
**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD
MAESTRÍA EN MEDICINA SOCIAL**



**LAS REFORMAS DEL SECTOR SALUD EN LOS PROGRAMAS DE
ATENCIÓN PRIMARIA, CENTRO DE SALUD DE CHILAPA,
GUERRERO, 1999-2006.**

TESIS

Que como requisito para obtener el grado de

Maestría en Medicina Social

Presenta

Josefina Munguía Aldama

Directora de Tesis: Dra. Carolina Tetelboin Henrion

Asesor externo: Dr. Jesús Samper Ahumada⁺

México, D.F. Septiembre de 2009.

ELEUTERIO CAMPOS HERNANDEZ
Mi esposo

IRARI DINORA
Mi hija

ANGEL MUNGUIA VILCHIS
GLORIA ALDAMA REYES
Mis padres

DEDICADA A:

DR. JESUS SAMPER AHUMADA
Por su invaluable apoyo

EN MEMORIA

AGRADECIMIENTOS

A las familias Jaimes Morales y Jaímez Jaímez por su generosa hospitalidad en Chilapa. A Perla Yamilette Bustamante Jaímez por su apoyo técnico y solidario durante la realización de este trabajo. A los trabajadores de la salud por su disponibilidad y tiempo para proporcionar la información aquí contenida.

Índice

CONTENIDO	PÁGINA
1. Introducción	1
2. Antecedentes históricos sanitarios 1900 – 2006.	4
3. Planteamiento del problema	11
4. Justificación	15
5. Objetivos	15
6. Hipótesis	16
7. El estado del arte de las reformas del sector salud	16
8. Referentes teóricos de las reformas del sector salud (El Estado, las políticas, las instituciones y los usuarios)	20
9. Estrategia metodológica	45
10. Resultados generales del estudio	51
10.1. El contexto socio sanitario a nivel nacional, estatal y municipal 1999-2006	51
10.2. Las políticas nacionales y estatales de atención a la salud durante el período 1999-2006	57
11. Resultados particulares	83
11.1. Observación y documentación de los procedimientos de operación en el Centro de Salud de Chilapa.	83
11.2. Percepción de los actores sobre la operación del centro de salud y su papel en la prestación de la atención médica.	109
11.2.1. Funcionarios	109
11.2.2. Trabajadores de la salud directamente relacionados con la atención de usuarios diabéticos	119
11.2.3. Los Usuarios	133
12. Contrastación y análisis	144
12.1. La contrastación entre la política nacional y estatal y su aplicación en el Centro de Salud de Chilapa, Guerrero.	144
12.2. Análisis de la percepción de los actores sobre la operación y funcionamiento del Centro de Salud de Chilapa, Guerrero	150
13. Conclusiones	160
14. Bibliografía	166
15. Anexos	175

LISTA DE SIGLAS

AFORES	Administradoras de Fondos para el Retiro
APS	Atención Primaria a la Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BIRF	Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento
BM	Banco Mundial
CAAPS	Clínica Avanzada de Atención Primaria a la Salud
CASES	Catálogo de Servicios Esenciales de Salud
CASES	Catálogo de Servicios Esenciales de Salud
CESOP	Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública
CGM	Carga Global de Morbilidad
CONALEP	Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CURP	Clave Única de Registro de Población
E.U.A.	Estados Unidos de Norte América
EPR	Ejército Popular Revolucionario
ERPI	Ejército Revolucionario del Pueblo Insurgente
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
EVC	Enfermedad Vasculat Cerebral
FASSA	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
FUNSALUD	Fundación Mexicana para la Salud
GAM	Grupo de Ayuda Mutua
IFE	Instituto Federal Electoral
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social

COPLAMAR	Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
ISAPRE	Instituciones de Salud Provisional (Chile)
ISSSFAM	Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado
LACRSS	Iniciativa Regional para la Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe
MAO	Módulo de Atención y Orientación
MASPA	Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta
MIDAS	Modelo Integrado de Atención a la Salud
NOM	Norma Oficial Mexicana
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG('S)	Organización(es) No Gubernamental(es)
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PA	Población Abierta
PAC	Programa de Ampliación de Cobertura
PAI	Programa de ampliación de inmunización
PBSS	Paquete Básico de Servicios de Salud
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PES	Plan Estatal de Salud
PIB	Producto Interno Bruto
PNS	Plan Nacional de Salud
PO	Programa Oportunidades
PRI	Partido Revolucionario Institucional
PSAAM	Programa de Salud del Adulto y Adulto Mayor

QBP	Químico Biólogo Parasitólogo
EPS	Régimen Estatal de Protección Social
SAR	Sistema de Ahorro para el Retiro
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SESA	Servicios Estatales de Salud en Guerrero
SESANA	Seguro de Salud Nacional
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SIS	Sistema de Información en Salud
SP o SPS	Seguro Popular de Salud
SPS	Seguro Popular de Salud
SS	Secretaría de Salud
SSA	Secretaría de Salubridad y Asistencia
SUIVE	Sistema Único de Información y Vigilancia Epidemiológica
TABS	Técnicos en Atención Básica a la Salud
TLCAN	Tratado de Libre Comercio con América del Norte
TRIFE	Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

1. Introducción.

A partir de la década de los 80 en casi todos los países del mundo y particularmente en los de América Latina se han implementado un conjunto de reformas neoliberales, modificando sustancialmente la relación entre el Estado y la sociedad. Desde la óptica de sus promotores, éstas son necesarias para sanear las economías y como respuesta a las transformaciones sociales, económicas, políticas, tecnológicas y culturales ocurridas en cada uno de los países, producto del nuevo orden global.

En esencia, estas reformas están dirigidas particularmente al adelgazamiento y redefinición de las funciones y responsabilidades del Estado, a la apertura del libre mercado y de políticas de carácter privatizador, a la reducción del gasto social y por consecuencia, a la desgubernamentalización de los bienes y servicios públicos.

De los sistemas sometidos a estas profundas reformas económicas y sociales han sido los de salud y seguridad social, las razones a las que se alude es, que la salud y seguridad social durante casi 50 años se ha caracterizado por el otorgamiento de enormes protecciones pero inequitativas, y prácticamente bajo el control estatal, estas condiciones generaron tal peso económico que son los responsables de las crisis financieras.

La reforma sanitaria promueve incorporar modificaciones sustanciales en los modelos de atención y en las formas de financiamiento, con el propósito de contener los costos, pues se supone es un sistema que resulta sumamente oneroso al consumir gran parte de los escasos recursos disponibles en cada país.

De igual manera, así como se redefine la función del Estado, el papel de la política social también ha sufrido cambios significativos; actualmente esta depende en gran medida de los organismos financieros internacionales, por lo que durante los últimos veinticinco años hemos pasando de una política social de carácter redistributivo que brindaba beneficios individuales, familiares y sociales, a paquetes mínimos de ayuda pública destinados a grupos selectivos de población, previa comprobación de la condición de pobreza para evitar acciones desesperadas de quienes carecen de lo esencial para la sobrevivencia.

Los efectos de estas reformas están impactando negativamente no solo al conjunto de la población y particularmente a los más desprotegidos, sino que representan un retroceso en el funcionamiento de las unidades del Sistema Nacional de Salud, de sus trabajadores y los usuarios de los servicios. Que para el caso del estado de Guerrero, dadas las condiciones sociales, económicas y políticas que prevalecen en la entidad, conforman un entramado que contribuye a que prevalezca un panorama de deterioro de las condiciones de vida, de trabajo y salud de una parte importante de la población guerrerense.

En este contexto, el impacto de estos procesos sociales y de salud pública que se están produciendo requieren ser documentados, los cuales pueden ser observados en la atención médica que ofrecen las unidades de atención primaria. Por ello, el propósito central del presente trabajo es analizar la relación de la política de salud federal y estatal y sus efectos en la operación del Centro de Salud de Chilapa, que atienden a población “abierta” en la ciudad de Chilapa, Guerrero; se describen sus características generales, los cambios

incidentes, y la percepción que tienen los trabajadores y usuarios sobre las condiciones para la prestación de servicios en general y particularmente a usuarios por diabetes mellitus no insulino dependientes.

La diabetes mellitus tipo II no insulina dependiente se seleccionó del conjunto de problemáticas en salud, para rastrear lo que ocurre en los servicios, es decir, ejemplifica los procesos institucionales involucrados en su atención, que se supone no difieren de otros padecimientos de tipo crónico.

Esta investigación es un estudio de caso, descriptivo y de enfoque cualitativo, es parte de otro proyecto que da seguimiento a las reformas en salud en Chile, Colombia y México. La temporalidad del estudio corresponde al período 1999-2006. Su importancia radica en que brinda la posibilidad de contar con información a nivel local respecto a cómo están incidiendo estas políticas en las condiciones organizativas, financieras y laborales para la prestación del servicio, y los efectos en la salud de la población que presenta un padecimiento como la diabetes mellitus.

El trabajo está dividido en dos grandes apartados, la primera parte se refiere al protocolo de investigación en el que se plasman los aspectos teóricos y metodológicos. Aunque no exhaustivamente los referentes teóricos incorporados son: a) El Estado social o de bienestar social, b) el nuevo papel del Estado, c) la Política Social, d) la descentralización, e) el gasto en salud y financiamiento, f) la focalización del gasto público, g) la política en salud y las Reformas, h) el nuevo quehacer de las instituciones de salud y la prestación de servicios, i) condiciones de trabajo y relaciones laborales y j) el papel de los usuarios, los cuales a su vez orientaron la búsqueda de los cambios ocurridos en el centro de salud.

El rastreo de los objetivos y directrices de la política federal y estatal se realizó básicamente a través de la revisión de los planteamientos vertidos en el Plan Nacional de Salud 2001-2006, y el Plan Estatal de Salud 1999-2005. Los temas seleccionados para el abordaje están estrechamente ligados a los tópicos utilizados como referentes teóricos, y son: 1) la orientación de la política en salud, 2) el nuevo quehacer de las instituciones de salud y el papel de los ciudadanos, 3) descentralización y financiamiento, 4) prestación de servicios de salud, 5) programa de ampliación de cobertura: Población Abierta (PA), Programa Oportunidades (PO) y Seguro Popular (SP), 6) política de relaciones laborales, 7) satisfacción del usuario, y 8) cuerpos normativos para el tratamiento de la diabetes mellitus.

La información empírica se obtuvo mediante observación directa y de la aplicación de entrevistas a semiprofundidad a siete funcionarios de distintos niveles, estatal, jurisdiccional y del centro de salud, diez trabajadores directamente relacionados con la atención de usuarios diabéticos y diez usuarios por diabetes mellitus. Los temas sobre los que se recogió información son: a) condiciones para la atención médica. En este apartado se incluyeron las características generales de la unidad, estructura, organización y accesibilidad, estrategias de las que los usuarios reciben atención médica, aplicación en consulta de los procedimientos de la NOM técnica para la prevención, tratamiento y control de usuario diabéticos y cambios en la política de relaciones laborales, b) financiamiento, c) representación de la enfermedad y d) satisfacción del usuario.

La segunda parte denominada “los resultados” se integra por siete componentes: El contexto socio sanitario a nivel nacional, estatal y municipal 1999-2006, las políticas nacionales y estatales de atención a la salud durante el período 1999-2006, normatividad para la operación de las unidades de primer nivel y descripción del funcionamiento del Centro de Salud de Chilapa, Guerrero, observación y documentación de los procedimientos de operación en el Centro de Salud de Chilapa, percepción de los actores (funcionarios, trabajadores y usuarios) sobre la operación del centro de salud y su papel en la prestación de la atención médica. Además de un apartado dividido a su vez en dos partes, cuyo título es contrastación y análisis. El primero compara la política nacional con la estatal y el segundo las percepciones de los tres actores participantes. Por último las conclusiones.

En este estudio se pudo constatar que la aplicación de las políticas reformadoras en el centro de salud está modificando las formas de otorgar los servicios, su contenido y los recursos para operarlos, el recorte del gasto que genera escasez de medicamentos e insumos básicos, equipo insuficiente e instalaciones inadecuadas y que falta personal de salud, la persistencia de problemas organizativos, largos tiempos de espera, rigidez y verticalidad en las decisiones y falta de apego en la normatividad para el manejo y control de la enfermedades, a grado tal que es posible afirmar que día a día se van agravado.

La población que demanda atención es excesiva, supera las disposiciones normativas, es pobre y sin posibilidad de recurrir a otro tipo de servicio.

Se introducen cambios en el modelo de atención efectivamente centrado en el individuo y la familia, no obstante, se trata de individuos y familias carente de recursos para hacerlo, no sólo económicos, sino también sociales y culturales.

Igualmente se incorporan beneficios diferenciales entre los usuarios de los servicios que amplían las inequidades sociales.

Dos aspectos más son centrales en los hallazgos, la pérdida de la gratuidad de los servicios que se convierte en algo lacerante para los usuarios, y la eliminación de la noción de la protección a la salud como un derecho consignado en nuestra constitución. Para ellos no es un derecho, sino favores o ayudas voluntarias que reciben del gobierno que deben agradecer; este tipo de concepción muestran que el discurso oficial ha permeado teniendo como respuesta una actitud de sometimiento y resignación por la incapacidad de respuesta individual y social y por su condición de pobreza económica y cultural.

Finalmente vale la pena mencionar que los obstáculos sorteados para lograr concluir con este trabajo fueron la falta de disponibilidad en algunas áreas de gobierno para proporcionar información oficial. Además, debido a la excesiva carga de trabajo del personal de salud, las fechas para realizar las entrevistas en reiteradas ocasiones fueron canceladas, con repercusiones en pérdida de tiempo y recursos económicos; hubo necesidad de ajustarse a los tiempos determinados por el personal resultando en algunas ocasiones con horarios matutinos o nocturnos muy inconvenientes, que incrementaron los riesgos al transitar una carretera federal. Una limitación más fueron los escasos recursos disponibles para cubrir gastos de personal de apoyo técnico.

2. Antecedentes históricos sanitarios 1900 – 2006.

Ambito Nacional.

Durante todo el siglo pasado, la historia sobre la creación de las instituciones de salud ha ido de la mano de las grandes transformaciones económicas, políticas y sociales de nuestro país, que, desde 1929 fueron producto de arreglos políticos e institucionales con el Partido Revolucionario Institucional (PRI) (Martínez, 1997:360), cuya característica más sobresaliente fue su habilidad para ceder el poder de un presidente a otro (Zorrilla, 2003:250).

Los avances de mayor trascendencia en materia de salud fueron plasmados en la Constitución Política de 1917, como resultado de la Revolución Mexicana y por la intervención de distintos grupos políticos influidos por las legislaciones laborales europeas. Así el artículo 73, fortaleció por una parte a la autoridad sanitaria para dictar, proponer y poner en práctica acciones de salubridad general y de observancia obligatoria, a través de la conformación del Consejo de Salubridad General y del Departamento de Salubridad (Juan, 2006:432). Por otra, el artículo 123 determinó que los patrones debían otorgar atención médica y el pago por indemnizaciones por accidentes y enfermedades de trabajo a los trabajadores (Arce, 1944:26).

Con la integración de la Dirección de la Beneficencia Pública del Distrito Federal y el Departamento Autónomo de Asistencia Social e Infantil, se dio paso en 1937 a la Secretaría de Asistencia Pública con la que no solo se sustituyó la concepción de beneficencia por la de asistencia, sino que se asume como una responsabilidad del Estado (Juan, 2006:432).

En la década de 1930-1940 al sentarse las bases para iniciar en el país el proceso de industrialización y desarrollo socioeconómico, se crearon instituciones como el Banco Nacional Hipotecario Urbano y de Obras, el Banco de Comercio Exterior, el Banco Nacional de Crédito Ejidal, Nacional Financiera, se nacionalizó el petróleo, ferrocarriles y energía eléctrica, se lleva a cabo el reparto agrario, la reorganización del sistema financiero, el desarrolla infraestructura en comunicación y obras de irrigación (García, 1989:72-73). Lo cual también generó el inicio del proceso de concentración y migración de la población a las áreas urbanas.

Estos procesos favorecieron el desarrollo de la seguridad social y la atención médica pero no de carácter universal sino selectivo, pues se fundamentó en un pacto entre el Estado y el movimiento obrero oficial (Laurell, 1991:13). En este contexto nació en 1943 el actual modelo de salud a partir de tres hechos significativos; la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social, la Secretaría de Salubridad y Asistencia a partir de la fusión de la Secretaría de Asistencia con el Departamento de Salubridad (Juan, 2006, Martínez 1997:362) y la creación de los Instituto Nacional de Cardiología y de Enfermedades de la Nutrición, entre 1943 y 1946. Es decir, en México el proceso de institucionalización de la salud y seguridad social pasó por dos etapas muy marcadas. La primera se caracteriza por el establecimiento de diversas instituciones públicas con el propósito de atender las demandas de la población vinculada a las actividades económicas estratégicas del país, tal como fueron el IMSS, ISSSTE, PEMEX, ISSSFAM, que hasta 1970 estas instituciones

derechohabientes un conjunto variado de servicios, entre ellos la atención médica, cuya provisión y calidad varía según la cantidad de recursos con los que cuenta cada institución.

Aunque esta fragmentación institucional impidió que los recursos se distribuyeran entre toda la población en general, debe reconocerse que el sistema de salud y seguridad social de estas dos etapas posibilitó la creación de una gran infraestructura en salud de carácter público, que hoy sigue vigente y disponible en todo el país; además, su funcionamiento se basó en el manejo solidario en cuanto al monto de las aportaciones en cada institución, haciendo accesible a cualquiera de sus derechohabientes atención médica de cualquier nivel, incluso de alta especialización, imposible de pagarse de manera individual, independientemente del monto de la aportación o cuota de cada trabajador y de los años de contribución.

Desde la década de los 80' en casi todos los países del mundo y particularmente en los de América Latina se ha promovido la realización de un conjunto de reformas neoliberales. Para los promotores neoliberal, las características de los sistemas de protección social y el excesivo intervencionismo estatal, son los responsables de las crisis financieras, especialmente el carácter antieconómico, antiproductivo, paternalista, ineficiente e inequitativo del Estado. Por ello impulsan un conjunto de reformas dirigidas hacia el adelgazamiento, redefinición de las funciones y responsabilidades del Estado, la implementación abierta de políticas como la privatización de empresas públicas, la apertura comercial, la promoción del libre intercambio y la reducción del gasto social. Desde el punto de vista de los promotores de las reformas, éstas son necesarias para el saneamiento de sus economías además de dar respuesta a las amplias transformaciones sociales, económicas, políticas tecnológicas y culturales ocurridas en cada uno de los países, derivadas del nuevo orden global.

Este proceso de reforma en salud está generando profundos cambios, por ejemplo con la firma en 1992 del Tratado de Libre Comercio con América del Norte (TLCAN) por Estados Unidos, Canadá y México se introducen modificaciones legales que afectan a la mayoría de la población mexicana, como la reforma a la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) obligatoria para todo trabajador formal, que abre la posibilidad de contratar servicio médico particular. Además, con adopción de los lineamientos del Banco Mundial establecidos en el Programa de Reforma del Sector 1995-2000 se crean las condiciones básicas para la intervención privada en la prestación de servicios de salud y en la seguridad social (Laurell, citada en Cerda, 2005:151-152). La pérdida del carácter social de las pensiones y jubilaciones por la creación en 1992 del sistema de ahorro para el retiro (SAR), hoy convertido en AFORES, en las que cada trabajador paga de manera individual durante su vida laboral las cuotas para el fondo en el momento del retiro (Rodas, 2003:51-52)

Por otra parte, también se han hecho varias modificaciones a la Ley General de Salud como, por ejemplo, las de junio de 2004, como las establecidas en su Artículo 3, el cual señala las atribuciones para la Secretaría de Salud en materia de salubridad general, tales como: I. *La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el Artículo 34, fracciones I.* Servicios públicos a la población en general; III. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la

forma en que se contraten, y IV. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria, es decir, **no aparece como su primera responsabilidad la provisión de servicios de salud a toda la población.** 2. *La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;* aunque se **admite que se seguirá otorgando atención médica, el compromiso se limita a ciertos grupos, con lo cual se pierde el derecho que todo mexicano** tiene a la protección de la salud. *II bis. La Protección Social en Salud, que en términos reales se ha circunscrito a la estrategia de financiamiento denominada Seguro Popular, y III. La coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud a los que se refiere el Artículo 34, fracción II.* Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios, o sea las instituciones de seguridad social, como las más relevantes (PE, 2004:1-2).

Para López (2001:43) en el proceso de implementación de las reformas del sector salud en México, tres momentos distintos de reformas se corresponden con tres periodos sexenales presidenciales: el primero (1982-1988) llamadas de transición, el segundo (1988-1994) de mercantilización y beneficencia y el tercero (1994-2000) de fortalecimiento de los mercados de salud. Reformas que también fueron puestas en marcha por los gobiernos en turno en el estado de Guerrero.

El primero de estos coincide además con el período 1987-1988, en la que la mayoría de los países de América Latina y el Caribe iniciaron, según Almeida (1999:15), con el conocimiento puntual y análisis de su infraestructura, sistemas de información, desarrollo de la epidemiología, economía, financiamiento, recursos humanos, desarrollo tecnológico y sistemas de servicio de salud, con énfasis en las políticas públicas.

Específicamente en México corresponde a 1982-1988, la primera etapa de la descentralización de los servicios de salud. Fueron 14 los primeros estados descentralizados: Tlaxcala, Nuevo León, Guerrero, Baja California Sur, Jalisco, Morelos, Tabasco, Querétaro, Sonora, Colima, Guanajuato, Estado de México, Aguascalientes y Quintana Roo, a los que se transfirieron las funciones y facultades en materia de salud.

Fue hasta el tercer periodo, 1994-2000, que las restantes entidades federativas se descentralizaron en apego al Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud de 1996. En este acuerdo se estableció que los estados de la federación debían asumir las responsabilidades que la Ley General de Salud les asigna como son el manejo y operación de los servicios de salud, de los recursos financieros y de los instrumentos para la aplicación de la política nacional de salud (PE, 1996b:27). En estos años la SSA se convirtió en Secretaría de Salud, y se redefinieron sus actividades básicamente a normativas, de supervisión y evaluación (Fajardo, 2004:3).

La última iniciativa de carácter reformador es la Protección Social en Salud establecida en la Ley General de Salud del 2004, de ella se desprende el denominado Seguro Popular en Salud (SP). El antecedente del SP fue el llamado Seguro de Salud Nacional (SESANA)

propuesto por Julio Frenk desde 1994, siendo director de FUNSALUD. El SESANA¹ era un instrumento para financiar el paquete esencial de servicios de salud en la modalidad de seguro para familias en condición de pobreza y excluida de la economía formal. Este seguro se proponía operar desconcentrado de la Secretaría de Salud, a través de la adopción de una tarjeta de salud individual para la filiación y acceso a los servicios (Frenk, 1994:32-33).

Del estado de Guerrero.

En Guerrero durante los primeros años del siglo pasado prácticamente no existió organización sanitaria, la muerte “por un dolor” o “por calentura” era “natural”. Alta mortalidad materna, neonatal e infantil, o la expulsión lombrices por cualquier cavidad en los niños eran eventos rutinarios. La esperanza de vida al nacer de los guerrerenses apenas llegaba a los 25 años. La mayoría de los padecimientos eran atendidos por las denominadas Brigadas Sanitarias que venían del Departamento Federal de Salubridad (Lasso, 2003:82).

Desde 1935 el Departamento de Salubridad Pública a través del organismo “Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia en Estados y Territorios”, que en la década de los sesenta se convirtió en la estructura denominada Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), se ha venido firmando con los estados convenios de colaboración que han establecido las atribuciones y competencias federales y locales para la atención de la salud en cada entidad (Zorrilla, 2003:72). Sin embargo hasta 1939 el gobierno del estado de Guerrero firmó con el Departamento el convenio respectivo. A partir de esa fecha se inició con la aplicación de una política sanitaria general, con procedimientos técnicos homogéneos y el suministro de recursos para su operación por parte de la federación y al estado. Esta tarea se inició con múltiples carencias, cobertura mínima, ya que solo se proporcionaba atención a las poblaciones de las ciudades principales o cercanas a ellas (Lasso, 2003:115-120).

