https://dle.rae.es/comunidad>
29. ASALE R -, RAE. edad | Diccionario de la lengua española [Internet]. "Diccionario de la lengua española" - Edición del Tricentenario. Available from: <https://dle.rae.es/edad?m=form>

30. ASALE R -, RAE. sexo | Diccionario de la lengua española [Internet]. “Diccionario de la lengua española” - Edición del Tricentenario. Available from: <https://dle.rae.es/sexo?m=form>
31. ASALE R -, RAE. ocupación | Diccionario de la lengua española [Internet]. “Diccionario de la lengua española” - Edición del Tricentenario. [cited 2022 May 20]. Available from: <https://dle.rae.es/ocupaci%C3%B3n?m=form>
32. ASALE R -, RAE. educativo, educativa | Diccionario de la lengua española [Internet]. “Diccionario de la lengua española” - Edición del Tricentenario. [cited 2022 May 20]. Available from: <https://dle.rae.es/educativo>
33. ASALE R -, RAE. patología | Diccionario de la lengua española [Internet]. “Diccionario de la lengua española” - Edición del Tricentenario. Available from: <https://dle.rae.es/patolog%C3%ADa?m=form>
34. ASALE R -, RAE. frecuencia | Diccionario de la lengua española [Internet]. “Diccionario de la lengua española” - Edición del Tricentenario. Available from: <https://dle.rae.es/frecuencia?m=form>
35. ASALE R -, RAE. transporte | Diccionario de la lengua española [Internet]. “Diccionario de la lengua española” - Edición del Tricentenario. [cited 2022 May 20]. Available from: <https://dle.rae.es/transporte?m=form>
36. ASALE R -, RAE. tiempo | Diccionario de la lengua española [Internet]. “Diccionario de la lengua española” - Edición del Tricentenario. [cited 2022 May 20]. Available from: <https://dle.rae.es/tiempo?m=form>
37. ASALE R -, RAE. factible | Diccionario de la lengua española [Internet]. “Diccionario de la lengua española” - Edición del Tricentenario. [cited 2022 May 20]. Available from: <https://dle.rae.es/factible?m=form>
38. ASALE R -, RAE. gasto | Diccionario de la lengua española [Internet]. “Diccionario de la lengua española” - Edición del Tricentenario. [cited 2022 May 20]. Available from: <https://dle.rae.es/gasto?m=form>
39. ASALE R -, RAE. nivel | Diccionario de la lengua española [Internet]. “Diccionario de la lengua española” - Edición del Tricentenario. [cited 2022 May 20]. Available from: <https://dle.rae.es/nivel?m=form>
40. ASALE R -, RAE. confianza | Diccionario de la lengua española [Internet]. “Diccionario de la lengua española” - Edición del Tricentenario. Available from: <https://dle.rae.es/confianza?m=form>
41. ASALE R -, RAE. agudo, aguda | Diccionario de la lengua española [Internet]. “Diccionario de la lengua española” - Edición del Tricentenario. [cited 2022 May 20]. Available from: <https://dle.rae.es/agudo>
42. ASALE R -, RAE. tratamiento | Diccionario de la lengua española [Internet]. “Diccionario de la lengua española” - Edición del Tricentenario. Available from: <https://dle.rae.es/tratamiento?m=form>
43. ASALE R -, RAE. accidente | Diccionario de la lengua española [Internet]. “Diccionario de la lengua española” - Edición del Tricentenario. Available from: <https://dle.rae.es/accidente?m=form>
44. ASALE R -, RAE. satisfacción | Diccionario de la lengua española [Internet]. “Diccionario de la lengua española” - Edición del Tricentenario. [cited 2022 May 20]. Available from: <https://dle.rae.es/satisfacci%C3%B3n?m=form>
45. ASALE R -, RAE. calidad | Diccionario de la lengua española [Internet]. “Diccionario de la lengua española” - Edición del Tricentenario. Available from: <https://dle.rae.es/calidad?m=form>

46. Mazzanti Di Ruggiero, María de los Ángeles, Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. Revista Colombiana de Bioética [Internet]. 2011;6(1):125-144. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189219032009>
47. DECLARACIÓN UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS [Internet]. [Gob.mx](http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/subtemas/bioeticayderechoshumanos.pdf). [citado el 14 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/subtemas/bioeticayderechoshumanos.pdf>
48. Hall RT. Ética de la investigación social [Internet]. Centro Universitario S/N Col. Cerro de las Campanas C.P. 76010, Querétaro, México: Universidad Autónoma de Querétaro; 2017. Disponible en: http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/publicaciones/memorias/libro_final_formacion.pdf
49. Ley General de Salud. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, Últimas reformas publicadas DOF 30-03-2022, Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_030614.pdf