En el año de 1936 en las regiones de Tierra Caliente y Norte se establecieron unidades de los servicios Médicos-Sanitarios Ejidales Colectivos que dependían de las Oficinas Rurales del Departamento de Salubridad Pública y del financiamiento directo del gobierno federal, servicios que se convirtieron en los Servicios Médicos Rurales Cooperativos que operaron con recursos de los campesinos.

Según Lasso, en 1944 se actualizó la firma del “Convenio para la Coordinación de los Servicios de Salubridad y Asistencia entre el gobierno del estado de Guerrero y la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Derivado de este convenio se crearon las oficinas centrales en la capital, unidades sanitarias asistenciales en Chilpancingo, Acapulco, Iguala, Taxco, Teloloapan, Coyuca de Catalán, Zirándaro. Olinalá y Tlapa, Tixtla, Ometepec, San Jerónimo, Tecpan de Galeana, Petatlán, Apaxtla, Ayutla y Chilapa, y tres hospitales con laboratorios y servicios para la atención del parto (Lasso, 2003:132-146).

¹ Palabra que según Frenk retoma del documento “Estructura del Seguro de Salud Nacional” de la reforma de la seguridad social en salud. Bogotá 1992.

En estas unidades contaron con el personal necesario para su funcionamiento operativo y administrativo. Tres puestos fueron asignados a funcionarios federales por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, un jefe, un auxiliar contable y un médico epidemiólogo con carácter de personal de confianza. Empleados profesionales y no calificados fueron contratados, pagados de un fondo común y regido para ascensos por el Reglamento de Evaluación aprobado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Sindicato de Trabajadores de la misma Secretaría.

En los siguientes veinte años (1950-1970), los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia se organizaron primero en tres distritos sanitarios, luego en cinco, después en 28 Jurisdicciones Sanitarias. Actualmente son siete Jurisdicciones Sanitarias que se corresponden con las regiones administrativas en la entidad.

En este periodo 1950-1970, se crearon las unidades médicas del IMSS y del ISSSTE, se elaboró del plan de salud del estado y la aplicación del Programa de Extensión de Cobertura que posibilitó la construcción, según Lasso (2003:214-222), de 150 casas de salud en áreas rurales y marginadas y la firma del convenio IMSS-COPLAMAR a finales de la década de los 70, por el que se establecieron 169 unidades médicas rurales y tres clínicas hospital de campo, con el propósito de brindar atención médica a las áreas marginadas.

En Guerrero el proceso de descentralización se inició en marzo de 1984 a partir de la firma entre el Dr. Guillermo Soberón Acevedo, Secretario de Salubridad y Asistencia, y el Lic. Alejandro Cervantes Delgado, Gobernador del estado de Guerrero, del convenio para la descentralización de los servicios de salud, Este convenio se fundamentó en el decreto presidencial de 1983, que estableció que los servicios descentralizados estarían sujetos a un programa específico y a los acuerdos de coordinación (Soberón, 1996:374).

Con la descentralización se transfirieron las unidades médicas dependientes de la SSA y las de IMSS-COPLAMAR al gobierno estatal con el decreto de 1984 (Soberón, 1996:374).

A nivel municipal este proceso llegó a formalizarse en 46 de sus 75 municipios existentes para esos años, después se revirtió el proceso quedando únicamente descentralizados cinco municipios; Acapulco, Chilpancingo, Iguala, Taxco y Zihuatanejo (Soberón, 1996:378).

Durante el gobierno de Ruiz Massieu (1987-1992), personaje clave en la planeación y fundamentación jurídica de la descentralización a nivel federal, el avance en el proceso de descentralización inicia con la reorganización de los servicios a partir de la puesta en marcha de un nuevo Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA), cuyo propósito fue ampliar la cobertura a la población sin seguridad social, en tres niveles de atención. Se establecieron siete Jurisdicciones Sanitarias y tres Coordinaciones. Incrementándose la infraestructura a 91 unidades y el Centro Estatal de Cancerología ubicado en Acapulco, con la aplicación del programa de construcción y equipamiento de la Clínica Avanzada de Atención Primaria a la Salud (CAAPS). Así como la capacitación de 445 técnicos en atención primaria a la salud (TABS) para atender a la población de comunidades menores de 1,000 habitantes lejanas y de difícil acceso. Personas que iban a ser propuestas por las comunidades y por las Jurisdicciones Sanitarias con base en sus

ciudades, sin embargo, casi ninguno de los seleccionados provino de comunidades, se trató de recomendados de funcionarios de diferentes mandos que al concluir la capacitación fueron ubicados en las poblaciones cercanas a las ciudades y con salarios mejores al resto de los trabajadores contratados.

En cuanto al financiamiento, en este periodo se recibieron recursos de UNICEF para la región de la Montaña, del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y del Programa Nacional de Solidaridad, además de incrementos importantes en las aportaciones federales.

En 1997, trece años después de descentralizados los servicios, se estableció el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud en el Estado de Guerrero, en el que se señalaron las atribuciones y competencias para los gobiernos federal y estatal en materia de salubridad general, servicios de apoyo, transferencia de bienes muebles e inmuebles, recursos materiales y financieros, y los derechos de los trabajadores al incorporarse al sistema estatal. Así como un apartado específico en materia de cuotas de recuperación establecido en la cláusula 39 del Acuerdo, que otorga atribuciones al gobierno del estado para normar y operar un sistema estatal de cuotas de recuperación por los servicios de atención médica, con la posibilidad de exención del pago a la población abierta que recibe atención de programas prioritarios de primer nivel, con posibilidades de extensión a las poblaciones que habitan localidades rurales dispersas o en localidades urbanas siempre y cuando demuestren carecer de recursos para el pago, así como para el segundo y tercer niveles cuando demuestren carecer de recursos económicos (PE, 1997: 46-50).

Durante estos años las unidades médicas fueron insuficientes para satisfacer las necesidades de la población, con infraestructura física precaria y su personal carente de capacitación adecuada.

Del municipio de Chilapa

La primera unidad sanitaria asistencial fue creada en la ciudad de Chilapa y cabecera municipal en 1944. Esta unidad operó sin edificio propia a través de la renta de diferentes inmuebles.

Fue en 1962, durante la presidencia del Lic. Adolfo López Mateos, que por intervención directa de su secretario particular, el Licenciado Donato Miranda Fonseca, originario de Chilapa, que se introdujo en la ciudad la red de agua potable, se construyó el jardín central, se pavimentó la carretera federal Chilpancingo-Chilapa y se estableció el centro de salud con hospitalización.

Con la descentralización de los servicios de salud en Guerrero, se crearon las Coordinaciones Municipales de Salud, que en el caso de el municipio de Chilapa se estableció en el centro de salud con hospitalización, junto a la dirección administrativa de la propia unidad, esta dualidad, coordinación municipal y dirección de la unidad, generó conflictos políticos entre los trabajadores por el manejo de los recursos financieros que procedían de fuentes distintas, de ahí que en 1997 se inició con el proyecto de remodelación

y acondicionamiento de la unidad, con el propósito de constituir dos unidades médicas independientes, situación que concluyó en 2001, con la separación formal y puesta en marcha del Centro de Salud de Chilapa y del Hospital General.

Actualmente la Coordinación Municipal de Salud de Chilapa cuenta con 25 unidades; tres centros de salud rurales de población concentrada, 21 centros de salud rurales de población dispersa y el Centro de Salud Urbano de Chilapa todos dependientes de los Servicios Estatales de Salud.

3. Planteamiento del problema.

Durante los últimos veinticinco años, en nuestro país se han realizado profundas reformas económicas y sociales que han modificado sustancialmente la relación entre el Estado y la sociedad. Uno de los sistemas objeto de estas reformas es el de salud y seguridad social, con efectos distintos e importantes tanto para las unidades de atención médica, como para los trabajadores y los usuarios, los cuales pueden ser observados en la atención médica que ofrecen las unidades básicas de salud. Los efectos de las reformas, particularmente en el Sistema Nacional de Salud, pueden ser observados en la atención médica que ofrecen las unidades básicas de salud.

En el estado de Guerrero estas reformas, aunadas a las condiciones sociales, económicas y políticas específicas de la entidad, han contribuido a que prevalezca un panorama de deterioro de las condiciones de vida y salud de buena parte de su población.

Ejemplo de lo anterior se refleja en indicadores, la aportación al PIB por la entidad y otros indicadores más. De tal modo que mientras estados ricos como Nuevo León en 2004 tuvieron una participación del 7.4%, el Distrito Federal alcanzó la cifra de 21.8%, en comparación con Guerrero cuya participación apenas alcanzó el 1.7%. En materia de empleo se observa el mismo comportamiento, es decir, Nuevo León ocupó al 6.2% de la población del país, el Distrito Federal al 17.5% y Guerrero apenas al 1.9%. Y que decir de los ingresos, mientras la media nacional es de 79,551 pesos anuales, Nuevo León tuvo un ingreso promedio de 97,107 pesos y el DF de 125,325, ambos superiores al promedio nacional, en cambio en Guerrero el salario promedio anual es de \$ 51,603 pesos por debajo de la media (INEGI, 2006b).

En consecuencia, condiciones como la vivienda y educación en 2005 presentaron diferencias muy marcadas: en el estado de Nuevo León el 95% de sus viviendas disponían de drenaje y 90.2% con agua entubada, en Guerrero el 67.4% contaron con drenaje y sólo 38.5% con agua entubada. En el rubro de educación, el promedio nacional fue de 8.1 años, en comparación, en el estado de Nuevo León el promedio fue de 9.5 años, es decir secundaria terminada, en Guerrero el promedio es de 6.8 años, apenas primaria completa (INEGI, 2006b).

En términos de salud pública, la entidad presenta lo que se ha denominado *polarización epidemiológica*, fenómeno que expresa la desigualdad social y sanitaria en la distribución diferencial de muerte y enfermedad por grupos y regiones (López, 1993:72), es decir, que

están presentes las enfermedades infecciosas y parasitarias y respiratorias agudas así como las enfermedades crónico degenerativas que afectan a los países del primer mundo, entre ellas, las afecciones del corazón, diabetes y cáncer. Esta situación la representa la muerte materna, que es un indicador del desarrollo de los países, por ejemplo, en los Estados Unidos ocurre una muerte materna por cada 3,700 mujeres embarazadas; en África mueren una por cada 16 (Family Care International, 1998:1), en México, en el año 2001 se produjo una muerte materna por cada 2,208 (Díaz, 2002:2), y en el estado de Guerrero, el riesgo es casi dos veces mayor que en el riesgo promedio nacional, pues ocurre una muerte por cada 1,124 mujeres embarazadas (Meléndez, s/f:1), es decir, dos muertes por cada 2,248 embarazos. Estos decesos se concentran en la población sin acceso a la seguridad social, pobre y de las zonas de más alta marginación (Díaz, 2002:1) predominantemente indígenas, como es el caso del municipio de San Luis Acatlán que tiene la tasa de muerte materna más alta de la entidad (Trigo, 2005:24). Guerrero en los últimos diez años ha estado entre los cinco primeros lugares de incidencia, ocupando en el 2004 el primer lugar en muerte materna del país.

La diabetes mellitus es una enfermedad importante en el estado de Guerrero; en el año 2002 fue la cuarta causa de muerte en el entidad, ocupando el 10.19% de la mortalidad general; las enfermedades del corazón representaron el 13.05%; los tumores malignos el 12.26%, uno de los principales fue el cérvico-uterino; las muertes por accidentes fueron del 10.85%, y las enfermedades cerebro-vasculares el 5.83%, la cifra oficial de decesos en general fue de 10,882 (INEGI, 2004a:75).

En la población de menores de cinco años se estima que en 1999 las muertes ocurridas en las áreas rurales de Guerrero fueron similares a las de Bolivia y que, mientras que la tasa ajustada de mortalidad para el mismo año fue de 52 por 1000 nacidos vivos, en el estado de Nuevo León la tasa fue de 14 (SS, 2001:35-36), esto muestra la diferencia en el riesgo de muerte entre las áreas rurales y las urbanas del país.

Los principales padecimientos en los menores de cinco años en Guerrero, estos son similares a los de cualquier otra entidad Mexicana: infecciones respiratorias, diarreas, desnutrición; sin embargo, existen diferencias importantes en los riesgos o daños que estas enfermedades generan en la población infantil. Así, el riesgo de morir por diarrea es ocho veces mayor en las áreas rurales que en las urbanas; el retraso en el crecimiento es cuatro veces más en las zonas pobres del sur del país que en las zonas pobres del norte, y que la pérdida del potencial intelectual es de 12 al 15% mayor en los niños desnutridos que en los sanos, además, los niños desnutridos tienen 12 veces más probabilidades de contraer enfermedades infecciosas y son más propensos a padecer enfermedades crónico degenerativas (SS, 2001:39-40).

Para enfrentar los problemas de salud de la población Guerrerense, los Servicios Estatales de Salud en Guerrero (SESA), impulsados por el gobierno federal, han puesto en marcha un conjunto de estrategias como la Descentralización del Servicio de Salud, la aplicación del Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS), la cancelación de la gratuidad, y recientemente el Seguro Popular (SP), el cual no es un programa para la atención médica, sino una estrategia de financiamiento que transfiere recursos a las familias afiliadas.

Con la descentralización de los servicios de salud se han enfrentado problemas diversos, como insuficiencia en la asignación de recursos financieros, con restricción severa en la apertura de nuevas plazas y contratación de personal, recursos materiales y en la aplicación de los programas (López, 1993:47-48), que ha llevado a que el personal de salud sea sustituido principalmente en las zonas rurales y marginadas, por el servicio social que realizan los pasantes de medicina, enfermería y promotores de salud comunitarios.

En cuanto al PBSS este fue definido por la Secretaría de Salud (SS) como “un mínimo de servicios de salud que debían otorgarse a toda la población en respuesta a sus necesidades prioritarias” (SS, 1996:27). En Guerrero, este paquete se integra por 14 programas o intervenciones con acciones de bajo costo y alto impacto. El Programa Estatal de Salud 1999-2005 se fijó como meta otorgar cobertura de 86,496 habitantes sin acceso a servicios de salud, ubicados en 326 localidades pequeñas y de difícil acceso, otorgándoles el PBSS, así como al cien por ciento de la población guerrerense que se atiende en unidades médicas de los SESA, la cual en 1999 ascendió a 2, 166,557 (SESA, s/f:8-10). Esto significa que la meta en salud del gobierno del estado en el periodo 1999-2005 fue brindar servicios a 2, 253,053 guerrerenses, lo cual representa al 72% de la población total en la entidad. Esta población en la Región Centro, donde se ubica el municipio de Chilapa, ocupa el tercer lugar del la entidad sin acceso a servicios de salud (SESA, s/f:8).

Para cumplir con la meta de otorgar el PBSS a los usuarios los Servicios Estatales de Salud 1999 disponían de 752 unidades médicas de primer nivel y 1,594 médicos, que en su mayoría se ubicaban principalmente en las zonas urbanas. Dato que muestra una relación de 1,413.45 habitantes por médico (SESA, s/f: 8-10).

Así mismo, dado que las intervenciones del PBSS en Guerrero se limitan a cierto tipo de acciones como: saneamiento básico a nivel familiar, planificación familiar, atención prenatal del parto y puerperio, y del recién nacido, nutrición y crecimiento, inmunizaciones, enfermedades diarreicas y parasitarias e infecciones respiratorias agudas, tuberculosis pulmonar, cáncer, hipertensión y diabetes, prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones, paludismo, dengue y capacitación comunitaria para el cuidado de la salud, que pueden ser pagadas por los usuarios, el resto de los padecimientos deben ser resueltos en el mercado, lo que puede llevar a un deterioro mayor de sus condiciones de vida e incluso a la muerte de una proporción importante de los guerrerenses, generalmente los más pobres, que en Guerrero ascienden al 45% de la población predominantemente indígena, rural y urbano marginal (León, 2007), especialmente mujeres y niños (SEDESOL, 2003:36).

A esto se añade la cancelación de la gratuidad de los servicios de salud a la población no derechohabiente, que se produjo con la descentralizan integral de los servicios en la entidad (PE, 1997:50). En la actualidad el sistema de cobro se aplica a los usuarios mediante cuotas de recuperación (CESOP, 2005:2).

Este conjunto de situaciones ha provocado que la población menor de cinco años no reciba completo el esquema básico de vacunación, en el año 2000 la población menor de cinco años fue de 391,873 (INEGI, 2004a:199) y para el año 2003 se reportaron 390,850 niños con esquema básico de vacunación completo (INEGI, 2004a:198), es decir, 1,023 no se reportan como vacunados.

Otro indicador importante lo constituye la población derechohabiente. En el año 2000, 26,078 (20% de la población) personas eran protegidas por el IMSS, ISSSTE, PEMEX, DEFENSA NACIONAL, MARINA; principalmente, tres años después, el panorama cambió abruptamente y la población registrada con derechohabiencia ascendió a 1,137,456 (INEGI, 2003), se duplicó. Situación que no se explica porque la derechohabiencia está ligada al empleo formal, y no hubo durante esos tres años un incremento en el empleo tan significativo. ¿Cómo puede entenderse esto?, se trata, como dice el INEGI, de una diferencia dada a partir de metodologías distintas respecto a la forma de captar el dato.

En términos concretos este conjunto de situaciones y las derivadas de la aplicación de las políticas reformadoras a partir de la década de los 80 parecen estar implicando una readecuación del gasto y cambios en los criterios y formas de otorgar los servicios, agregando nuevas situaciones a la complejidad de la atención en salud, cuyo impacto puede ser observado en un periodo de tiempo dado, en la realidad.

El problema de investigación.

Bajo este contexto podríamos decir que los procesos sociales y de salud pública de los últimos 25 años están produciendo diversos efectos que requieren ser documentados. En este sentido, lo que nos interesa conocer con la presente investigación es a) la relación entre las políticas de salud federal y estatal, que permitan entender las propuestas para los servicios de salud a nivel municipal, b) sus efectos sobre los servicios de salud de una comunidad urbana cuya población es predominantemente pobre, es decir, cómo operan en la actualidad los servicios de salud de los Servicios Estatales de Salud (SESA) correspondientes al primer nivel de atención en el municipio de Chilapa, ubicado en la región centro del estado de Guerrero, y en particular respecto a un tema de salud pública que es relevante en el estado: la diabetes mellitus, c) la percepción sobre el tema desde los usuarios y prestadores, d) finalmente contrastar los ordenamientos de carácter federal y estatal con lo que ocurre en el Centro de Salud de Chilapa, en la cabecera municipal. Esta investigación se ha fijado, como temporalidad para el análisis, el periodo 1999-2006 y que además coincide en buena medida con el periodo correspondiente al Gobierno de René Juárez Cisneros.

La diabetes mellitus tipo II no insulina dependiente fue seleccionada del conjunto de problemas y preocupaciones de atención en materia de salud, para ser utilizada como rastreador o indicador de lo que ocurre en los servicios, desde la perspectiva de los usuarios como de los prestadores de servicios, puesto que suponemos que las estructuras y procesos institucionales involucrados en su atención no son distintos al de otros padecimientos de tipo crónico. La selección obedece al hecho de que esta afección representa la cuarta causa de muerte en el país, e igual en el estado de Guerrero (INEGI, 2004a:75). A nivel nacional está considerada como una enfermedad “emergente directa”, la primera causa de demanda de atención de consulta externa y una de las principales de hospitalización, que debería ser de “baja carga” porque existe un conjunto amplio de recomendaciones y medicamentos para evitar las complicaciones (SS, 2001:44), estimándose que el 8.2% de la población mayor de 20 años en el país la padece. En Guerrero la cifra alcanza hasta 11.6%, es decir,

millones de personas tienen el padecimiento, y poco más de un millón sin tratamiento (2005:17) y en la Jurisdicción Sanitaria Centro se calcula que el 32% de los padecimientos están aparentemente sin tratamiento. Además su atención requiere de medicación y un trabajo permanente en cuanto a educación y control del control y tratamiento.

Se desea conocer: ¿Cómo está operando el centro de salud seleccionado en términos de financiamiento, recursos humanos, cobertura, organización, e infraestructura? A través de conocer ¿Cuál es la estrategia que se aplica en la atención de la diabetes mellitus tipo II no insulino dependiente en población rural? ¿Cuáles son las condiciones de salud de los usuarios son los esperados? y ¿Cómo se brindan estos servicios desde la perspectiva de los trabajadores y de los propios usuarios? ¿Cuál es la atención que brindan y reciben respectivamente?

El estudio se busca, además de conocer cómo están operando los servicios de atención de la aplicación de las políticas reformadoras, la conexión o vínculo entre la dimensión macro, es decir las tendencias nacionales y estatales, municipales o de una unidad médica en particular.

Los servicios en la actualidad son escasos. Su importancia radica en que brindan la oportunidad de contar con información más precisa a nivel local respecto a como están operando las políticas en las condiciones organizativas, financieras y laborales bajo las cuales desempeñan sus actividades para la prestación del servicio, y los factores que afectan a la población que presenta un padecimiento como la diabetes mellitus, así como el nivel de satisfacción con que viven los trabajadores y usuarios en el uso de servicios de salud en una unidad de atención de primer nivel.

El estudio de la política de salud federal y estatal, y sus efectos en la operación de atención primaria del municipio de Chilapa, Guerrero, a nivel de diagnóstico de estudio (1999-2006).

Los objetivos y las directrices de la política federal de salud en materia de servicios de salud

2. Identificar los objetivos y las directrices de la política estatal de salud en materia de Reforma en los servicios de salud y sus lineamientos operativos hacia los centros de salud.

3. Describir y analizar la operación del Centro de Salud de atención primaria Chilapa, en el Municipio de Chilapa, Guerrero, en torno a sus características generales, a los cambios recientes, y las percepciones de trabajadores y usuarios sobre las condiciones para a la prestación de servicios en general, y particularmente usuarios por diabetes mellitus no insulino dependientes.

6. Hipótesis.

La aplicación de las políticas reformadoras en salud a partir de la década de los 80, se han dirigido específicamente a la reducción y readecuación del gasto, y a modificar las formas de otorgar los servicios, esto está generando cambios sustanciales desde las fuentes y mecanismos para obtener los recursos, como en la disponibilidad, uso y control de los mismos, en la infraestructura, en los procedimientos y circunstancias de ocupación de plazas y en la aplicación de los programas de atención primaria en los centros de salud, con efectos negativos tanto en las condiciones en que los trabajadores realizan sus labores, como en la salud de la población predominantemente pobre y sin derechohabencia. Resultados contrarios a los declarados en los documentos rectores de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud en Guerrero.

7. El estado del arte de las reformas del sector salud.

Los estudios referidos al análisis de los efectos de las reformas en materia de salud pueden ubicarse en dos grandes líneas, de diferente nivel y contenido. Por una parte, las referentes a la descentralización y las que tienen que ver con las formas de regular, financiar y organizar la producción de servicios de salud que se sustentan en las propuestas de la OPS y particularmente del Banco Mundial explicitadas a partir de su documento “Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, Invertir en Salud” y algunas otras propuestas posteriores de la OPS.

Respecto a estas reformas en nuestro país existen muy pocos estudios que aborden estas temáticas y, desafortunadamente, en Guerrero son mucho más limitados los productos de estas investigaciones.

Uno de los trabajos relevantes en el que se incluyó al estado de Guerrero es la investigación de Cardozo (1998) en la que estudia de manera particular los efectos de la descentralización en el sector salud en la entidad, del periodo 1983 a 1993. Su análisis se centra en el diseño de las políticas, sobre todo en sus aspectos formales y jurídicos.

El marco teórico y metodológico utilizado para ese estudio fue el propuesto por Cabrero (1998b), cuya finalidad es analizar la eficacia y eficiencia de la política al interior de la estructura organizacional, por niveles jerárquicos o núcleos centrales y periféricos

(Cardozo, 1998:189), por lo que el estudio comprendió específicamente a la Secretaría de Salud desde el ámbito económico, político y social.

Con ello, Cardozo documenta el comportamiento de algunos indicadores: 1) Si una de las finalidades prioritarias declaradas por el gobierno respecto a la descentralización en salud, en la fase de integración orgánica, fue “incrementar la cobertura de atención médica, así como mejorar la calidad de los servicios”, durante el periodo de análisis esto no sucedió, por lo menos en lo que respecta a la cobertura. Estos catorce estados, Tlaxcala, Nuevo León, Jalisco, Baja California Sur, Morelos, Tabasco, Querétaro, Sonora, Colima, México, Guanajuato, Aguascalientes, Quintana Roo y Guerrero, cubrían al 40% de la población abierta del país antes de la descentralización, por lo tanto, la cobertura superior al promedio nacional que mantuvieron después de la descentralización era una característica que ya tenían.

2) Sobre el financiamiento, la SSA señaló que para 1986 a estos estados se les asignaron recursos por la cantidad de 65 millones de pesos, equivalentes al 49% del presupuesto total disponible para las entidades del país y que para 1987 el incremento fue de 264%. Sin embargo, dice Cardozo, cuando se comparan los índices de inflación acumulados en esos dos años, se observa que ese incremento no es real. El gasto por habitante para la población abierta fue cinco veces menor que el destinado a la población derechohabiente de la seguridad social (Martínez citado en Cardozo, 1998:218).

En 1988 luego de una nueva evaluación la Secretaría de Salud reconoció que incongruentemente con la propuesta inicial por la descentralización respecto a la composición presupuestaria *per cápita*, para la mayoría de los Servicios Estatales de Salud (SESA) el financiamiento se integró con un 82% de aportación federal, 11% estatal y 7% de cuotas de recuperación (Cardozo, 1998:220). Esto significa, en términos reales, que los recursos utilizados por esta institución siguieron siendo determinados por la federación. Pocos estados escaparon a la regla: uno de ellos fue Jalisco, seguido de Colima, los que durante esos dos años lograron la mayor independencia financiera, (primero y segundo lugares respectivamente), en contradicción con Guerrero y Tlaxcala que se colocaron como los más dependientes de los recursos federales (Cardozo, 1998:225-226).

3) En cuanto al personal de salud disponible por número de habitantes, los datos (Cardozo, 1998:212-214) no son alentadores. Así tenemos que mientras el indicador sectorial a nivel nacional de número de habitantes por médico fue 3,000, el promedio para los estados descentralizados fue de 1,853, sin embargo, para entidades como Guerrero, su promedio fue de 3,949, mientras que en el otro extremo, estados como Jalisco se mantuvieron en 844 habitantes por médico.

Lo mismo ocurrió en relación con el número de habitantes por odontólogo, cuando el indicador a nivel nacional mostraba 12,000, en Guerrero era de 86,412.

El caso más alarmante fue el referente al número de habitantes por promotor de salud, cuando el indicador sectorial a nivel nacional fue 3,000, en Guerrero fue de 11,437.

La única situación que se observó de mejoría, si así se le puede llamar, fue respecto al personal de enfermería, que al igual que el indicador anterior, el promedio nacional fue de

3,000, pero en el estado de Guerrero la relación fue de 1,954 habitantes por enfermera.

4) Tres indicadores más son importantes de señalar para este periodo; la mortalidad general, la mortalidad infantil y la esperanza de vida (Cardozo, 1998:215).

El promedio nacional respecto a la tasa de mortalidad general en 1985 era de cinco por 1,000, mientras que en los estados descentralizados era de 5.2 por 1,000. En semejantes condiciones se encontraba la mortalidad infantil, es decir, el promedio nacional era de 29.9 por 1,000 y en los estados descentralizados era de 32.8 por 1,000. Por su parte, cuando el promedio nacional de la esperanza de vida al nacer era de 62.2 años, seis de los estados descentralizados estaban por arriba del promedio nacional y seis por debajo, en este rubro la condición para Guerrero mejoró, pasando de 64.1 en 1985 a 66.5 en 1987 (Cardozo, 1998:215,233).

La conclusión de Cardozo es que no se ha realizado una verdadera descentralización, la cual es deseable, y lo que se aplicó no mejoró los indicadores de salud, debido a que fue un proceso restrictivo y limitado que provocó problemas de carácter financiero, de recursos humanos, materiales y de tipo político.

Leyva (1990) analizó para el estado de Guerrero el proceso de formulación así como de implementación de las políticas de descentralización durante el periodo de 1984 a 1987 en dos vertientes:

- a) La formulación del proyecto de descentralización de los servicios de salud, que incluyó a las instituciones formales de gobierno, así como a diversos actores sociales, políticos y sanitarios, para analizar las relaciones centro-locales que se ponen en juego en la descentralización.
- b) Las consecuencias se analizaron en dos aspectos 1) las instituciones involucradas, sus recursos y organización, y 2) los problemas epidemiológicos locales y regionales, tomando como eje de análisis el paludismo (Leyva, 1990:3).

La investigación a nivel municipal se ubicó en Acapulco, considerado como el municipio de mayor importancia en el estado. En él se analizó su estructura de gobierno y el programa de descentralización de servicios de salud a la población abierta, así como planes, programas, documentos, informes, documentos técnicos y otras publicaciones en torno a la descentralización.

Se realizaron entrevistas a políticos, funcionarios gubernamentales y de salud tanto de nivel nacional como regional. Se aplicaron técnicas estadísticas para realizar una estratificación económico-social municipal del grupo social denominado población abierta, a partir de indicadores o datos censales de 1980, así como de la composición y distribución de los recursos y servicios de salud.

Leyva plantea que al inicio del proceso de descentralización fueron nombrados directores de salud a nivel municipal, encargados de la planificación local de los servicios. Sin embargo, esta función no pudo realizarse por diversas razones: a) porque los recursos materiales provenían de una coordinación regional que “distribuía los recursos en función

de la importancia económica y política del municipio o por presiones de las autoridades estatales” (Leyva, 1990:59); b) el pago del salario del director correspondía al municipio, y éste no siempre estaba en posibilidades de hacerlo, lo que significaba una carga más para sus finanzas, c) tampoco tenía la posibilidad de nombrar a un funcionario con capacidad técnica para planificar los servicios de salud, lo que llevó a que la mayoría de los funcionarios municipales fueran ineficientes.

La incapacidad financiera, administrativa y técnica de los municipios durante el periodo 1984-1987 fue el argumento, según Leyva (1990:60) para recentralizar nuevamente las decisiones en las Jurisdicciones Sanitarias, excepto para los municipios de Chilpancingo, Iguala, Taxco, Acapulco y Zihuatanejo.

Para Leyva la descentralización de los servicios de salud en Guerrero mostró un trato diferencial entre el gobierno estatal y los municipios, porque se otorgó el control de los servicios de salud sólo a aquellos municipios con mayor capacidad económica y política, buscando mayor control y eficacia local con menor apoyo central (Leyva, 1990:61-62).

Otro trabajo en materia de descentralización fue el realizado por Cabrero (1998a), quien analizó las características de la centralización-descentralización desde el punto de vista jurídico político, como parte de los procesos de reforma estatal de varios países, incluido México.

En términos metodológicos, Cabrero (1998a:49-50) señala que el análisis se realizó a nivel del diseño de las políticas descentralizadoras a partir de los decretos, reformas y programas propuestos por los gobiernos, que si bien es insuficiente, es útil, aunque es necesario estudiar los efectos reales de la aplicación de las políticas y programa.

Para el caso de México, Cabrero establece tres periodos específicos de iniciativas dirigidas a la descentralización. A los dos primeros, 1970-1976 y 1976-1982, los define como de acciones enfocadas a la descentralización administrativa, y al tercero de 1982-1988, como un período en que se profundizó la descentralización gubernamental, en donde ninguna de las fases fue concluida. Se trató más bien, dice, de un nuevo estilo de gobierno que no logró sentar las bases para un nuevo modelo de gestión pública, encontrándose el proceso de descentralización estancado en la actualidad.

Otro estudio pertinente es el realizado también por Cabrero (1998b) en donde analiza la eficiencia y eficacia de las políticas descentralizadoras en México durante el periodo 1983-1993, desde una perspectiva económica, política y sociocultural.

Metodológicamente el estudio se desarrolla en dos fases, la primera se refiere al diagnóstico regional desde los ámbitos económico, político y cultural, y en la segunda, además de identificar los núcleos de decisión, detecta las redes que conforman el proceso real de decisión (Cabrero, 1998b:83-92).

El estudio de Tetelboin (2000) caracterizan los sistemas de salud de tres países latinoamericanos Chile, Colombia y México, analizando las estrategias implementadas como producto de las transformaciones estructurales ocurridas en los últimos años conocidas como *reforma sanitaria*.

Las investigaciones que analizan los efectos de la aplicación del paquete básico en la población son recientes y en número limitado. Uno de los estudios concluidos es el realizado por Vázquez (2001:s/p): se trata de un diagnóstico de salud y de la aplicación del paquete básico de servicios en Loma Alta, Villa del Carbón, Estado de México.

Entre los aspectos más sobresalientes del trabajo de Vázquez se destaca que este tipo de servicios de salud son limitados y no integrales, se refieren a un conjunto de acciones para disminuir la carga global de morbilidad (CGM), en donde la población es atendida con servicios que operan por su condición de indigente y de pobreza y no de ciudadanía. Los servicios están diseñados de manera tal que los más acomodados no recurran a ellos, por la forma como están organizados, es decir, incluyen mecanismos como tiempo de consumo del servicio, escaso prestigio de los mismos y pocas comodidades.

Señala que la estructura de la Secretaría de Salud es vertical y piramidal, caracterizándose por su jerarquía, rigidez y un sistema de vigilancia y control riguroso, en el que sus planes, programas y metas son elaborados en las altas esferas. Los centros comunitarios son los últimos en la cadena de mando y su capacidad de decisión es nula. El médico pasante de Servicio Social se somete con rigurosa sumisión; está sujeto a obedecer órdenes, so pena de penalización o amenaza de suspensión, es el último de la cadena y el más vulnerable (Vázquez, 2001:s/p). Además, afirma que sigue existiendo separación entre el nivel normativo y el operativo. El ámbito normativo define qué hacer, cuándo, dónde y cómo evaluar los procesos. El operativo recibe órdenes, aplica los programas, entrega informes y se ajusta a las decisiones y evaluaciones.

8. Referentes teóricos de las reformas del sector salud (El Estado, las políticas, las instituciones y los usuarios).

En el marco de los procesos de reforma del sector salud el propósito de esta investigación es analizar la relación de la política de salud federal y estatal y sus efectos en la operación de una unidad médica de atención primaria de los Servicios Estatales de Salud (SESA) en el municipio de Chilapa, usando como eje ordenador para el análisis un padecimiento crónico que es la diabetes mellitus.

Esto implica abordar en primera instancia lo que se entiende por “procesos de reforma del sector salud” que no es un asunto fácil, sino que, por el contrario, presenta dificultades conceptuales y empíricas porque no tiene un sentido único, sino que constituyen una diversidad de interpretaciones, aspectos de distinto origen, desarrollo y resultados (Belmartino, 2004).

En coincidencia con lo que plantea Torres (2006:1), hoy en América Latina hay dos grandes tendencias que abordan las reformas a los servicios de salud: una que entiende a la salud como un bien que puede incorporarse al ámbito del mercado con consecuencias diversas para la población. A esta postura se adscriben buena parte de los autores sobre el tema de la salud pública quienes consideran a los servicios de salud como una respuesta técnica racional a los problemas pertinentes de la población. Esta tendencia es la hegemónica en el continente, de orientación neoliberal e impulsada desde la década de los

80, se dirige hacia el fortalecimiento del mercado como mecanismo fundamental para impulsar el desarrollo de las naciones. La segunda reconoce a la salud como un “derecho” y busca garantizarlos a través de servicios adecuados de carácter público, universal y gratuito a través de financiamiento público. En esta concepción se ubica la salud colectiva y la medicina social de enfoque sociohistórico, con representantes en casi todos los países de América Latina. Esta segunda visión trata de resaltar que las transformaciones que están sufriendo los servicios de salud producto de los cambios globales, y puestos en marcha con las reformas del sector salud, fragilizan los esfuerzos para enfrentar colectivamente los problemas de salud con consecuencias negativas para la mayor parte de la población (Torres, 2006; Almeida, 2001, Tetelbion, 2006, López, 2001). Ubicarse en cualquiera de ellas implica asumir y promover los cambios respecto a cuestiones controversiales como el papel del estado y de los servicios de salud, los valores y orientaciones que rigen a los sistemas de salud, las fuentes de financiamiento, las nuevas modalidades organizativas y la mezcla público-privado en los sistemas de salud, entre otras más.

La presente investigación se asume como una aproximación desde los planteamientos de la medicina social. Este tipo de acercamientos implican revisar algunos los conceptos y su historicidad, como son Estado Benefactor y neoliberal; las reformas en salud y su orientación, la aplicación de las políticas de salud en las instituciones y servicios de salud, por ello, en este apartado, se intenta dar cuenta a aunque no de modo exhaustivo de estos aspectos, que a su vez se constituyen en su referente teórico y analítico.

El Estado social o de bienestar social.

Durante los últimos 20 años la creación de grandes bloques económicos han requerido cambios profundos como el ajuste de las economías nacionales al mercado internacional y competitivo, la redefinición del papel y responsabilidades del Estado y la reducción de su aparato burocrático y del gasto social, la redefinición de las políticas sociales que implica una redefinición de las funciones de la sociedad en general y de los individuos en particular.

En los hechos estas medidas han significado la transformación de un Estado de bienestar o benefactor hacia un Estado de tendencia neoliberal. Aunque el propósito de este apartado no es hacer una revisión teórica detallada del Estado de bienestar, entender estos cambios requieren de por lo menos una breve mirada a los mecanismos de protección social de carácter público existentes en casi todos los países del mundo, para los que se ha usado en términos genéricos la denominación anglosajona de “sistemas de welfare”.

Cuando se habla del Estado benefactor se refiere a una manera de realizar la política social alentada por la economía keynesiana, que tuvo su época de esplendor después de la segunda Guerra Mundial, motor de desarrollo de los países centrales y luego imitado por los países periféricos (Paganini, 1992:15).

A este tipo de Estado también se le ha denominado Estado social de derecho o Estado asistencial. Tenía como fin proteger a todos los individuos de la población en contra de las diversas eventualidades o riesgos, es decir, dar una protección integral (Cabrera, 1992:149).

Aparece como el responsable de corregir o disminuir las desigualdades sociales generadas por el mercado a través de mecanismos compensatorios de carácter económico, social y cultural. El Estado facilita la creación de condiciones que permitan a los miembros de una comunidad satisfacer sus necesidades básicas, introduciendo mecanismos de solidaridad que permiten que los daños se asuman socialmente, hace posible a todos la solución de los problemas y por consiguiente genera estabilidad gubernamental (Azuela, 1992:44). Intervenir es una obligación irrenunciable del propio Estado (Moctezuma, 1992:480). Por ello, no puede permanecer ajeno al orden económico social, sino que destaca su papel rector en la economía.

Estos mecanismos consistían en niveles adecuados de empleo y salario, sistemas de transferencias para cubrir las contingencias, bienes y servicios sociales regidos por principios como la universalidad y obligatoriedad en las contribuciones y prestaciones, implementando políticas como: a) el incremento del salario directo y la fijación de un salario mínimo, b) ingreso complementario no directamente productivo, es decir no proveniente de la venta de la fuerza de trabajo, sino del ejercicio de los derechos ciudadanos, como salud y seguridad social, educación, vivienda y asistencia, entre otras más, c) la ampliación de la cobertura de necesidades sociales a través de los sistemas estatales (Paganini, 1992:21).

En otras palabras, surge, dice Azuela (1992:47-48) por la necesidad de reconocer los derechos fundamentales de los individuos, establecer limitaciones a los gobernantes y salvaguardar la soberanía del Estado frente a cualquier otro poder. Además crea empleos en proporción con el aumento de trabajadores, y como estímulo para la producción y generación de riqueza, incrementa la capacidad de consumo a toda la población, redistribuye la riqueza y apoya eventualmente a quienes no pueden por si solos salir de la marginación.

En la realidad los sistemas de bienestar han sido multifacéticos. Intentar mirar las particularidades de alguno de estos tipos de sistemas de bienestar obliga necesariamente revisar las clasificaciones establecidas. El problema de las clasificaciones es que son teóricas, por ello se refieren a “modelos ideales” elaborados con la intención de categorizar a los sistemas a partir de características generales y establecer comparaciones, pero precisamente por tratarse de modelos ideales en la realidad son prácticamente inexistentes. Sin embargo, su utilización facilita el entendimiento de por lo menos algunos de sus rasgos más importantes desde el punto de vista formal. Tal es el caso de la clasificación de Titmus utilizada por Teixeira (1988) y Fleury (1997) retomada de autores como Ascoli y Draite. Estos autores clasifican a los sistemas de *welfare* o bienestar social en tres categorías:

1) El modelo residual en el que el mercado es el espacio privilegiado para la resolución de las necesidades a través de esquemas privados cubiertos mediante seguros. El Estado solo interviene sobre los sectores de población que por su condición de pobreza o marginación social no pueden acudir al mercado o sobre los individuos, familias o grupos que fracasaron en el intento de resolución de sus problemas. Autores como Esping-Andersen (citado en Teixeira, 1988:174) consideran dentro de este modelo a los sistemas de E.U., Canadá y Suiza.

2) El modelo meritocrático-particularista o conservador es aquel en el que el Estado ejerce una acción de protección otorgando beneficios suplementarios de acuerdo al desempeño de grupos particulares de trabajadores en el mercado, es decir se han hecho merecedores de tal protección por su contribución en la generación de la riqueza. Dicha protección es recibida en calidad de derechos diferenciales de acuerdo a su posición ocupacional y su capacidad de presión. Se trata de modelos impregnados de paternalismo y corporativismo jerarquizado y clientelar.

3) En el modelo institucional-redistributivo, el bienestar es concebido como un elemento básico y constitutivo de las sociedades contemporáneas. En consecuencia, la producción y distribución de los servicios de carácter social deben ser garantizados por el principio de igualdad de condiciones a todos los ciudadanos a partir de mecanismos que se establecen fuera del mercado. Sin embargo, de las condiciones estructurales económicas y políticas a partir de las cuales se articulan los sistemas de bienestar en particular, se deriva una polaridad entre la idea de justicia que se convierte en una aspiración y lucha para muchos, y la justicia producto de las acciones concretas que expresan la igualdad ciudadana para otros. Es decir, mientras unos obtienen los beneficios, otros luchan por tenerlos.

Para Logue (citado en Teixeira, 1988:178) el sistema de bienestar no busca intervenir sobre la distribución de la renta en el mercado, sino posterior a la distribución de la renta, su intención es disminuir las desigualdades entre los que están en el mercado de trabajo y los que están fuera. Sin embargo Therborn (citado en Teixeira, 1988:179) afirma que “cuanto más depende la distribución de “dotes” (o se identifica con ella) operadas en el mercado, tanto menos efectivas son las políticas sociales redistributivas”. Dicho de otro modo, mientras unos tengan acceso a la distribución de bienes y servicios y otros no, menos eficaces son las políticas redistributivas.

Las críticas fundamentales al Estado de bienestar se centran en que posibilitó la implementación de mecanismos centralizados, burocráticos, sectorizados y clientelares en donde los actores protagónicos son el gobierno, las burocracias estatales, los partidos políticos, las corporaciones empresariales y sindicales, confundiendo las exigencias sociales con la adhesión político partidista, que mediante mecanismos selectivos y sectorizados, cancela a los actores toda posibilidad de definir e intervenir en las posibles soluciones a sus problemas, convirtiéndolos únicamente en clientes de las prestaciones elaboradas por las burocracias o corrientes políticas partidistas, como vía única de resolución de los conflictos sociales que dieron origen a grandes inequidades que desfavorecen a los sectores en peor situación (Paganini, 1992:23-26).

Con este actuar, se dice que el Estado asistencial lejos de beneficiar a la sociedad, la asfixia y la daña gravemente, porque con la reglamentación y recaudación que impone inhibe las fuerzas del mercado (Moctezuma, 1992:481), que llevan a la caída de la productividad y de la disminución de la tasa de ganancia y por lo tanto del estancamiento de las economías.

En el caso de los países de Latinoamérica se plantea que no se debe atribuir la crisis de nuestras economías al Estado benefactor y propone su abandono como salida, dado que nunca existió algo que merezca tal calificativo (Paganini, 1992:31). El modelo político predominante en América Latina fue el de los Estados nacionales articulados con el modelo

de acumulación basado en la industrialización por sustitución de importaciones desde los años 50' hasta los 80', el cual efectivamente se caracteriza por una fuerte intervención del Estado en las condiciones generales de producción y de infraestructura, que combina mecanismos de patrimonialismo, populismo y exclusión (Fleury, 2004:172). Sin embargo, según Paganini debe reconocerse que en los países más desarrollados de Latinoamérica como es el caso de México, es en este periodo cuando se operan medidas de protección social y los intentos de construir lo que él llama un "Estado benefactor vernáculo", pero que donde los sistemas responden más a los esquemas de seguros sociales que a la lógica de la seguridad social de los países europeos (Paganini, 1992:32).

No se puede negar que en Latinoamérica se realizaron grandes avances con este tipo de intervenciones, la cuales se respaldaron en una economía internacional relativamente sana y en expansión, sus resultados funcionaron tanto para los gobiernos como para las sociedades. Con el cambio en el panorama económico de fines de los sesenta es que inicia el deterioro del Estado asistencial (Moctezuma, 1992:480).

De modo que a la seguridad social se le debe eximir de la responsabilidad de ser factor de crisis, más bien es una más de las víctimas, al restringirle su capacidad de expansión y soporta las consecuencias del deterioro (García, 1992:134).

El nuevo papel del Estado.

Bajo este contexto el proceso de reforma o también llamado de modernización del Estado impuesto por los organismos internacionales como el Banco Mundial, BID, OMS, OPS, implica que el Estado debe dirigir su quehacer a fortalecer su poder regulador y productor de políticas públicas y a abandonar la producción de bienes y servicios públicos (Marín, 2000:22). Esto significa que las prestaciones sociales regresen libremente al ámbito del mercado.

Garantizar y promover la libertad consiste en que las decisiones se tomen con base en aspectos "competitivos". Esto significa retornar a la tesis según la cual la libertad se sustenta en "la libertad económica" que se ejerce en el mercado por sujetos "iguales", idea a la que se opuso el liberalismo económico ya desde fines del siglo XIX por considerarla no cierta, debido a las grandes desigualdades de recursos, poder y posición social (Paganini, 1992:28).

En este proceso de modernización la idea de lo "público y de gestión pública cambia; lo público es "lo que es de todos", por tanto es de interés y responsabilidad universal. Aunque este enfoque hace énfasis en lo público como una acción de naturaleza colectiva, lo significativo es que considera que la producción de bienes y servicios debe hacerse desde la sociedad organizada (OPS, 2000:38) y no desde el Estado.

Aunque el concepto de función sigue refiriéndose a un quehacer o a un papel orientado a una finalidad o propósito definido, en donde a un sujeto determinado se le atribuye la responsabilidad de una función dada, y otro es sobre quien recae la acción, implica una nueva lógica, que las funciones responsabilidad del Estado se refieren sólo a promover la

cohesión social, facilitar la participación ciudadana, y a regular la producción y distribución de bienes y servicios (Marín, 2000:22). En este sentido

...se plantea que el Estado desempeña un papel central como sujeto y a la vez "actor" del desarrollo; tienen la responsabilidad directa de garantizar que se cumplan las condiciones necesarias y que sus resultados se distribuyan equitativamente. Sus principales responsabilidades son movilizar, articular, orientar y apoyar acciones públicas no gubernamentales, es decir, de la sociedad civil organizada (Marín, 2000:22).

La misma Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2000:38) plantea que las funciones que ahora corresponden al Estado son el fortalecimiento de su poder regulador en la producción de bienes y servicios de interés público y de las políticas públicas promotoras de la cohesión social y facilitadoras de la participación ciudadana.

La responsabilidad del Estado debe limitarse al aseguramiento de un ingreso mínimo, mientras que la producción de los bienes y servicios sociales debe quedar a cargo de entidades privadas (Moctezuma, 1992:481). Pasar de un Estado que recauda, reparte y da libertad de acción a un Estado que garantiza el equilibrio entre las fuerzas del mercado y la producción estatal (Marín, 2000:22). En este sentido el gasto social es el objeto central para la restricción que contribuya a eliminar el déficit fiscal, se devuelve al mercado el papel de fijador de los salarios e impulsor del empleo con flexibilidad laboral.

La interpretación neoliberal de esta crisis apostó por la decidida privatización de los servicios sociales prestados por el Estado (Seguro social, sanidad, educación y vivienda, así como por la privatización de los servicios de seguridad pública y penitenciaria (De Sousa, 1998:65).

La intervención directa del Estado se acepta solo sobre los sectores de población más carentes. En esta situación los interesados deben probar las condiciones exigidas (de carentes, pobres, pobres extremos o necesitados) para tener acceso a los servicios, lo que reaviva el viejo "certificado de pobreza" (Paganini, 1992:30), misma que reestablece la condición de indigencia cercana a la caridad porque a pesar de sus limitaciones, ofrece solo lo que es posible financiar (Tetelboin, 1998:44), creando diversas clases de ciudadanos, discriminación y desigualdad.

Las familias pobres autoresuelven sus necesidades con sus propios recursos, la atención de necesidades se hace en función de la capacidad individual de las personas para enfrentarlas o aceptar la "ayuda" pública del Estado a través de atenciones simplificadas, mínimas y de bajo costo (Tetelboin, 1998:40-41). En este caso si el Estado es capaz de administrar los servicios con calidad y eficacia su participación seguirá siendo promovida, de lo contrario los cuestionamientos serán mayores (Moctezuma, 1992:484).

En resumen como lo explicita Almeida (2001:31) los aspectos fundamentales hacia donde se dirigen los cambios actuales del enfoque reformador es lo que se denomina "línea de reforma hacia el mercado" que consiste en:

- 1) La quiebra de los monopolios estatales y privatización de sus empresas así como la

disminución de los funcionarios públicos.

- 2) Eliminación de barreras burocráticas introduciendo “el gerenciamiento de calidad total” en oposición al “control burocrático jerarquizado”, en otras palabras cambios en la administración pública que desgubernamentalicen los bienes y servicios públicos.
- 3) La atención de las demandas del consumidor sin intromisión política y gubernamental.
- 4) La Introducción de mecanismos de competencia de mercado en la prestación de servicios como mecanismo para alcanzar mayor eficiencia.

Desde esta visión el mercado es quien garantiza la mejor asignación de los recursos por el proceso de elección y competencia que conllevan a la calidad. Los programas de reforma del Estado están preocupados por transferir al sector privado las actividades rentables o potencialmente rentables. Sin embargo, la población que goza de trabajo en las circunstancias actuales mantiene condiciones bastante desiguales, con una clara estratificación de ingresos al interior de los propios espacios de trabajo formal, que la hacen acceder de modo distintos a los bienes y servicios, profundizando las desigualdades ya existentes (Tetelboin, 1998:54-55). No se puede desconocer que las rentas desiguales implican un acceso diferenciado a los bienes y servicios que prestan los organismos privados en el ámbito del mercado, que además se rigen por criterios distintos, de intereses de status, estética, ostentación u ornamento y por las preferencias valuadas en dinero. Como tampoco según muestran diversas experiencias que es muy distinto democratizar los espacios estatales a través de la participación ciudadana, que intentar democratizar los ámbitos del mercado, resaltan graves asimetrías socioeconómicas que imposibilita a los ciudadanos de gozar efectivamente de las “libertades” (Salinas, 2005; Paganini, 1992)

La política social.

A partir de la redefinición del nuevo papel del Estado, la política social también ha experimentado una reorientación conceptual a tal grado que autores como Franco y Huber (citados en Sottoli, 2000:48) lo denominan como un “cambio de paradigma de la política social”. Según Sottoli la política social se caracteriza por ser *compensatoria* porque incorpora solo medidas para atenuar los costos sociales y políticos de los programas de ajuste estructural; *descentralizada y privatizadora*, con ambas medidas se transfiere total o parcial la responsabilidad estatal a actores privados o estatales regionales y locales; *selectiva y focalizada* al no proveer servicios universales y homogéneos sino dirigidos a ciertos grupos meta previamente determinados. La política social es objeto y resultado de decisiones políticas que se dan por condiciones derivadas de la elección de cierto estilo de desarrollo (Sottoli, 2000: 43-44).

La política social está estrechamente relacionada con los objetivos de la política económica, concretamente con el modelo dominante (Salinas, 2005:84). En la población es posible percibir el tipo de política social prevaleciente a través de indicadores como bienestar y

calidad de vida, salud, educación, empleo, seguridad social como los sobresalientes (Salinas, 2005:84).

En la mayoría de los países de América Latina hasta antes de la década de los ochenta, la política social tenía como finalidad proveer servicios, financiarlos y regularlos bajo la responsabilidad casi exclusiva del sector público (Titelman, 2000:112). En poco tiempo casi en todos estos países se han transitado de una política social redistributiva con beneficio individual, familiar y social, a acciones mínimas de ayuda pública prácticamente bajo condición y comprobación de indigencia o casi de caridad, sólo para la sobrevivencia (Laurell, 1992:128, Tetelboin, 1998: 44).

Está demostrado que en América Latina las políticas sociales están en función de las necesidades de la política fiscal “disciplinada”, austera y de restricción en lo que a la responsabilidad del Estado se refiere (Salinas, 2005:95). Se trata de políticas sociales que “simplifica al máximo la prestación de servicios públicos, racionalizan los recursos y redefinen los espacios-población hacia los que se orientan” (López, 2001:43)

El papel de la política social actual depende además de la fuerte influencia de los organismos financieros mundiales y regionales (Tetelboin, 2006:1,2), y como finalmente toda política implica una decisión, el que la política social se asocie estrictamente con la disponibilidad de recursos, ya de entrada se concibe en forma limitada y sin que los ciudadanos participen en la definición de los objetivos, contenidos y requerimientos para alcanzarlos (Salinas, 2005:103-105).

Así lo social se define desde el punto de vista económico y no de las necesidades, la cuestión predominante a considerar es el costo. Se trata de una política que centra su atención en el gasto que se determina a través de “techos financieros, inamovibles e incuestionables” con instrumentos como “costo-eficiencia, focalización, gestión y transparencia” (Tetelboin, 2006:16) con la finalidad de abaratar y reducir los costos (López, 2001:43).

Bajo esta lógica la función de la política social es fomentar la participación de la iniciativa privada en la producción de servicios económicamente rentables incluso desde las instancias de gobierno (López, 2001:43), y solo se justifica una política social “asistencial” en condiciones muy específicas como es brindar protección contra los “actos de desesperación de quienes carecen de lo indispensable” (Paganini, 1992:29).

La cuestión es que se divide a la población entre quienes pueden pagar por los servicios, y los pobres y extremadamente pobres. El propio Banco Mundial reconoce que las políticas institucionales no han beneficiado a los pobres, sino al contrario, la aplicación de sus políticas favorece su incremento (Tetelboin, 1998:44). De este modo la política social se convierte en una política selectiva (Sottoli, 2000:43) con varias implicaciones, por un lado la renuncia del Estado a garantizar los derechos sociales para todos los ciudadanos (Laurell, 1992, López, 1995) que si bien eran precarios, se había avanzado, por otra, la aplicación de una política con dos estrategias “polares” pero complementarias como les llama López:

...la *asistencia selectiva* en donde una parte de la población como ya se mencionó es atendida por su condición de indigencia, en cuyo caso se otorgan

servicios en función de la pobreza y no de ciudadanía, y otra a la que denomina *privatización selectiva* en la que ciertos grupos de población adquieren servicios según su capacidad de pago en la lógica de atender clientes y no ciudadanos (López, 1995:53).

Es un modelo de política social de “neo-beneficencia” que en su aplicación se fortalecen las formas autoritarias y clientelistas de prestación de servicios tan fuertemente cuestionadas y se genera segregación y exclusión de amplios sectores de la población y se profundiza la inequidad ya existente (López, 1992:166).

Este proceso de desmantelamiento de las protecciones humanas mínimas que ocurre con la puesta en marcha de las “reformas” es un asunto paradójico y controversial hasta para sus promotores, pues al limitar las acciones dirigidas a proteger de los riesgos sociales se puede impedir la continuidad y reproducción del propio capitalismo (Moctezuma, 1992:479). Puesto que no se percibe aceptación o confianza de los ciudadanos en las instituciones del régimen democrático. La población está a la espera de una política mejor que la actual, ya que por ahora se siente decepcionada y desilusionada (Salinas, 2005:104).

Como parte de los cambios o reformas en la política social es importante destacar, por sus implicaciones en la reorganización y prestación de los servicios de salud, la descentralización, el financiamiento y la focalización.

La descentralización.

Como concepto, la descentralización presenta diferencias y ambigüedades por las interpretaciones que hacen los grupos sociales y políticos así como los organismos con intereses contrastantes. Se trata de una cuestión política que implica no solo el reparto de poder político dentro del sistema estatal, sino el acceso de los grupos sociales y políticos al proceso de decisión política y de asignación de los recursos públicos. La descentralización implica la transferencia de autoridad, funciones, fines y recursos desde el centro a la periferia dentro del sector (Collins, 1994:460-462) y con ello, la reestructuración del sistema estatal con consecuencias significativas tanto para los sistemas de dominación política, como del carácter de las políticas públicas y del acceso de los grupos a los centros de la toma de decisiones (Collins, 1994: 472).

Con la descentralización, denominada en algunos países de América Latina como modernización administrativa, los gobiernos centrales transfieren a los estados provinciales responsabilidades de carácter financiero, facultades y planes para la prestación de servicios a organismos estatales, con autonomía organizacional, pero sin el otorgamiento de la responsabilidad jurídica ni patrimonio propio, por lo que se mantiene la dependencia de normas y controles jurídicos centrales (Fajardo 2004, López 2001, Ugalde 2002). Por tanto, es una estrategia de control político y dominación (Collins, 1994:461).

Según Ugalde la descentralización puede ser entendida como la concesión de cierto grado de autonomía a las unidades del primer nivel de atención respecto a la generación y manejo de fondos, para la elaboración y manejo de los programas de atención (Ugalde, 2002:19).

En este marco las funciones a descentralizar son amplias. En términos generales pueden clasificarse en cinco categorías: fiscales, programáticas, de recursos humanos, de mantenimiento y compra de insumos. Pero hay funciones que no deben descentralizarse porque se pondría en peligro la salud de la población, como son las políticas sobre medicamentos y laboratorios de control de calidad, enfermedades transmisibles y sobre los criterios que establecen la cantidad y distribución de los fondos de solidaridad (Ugalde, 2002:26).

Descentralizar funciones sin acompañarla del fortalecimiento de la gestión a nivel inferior puede conducir al abandono de sus funciones del sistema estatal. En América Latina la insuficiencia de recursos financieros y la mala administración local han obstaculizado la descentralización, y en países como Túnez, Kenia, Sudán y Tanzania la falta de recursos humanos en la periferia son causa de graves problemas (Collins, 1994: 464).

Para algunos gobiernos la descentralización es el mecanismo de mayor eficiencia en la desempeño y reorganización del sistema, pues mejora la asignación de recursos, aumenta la capacidad administrativa de las unidades operativas, de mayor transparencia en la distribución de responsabilidades y ampliación de la cobertura a los grupos marginados a través de la provisión de un paquete básico de servicios de salud (Martínez, 1997:367), además de conciliar la prestación de la atención con los derechos laborales. Lo cual es posible al establece una formula para la asignación los recursos financieros entre las entidades federativas en forma proporcional a las necesidades en salud y flexibilizar la gestión ajustando los servicios a las necesidades locales (Ugalde, 2002:19).

En la descentralización es factible encontrar algunas cuestiones problemáticas; 1) confundirla con la privatización, de hecho en algunos lugares la privatización suele definirse como una forma particular de la descentralización, cuando los gobiernos transfieren la responsabilidad de los bienes que producen o servicios que prestan a organizaciones privadas, pero en realidad es un proceso de privatización, 2) cuando se le considera como una estrategia de mercado subrogado para la privatización (Collins, 1994: 461-462).

La característica clave de la descentralización no es su íntima relación con el mercado, sino con la reestructuración política para facilitar la coordinación intersectorial y la participación comunitaria. En cambio la privatización fomenta la fragmentación de los servicios de salud, por lo tanto limita la coordinación (Collins, 1994: 461,464).

Otro elemento preocupante de la descentralización tiene que ver con los ingresos, sugiere que deben ser generados localmente. De la generación local de ingresos depende la propia capacidad de los gobiernos locales para generarlos. Cuando, con la descentralización, a la autoridad se le permite determinar sus propios mecanismos de financiamiento, trae consigo desigualdad de trato entre iguales que viven en zonas distintas, por las diferentes condiciones socioeconómicas y las necesidades de atención de cada población. Garantizar que la equidad prevalezca para todos los ciudadanos ha sido considerada como una importante función del Estado. El BM describe correctamente las deficiencias en la provisión de servicios, pero prescribe soluciones que pueden exacerbar las desigualdades existentes, como son las reformas propuestas de descentralización, el aumento de apoyo al

sector privado y la dependencia de los mecanismos de financiamiento alternativos (Collins, 1994: 466-467).

Con la descentralización dice López “se busca establecer nuevas bases geopolíticas para el desarrollo de la política social que permita contener las consecuencias del desempleo y de la creciente desigualdad social” (López, 1997:132), disminuir el nivel de conflicto sobre el gobierno federal y proteger al centro de las presiones derivadas de política social y de política política, atomizandolas y concentrando los problemas entre los niveles estatales regionales y locales (López, 1997: 132,136).

El gasto en salud y financiamiento.

El gasto en salud y el financiamiento son aspectos que van de la mano, el primero es un indicador esencial que muestra el esfuerzo que hacen las sociedades y los gobiernos de cada país para enfrentar los problemas de salud que afectan a sus poblaciones (Molina, 2000: 71).

Para los gobiernos que están llevando a cabo ajustes estructurales es importante reducir el gasto público central en servicios sociales y liberar fondos para el pago de la deuda externa. Como se sabe esta política es parte de las ideas neoliberales propulsadas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (Ugalde, 2002:22). Se trataba sobre todo de respetar los equilibrios macroeconómicos y convertir la reducción del gasto en un principio regulador de las decisiones estatales (Sottoli, 2000:48).

Tradicionalmente, se han identificado cuatro mecanismos de financiamiento que son; el gasto público a través de la recolección de los impuestos, los seguros privados de salud, los seguros nacionales de salud y el cobro a los usuarios.

Según el BM se requiere de una combinación de aumento de los gastos por parte de los gobiernos, los organismos donantes y los pacientes (BM, 1993a:11). O también que los gobiernos financien a proveedores de asistencia sanitaria del sector privado que representan servicios clínicos esenciales a los pobres mediante una reglamentación estricta (BM, 1993a:12). Sin embargo cada vez es más evidente el retraimiento del Estado en el financiamiento de los servicios de salud y el progresivo traspaso de los costos de la atención médica a la población usuaria (López, 2001:51). La tendencia es reducir la intervención gubernamental a través de mecanismos como la reducción del gasto en salud y la intensificación del aporte directo por parte de los individuos y las familias o mediante sistemas de aseguramiento de carácter privado (Marín, 2000:30). Estrategias cuyo objetivo es aumentar los recursos financieros disponibles. De manera que cuando se habla de modulación del financiamiento, se entiende como el establecimiento de criterios y mecanismos de control y vigilancia que ejerce el Estado sobre las distintas fuentes de financiamiento, mas no de aportación (Marín, 2000:30). Situación que no ocurre en otras partes del mundo;

...mientras que en los países industrializados, incluido los Estados Unidos, la participación del financiamiento público (a través de impuestos

y cuotas de seguridad social) en el sector está creciendo, en la región de América Latina la tendencia es opuesta, aunque también se comienzan a incentivar los seguros privados y el pago por parte de los hogares (Hsiao, citado en Molina, 2000:77).

La mayoría de países con baja participación del sector público y con esquemas de financiamiento plural, destinan un porcentaje menor al 5% del PIB en salud. Esto significa que el gasto público en salud está siendo reemplazado por los aportes de los hogares, situación que agrega barreras adicionales a las que ya existen para el acceso a los servicios de salud (Molina, 2000:76).

Por otra parte dice Laurell, la disminución progresiva del presupuesto está generando varias situaciones; la agudización del deterioro de las instituciones públicas para la prestación de servicios por la posibilidad de apertura de contratación de servicios médicos a través seguros particulares, como es el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social pues su uso era obligatorio para todos los trabajadores del sector formal (Laurell, citada en Cerda, 2005:152), la reducción de los fondos destinados al mantenimiento del equipo y las instalaciones, disminución de los recursos per cápita para la atención a la salud de la población sin seguridad social y la reducción de los niveles salariales de los trabajadores del sector (López, 2001:50).

La postura de Titelman es que las diferentes combinaciones de la composición público-privada están generando distintas reglas y mecanismo de afiliación que, aunados a una débil regulación, han potenciado prácticas por parte de las aseguradoras privadas como el desplazamiento de los individuos de mayor riesgo o la exclusión de los de menores ingresos hacia el sistema público como es el caso de las Instituciones de Salud Provisional (ISAPRE) en Chile. Estas prácticas han dado como resultado graves problemas de eficiencia y equidad (Titelman, 2000:114). Así mismo, para el mismo caso de Chile el presupuesto en salud se ha incrementado a niveles mínimos con respecto a lo que se hubiera esperado, de esto pueden dar cuenta los recursos financieros e infraestructura disponible, y algunos aspectos de la calidad (Tetelboin, 1995: 82).

En la misma dirección se ubica López al plantear (López, 2001:51) que la recomposición del financiamiento tiene un impacto diferencial sobre las distintas instituciones del sector salud, ya que en lugar de favorecer la homogenización en la calidad de los servicios, profundiza la desigualdad en la atención que recibe la población que accede a los distintos subsistemas e incluso de un mismo subsistema. Aun cuando todas las instituciones públicas de salud son “castigadas” con el recorte presupuestal, el peso de la reducción recae con mayor intensidad en las instituciones que atienden a la población sin seguridad social, a los programas de desarrollo de infraestructura, y de prevención de cierto tipo de padecimientos, en contradicción con los objetivos de los planes y programas gubernamentales.

La focalización del gasto público.

Otro de los mecanismos estratégicos de la política social y de racionalización y reducción del gasto público es la focalización. Consiste en el desarrollo de programas de bajo costo,

que permitan contrarrestar los efectos negativos por la falta de atención que genera el modelo económico (Tetelboin, 2003:162). Particularmente eximir del cobro de tarifas a los que no tienen capacidad de pago como los pobres y pobres extremos, y cobrar por los servicios a las familias que la tienen. La focalización significa la posibilidad de utilizar escasos recursos de manera selectiva a favor de grupos meta predeterminados y según criterios de costo-eficiencia (Sottoli, 2000:48).

El argumento base de la focalización es que los principales beneficiarios de la política social habían sido tradicionalmente los grupos de trabajadores urbanos y cercanos al Estado mejor organizados, aunque está establecido por ley el acceso igualitario a toda la población. En la práctica la población pobre permanecía excluida en buena medida de la participación en los beneficios sociales estatales, lo cual es absolutamente inequitativo (Sottoli, 2000:50).

Esto muestra cómo se delinearán claramente dos tendencias respecto a la producción y consumo de los servicios de salud. Por un lado servicios baratos para los grupos más desprotegidos a través de la aplicación de una política social de neo-beneficencia, con recursos del Estado focalizados y con montos fijos destinados a regiones y poblaciones consideradas de pobreza y pobreza extrema, calculadas de acuerdo con los índices oficiales de marginación, y por otro, un conjunto de clientes con acceso a atención médica de diferente calidad según su capacidad de pago, y todavía un tercer intermedio, un sector público flexibilizado que favorece la compra de algunos servicios en formas de contrato y con ello, la introducción de la lógica mercantil (López, 2001:51) que incrementa las desigualdades de acceso y cobertura convirtiendo a los individuos en beneficiarios con categorías socialmente diferentes y por tanto con calidades de vida y de desarrollo también distintas.

El problema, por lo menos para América Latina, es que su población no solamente pierde cada vez más el poder adquisitivo de su ingreso, sino que pierde el propio ingreso, por las condiciones de desempleo, pobreza y marginación en que vive. Si bien es cierto que iniciativas como esta están formando un complejo sistema de intervención que en efecto, evitan el riesgo de muerte, no el de enfermar provocado por las propias condiciones de vida (Tetelboin, 2003:162). Además, con estas nuevas formas de aplicación de la política que eliminan la gratuidad, al incluir a unos y excluir a otros, se cuestionan los principios de ciudadanía, de equidad, de accesibilidad y el derecho constitucional de protección a la salud (Arredondo, 2001:171).

La focalización profundiza la diferenciación según el nivel de marginalidad o pobreza de cada uno de los municipios (Tetelboin, 2003:163). Y según Molina la experiencia demuestra que esta modalidad de financiamiento se ha transformado en una barrera más para el acceso a los servicios de salud y su implementación ha generado problemas nuevos (Molina, 2000:80).

La política en salud y las Reformas.

En la agenda de las reformas del Estado la reforma en salud ha sido uno de sus componentes más importantes. En el ámbito de la salud el término reforma ha tenido

múltiples significados, se dice que su connotación principal es de carácter “positivo”. Según Frenk (1994:17) “reforma se refiere a una construcción que incrementa algo de manera pacífica, más que una ruptura radical o violenta”.

En esencia las reformas constituyen un conjunto de cambios puestos en marcha por los gobiernos o por cualquier sector de la sociedad, con el propósito específico de transformar las instituciones, en este caso particularmente las de salud.

En las propuestas de reforma en materia de salud podemos ubicar dos periodos. El primero al que podemos considerar como de línea dura, que también se les denomina “de primera generación” se derivan del Banco Mundial (BM) de su *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, Invertir en Salud*. El BM en esta primera etapa busca hacer compatible la política en salud con preceptos neoliberales como el de reubicar a la salud en el ámbito privado, bajo la premisa de que los servicios médicos son “bienes privados” (Akin citado en Laurell, 1995:16) y solo en ciertas condiciones deben ser asumidas como una tarea de orden público, el otro asunto central es la imposición del Banco a los gobiernos de realizar una política de ajuste en el gasto social y de salud para destinar los recursos al pago de la deuda (Laurell, 1995:9,15). El segundo período corresponde a acciones de carácter más moderado, o de “segunda generación” en cierto sentido correctivo de la primera etapa, que devienen de la participación de OPS con el propósito de generar mayor equidad en el proceso de implementación de las reformas (López-Acuña, 2000:2).

En el informe del BM de 1993 se diseña “un programa integral” para la política sanitaria a través de un conjunto de lineamientos específicos para los países de bajo y mediano ingreso (Tetelboin, 2006:14, BM, 1993a:13), que según el Banco harían posible el logro de la meta de Alma Ata. Con base en este documento en casi todos los países de América Latina y particularmente en los dependientes, se introducen profundas reformas en salud con efectos distintos en la provisión de los servicios y en los usuarios. Se trata en general de reformas que con ingerencia de las agencias multilaterales y bilaterales, se proponen reducir y paulatinamente desaparecer los mecanismos colectivos con los que se enfrentan los problemas de salud (Almeida, 1999:6).

Durante las reformas de primera generación se retorna la antigua idea de que los pobres son culpables de su comportamiento irresponsable, por tanto, de sus propios problemas de salud (Paganini, 1992:29). Se promueve la concepción de que el esfuerzo individual es lo único que puede garantizar la solución de los problemas que nos afectan y “que las unidades familiares pueden obtener servicios de salud con su propio dinero y cuando están bien informados lo hacen mejor que si el gobierno lo hace por ellos” (BM, 1993a:5). Es decir, los principales responsables de la salud son el individuo y su familia, son ellos quienes deben adoptar comportamientos prudentes y estilos de vida saludables, por lo tanto resolver sus enfermedades con decisiones apropiadas adquiriendo los servicios médicos en el mercado.

La reforma cambia la manera de entender los procesos de salud-enfermedad, el papel de la sociedad y los medios y mecanismos para atenderlos. Por un lado, ubica sus determinantes en los estilos de vida de las personas y no en las condiciones sociales, por otro, la posibilidad de enfrentar estos procesos está vinculada a las capacidades económicas

individuales, de modo que las fuentes de financiamiento, los montos, operadores y destinatarios también se modifican drásticamente (Tetelboin, 2006:5).

Una de las características fundamentales de las reformas es que reorientan la forma de operar de los sistemas de salud públicos hacia lógicas del mercado (Tetelboin, 2006:1). La propuesta central del BM es que los servicios se autofinancien a través del pago, prepago o pequeño pago. Es necesario establecer cuotas en los servicios públicos porque se ha demostrado que ello mejora la eficiencia técnica (BM, 1993a:11). El Banco recomienda como mecanismo, establecer esquemas de seguros médicos que pudieran ser públicos o privados. Sin embargo el propio Banco reconoce que en los seguros privados se aplica la "selección adversa", es decir, las compañías de seguros excluyen a las personas de alto riesgo que son quienes más necesitan el seguro porque están enfermos o con probabilidades de enfermar (BM, 1993a:5).

Se privilegia la competitividad en el mercado mediante la apertura comercial para la prestación de servicios en salud de carácter fundamentalmente privado e individual, porque mejoran la calidad, la eficiencia y bajan el costo. Sin embargo esta concepción rompe con el carácter solidario y universal de los servicios, al sustentarse en el denominado "individualismo antisolidario" (Paganini, 1992:28).

Se orienta hacia procesos de focalización, con paquetes de atención basados en criterios costo eficiente o de selección de padecimientos de alta incidencia o catastróficos, que en lugar de resolver necesidades, contribuyen a crear mayores dificultades hacia el futuro, porque sólo se destinan a reducir el riesgo de muerte de estas poblaciones, aunque sus condiciones continúen en procesos de deterioro (Tetelboin, 2006:4,127).

Como parte de este programa integral el Banco enfatiza el papel de actores sociales emergentes como las organizaciones de mujeres y las organizaciones no gubernamentales (ONG'S). El propósito es delegarles algunas de las responsabilidades gubernamentales y apoyarlas con financiamiento, pues se dice que las ONG muestran mayor eficiencia y mejor calidad que las instituciones públicas (BM, 1993a:4). Esto evidencia la postura ideológica privatizadora y la intención de desinstitutionalizar la atención en la salud (Laurell, 1995:14).

La privatización de empresas publicas, la desregulación de la economía, el paulatino abandono de la prestación de servicios que el Estado proveía y la liberación del comercio, son el marco para el surgimiento de lo que se conoce como "las reformas de segunda generación" (Salinas, 2005:96-97).

Con las reformas de segunda generación no se pretende dar marcha atrás, sino de atenuar un tanto sus efectos, e incorporar a la sociedad en su conjunto en el proceso mismo y con responsabilidades puntuales, en este sentido López-Acuña representante de OPS considera que la reforma es

...un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias y funciones del sector, con el propósito de **aumentar la equidad de las prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones** y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se

trata de una fase intensificadora de transformaciones de los sistemas de salud, realizada dentro de un periodo determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan (López-Acuña, 2000:2).

Es tal el interés de los organismos multilaterales por apoyar las reformas del sector salud que contribuyeron a crear la “Iniciativa Regional para la Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe” (LACRSS), con finalidad de impulsar los procesos mediante la promoción de actividades regionales dirigidas al entrenamiento de personal a nivel político y gerencial y al análisis compartido. Las actividades regionales se centran en cuatro áreas estratégicas: 1) Metodologías y herramientas que faciliten el análisis, diseño, implementación, seguimiento y evaluación de las reformas, 2) Recolección y distribución de información sobre las reformas en cada país a través de sistemas de información y redes electrónicas de contacto, 3) Seguimiento de los procesos de reforma y de sus resultados mediante el desarrollo e implementación de herramientas y distribución de la información a los países, organismos de cooperación y otros socios, sobre como continuar la dinámica, el contenido de la reforma y como evaluar los resultados y, 4) Apoyar a los países a que compartan sus experiencias y aprendizajes a través de conferencias regionales y visitas de estudio. Esta iniciativa contó con un financiamiento, hasta 2002, de 10.2 millones de dólares para apoyar a 13 países, entre ellos México (Crocco, 2000:135-136).

Este conjunto de cambios ha requerido redimensionar a la salud como concepto, proceso y producto social. La salud en la actualidad debe ser revisada y replanteada como un campo de intervención *intersectorial* en la que deben participar diversos actores (OPS, 2000:39) en donde la educación, los entornos saludables, la libertad y responsabilidad individual, la familia, las instituciones y los organismos privados son elementos básicos (López, 1993:57-58).

Se enfatiza que el Estado es el responsable directo de garantizar que se cumplan las condiciones del desarrollo y velar porque sus resultados se distribuyan equitativamente. “Velar por el bien público en materia de salud” significa que la salud es del interés y responsabilidad de todos. Se busca movilizar, articular, orientar y apoyar las acciones públicas no estatales, sino de la sociedad civil organizada, para que participe y vigile el cumplimiento de las responsabilidades que mejoren la salud (Molina, 2000:22).

En consideración de esta responsabilidad “colectiva” y con el propósito de mejorar los sistemas de salud se promueve el desarrollado de diversas acciones como: la organización de comités, grupos de consenso encargados de evaluar la optimización de las técnicas; círculos de la calidad; sistemas de monitoreo y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios, entre otros más (Ramírez, 1998:2).

El nuevo quehacer de las instituciones de salud y la prestación de servicios.

El resultado de estos procesos ha sido la paulatina transformación de las funciones gubernamentales de los ministerios o secretarías de salud en cada país de América Latina. Las nuevas directrices buscan fortalecer su capacidad rectora como autoridad sanitaria. Sus objetivos y funciones deben ser según OPS (Marín, 2000:23): 1) Conducción sectorial, 2)

Regulación y vigilancia, 3) Acciones de salud pública propias de la autoridad sanitaria, 4) Regulación del financiamiento, 5) Garantía de aseguramiento y 6) Armonización de la provisión de servicios que integran el nuevo perfil de la rectoría dentro del sector.

Con la función de conducción sectorial se busca mayor eficacia en las decisiones relacionadas con los recursos en salud. “La tarea central consiste en concertar con los distintos sectores, público, privado, social solidario (ONG) y comunitario para que los recursos disponibles de la sociedad concurren en los programas y acciones sanitarias, se trata de formar una red social de protección y servicios”, con múltiples actores que repercutan en los procesos biológicos, ecológicos, culturales y socioeconómicos predominantes en una sociedad. Los gobiernos deben encontrar nuevas formas para que la sociedad civil participe de manera más efectiva. La política de salud debe ofrecer una dirección adecuada no solo de cada uno de los organismos o instituciones del sector participantes, sino de coordinar las intervenciones de otros sectores participantes (Marín, 2000:24-26).

Entre las funciones que adquieren mayor importancia en la nueva rectoría sectorial está la regulación y vigilancia. La regulación se entiende como el establecimiento de requisitos, normas, leyes y reglamentos en materia de salud. La vigilancia se refiere a la aplicación de estas normas, que expresan “el poder policiaco” de la autoridad coercitiva legal (Marín, 2000:27). Esta política (o policía) médica establecen que es responsabilidad de los organismos encargados de salud el definir los lineamientos normativos referentes a la salud en lo colectivo, y como agente fiscalizador debe velar por su aplicación social (Almeida, 1999:9).

Las funciones de regulación y vigilancia son una prioridad para la autoridad sanitaria porque la producción, comercialización y utilización de muchos recursos son objeto de acuerdos internacionales. El comercio de servicios de salud se ha multiplicado en todas sus formas, tanto que una cantidad importante de empresas de atención a la salud opera globalmente (SS, 2001:27). En el mundo cada vez más globalizado, las fronteras entre las políticas nacionales e internacionales de salud son cada día más tenues.

La definición de la política al interior de cada país se determina por el peso que tienen las empresas multinacionales en el manejo de insumos médicos, la tecnología y los medicamentos. Al igual que las condiciones, los medios y los procedimientos establecidos para la atención (Marín, 2000:28). En este sentido basta como ejemplo que la liberación del comercio mundial ha expandido el mercado de productos y servicios de salud al grado que, las exportaciones farmacéuticas de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), se incrementaron en más de 1000 por ciento entre 1975 y 2000 (SS, 2001:27).

El propósito de la regulación es determinar condiciones mínimas, medios y procedimientos para la aplicación de la política social y en salud antes del desmantelamiento de la regulación centralista y de la apertura el mercado libre (Cañón, citado en Marín, 2000:29).

Así como señala Almeida (2001:41) los cambios en los servicios de salud en los países de América Latina están orientados hacia:

- a) Incorporar las medidas que racionalizan el costo de la atención médica, priorizando la atención primaria o básica, así como la atención ambulatoria y domiciliaria para disminuir el gasto hospitalario.
- b) Separar la provisión y el financiamiento de los servicios de salud.
- c) Reestructurar la mezcla público-privado.
- d) Focalizar de la acción pública sobre los más pobres y más necesitados.
- e) Utilizar los recursos en forma de subsidios o incentivos diversos tanto de la oferta como de la demanda.

Como parte de estos aspectos también se han priorizado los procesos de cambio dirigidos hacia la forma como están organizados y cómo desempeñan sus funciones los sistemas de salud. La finalidad sigue siendo reducir el gasto de un sector que se supone consume gran parte de los escasos recursos disponibles.

Para cumplir con el mandato constitucional del derecho a la protección de la salud, es admisible para los organismos reformadores que el Estado a través de las instituciones de salud se responsabilice de hacer accesibles los servicios de salud a la población, con el propósito de no afectar el bienestar biológico, funcional, social y económico, tanto del individuo como de la sociedad (Salinas, 2001:325).

Se entiende por accesibilidad a las características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos o capacidad del usuario para obtener atención médica (Ramírez, 1998). Los factores que influyen en la accesibilidad incluyen consideración de índole geográfica, arquitectónica, de transporte, de tiempo y sobre todo recursos financieros, para que los usuarios tengan los servicios que necesitan en el lugar y tiempo adecuados.

La garantía de acceso de la población se hace a través de un plan básico de salud, paquete básico o paquete de servicios clínicos esenciales, dirigidos predominantemente a la población sin capacidad de pago. A esto se le denomina garantía de aseguramiento (Marín, 2000:30).

El otorgamiento de un programa mínimo de servicios clínicos esenciales es considerado como la estrategia esencial de ampliación de cobertura en las zonas rurales, dispersas y urbanas de alta marginación, y al mismo tiempo constituyen el eje central de reorganización de los servicios, con acciones de bajo costo y alta efectividad, de carácter predominantemente preventivo a nivel primario (BM, 1993a:7).

Para el Banco el paquete de servicios clínicos esenciales puede variar de un país a otro, según las necesidades de salud y el nivel de ingreso, con su adopción la proporción de enfermedades que podrían eliminarse en los países de ingresos bajos sería del 32% y 15% en los de ingreso mediano (BM, 1993a:10) y como mínimo debe incluir el siguiente conjunto de intervenciones, cada uno de los cuales aborda problemas de salud que representan cargas de morbilidad muy importantes (BM, 1993a:8-10):

- *Servicios para garantizar asistencia en relación con el embarazo* (como atención prenatal y durante el parto y el posparto), que con esfuerzos intensificados se puede evitar un número considerable de muertes maternas que ocurren cada año.
- *Información y servicios seleccionados de planificación de las familia*; mejorando el acceso a este tipo de servicios se disminuyen muertes maternas y de niños.
- *Lucha contra la tuberculosis*; principalmente a través de medicación, dado que es la principal causa de muerte a nivel mundial. Prevención del SIDA y programas para reducir el consumo de tabaco y alcohol.
- *Lucha contra la ETS*, que son debilitantes y en ocasiones letales.

Programa de ampliación de inmunización (PAI). Nutrición y tratamiento de las enfermedades comunes graves de los niños pequeños, diarreas, infecciones agudas de las vías respiratorias, sarampión, paludismo y servicios de salud centrados en la escuela.

- Algunos tratamientos de infecciones y traumas menores y en caso de problemas de salud que no puedan resolverse completamente con los recursos disponibles, asesoramiento y alivio del dolor.
- Además de medidas reguladoras, información e inversiones limitadas en salud pública para mejorar el entorno de las unidades familiares.

A partir de estos elementos lo que queda claro es que la salud se divide en dos y probablemente más mundos, la atención primaria muy simplificada a través de las instituciones públicas y las privadas como ocurre en Chile (Tetelboin, 1995: 82).

Condiciones de trabajo y relaciones laborales.

■ En el proceso de reorganización y prestación de los servicios de salud dos actores fundamentales son estratégicos y por ello considerados en el diagnóstico del Banco; los trabajadores de la salud y los usuarios.

Los servicios de salud son espacios laborales y por lo tanto semejantes a otros donde se dan relaciones de trabajo, en este espacio la primera cuestión es que las condiciones y relaciones laborales están sufriendo cambios.

Las formas características que adquiere el proceso laboral están determinadas por las necesidades del capital. La fuerza de trabajo del sector tradicionalmente realizaba un proceso particular de trabajo, se trata de una actividad laboral que si bien no generaba ganancia directa para el capital, permitía por una parte, establecer las condiciones para la producción y reposición de la fuerza de trabajo y por otra, constituía la herramienta de legitimación del modelo económico y político (Castillo, 1995: 63-64).

Actualmente con la paulatina liberación del sector y la creciente aparición de intereses corporativos múltiples y dinámicos cuya finalidad es la generación de ganancias, las reformas en salud orientadas fundamentalmente a aspectos de macrogestión relativizan el peso de la gestión clínica y el papel de los profesionales con respecto al sistema en general, y mantienen al margen de la definición y orientación de las mismas a los propios trabajadores (Arredondo, 2001:170).

El cuestionamiento básico respecto a los recursos humanos está centrado en el tipo de profesional que brinda la atención y el trabajo que realizan en los servicios de salud. Se dice que existe un número cada vez mayor de médicos generales y especialistas, que disponen de las nuevas tecnologías médicas concentrados en las zonas urbanas, que no han ayudado a resolver los problemas médicos de las zonas rurales, y sí generan una demanda mayor de análisis clínicos, procedimientos y tratamientos innecesarios y costosos (BM, 1993a:4, 1993b:145).

Estos especialistas, producto de la educación médica gratuita, reciben una formación muy académica y poco pertinente a los problemas y necesidades locales, en la que se ha descuidado relativamente la formación en salud pública, política sanitaria y gestión de la salud (BM, 1993b: 143, 147).

Desde el punto de vista del Banco para prestar los servicios clínicos eficaces incluidos en el paquete mínimo de servicios esenciales, se requiere pocos especialistas, o ninguno (BM, 1993b:145). Los gobiernos tienen que aplicar políticas de financiamiento para la capacitación de personal de atención primaria más efectivo que satisfaga las necesidades de la salud, y limitar o eliminar los subsidios para la formación de especialistas (BM, 1993a:12).

La formación en atención primaria de salud debe incluir como mínimo, los conocimientos necesarios para prestar los servicios clínicos esenciales (BM, 1993b:146). Particularmente de personal de enfermería, partería y auxiliares de salud comunitarios que pueden complementar la labor del personal que brinde atención primaria en zonas rurales. Según el Banco muchos países han recurrido a auxiliares de salud comunitarios para brindar atención primaria enseñándoles temas relativos a la higiene, nutrición, planificación de la familia, salud infantil e inmunizaciones (BM, 1993b:147-148).

El otro elemento básico de este proceso corresponde a los medios de trabajo que son todos los instrumentos, equipos y fármacos, entre los más importantes que se utilizan en la atención médica, para actuar sobre y con el sujeto-objeto, con el propósito de intentar la resolución del problema de enfermedad (Castillo, 1995:76).

Para el BM en el sector público los programas funcionan deficientemente debido a que los medicamentos, equipos, transporte y el mantenimiento escasean, en los hospitales las camas están subutilizadas, detienen a los pacientes más del tiempo necesario, se practican intervenciones quirúrgicas hospitalizando al paciente pudiendo llevarse a cabo en forma ambulatoria, y están mal organizados y administrados por falta de los conocimientos especializados que se requieren para dirigir unas instituciones sanitarias. Gran parte del dinero que se gasta en salud se despilfarra: se compran productos farmacéuticos de marcas registradas, en lugar de medicamentos genéricos. Las consecuencias han sido un descenso

de la moral del personal y un empeoramiento de la calidad de la atención (BM, 1993a:4, 12).

Se requiere de la aplicación de nuevos protocolos de diagnóstico y tratamiento, reducir los procedimientos quirúrgicos y atención ambulatoria, una lista nacional de medicamentos genéricos esenciales cuya eficacia en función de los costos este demostrada y apoyar los cuidados en el domicilio como alternativa a la hospitalización prolongada en ciertas dolencias (BM, 1993a:4, 1993b:141-143).

Con el retorno al pago por los servicios de salud los ciudadanos con capacidad de pago que se excluyen por si mismos de los servicios que ofrece el Estado, recurren por mejor calidad y comodidad de los servicios privados (BM, 1993a:11), en este contexto los costos forman parte de la definición de la calidad, y la calidad se fundamenta en la competencia y desempeño de los trabajadores, el recurso humano en este proceso aunque deja de ser el elemento hegemónico sigue siendo clave, así como la actualización de sus conocimientos y el grado de desarrollo de sus habilidades técnico-profesionales; aspectos no exclusivos de los servicios particulares sino básicas de los servicios de calidad de cualquier índole. Además tres elementos son pilares en los servicios; competencia profesional del personal, sensibilidad humana en la atención, y alto grado de compromiso laboral (Sánchez, 2002:39). O como plantea Donabedian no se puede perder de vista que la habilidad para determinar lo que es más efectivo y eficiente en la atención a la salud depende del conocimiento científico previo (Donabedian, 1993a:2), y que la calificación de los trabajadores se justifica plenamente porque los trabajadores son parte integral del sistema de producción y porque las posibilidades de fallar del componente humano dependen en gran medida de la calificación misma (Donabedian, 1993b:7).

La búsqueda de una mayor productividad en los servicios de salud es también un componente esencial de la racionalidad económica propia de estos procesos. Se dice que es parte indispensable de una nueva gerencia, moderna, responsable y necesaria en todos los países, que, junto con la generación de sistemas de incentivos han sido promovidos activamente por organismos de cooperación financiera (Brito, 2000:48-49).

El incremento de la productividad en salud está estrechamente relacionada con la dimensión técnica de los procesos de calidad que se emplean en los países industrializados, su enfoque esta dirigido a mejorar los procesos por medio del monitoreo del desempeño, la vigilancia extrema y la centralización del proceso de mejoría-garantía (Salinas, 1994:2).

Otro aspecto que forma parte de la calidad con la que se buscan cambios de actitud para mejorar los procesos, y que ha resultado poco relevante es la satisfacción laboral. Así, aunque la satisfacción del trabajador en el desempeño de sus funciones es considerada por diferentes teóricos como un factor determinante de la calidad de la atención (Salinas, 1994:3), en los procesos de cambio ha quedado ausente.

En cambio se han introducido en las normatividades de muchos países modalidades flexibles en los contratos de trabajo como criterio esencial para disminuir los costos laborales y generar condiciones que favorezcan la competencia, como es el caso de Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Jamaica, México, Panamá y Perú, en donde estas

se han documentado (Brito, 2000:45).

La adopción de formas flexibles externas está ligada a la necesidad de ajustarse a las fluctuaciones del mercado laboral mediante la redefinición de las condiciones de contrato, predominantemente temporales y con un marcado deterioro del salario o la disolución del vínculo laboral, que se complementan con la instalación y evaluación de sistemas de incentivos para incrementar la productividad en la mayoría de los países mencionados. Para el sector público esto ocurre bajo estrictas restricciones presupuestales.

Sin embargo en consideración de la naturaleza particular de los servicios de salud, incluir eficiencia, efectividad y productividad como criterios de todos los procesos y productos relacionados con la salud conlleva el riesgo de desplazar los objetivos esenciales por un afán desproporcionado de ahorrar costos (Donabedian, 1993b:4).

Un ejemplo claro es que con la puesta en marcha de la reforma en salud para el caso de Colombia, si bien es cierto que se amplió el mercado de trabajo para los médicos generales, sobre todo los más jóvenes, estos tuvieron que ajustarse a tablas de remuneración no uniformizadas y los médicos especialistas tienden a agruparse corporativamente para la defensa de sus intereses (Almeida, 2001:46). Por otro lado, el aumento del aseguramiento para riesgos catastróficos abre nuevas posibilidades de ampliación del mercado privado de seguros pero obviamente con costos adicionales para el consumidor.

En concreto las reformas se proponen reorientar el gasto público en salud, del personal, los equipos y los establecimientos de asistencia sanitaria especializados de la cúspide de los sistemas de salud hacia la base de la pirámide, por servicios mínimos en instalaciones y centros de salud comunitarios (BM, 1993a:12).

El papel de los usuarios.

Se dice que el principal problema del acceso universal es que al financiarse los servicios con fondos públicos quienes se benefician desproporcionalmente son los ciudadanos de mejor situación económica, a través de la asistencia gratuita, los seguros sociales que no cubren los costos reales en los modernos hospitales estatales o de nivel terciario y la subvención a los seguros privados. Los pobres carecen de servicios básicos de salud, y cuando acceden la atención que reciben es de mala calidad, con medicamentos y equipos escasos, viajan más de una hora para llegar a las unidades de atención, largos tiempo de espera, consultas médicas breves, y comúnmente reciben diagnósticos equivocados y tratamientos inadecuados que además generalmente pagan de su propio bolsillo. Por ello, sus condiciones se ven limitadas por las decisiones que toman en función de su ingreso y educación (BM, 1993a:6).

En respuesta a lo anterior el BM propone cobrar a los usuarios con capacidad de pago por el uso de los servicios estatales y establecer planes de financiamiento comunitario de pequeños pagos para el resto de los usuarios de centros de salud locales. En estas unidades se ofrecería exclusivamente el paquete de servicios esenciales garantizados por el gobierno a través de servicios eficaces de calidad y medicamentos probados, en instituciones y

laboratorios acreditados, e informando permanentemente a los usuarios (BM, 1993a:11-12) tanto del proceso mismo como de los resultados. La atención hospitalaria de emergencia dependería de la capacidad de cada día y de los recursos disponibles. Además, con un incremento modesto del gasto es posible incluir medidas relevantemente y eficaces con protocolos de bajo costo para el tratamiento de algunas enfermedades no transmisibles (BM, 1993a:10). Siendo que los servicios discrecionales de menor eficacia (BM, 1993a:11) son responsabilidad de quien los requiera.

Con la introducción del modelo de “competencia administrada”, “gerenciada” o “gestionada” en los servicios de salud, se propone utilizar el instrumental de los esquemas de prepago por parte del cliente para promover la competencia entre compradores y vendedores de servicios, manejar precios, administrar costos y al mismo tiempo ampliar la cobertura para diferentes clientelas según sus capacidades de pago, alcanzando mayor eficiencia y equidad (Almeida, 2001:35). El modelo centra la atención en las demandas del consumidor por la “libre elección” de entre entidades proveedoras.

...Para Almeida la innovación propuesta por el modelo de competencia administrada es que introduce la idea de mercado trilateral, compuesto por consumidores, planes de salud y sponsors (responsables) en oposición al mercado bilateral (oferta y demanda). Los “responsables” son los “terceros pagadores” definidos como activos agentes colectivos del lado de la demanda, que contratan planes competitivos y continuamente estructuran y ajustan el mercado privado para superar sus tendencias naturales hacia la inequidad y la ineficiencia (Almeida, 2001:36).

El modelo se sustenta en el ofrecimiento de servicios de calidad, entendida como el conjunto de características de los bienes o servicios que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente (OPS citado en Ardón, 2003:3), utilizando adecuadamente los recursos humanos, económicos, administrativos y técnicos para el desarrollo integral y armónico del individuo, la empresa y de la comunidad (Gómez, citado en Ardón, 2003:3).

La calidad implica una dimensión técnica, que dadas las condiciones de nuestros países, requiere de la aplicación eficiente de conocimientos y habilidades a nivel profesional. Se trata de que al atender a un cliente se consiga el mayor beneficio y el menor riesgo posible. La calidad a nivel del servicio implica considerar la oportunidad y continuidad con que se presta la atención. En este componente las relaciones interpersonales son importantes, así como las características físicas del lugar en que se preste el servicio y la facilidad de acceso que se tenga para la prestación del mismo (Ardón, 2003:1-2).

Incluso se ha señalado que existe una relación entre la cantidad de servicios y la calidad de los mismos. Si la cantidad de los servicios que se proporcionan es insuficiente, los beneficios esperados se reducen. “Una excesiva cantidad de servicios puede conducir a un incremento en los riesgos a los que se expone al paciente” (Ruelas, 1993:5). Lo que realmente está en el fondo es que la relación entre cantidad y calidad es una relación de costos.

Los consumidores fijan los estándares al expresar sus preferencias en cuanto a los métodos, las circunstancias y los resultados de la atención. Asimismo, regulan la atención que se brinda al decidir cuáles aceptan o cuales rechazan, en función del grado de alternativas para escoger, valoran la calidad de la atención médica al expresar su satisfacción o insatisfacción ante sus diversos aspectos y consecuencias. Es decir, la satisfacción del usuario está ligada a la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradables (Donabedian, 1993a:4). Los clientes, esperan cortesía, ambiente agradable, tiempos de espera reducidos, privacidad, información médica completa, personal calificado, diagnóstico y tratamiento eficientes (Salinas, 1994:4). De modo que queda en el consumidor el papel final de árbitro de la calidad, pero respecto a la atención en salud el mandato es, no es solo satisfacer al cliente sino su cuidado aún a pesar de sus propios deseos (Donabedian, 1993b:3).

En resumen la reforma sanitaria ha avanzado en la mayoría de los países de América Latina en dirección del mercado y de competencia gestionada, en detrimento del seguro social solidario (Arredondo, 2001:170).

Lo sucedido durante las tres últimas décadas en materia de salud dice Cerda (2005:166) puede caracterizarse como la continuidad y profundización de un modelo neoliberal que orientado por la liberación económica, se enfoca a la privatización y mercantilización de los servicios de salud, a través de dos procesos centrales: la fragmentación del sistema de salud y minimización progresiva de los servicios otorgados a la población abierta y el deterioro de la calidad de los servicios derivado de la reducción progresiva del gasto público.

Que en el caso del pluralismo estructurado de la reforma colombiana plantea Almeida (2001:47) ha generado una segmentación más amplia de la población, insuficientes recursos para subsidiar a la población pobre, un gran número de individuos no afiliados con capacidad de pago que siguen siendo atendidos por el sistema público, incremento de los costos administrativos, evasión y corrupción en el sistema.

Con estrategias como la descentralización y el paquete básico de servicios no solo reduce la participación del Estado como financiador y productor de servicios, sino que se promueve desde el gobierno el desmantelamiento del “monopolio” estatal de salud y la liberación de los mercados (López, 2001:50) para satisfacer las necesidades de atención no incluidas en el paquete básico y para la resolución de los que tienen capacidad de pago.

Almeida (2001:33) explicita dos los ejes centrales sobre los que se han reorientado las perspectivas reformistas del sector:

- 1) La contención de los costos de la atención médica mediante la reestructuración de la mezcla público-privado y la descentralización. “Sin preocuparse por producir salud para las poblaciones” (Marchiori, 2000:20).
- 2) Cambios en el financiamiento, aumentando la participación por parte de los usuarios mediante el pago de los servicios que utilizan ya sean públicos o privados.

Titelman por su parte señala que al menos tres rasgos caracterizan las orientaciones de las reformas de los sistemas de seguridad social, iniciadas primero en el campo de las pensiones y posteriormente en el de la salud: a) la búsqueda de un mayor vínculo entre

contribuciones y beneficios a fin de introducir mayores equilibrios entre ingresos y gastos; b) los cambios en la composición pública-privada que permitan una mayor presencia de agentes privados en el financiamiento y en la provisión de servicios, y c) el énfasis en los mecanismos de mercado como medio para promover la eficiencia en la utilización de los recursos, desempeñando el Estado un papel regulador y de garante de beneficios básicos a grupos que, por su condición socioeconómica, no logran ciertos niveles mínimos de aporte. (Tetelboin, 2000:113)

Con la orientación de los autores señalados, aunadas a los planteamientos de Noronha (citado en Marchiori, 2000:10) y Brito (2000:44) podríamos resumir que las reformas del sector salud se dirigen a:

- 1) Descentralización y reducción del gasto en salud.
- 2) Cambiar las funciones y estructuras de los ministerios de salud enfatizando a la separación de la provisión y el financiamiento.
- 3) Cambiar la modalidad de financiamiento de carácter público por una nueva mezcla público-privado en forma de pago.
- 4) Introducir medidas racionalizadoras en la atención médica como la contratación de terceros y la compra de servicios.
- 5) Introducir cambios en los modelos de atención, tanto en sus aspectos básicos organizativos como en su complejidad.
- 6) Nuevas estrategias para ampliar la cobertura.
- 7) En el ámbito laboral: Introducir nuevas funciones, tareas y áreas de competencia, mayor calidad y productividad y flexibilizar las relaciones laborales mediante nuevas formas de contratación y cambios en los sistemas de incentivos.
- 8) Sustituir de los valores orientadores de los sistemas de salud el universalismo por focalización y la igualdad por competencia.

La mayoría de estas reformas no han sido concebidas ni debatidas entre los principales actores sociales involucrados, sino negociadas de manera directa entre las agencias financieras y el "área económica" de los gobiernos (Almeida, 1999:14) de cada país de América Latina.

La introducción de este tipo de política ha llevado a establecer mecanismos como plantea Cerda (2005:159) de privatización selectiva de los servicios de salud, debido a que la propuesta de dejar los servicios de salud en manos de particulares se enfocan primordialmente a aquellos servicios que, resultan más rentables. Los servicios poco rentables destinados a la población de bajos o nulos recursos, que en la mayoría de los casos forma parte del sector informal siguen siendo considerados como una responsabilidad del Estado, pero con una tendencia a restringir progresiva y marcadamente los recursos que se les asignan y los servicios que incluyen (Cerda, 2005:159).

En salud y seguridad social, el mercado parece haber avanzado significativa y suficientemente, con procesos de reforma centrados en cambios estructurales, financieros y organizacionales de los sistemas de salud y con ajustes en la provisión de servicios y el abandono de lo que concierne a la salud pública (Tetelboin, 2006:16), sin embargo están lejos de haber resuelto algunos de los problemas identificados con el burocratismo, la falta

de libertad de elección y derecho a la “buena atención” y, por el contrario, permanecen con bajas tasas de cobertura, desequilibrios financieros e inadecuada asignación y gestión de los recursos (Titelman, 2000:112) que han contribuido a generar una crisis de la atención institucional pública. Al parecer el gran resultado es el incremento del gasto en los servicios de salud privada (Tetelboin, 2006:2).

En el nuevo sistema los trabajadores de salud sólo son recursos necesarios para mantener el modelo, con menos incentivos, bajos salarios, sin las adecuadas condiciones para realizar su labor, y sin participar en las decisiones sobre el funcionamiento de su lugar de trabajo (Rivero, 2005:21).

La implicación fundamental con los usuarios es que “*el cambio significa tratar de satisfacer al cliente, no curar al enfermo*” (Jarrillo y Arroyave citados en Rivera, 2005:21), el cliente con más recursos económicos será más demandante de atención, los pobres o sin recursos acceden a las intervenciones básicas que el gobierno considere pertinentes y que a veces realmente ni requieren. Se perciben mayores desigualdades sociales para el conjunto de países de América Latina

Para Almeida la receta del neoliberalismo y del modelo privatizador ha alcanzado resultados mediocres en lo que se refiere a la cuestión social y particularmente en salud, conforme se evidencia en el fracaso de los gobiernos para cumplir las metas de salud para todos en el año 2000 de ALMA ATA (Almeida, 1999:17).

2. Estrategia metodológica

Tipo de estudio

Es un estudio de caso, de tipo descriptivo, analítico y de enfoque predominante cualitativo (Hernández, 2003:4-5, 20-21), con el que se busca hacer descripciones, observaciones y comparaciones de la relación entre los procesos de reforma en salud y sus efectos en los servicios de salud. La unidad de análisis se integra tanto por los aspectos de política nacional y estatal, como por el estudio de campo que se realiza en el Centro de Salud Chilapa ubicado en la cabecera municipal de Chilapa, Guerrero, donde se describen, las características del centro de salud, los cambios recientes y las percepciones sobre las mismas por parte de los trabajadores del servicio de varios niveles o jerarquías y los usuarios que acuden a atención médica. Por tratarse de un estudio sobre servicios de salud, se ha seleccionado una enfermedad monitor para dar seguimiento a los hallazgos sobre las características de la atención que reciben éste tipo de pacientes y que permita evitar la dispersión del análisis y hacer comparables los resultados con otros estudios similares². Este padecimiento es la diabetes mellitus tipo II no insulino dependiente. Por lo tanto la

² Al respecto pueden verse los estudios realizados por la Dra. Carolina Tetelboin para el caso de Chile, contenidos en el documento Tetelboin, Carolina, 2003, La Atención Primaria en Chile: Vivencias, Voces y Miradas, en dictamen, LOM Editores, Santiago. El estudio de Ana Gabriela Rivera en DF, sobre la relación entre trabajadores de la salud y usuarios en, tesis de maestría, y el estudio tesis en proceso de Georgina Contreras sobre el Seguro Popular en el Estado de México, ambos asesorados por la Dra. Tetelboin.

Metodología combina distintos planteamientos, entre estos los de Tetelboin³.

Temporalidad del estudio.

El estudio analiza el contenido de las políticas federales establecidas durante el periodo gobierno 2001-2006, y su correlato inmediato a nivel estatal que corresponderían con el periodo 1999-2005, cuyos resultados se observaron empíricamente a partir de diciembre de 2005 y hasta diciembre de 2006. El desarrollo del proyecto contempló las siguientes etapas:

La primera etapa consistió en la definición del proyecto y la elaboración del protocolo.

En la segunda etapa se revisó información para contextualizar y sustentar los cambios ocurridos a causa de la reforma en la política de salud en México y América Latina.

La tercera etapa comprendió la recolección de la información documental y de campo en el Centro de Salud de Chilapa, en las oficinas centrales de los SESA y de la Jurisdicción Sanitaria, se realizó durante el periodo de diciembre del año 2005 a diciembre del año 2006.

El desarrollo de las tres etapas tuvo una duración de dos años, de septiembre de 2005 a septiembre de 2007.

Selección de los componentes de la unidad de análisis.

La unidad de análisis se integra tanto por los aspectos de política nacional y estatal, como por el estudio de campo que se realiza en el Centro de Salud Chilapa ubicado en la cabecera municipal de Chilapa, Guerrero, donde se estudian, las características del centro de salud, los cambios recientes y las percepciones sobre las mismas por parte de los trabajadores del servicio de varios niveles o jerarquías y usuarios que acuden a atención médica.

La política nacional y estatal.

La **política nacional**. Se estudio buscando mostrar los objetivos y las directrices en materia de Reforma que representan la continuidad de las propuestas del BM, haciendo énfasis en las modificaciones en la política en salud, los servicios de atención primaria y el financiamiento para la operación. El rastreo se realizó básicamente a través de la revisión de los planteamientos vertidos en el Plan Nacional de Salud 2001-2006. Los temas seleccionados para el abordaje están estrechamente ligados a los tópicos utilizados como referentes teóricos, estos son: 1) la orientación de la política en salud, 2) el nuevo quehacer de las instituciones de salud y el papel de los ciudadanos, 3) descentralización y financiamiento, 4) prestación de servicios de salud, 5) programa de ampliación de cobertura: Población Abierta, Programa Oportunidades y Seguro Popular (SP), 6) política de relaciones laborales, 7) satisfacción del usuario, y 8) cuerpos normativos para el tratamiento de la diabetes mellitus.

³ Tetelboin, Carolina, Proyecto de investigación 2002 "Seguimiento de las Reformas en Salud. (Chile, Colombia y México) Propuestas, modalidades de desarrollo y resultados.", Área de Investigación Estado y Servicios de Salud, Departamento de Atención a la Salud, UAM-Xochimilco.

La política estatal. Se estudió siguiendo el mismo procedimiento para la política nacional, pero utilizando como documento base el “Programa Estatal de Salud 1999-2005, Pueblo Sano”.

Estudio de campo.

El Centro de Salud. Se eligió el Centro de Salud del municipio de Chilapa, Guerrero, por contar con las siguientes características; es de muy alta marginación, con población rural indígena y urbana pobre, servicio dependiente de la Jurisdicción Sanitaria N° 3 Centro, de los SESA. Criterios que fueron los adoptados por la propia Secretaria para la aplicación del Paquete Básico de Servicios de Salud, en 380 municipios seleccionados del país según el Programa de Reforma del Sector Salud (PE, 1996a:63)

En el estudio en el Centro de Salud de Chilapa se incluyó la percepción de los trabajadores y los usuarios, este se realizó considerando algunos de los tópicos referentes a estructura, proceso y resultados propuestos por Donabedian sobre calidad de la atención.

Trabajadores de la salud.

Funcionarios de gobierno.

Se incluyeron como participantes al responsable del programa estatal de diabetes mellitus e hipertensión en los Servicios Estatales de Salud. Así como del responsable del programa de Diabetes mellitus e hipertensión de la Jurisdicción Sanitaria No. 3 Centro de los SESA. Además del Subdirector operativo y afiliación del Seguro Popular a nivel estatal.

Los funcionarios del centro de salud.

A este rubro correspondieron cuatro trabajadoras: 1) La Coordinadora municipal de salud y Directora del centro de salud, actual, 2) La anterior Coordinadora y Directora. Esto se debió a que en el período de estudio hubo cambio de coordinación y con el propósito de disponer de información amplia sobre del funcionamiento del centro de salud se tomó la decisión de entrevistar a ambas, 3) La administradora del centro de salud y 4) La médica gestor y enlace del Seguro Popular entre el centro de salud y el Hospital General.

Los trabajadores de la salud directamente vinculados con la atención a usuarios por diabetes mellitus.

Se entrevistó a 10 trabajadores directamente relacionados con la atención de usuarios diabéticos. Para determinar a los entrevistados, primero se eligieron al azar 3 núcleos de atención de los seis existentes en el centro de salud, 3 médicos y 3 enfermeras asignados en estos núcleos (un médico y una enfermera por cada núcleo), además de una médica quien había sido encargada del programa de diabetes en el centro de salud, la enfermera encargaba de asignar en consulta a la población abierta en el turno matutino, el químico responsable del laboratorio y la jefa de farmacia.

Los usuarios.

Se seleccionaron aleatoriamente a diez personas de entre 20 y 65 años de edad, con diabetes mellitus tipo II no insulino dependiente, que acuden a atención médica por este padecimiento al Centro de Salud de Chilapa. Para la selección de los casos primero se obtuvieron los listados de usuarios diabéticos que son atendidos en los tres núcleos previamente seleccionados, en total 88 usuarios. De estos se seleccionaron los 10 casos, 8 mujeres y 2 hombres residentes de los barrios y colonias de la ciudad de Chilapa y de localidades cercanas a la misma, a quienes se entrevistó.

Recolección de información documental y de campo.

Documental.

Se recabó información documental básica y de campo de distintas fuentes. La información documental se agrupa en 4 grandes bloques:

Documentos generados por dependencias del gobierno federal: como Ley General de Salud del 2003, la reforma del 2007, Programa Nacional de Salud 2001-2006, Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, Lineamientos de Operación del Programa de Ampliación de Cobertura, Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de diabetes en la atención primaria, Lineamientos Generales del Seguro Popular, Programa Institucional Oportunidades 2002-2006, Manual de Organización del Centro de Salud de Uno a Doce Núcleos Básicos de Servicios de Salud, Condiciones Generales de trabajo 2006-2009, Manual de normas técnicas y administrativas del programa de diabetes mellitus. Así como diversos productos derivados del Censo General de Población y Vivienda 2000 y Censo de Población 2005.

Documentos generados por dependencias del gobierno estatal: Plan Estatal de Desarrollo 1999-2005, Programa Estatal de Salud 1999-2005, Programa Estatal de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, Paquete Básico de Servicios de Salud, Diagnóstico de Salud del estado de Guerrero 2000, Guía técnica para capacitar al paciente, Cuestionario sobre Diabetes e Hipertensión.

Documentos generados por el centro de salud: Hoja de registro de consulta, y la información estadística producida por Sistema de Información en Salud (SIS), Diagnóstico del Centro de Salud de Chilapa, Registro de Referencia Mensuales del Hospital General de Chilapa y Certificados de defunción.

Para documentar los cambios ocurridos en relación con la reforma en salud en México y América Latina, se revisaron diversas publicaciones entre libros, ensayos y artículos en general.

Recolección de información de campo

El trabajo de campo se realizó con base en la “Estrategias metodológicas práctica por objetivo”, que se incluye en el Anexo No.1, en ella se especifican las técnicas, procedimientos, variables e indicadores considerados en el estudio. Las técnicas básicas

Sección observación y entrevistas a semiprofundidad.

Observación. Se realizó de manera directa en el Centro de Salud de Chilapa, para corroborar la información respecto a las condiciones en las que se presta la atención. Como las entrevistas se realizaron en los domicilios de los usuarios fue posible observar las condiciones de sus viviendas. En general los aspectos considerados en el centro de salud fueron:

Infraestructura y auxiliares para la atención. Estado físico, mantenimiento y limpieza de la unidad médica en general, consultorios, salas de espera, de usos múltiples, sanitario, áreas de archivo y farmacia, equipo disponible y condiciones del mismo, almacenaje y dotación del medicamento.

Organización del servicio. Horario de atención, tiempos de espera, tiempos en consulta.

Recursos humanos. Horas de entrada y salida del personal, trato a los usuarios, tareas que realizan, traslape de horarios entre el personal matutino con el vespertino.

Viviendas de los usuarios. Materiales de construcción, distribución de los espacios, uso de los espacios, medio de transporte para acudir al centro de salud, tiempo de traslado, costo del transporte.

Entrevistas. Se realizaron entrevistas a semiprofundidad con el apoyo de guías semiestructuradas, a tres tipos de actores seleccionados: funcionarios, trabajadores y usuarios. Se incluyeron funcionarios del nivel estatal, jurisdiccional y del centro de salud. A los trabajadores de salud directamente vinculados con la atención a usuarios por diabetes y a los propios usuarios con el padecimiento, con el propósito de obtener información, en primer lugar, sobre las condiciones reales en las que se presta el servicio, en segundo lugar, para conocer la percepción que tienen como trabajadores sobre la manera y condiciones en que se da la atención, y en tercer lugar, la opinión de los usuarios sobre la calidad de servicio que reciben.

De igual manera fueron cuatro los grandes temas incluidos en las de entrevista respecto al funcionamiento del centro de salud, así como sobre la percepción de cada actor participante. Cada tema se integró por un conjunto de aspectos que a su vez se desglosaron en indicadores que constituyeron las preguntas en las guías de entrevista. El listado completo de indicadores por tema se encuentra detallado en el anexo No.1. Estos grandes temas fueron los siguientes:

a) Condiciones para la atención médica. En este apartado se incluyeron las características generales de la unidad, estructura, organización y accesibilidad, estrategias de las que los usuarios reciben atención médica, aplicación en consulta de los procedimientos de la NOM técnica para la prevención, tratamiento y control de usuarios diabéticos y cambios en la política de relaciones, laborales, b) financiamiento, c) representación de la enfermedad y d) satisfacción del usuario.

Aunque en términos generales las guías exploran los mismos aspectos en cada uno de los grupos de actores señalados, se hicieron ajustes en función del tipo de trabajador a quien se

entrevistó, y del trabajo específico que realiza cada uno de ellos en el centro de salud, así como de la propia dinámica de cada entrevista.

Procesamiento, análisis e interpretación de la información de campo

La información recabada a través de la observación directa y de las entrevistas a semiprofundidad, se clasificó y codificó con base en los cuatro grandes temas señalados. Las entrevistas luego de ser grabadas fueron transcritas en su totalidad en forma de texto. El procedimiento para interpretar la información se hizo manualmente, mediante el uso de categorías y subcategorías con las que se agruparon desde palabras, frases o secciones completas de textos en dirección del marco teórico utilizado, de las preguntas de investigación, de la hipótesis y objetivos. Con estos agrupamientos se elaboraron descripciones densas que se presentan en los resultados, respecto de como perciben los actores involucrados funcionarios, trabajadores y usuarios diabéticos, la operación y funcionamiento del Centro de Salud de Chilapa.

Con la finalidad de garantizar la confidencialidad de los informantes, se cita la información utilizando un procedimiento de referencias parecido a Autor, Año. En lugar del autor se utilizan dos T mayúsculas cuando se trata de funcionarios, seguido del número consecutivo de la entrevista, el año de la entrevista y en lugar de página se anota él o los renglones de la entrevista donde se encuentra el discurso. Para trabajadores se usa una T y una U para usuarios, con la misma secuencia de datos ya descritos, por ejemplo (U02, 2006:208). Se incluye en el anexos 2 y 3 la transcripción de dos entrevistas, la primera de un trabajador(a) y la segunda de un usuario(a).

Finalmente, el procedimiento de contrastación se realizó en dos partes; a nivel de política y a nivel de percepción. a) A nivel de política. Se compararon y analizaron los lineamientos establecidos en el PNS, el PES mostrando las coincidencias y divergencias reforzadas con los hallazgos de otras investigaciones, en relación con 8 tópicos ya señalados, y, b) Se compararon las percepción de funcionarios, trabajadores y usuarios en relación con estos mismos aspectos.



10. Resultados Generales del Estudio:

10.1. El contexto socio sanitario a nivel nacional, estatal y municipal 1999-2006.

Nacional.

Después de 71 años de gobiernos ejercidos por personajes salidos de las filas del Partido Revolucionario Institucional (PRI), “el 2 de octubre del 2000 es una fecha histórica”, el PRI pierde por primera vez las elecciones al ser electo el candidato del Partido Acción Nacional, Vicente Fox, como Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos al ganar las elecciones para la presidencia de la república y toma posesión el primero de diciembre del mismo año (Rodas, 2003:231-232).

Este cambio se produjo como resultado de aproximadamente 30 años (1980-2007), de un arduo proceso, pero con limitaciones, de transición del autoritarismo a la democracia en el sistema político del país. Mismo que ocurre a nivel de las entidades federativas al de establecer un sistema de partidos y procesos electorales. Autores como Huntington a esto lo han definido como una “democracia mínima” (1993). Una democracia a la que podríamos equiparar con el *gobierno representativo* (Manin, 1998) o la *poliarquía*⁴ (Dahl, 1989:15), que caracteriza a la transición mexicana como un proceso de liberalización, más que de tránsito a la democracia propiamente dicha.

En el plano de la aplicación de las políticas de gobierno, la llegada de Miguel de la Madrid Hurtado hizo posible profundas transformaciones económicas con un nuevo enfoque ideológico que abandonaban el modelo encuadrado en las ideas de la Revolución Mexicana; se renuevan los cuadros con el arribo de los tecnócratas a puestos estratégicos de gobierno y se aplican políticas privatizadoras. Enfáticamente con Carlos Salinas de Gortari y Vicente Fox Quesada se profundiza el retiro del Estado en obligaciones de carácter social, dejándolas en manos de la iniciativa privada y de los ciudadanos.

A su llegada, Fox hereda una nación con múltiples problemas económicos, políticos y sociales (Rodas, 2003:231-232). Un país considerado uno de los más poblados del mundo, cuya población en 2005 es de 103 263 388 millones de habitantes, después de China, India, Estados Unidos de América, Indonesia, Brasil, Pakistán, Rusia, Bangladesh, Nigeria y Japón (INEGI, 2006b), con predominancia de población femenina (51.3%) (INEGI, 2006a).

Constituido por 31 estados y el Distrito Federal cuenta con un total de 2, 454 municipios, siendo Oaxaca la entidad con mayor número de municipios en comparación con las dos Baja California con menos de cinco (INEGI, 2006b). El 99.16 de sus localidades son rurales (INEGI, 2006a), la escolaridad promedio es de dos años de secundaria y 8.4 de población analfabeta (INEGI, 2006b), además seis de cada 100 personas hablan una lengua indígena.

⁴ Para Dahl (1989:15) las poliarquías corresponden a los regímenes políticos realmente existentes que se encuentran más próximos a la democracia.

Al inicio del gobierno de Fox la población pobre de México según Boltvinik se conformaba por 79.167 millones de personas, condición que para el año 2006 no se redujo significativamente, pues según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) 44.7 millones de mexicanos vivían en condiciones de pobreza patrimonial y 14.4 millones en situación de pobreza alimentaria, de estos, cinco millones se ubicaban en zonas urbanas y 9.4 en rurales. Condición derivada de un crecimiento económico per cápita anual de apenas el 1.7 por ciento promedio durante los últimos 14 años (León, 2007).

Sin embargo, México es un país con una amplia variedad de recursos naturales, paisajes y diversidad de especies animales y vegetales, entre los que se encuentra el petróleo. De este importante recurso durante el periodo 2000-2006 se exportaron en promedio 1770 barriles de crudo por día.

Por otro lado, si bien es cierto que la reforma política de 1977 constituye un parteaguas en la política mexicana que hizo posible el proceso de liberalización, los eventos de los últimos tres años del periodo de Fox (el “desafuero” de Andrés Manuel López Obrador; el cuestionado proceso electoral del 2006; la intervención abierta de la presidencia de la República y los grupos económicos en ese proceso; la evidente debilidad de instituciones claves en el proceso, como el IFE y el TRIFE, al someterse a presiones u orientaciones de órganos del Estado y grupos de presión económicos) plantean una posibilidad de una regresión en la política mexicana.

Finalmente, aunque todos estos cambios de ningún modo representan la conquista de la justicia social ni la superación de la pobreza, por la forma de hacer política, representan un significativo avance para entidades como Guerrero, que ancestralmente ha sido uno de los más agobiados por la violencia social y política.

Estatal.

Guerrero es una entidad federativa de grandes contrastes y contradicciones producto de la falta de construcción de una economía propia que, junto a sus condiciones naturales, geográficas y del ejercicio del poder a través de feudos regionales, se han entrelazado históricamente desde su conformación como entidad federativa hasta el presente (Bustamante, 1999:195-196).



Guerrero tiene 64, 282 kilómetros de extensión territorial, que representan el 3.2% de la superficie total del país. Cuatro quintas partes de su territorio surcadas por cordilleras montañosas como la Sierra Madre del Sur que corre paralela al litoral del Pacífico formando una muralla natural de 500 kilómetros de longitud, con elevaciones de más de 3 000 msnm, se formó una estrecha franja de tierra de entre 10 a 25 kilómetros, la costa de Guerrero. La confluencia de la Sierra Madre con las estribaciones del eje volcánico nacional formaron la cuenca del río Balsas, donde se ubican algunos de los valles más productivos de la entidad como la Tierra Caliente, Iguala y Cocula (Estrada, 1994:8).

Estas características geográficas han hecho de la entidad un variado y rico mosaico de altitudes, climas, paisajes y biodiversidad, pero también han sido el pretexto, por lo sinuoso del territorio, para mantener a la mayor parte de la población en aislamiento, sin servicios y en condiciones de marginación y pobreza.

Para la población ubicada en la costa, la presencia frecuente de eventos atmosféricos como ciclones y huracanes o tormentas tropicales representan un factor de riesgo así como la existencia de placas tectónicas de subducción ubicadas casi frente a la costa de Guerrero de gran actividad sísmica, las cuales ocasionan permanentes movimientos de distinta intensidad, desde imperceptibles hasta los que han causado pérdidas y daños considerables.

La configuración del poder local y la violencia han caracterizado a Guerrero desde su nacimiento como entidad federativa. Dado que fue el resultado de la intensa lucha político-militar de los caudillos del sur, Guerrero, Juan Álvarez, Nicolás Bravo y Diego Álvarez (Bartra, 2000:23), que dejaron por herencia generaciones de caciques y grupos políticos con una cierta autonomía y capacidad para tomar decisiones con respecto al centro, y que, como dice Estrada (1994:11) dieron origen a una cierta tensión entre el poder local y el central, que existe hasta la fecha.

En la entidad el ejercicio del poder estructural formalmente reconocido (Gomezjara, 1997:8) se ha caracterizado por ser violento, impositivo, autoritario y represivo sobre la población guerrerense, población que a su vez ha dado innumerables muestras de respuestas violentas. A Guerrero se le conoce como escenario bélico, máxime con la aparición de grupos armados en los años 60 y 70 dirigidos por Lucio Cabañas y Genaro Vázquez (Mijangos, 1997:67) y más recientemente el ERPI y el EPR.

Pareciera que la denominación de *Guerrero bronco* como le dice Bartra expresa nuestra condena a vivir en la violencia (2000:15) y bajo el yugo de los caciques como los de la familia Figueroa quienes expresaban "Guerrero para los guerrerenses" (Bartra, 2000:23) que han gobernado el estado con un poder ilimitado. Rubén Figueroa Figueroa ex-gobernador del estado, quien impidió que el proyecto del tren con ruta México- Acapulco se hiciera realidad, dado que sus intereses se verían afectados por ser el accionista mayoritario del monopolio del transporte de carga y pasajeros. O bien, el de Rubén Figueroa Alcocer hijo de Rubén Figueroa Figueroa y también ex-gobernador a quien se responsabiliza de la masacre de Aguas Blancas. Así como de otros grupos como los Nogueza (Mijangos, 1997:63) y los Aguirre (Balderas, 1997:88) que han permanecido en el poder a lo largo de los 75 años del priismo estatal. Durante todo el siglo pasado solo ocho gobernadores concluyeron su mandato y ocho veces también desaparecieron los poderes en

La entidad, además de las constantes reformas que ha sufrido la Constitución Política del Estado. Estas situaciones han llevado a que “la democracia, el respeto a los derechos humanos y la sujeción a todo acto de autoridad siguen siendo en la entidad una aspiración” (González, 2002:305-306).

Para autores como Foley (2002:239) la violencia, incluso de tipo personal, está arraigada en la pobreza, en la anarquía y en la lucha por la tierra y por el poder, el trasfondo de estas expresiones son la frustración por la injusticia en la que se ha vivido durante tantos años, como lo muestran los recientes acontecimientos en la ciudad de Oaxaca.

Desde el punto de vista económico y social Guerrero forma parte de la región más atrasada y pobre del país ocupando el tercer lugar en marginación después de Oaxaca y Chiapas. Su aportación al PIB en promedio para el 2003 fue de 1.73% y 1.7% en 2004 (INEGI, 2006b). Administrativamente está dividido en siete regiones: Costa Chica, Costa Grande, Acapulco, Centro, Montana, Norte y Tierra Caliente. Ha desarrollado un sistema de ciudades con procesos acelerados de urbanización que han concentrado a la población en Acapulco, Chilpancingo, Iguala, Zihuatanejo, Taxco, Tlapa y Ciudad Altamirano, las cuales se caracterizan por estar poco vinculadas entre sí por la falta de vías de comunicación, más bien mantienen relación con ciudades de otros estados.

En la entidad existen 7,190 localidades, de acuerdo al Censo General de Población y Vivienda, de estas, solo 54 pueden denominarse como grandes poblaciones; la urbe principal en cuanto a tamaño es Acapulco con una población total de 616,394 habitantes. El 93% de las localidades de Guerrero son consideradas como rurales, es decir, de menos de 2 500 habitantes (INEGI, 2006a), generalmente ubicadas en áreas de difícil acceso por lo accidentado de la geografía, dispersas, distantes y sin servicios.

La población guerrerense según la misma fuente (INEGI, 2006a) ascendió a 3,115,202 habitantes, 51.9% mujeres y 48.1% varones, con una tasa de crecimiento de 1.1%, supuestamente menor que la media nacional (Torreblanca, 2005). El grupo de edad predominante es la de los jóvenes. Esta población se encuentra distribuida en 82 municipios formalmente reconocidos, 27 de ellos clasificados en la categoría de muy alta marginación y pobreza extrema (Pimienta, 2002:458), la mayoría pertenecientes a la región de la Montaña.

El promedio de escolaridad de los guerrerenses en el año 2005 fue de 6.8 años (INEGI, 2006b), apenas primaria concluida. Con diferencias abismales entre regiones y municipios, por ejemplo, mientras que el municipio de Acapulco tuvo una escolaridad promedio de 8.57 años (INEGI, 2006a), el promedio en Metlatónoc fue de 2.46 (INEGI, 2006a), municipio que además ocupa el lugar de más alta marginación en el país (Pimienta, 2002:458). Todavía el 19.9% de la población guerrerense es analfabeta, siendo mayoritariamente femenina.

En el año 2000, en la entidad el 14% de sus habitantes de más de 5 años son hablantes de una lengua indígena; ocupamos el segundo lugar en el país después de Chiapas. La población indígena más numerosa son los nahuas con casi el 40%, seguido de los mixtecos con 28%, 22% de tlapanecos y 9% de amuzgos (González, 2002:303-304). Las poblaciones

Indígenas han vivido históricamente abandonadas, despojadas y empobrecidas, ubicadas predominantemente en las regiones consideradas de menor desarrollo como son el Centro, la Montaña, la Costa Chica.

La estructura económica de Guerrero es poco diversificada. El 26.7% de la población se dedica a las labores del campo, y solo el 22.43% del territorio estatal es apto para uso agrícola (INEGI, 2004a). La mayor parte de la agricultura es tradicional, poco tecnificada, de temporal y de autoconsumo, que no permite la generación de excedentes, con grandes problemáticas como conflictos agrarios por la tenencia de la tierra, minifundios y escasez de apoyos financieros y técnicos que incentiven la producción (Juárez, 1999:19).

La actividad industrial es limitada y poco competitiva, y a ella se encuentra incorporada el 20.3% de la población (INEGI, 2001:103). Solo existen dos parques industriales importantes uno en la Ciudad de Iguala y otro en Acapulco. La actividad artesanal solo es fuente de empleo para una parte de la población indígena y rural.

El sector servicios es el que emplea a la mayor proporción de población 50.6%. Las actividades más importantes son el comercio, los servicios educativos, de salud y de gobierno (INEGI, 2001:103). El turismo sigue siendo una de las actividades más importantes generadora de divisas en el país y la primera en Guerrero, así como de empleos directos e indirectos derivadas del desarrollo turístico principalmente de Acapulco.

Según Pimienta (2002: 459), ocupamos el octavo lugar como entidades expulsoras de población. Al interior del país los estados receptores más importantes son el Distrito Federal, el Estado de México y Oaxaca y hacia el exterior los Estados Unidos. Fenómeno que seguirá dándose porque la población migrante presenta una ligera mejoría en cuanto a sus condiciones de vida respecto a las que mantenía en su lugar de procedencia.

Municipal.

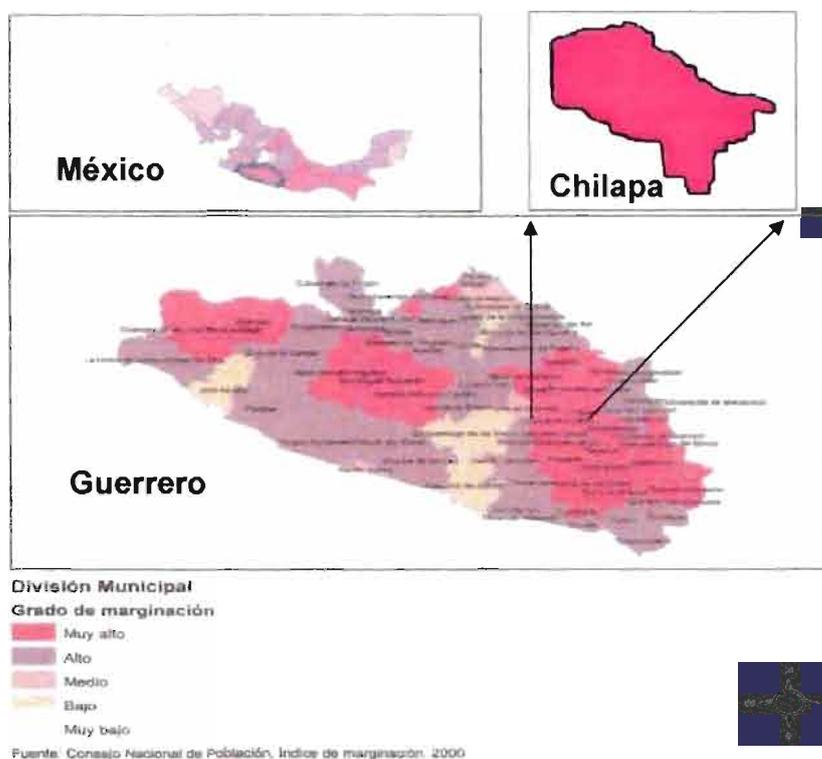
Chilapa es un municipio ubicado dentro de la región centro del estado. Sus primeras referencias se remontan a la época prehispánica, habiendo sido un territorio que estuvo ocupado por los Coahuixcas, pueblo que fue sometido también al dominio del imperio azteca hasta antes de la llegada de los españoles. Durante la etapa colonial fue encomienda y también explotó la minería, pagó tributo al rey con polvo de oro, mantas y cacao, diezmo y cabalías a otros recaudadores. Fue creado como municipio libre y soberano desde la erección del estado en 1849 (Tejeda, 1999:15-19). Hasta el año 2003 era uno de los municipios más extensos y habitados del estado, su población actual es 105,146 (INEGI, 2006a) y su extensión territorial disminuyó porque se conformó el municipio de José Joaquín de Herrera.

Su cabecera municipal es la ciudad del mismo nombre, Chilapa, que durante los primeros 30 años del siglo pasado fue la ciudad más importante del estado y con mayor número de habitantes (Tejeda, 1999:43). Se encuentra situada en uno de los valles centrales del estado a 57 kilómetros de la ciudad de Chilpancingo. Es también considerada como la entrada a la Región de la Montaña. Chilapa sigue siendo una población rica en tradiciones, gastronomía

producción artesanal. Es la única población del municipio con 27,510 habitantes (INEGI, 2006a) y fuerte centro comercial, con un importante tianguis dominical al que concurre predominantemente la población indígena y mestiza del municipio, además de otras poblaciones de municipios cercanos y de todo el estado (Cienfuegos, 1991).

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda del 2005, la población municipal ascendió a 105,146 habitantes, el 52.3% son mujeres y el 47.7% hombres, dispersos en 188 localidades. La población municipal representa el 33.8% de la población estatal (INEGI, 2006a).

Con base en la clasificación de CONAPO (2005), es un municipio considerado de alta marginación. Según los últimos datos del censo 2005, la población indígena del municipio representa al 28.6%, de los cuales el 4.9% habla exclusivamente su lengua materna el nahuatl (INEGI, 2006a).



A nivel municipal, la población que no sabe leer y escribir es el 28.8%, sin embargo no se pueden considerar analfabeta puesto que incluye a niños desde 6 años (INEGI, 2006a).

Las actividades económicas desarrolladas predominantemente por la población son las correspondientes al sector primario con 44.9%, la más importante de éstas es la agricultura. La superficie de siembra municipal es de 23.32% y los cultivos predominantes son maíz, frijol, garbanzo y calabaza. El sector que absorbe en segundo lugar la mano de obra es el terciario, ocupa el 27.8 de la población en actividades como el comercio, servicios educativos, salud y de gobierno, hoteles, restaurantes y otros servicios. En último lugar aparece el sector secundario, al cual está incorporado el 25.1% de la población, que realiza actividades en la industria manufacturera seguida de la construcción (INEGI, 2001:103-

105).

Con respecto a salud, un indicador significativo respecto a la atención es la derechohabiencia. En el municipio el 88.4% de la población no cuenta con servicios de seguridad social. Esta población, para cubrir sus necesidades en salud acude a las 25 unidades médicas y un laboratorio de análisis clínicos, de la Coordinación de Salud Municipal dependiente asimismo de los Servicios Estatales de Salud.

Estas unidades médicas están conformadas por 177 trabajadores con categorías de médicos, paramédicos, auxiliares de diagnóstico y tratamiento y administrativos. La mayor proporción corresponde al personal paramédico con 47% seguido de médicos con el 31%. Sin embargo dada la cantidad de población sin derechohabiencia las unidades y el personal disponible no son suficientes para cubrir la demanda. La falta de acceso a los servicios es el principal problema en salud.

10.2. Las políticas nacionales y estatales de atención a la salud durante el período 1999-2006.

En los dos apartados siguientes se entregan los resultados que muestran los objetivos y las directrices de la política federal y estatal en materia de Reforma. Estas representan la continuidad de la respuesta y postura del gobierno a las propuestas del BM y las modificaciones respecto al modo más o menos tradicional de hacer la política en salud y de ofrecer los servicios, con especial atención en los criterios de financiamiento y de atención primaria, cuyos cambios han derivado en cuerpos normativos para la operación de los servicios de primer nivel, como es el caso de los Centros de Salud a los cuales se circunscribe el Centro de Salud Urbano de Chilapa, Guerrero.

El rastreo se realizó a través de la revisión de los planteamientos vertidos en documentos clave como es el Programa Nacional de Salud 2001-2006, la reforma a Ley General de Salud, los Lineamientos de Operación del Programa de Ampliación de Cobertura, El Seguro Popular, el Programa Institucional Oportunidades 2002-2006, la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de diabetes en la atención primaria, y del documento "Educación sobre la diabetes, Disminuyamos el costo de la ignorancia" para explicitar la política federal. Respecto a la política estatal de salud se utilizó el "Programa Estatal de Salud 1999-2005, Pueblo Sano", Paquete Básico de Servicios de Salud en el estado de Guerrero y el Programa Estatal de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.

La exposición de los aspectos normativos adoptados a nivel municipal se extrajeron de la Ley General de Salud del 2003, y la reforma del 2007, del Manual de Organización del Centro de Salud de Uno a Doce Núcleos Básicos de Servicios de Salud, de las Condiciones Generales de trabajo 2006-2009, Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria, Manual de Normas técnicas y administrativas del programa de diabetes mellitus, "Diagnóstico del Centro de Salud de Chilapa", el registro de Referencias Mensuales del Hospital General, certificados de defunción y el registro del Departamento de Estadística del Hospital General

Chilapa. Todo esto se realizó con la finalidad de tener la visión amplia de cómo se articula la política entre los diferentes niveles de gobierno.

La Política Nacional de Salud.

En México el Gobierno Federal define la política de salud para cada período sexenal, misma que es retomada por los estados de la Federación. De ahí que para cumplir los objetivos de la investigación se partió del análisis de la situación federal, seleccionando como principales propuestas u orientaciones aquellas que coinciden con las grandes transformaciones de que están siendo objeto los sistemas de salud en América Latina, tales como la nueva orientación de la política de salud, nuevas funciones de las secretarías de salud, cambios en la estructura de los servicios de primer nivel, nuevas formas de organización, los cambios en la política de relaciones laborales, descentralización y financiamiento, programas de ampliación de cobertura, tal como ya lo referimos en la revisión del estado del arte y en el marco conceptual en el capítulo anterior, sobre los cuales se hace la exposición.

El Programa Nacional de Salud (PNS) es un instrumento que explicita la propuesta del sistema de salud elaborada en la Secretaría de Salud durante el gobierno del presidente Vicente Fox 2000 a 2006 dirigida por Julio Frenk. Desde nuestra perspectiva, éste es parte del proyecto de desarrollo del sistema de salud denominado por Frenk “la tercera generación de reformas (SS, 2001:58).

El PNS plantea que se orienta a resolver tres grandes problemas: la equidad, la calidad y la protección financiera (SS, 2001:18), y a sustituir el viejo modelo vertical y segmentado por un nuevo modelo universal, equitativo, participativo, plural (SS, 2001:59), solidario, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado y vinculado al desarrollo (SS, 2001:75). Según el mismo, para el año 2010 México contaría con un Sistema Único de Salud y para el 2025 todos los mexicanos tendrían acceso a un seguro de salud que garantizaría el acceso a servicios bajo un modelo integrado de atención a la salud. A este proceso Frenk le llama la tercera generación de reformas, pues según su concepción (SS, 2001:58) la primera de ellas se remonta a la creación de los sistemas de salud y seguridad social del país desde 1943, la segunda corresponde a los cambios ocurridos entre finales de los setentas y hasta los noventas (SS, 2001:59). Para otros autores (Tetelboin, 2000, Laurel, 1994, López, 2001, Cerda, 2005, Torres, 2006), en cambio, no es posible vincular los antecedentes de la salud pública con los procesos actuales. En la medida que los cambios ocurridos a partir de la década de los 80 son Reformas neoliberales no comparables con el sentido de los procesos previos, sino contrarios a los mismos.

Para el logro de los fines del documento, el PNS 2001-2006 estableció cinco objetivos, 10 estrategias; cinco de ellas sustantivas y cinco instrumentales y 66 líneas de acción que se incluyen en el Anexo No. 4 de este trabajo. El PNS es concebido como una guía sectorial y como instrumento de concertación entre las acciones públicas y privadas del sector y de coordinación de las tareas y responsabilidades gubernamentales (SS, 2001:20).

La orientación general de la política de salud en el PNS.

Tal vez una primera novedad del PNS, es la concepción que hace sobre la determinación de los procesos de salud-enfermedad-atención, según el cual se relativiza el papel del sistema de salud y se involucra a otros sectores. El PNS parte de la premisa de que “la salud de una persona es un proceso complejo y en evolución continua” que depende de múltiples factores biológicos, sociales, económicos y ambientales. Mantenerla debe ser una responsabilidad compartida que requiere esfuerzos permanentes de participación del individuo y de la sociedad, y “exige de ambos de inversiones cuantiosas de recursos” y “de la renovación del sistema de salud para encarar los retos” (SS, 2001:10).

Para mejorar las condiciones de salud se requiere que las políticas en este rubro se complementen con actividades multisectoriales como serían “un conjunto de acciones dirigidas a generar y fortalecer actitudes y aptitudes relacionadas con el autocuidado de la salud”, a través de grupos organizados en actividades de promoción, programas prioritarios de prevención y promoción, programas de comunidades saludables, con acciones municipales, en centros de trabajos, escuelas, mercados, centros de reunión y cualquier otro espacio de trabajo colectivo, acompañados de un modelo de seguimiento y evaluación para programas municipales de promoción de la salud (SS, 2001:83-84).

En esta tarea una acción estratégica es la educación, la cual es considerada como “el recurso más poderoso para alcanzar mejores niveles de salud” (SS, 2001:84). Es desde las escuelas que se deben promover estilos de vida saludables y evitar conductas de riesgo.

El nuevo quehacer de las instituciones de salud y el papel de los ciudadanos.

El PNS establece que la Ley General de Salud confiere a la Secretaría de Salud (SS) las funciones de rectoría en el sector en todos los ámbitos y niveles de actuación. Según el PNS, la función rectora ha cambiado, “**hoy implica la separación de funciones y el abandono, por parte del Estado, de la prestación directa de los servicios**” (2001:128). Las nuevas funciones de la SSA son “la definición y la conducción de las políticas de salud, la planeación estratégica, la regulación de bienes, servicios e insumos, la generación y análisis de la información y la evaluación del desempeño” (SS, 2001:128).

Se declara que la administración de Frenk se propuso fortalecer la capacidad rectora de la Secretaría de Salud en cuanto al diseño e instrumentación de las políticas nacionales de salud, la coordinación de las actividades reguladoras, la representación internacional, la generación de información sectorial y la evaluación del desempeño. Todo ello apoyado en el fortalecimiento del Consejo de Salubridad General y diversos consejos nacionales, comités y grupos de trabajo auxiliares, nacionales, estatales y locales (SS, 2001:129-130). Su papel se centra en la regulación y la fiscalización de las actividades de salud.

Dos aspectos son relevantes para el cumplimiento de la función rectora: 1) la capacidad de evaluación del sistema de salud. La evaluación tiene por finalidad medir la magnitud de los cambios que ocurren en el sistema con el propósito de hacer los ajustes necesarios en las políticas, en la gestión de los programas y en la distribución de los recursos, 2) la

generación de información sectorial. Es evidente la preocupación en este último aspecto que se optó por un Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) que homogeniza y armoniza todos los sistemas de información del sector a partir de la conciliación de sistemas y subsistemas diversos. Además se incorpora la creación del Sistema Único de Información y Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), que recoge información periódica sobre enfermedades transmisibles y ciertos padecimientos no transmisibles (SS, 2001:134-35).

Otro aspecto explicitado en relación con la función de rectoría es la vigilancia en el cumplimiento de la normatividad para el tratamiento y control de las enfermedades. Se dice que en las unidades de primero y segundo niveles hay una falta de apego a la normatividad, pues en casi el 90% de las unidades de estos dos niveles apenas alcanzan 74 puntos de una calificación de 100 (SS, 2001:52). Por ello se propone adoptar guías clínicas basadas en las evidencias científicas, el diseño y aplicación de criterios técnicos para el uso racional de cualquier tipo de recursos (SS, 2001:113), y la promoción, amplio conocimiento y apego a las normas técnicas. El esquema del anexo No.5 resume las funciones de rectoría de la Secretaría de Salud.

Por otro lado, según el PNS (SS, 2001:74) ahora el sistema de salud promueve la idea de que es parte de su deber garantizar justicia, es decir, un trato semejante ante necesidades semejantes y buscar una mejor distribución de recursos y oportunidades. Autonomía entendida como la libertad para elegir de manera informada lo que a uno más le conviene. Y corresponsabilidad social, anteriormente no explicitada, en varios sentidos: la obligación moral de los sanos para cuidar a los enfermos. De los que cuentan con mayores recursos para solidarizarse con los que tienen menos. Y sobre el derecho a la salud aunque se reconoce la protección de la salud como un derecho de todos, bajo el principio de ciudadanía, se dice que la protección de la salud “exige la definición precisa de los beneficios que este derecho implica, y del diseño y puesta en operación de mecanismos para hacerlo valer” (SS, 2001:74). Plantea que:

...El término ciudadano se asocia al ejercicio de derechos y obligaciones que se definen en el marco de una constitución. Estos derechos y obligaciones no son exclusivamente civiles y políticos. Las concepciones modernas de ciudadanía consideran, que la libertad, la igualdad ante la ley y el ejercicio de los derechos políticos son nociones ambiguas a menos de que todos los habitantes hayan alcanzado un nivel digno de vida. Puede incluso afirmarse que el desarrollo de la ciudadanía culmina con la implantación de los derechos sociales, los cuales se hacen realidad a través de las actividades de instituciones tales como el sistema educativo y los servicios de salud (SS, 2001:73).

La descentralización y financiamiento.

La descentralización y la desconcentración de las instituciones de salud y seguridad social buscan consolidar y extender la distribución de facultades y recursos en el nivel estatal.

Establecer acciones de cooperación interestatal en el ámbito regional en los servicios de la especialidad y de salud pública por la necesidad de enfrentar riesgos que rebasan las fronteras estatales y aprovechar economías de escalas requiere que estos operen bajo esquemas de colaboración horizontal (SS, 2001:121).

Una de estas facultades es la planeación, a partir de la descentralización corresponde a los gobiernos de las entidades federativas formular y desarrollar programas de salud desde el nivel estatal hasta el local, en el marco del sistema estatal de salud, de acuerdo con el artículo 13 de la Ley general de Salud (SS, 2001:127).

La descentralización y desconcentración, se dice, están guiadas por el principio de subsidiariedad, que indica que todo aquello que puede asumir un órgano de gobierno no debe ser asumido por autoridades superiores, supone brindar los servicios a los ciudadanos bajo una perspectiva local (SS, 2001:127).

También el PNS señala que se pretende fortalecer el federalismo cooperativo bajo los principios de solidaridad y corresponsabilidad. Se entiende por federalismo cooperativo a la articulación entre los diferentes niveles de gobierno, incluido el municipal, con el propósito de establecer una distribución equilibrada de las facultades para dar respuesta a las necesidades en salud, a través de establecer arreglos de cooperación entre las entidades y la federación. A nivel municipal, se propone la prestación de servicios desde el nivel municipal dependiendo de su capacidad económica y organizativa (SS, 2001:121).

Se reasigna a los municipios un papel protagónico en la definición operación y evaluación de políticas sociales (SS, 2001:127). Se dice que la descentralización hasta el nivel municipal será la norma. Para cumplir con algunas responsabilidades se promueve la agrupación de municipios, la gestión mancomunada de los servicios e incluso la operación bajo el marco de la Jurisdicción Sanitaria (SS, 2001:125) cuando se trata de competencias posibles de asumirse a nivel municipal o cuando se trate de acciones con implicaciones legales e institucionales en materia de recursos humanos, materiales y financieros de responsabilidad al nivel municipal (SS, 2001:128).

El plan propone nuevas fórmulas para asignar los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) para la población no asegurada entre los estados, y nuevos criterios para la asignación del presupuesto, pues actualmente los recursos federales asignados a los estados se transfieren a través del FASSA en el Ramo 33 del Presupuesto de Egresos de la Federación, La SSA distribuye según los lineamientos establecidos en la Ley de Coordinación Fiscal, a partir del presupuesto asignado en el ejercicio fiscal anterior y el número de plazas existente, mas los ajustes o incrementos que se autoricen cada año a nivel federal (SS, 2001:125). Este fondo pretende reducir

...Las desigualdades en el gasto al otorgar recursos adicionales a aquellos estados que presentan “rezagos” o “déficits” presupuestales con respecto a un gasto mínimo aceptable. Este gasto mínimo depende del volumen de la población no asegurada en cada estado y de un gasto mínimo per cápita ajustado por dos variables que sirven para aquilatar las necesidades de salud locales: la razón de mortalidad estandarizada y el índice

estandarizado de marginación.

Este mecanismo se usa solamente para distribuir los recursos excedentes luego del pago de impuestos y salarios, gastos de inversión y de operación (SS, 2001:125) por lo que en la práctica no disminuye las desigualdades.

México destina actualmente 5.6% de su riqueza a la salud, monto que está por debajo del promedio en América Latina del 6.1% (SS, 2001:20). Riqueza que además se distribuye equitativamente entre los estados de la República. Mientras que en el año 2000 entidades como el Distrito Federal, aportaron el 20.58 % de su presupuesto a salud existen casos como Guerrero o Chiapas quienes aportaron para el mismo año de referencia 1.57 y 1.51 respectivamente (SINAIS, 2006).

Según el PNS los problemas financieros relacionados con la atención de la salud se deben al aumento de los costos de la atención. Reconoce que el 52% de los gastos totales en salud se cubren directamente con recursos del bolsillo de las familias en el momento de utilizar los servicios. (SS, 2001:19). Para la población sin aseguramiento, la cual representa al 40% total de la población del país, compuesta por pobres del campo y la ciudad, el financiamiento proviene del presupuesto federal y una proporción menor de las contribuciones directas que realizan los usuarios a través de las cuotas de recuperación (SS, 2001:62).

El PNS plantea que, en materia de financiamiento busca crear desde el ámbito federal un sistema de salud moderno que garantice esquemas de financiamiento justos que proteja a toda la población contra gastos excesivos y potencialmente catastróficos por motivos de salud (SS, 2001:19). A través de contribuciones proporcionales a la capacidad de pago, con beneficios de acuerdo con las necesidades de la población (SS, 2001:75).

Para estos esquemas de financiamiento se debe invertir anticipadamente en servicios de salud mediante el prepago (SS, 2001:115), alinear las políticas fiscales o de recaudación fiscal con las políticas de salud, premiar la inversión en prevención y salud pública y eliminar los incentivos al consumo de bienes nocivos. Se promueve que el prepago fomente la utilización más racional de los recursos que operan bajo el sistema de control de costos que favorecen la atención preventiva en lugar de la curativa y la atención ambulatoria en vez de la hospitalaria (SS, 2001:85-86).

Las modalidades de prepago para la mayor parte de la población serían:

1. La consolidación de la protección básica de todos los mexicanos y la creación de un seguro popular universal, equitativo y que garantice calidad en los servicios cubiertos.
2. La ampliación de la afiliación al seguro social.
3. El reordenamiento y la regulación de los seguros privados como medida complementaria de las dos anteriores.

Estas tres modalidades garantizarán a todos los mexicanos en los próximos años protección financiera en materia de salud y el concepto de población abierta desaparecerá al adquirir

...las personas la categoría de derechohabientes (SS, 2001:116).

La primera modalidad a la que se refieren es el Seguro Popular de Salud (SPS) el cual se define como un instrumento de transferencia de subsidios que tiene por objetivo brindar protección financiera a las familias que no cuenta con seguridad social formal y con alto riesgo de empobrecimiento por gastos en salud. Dicho seguro fortalece el modelo del prepago de un paquete de servicios médicos que mejora los servicios proporcionados por el sector salud estatal (CESOP, 2005:4).

La promoción de prepago privada es complementaria al aseguramiento social y se dirige a los segmentos de ingresos medios y altos de la población. Se maneja la idea de que el prepago es benéfico sobre todo para enfermedades costosas o prolongadas que dejan a las personas imposibilitadas para seguir percibiendo ingresos (SS, 2001:119).

La prestación de servicios de salud.

El resultado del diagnóstico del plan es que los sistemas tradicionales de salud se caracterizan, por su rigidez organizativa y por la desatención de las necesidades de salud generadas por problemas culturales y organizacionales cerrados basados en el dispendio y la duplicación en coexistencia con la carencia (SS, 2001:140).

Se considera que un altísimo porcentaje de las necesidades de salud pueden resolverse en el primer nivel de atención, ello no ocurre porque en estas unidades es común observar de manera crónica escasez de medicamentos e insumos básicos, sobre todo en las que se atienden a población no derechohabiente, además según el PNS, esta es la causa principal de la no utilización de los servicios (SS, 2001:66), la falta de capacitación del personal de salud, equipo insuficiente y obsoleto, uso deficiente del expediente clínico, falta de apego a la normatividad para el manejo y control de las enfermedades (SS, 2001:19), horarios mal planeados, largos tiempos de espera y trato inadecuado (SS, 2001:138). Como ejemplo señala que el 70% de los participantes en la Encuesta Nacional de Salud 2000 declararon utilizar servicios públicos en salud, de los cuales el porcentaje más bajo de uso corresponde a las unidades de la Secretaría de Salud (SS, 2001:55).

Tradicionalmente el sistema de salud ha desempeñado cuatro funciones básicas: prestación de servicios, financiamiento de dichos servicios, rectoría del sistema y generación de recursos para la salud (SS, 2001:59). Sin embargo, la atención a la salud en prácticamente todo el mundo ha pasado del acto clínico curativo, hospitalario, y especializado, al preventivo en el medio familiar y comunitario, responsabilidad que se asigna a los usuarios.

Acorde con esta nueva situación la administración de Frenk propuso la adopción de un nuevo "Modelo Integrado de Atención a la Salud" (MIDAS). Se trata de un modelo comunitario, orientado al usuario que articula el cuidado profesional con el autocuidado (SS, 2001:137). Se dice que en este sistema habrá prestadores de servicios de salud de primer nivel de atención, en donde el usuario tendrá el derecho de elegir al prestador de su preferencia, con trato digno, respeto a los derechos humanos, a la información y a la satisfacción de los usuarios (SS, 2001:76).

Para garantizar mejores condiciones en la prestación de servicios se diseñan criterios de inversión en bienes muebles e inmuebles y plan de gasto de inversión en infraestructura y equipamiento. Propuestas de compra, renovación de equipo e incorporación de nueva tecnología considerando su costo efectividad, utilidad en la resolución de problemas prioritarios, disponibilidad o subutilización en cualquier lugar del país (SS, 2001:141).

Como los medicamentos son un componente esencial de la atención, es necesario garantizar el abasto eficiente y oportuno en primer nivel a través de (SS, 2001:131):

...para el primer nivel, la elaboración de una lista de medicamentos e insumos esenciales bajo los siguientes criterios: de alta efectividad demostrada y bajo costo; indicados para los padecimientos agudos o de alta incidencia entre la población pobre; y para los padecimientos crónicos de mas alta prevalencia en el país, con posibilidad de comercializarse preferentemente como genéricos intercambiables (SS, 2001:131-132).

Diseño y operación de sistemas eficientes de abasto y suministro de recetas en las unidades médicas de primer nivel.

Capacitación al personal de farmacias sobre las ventajas del uso racional de medicamentos.

Respecto a la infraestructura señala exclusivamente el diseño de criterios y planes para la planeación del gasto (SS, 2001:152).

En materia de organización de los servicios el documento establece que los tiempos de espera son la problemática más aguda, causa frecuente de quejas y motivo de no utilización de los servicios públicos. En segundo nivel los tiempos de espera para obtener una cita de primer contacto en promedio es de 4.5 días, y de 9.5 días para ver a un especialista y casi cuatro días para ingresar a un hospital. En el caso de los pobres, el promedio en todos los casos se incrementa en un día, algunas esperas alcanzan los 90 días (SS, 2001:56). Por lo tanto como parte del fortalecimiento de la capacidad resolutive en las unidades se deben adaptar las estructuras organizativas y horarios a las necesidades de la población (SS, 2001:109).

Actualmente los programas de ampliación de cobertura tienen como propósito abatir rezago y el compromiso es garantizar el acceso a los servicios de protección básica de la población de alta marginación, tanto rural como urbana, mediante la focalización con programas dirigidos a las comunidades y grupos poblacionales vulnerables (SS, 2001:89). Se trata de estrategias como el Programa de Ampliación de Cobertura a Población Abierta, Oportunidades, el Seguro Popular y el IMSS-Solidaridad, que se han concentrado en la provisión de intervenciones llamadas “paquete básico de servicios de salud” (PBSS), esencialmente preventivos y curativos para las llamadas enfermedades del rezago. Bajo el término rezago se ubican los daños a la salud evitables, generalmente relacionados con la nutrición insuficiente, las infecciones comunes y la reproducción, causados por la pobreza (SS, 2001:89, 117).

Las intervenciones del paquete básico no incluyen servicios para padecimientos complejos

que requieran atención hospitalaria (SS, 2001:116). El paquete básico de servicios de salud a nivel nacional se compone de las siguientes intervenciones y acciones:

Cuadro No. 1 Paquete Esencial (básico) de Servicios de Salud a nivel nacional

SERVICIO	ACCIONES
MEJORAMIENTO BÁSICO A NIVEL FAMILIAR: Comprende una serie de modelos eficaces para impulsar la higiene en el ambiente en el que viven las familias y las comunidades así como en el agua y los alimentos que consumen, además del mejoramiento de la vivienda.	Educación para la salud. Disposición adecuada de excretas. Desinfección domiciliaria del agua. Eliminación sanitaria de la basura.
PLANIFICACIÓN FAMILIAR: Es un servicio estratégico para la salud materno-infantil y el bienestar familiar, ya que favorece en los individuos y las parejas la posibilidad de una vida sexual y reproductiva satisfactoria y sin riesgos, con libertad para decidir de manera responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos que tendrán, con pleno respeto a su dignidad.	Educación para la salud. Orientación y provisión de métodos anticonceptivos Identificación de la población en riesgo. Referencia para la aplicación del DIU, oclusión tubaria bilateral, vasectomía y manejo de infertilidad.
ATENCIÓN PRENATAL DEL PARTO Y DEL RECIÉN NACIDO: Se orienta a reducir y atender los riesgos durante el embarazo, parto y puerperio, con el objeto de reducir la mortalidad materna e infantil en el periodo perinatal. Existe total importancia por el grupo estratégico de población al que está dirigida.	Educación para la salud. Identificación de embarazadas. Consulta prenatal de primera vez. Consulta prenatal subsecuente. Aplicación del toxoide tetánico y diftérico. Administración de hierro y ácido fólico. Identificación y referencia de mujeres con embarazo de alto riesgo. Consejería de salud reproductiva y planificación familiar, individual o a la pareja. Atención del parto y cuidados inmediatos del recién nacido. Detección y referencia del recién nacido con problemas. Aplicación de las vacunas SABIN y BCG al recién nacido. Atención del puerperio. Promoción de la lactancia materna.
VIGILANCIA DE LA NUTRICIÓN Y EL CRECIMIENTO INFANTIL La nutrición es esencial para la salud, específicamente durante la etapa gestacional y en los niños menores de cinco años. Las acciones se enfocan a la prevención, vigilancia, detección y atención de la nutrición infantil así como a la referencia de casos de desnutrición severa. Está dirigida a un grupo etáreo en el que los daños por desnutrición, tanto en crecimiento como en desarrollo, son irreversibles.	Educación para la salud. Identificación de menores de cinco años. Diagnóstico del estado de nutrición mediante el indicador peso para la edad. Seguimiento del niño sin desnutrición. Seguimiento del niño con desnutrición. Orientación nutricional. Referencia y contrarreferencia de casos. Capacitación a las madres. Administración de micronutrientes.
VACUNIZACIONES: Este servicio es dirigido a la prevención de enfermedades prevenibles con vacunas, a mantener la erradicación de la poliomielitis y avanzar en la de otros padecimientos prevenibles; a asegurar que todas las vacunas lleguen a las localidades y AGEB mediante la sensibilización de la población, el oportuno abasto y distribución de los biológicos, y el correcto financiamiento de la red de distribución y conservación en todas las unidades.	Educación para la salud. Administración de vacunas conformes a los lineamientos de la cartilla nacional de vacunación y a la normatividad oficial mexicana establecida para este rubro. Promoción y educación para la salud.
MANEJO DE CASOS DE DIARREA EN EL HOGAR Las diarreas es una patología común en las áreas marginadas y son causa de muerte todavía frecuente en menores de cinco años. Sin embargo, las acciones para prevenirlas, evitar la contaminación y detectar oportunamente los signos de alarma, son factibles y ofrecen resultados trascendentes.	Educación para la salud. Capacitación y adiestramiento a las madres Tratamiento de los casos. Distribución y uso de sobres vida suero oral. Educación para la salud y referencias de casos complicados.
TRATAMIENTO ANTIPARASITARIO A LAS FAMILIAS La frecuencia de parasitosis en la población menor de 15 en las áreas marginadas es muy alta; en estas zonas es indispensable su combate, tanto para resolver los casos aislados como por la alta incidencia a la infestación de todo el núcleo familiar.	Educación para la salud. Administración periódica de antiparasitarios a los miembros de la familia.
MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS:	Educación para la salud. Capacitación a las madres.

Estos padecimientos son muy comunes y causa frecuente de mortalidad infantil en las áreas marginadas. Es de primordial importancia el conocimiento oportuno de los signos de alarma y su adecuado tratamiento.	Referencia oportuna para el tratamiento de casos complicados. Tratamiento específico.
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS Con esta acción se enfrenta un problema de salud pública que va aumentando en ascenso. Requiere de la amplia participación comunitaria, especialmente en cuanto a la detección oportuna de enfermos potenciales, y se requiere de un monitoreo constante del tratamiento de los casos confirmados y de sus contactos, así como del impulso intensivo de las medidas preventivas.	Educación para la salud. Identificación de tosedores sintomáticos respiratorios. Realización del diagnóstico. Tratamiento primario. Estudio de contactos. Establecimiento de medidas de protección. Tratamiento acortado y estrictamente supervisado.
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LA DIABETES MELLITUS: La reducción de la prevalencia y mortalidad por la hipertensión arterial y diabetes mellitus implica inducir cambios en los estilos de vida, así como intensificar su detección oportuna y tratamiento adecuado, sobre todo en la función de su frecuencia creciente en la edad productiva.	Educación para la salud. Detección, diagnóstico y tratamiento de casos de hipertensión arterial y diabetes mellitus. Control de casos.
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y MANEJO INICIAL DE LESIONES: Debido a un problema de salud también creciente en diferentes grupos de edad, esta acción comprende el impulso a la educación y formación tendientes a evitarlos y por supuesto prevé al otorgamiento de primeros auxilios en el caso de accidentes, pero especialmente la referencia para la atención adecuada y de forma oportuna.	Educación para la salud. Otorgamiento de primeros auxilios en caso de heridas, quemaduras, luxaciones, fracturas expuestas, y envenenamientos referencia de los casos. Educación y promoción para la salud, incluyendo la prevención de accidentes.
CAPACITACIÓN COMUNITARIA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD: Esta estrategia se inscribe en el terreno de la promoción de la salud y cruza por todos los demás servicios del paquete esencial. Se fundamenta en la participación de la población, en el mejor uso de los recursos comunitarios y en el esfuerzo de auxiliares.	Educación para la salud. Promoción de la salud. Apoyo a la campaña de salud. Protección de las fuentes de abastecimiento de alimentos para el autoconsumo. Cuidado de la salud en general y el uso de los servicios.
PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO: Esta acción está dirigida a la población femenina, dentro del grupo de 25 a 64 años de edad en quienes el cáncer cérvico-vaginal es la causa primera de muerte por tumores malignos. En México se considera un problema de salud pública que muestra un aumento en su incidencia. Las acciones de prevención y promoción constituyen una intervención estratégica que exige la participación de los integrantes del equipo.	Educación para la salud. Promoción de la salud a grupos de riesgo. Detección oportuna a través del estudio de citología cérvico-vaginal, orientado a la identificación temprana de alteraciones en las células del cuello uterino y al manejo oportuno. Control, seguimiento y referencia de los pacientes con resultados positivos.

fuente: CESOP, 2005. "Programa Seguro Popular". Cámara de diputados LIX legislatura, México, pp.29-30.

Dado que los Programas de Ampliación de Cobertura a Población Abierta, Oportunidades y Seguro Popular operan de manera directa en las unidades de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud es que se describen a continuación; y la recuperación de sus características generales se realizó también mediante la revisión de los documentos específicos.

Programa de Ampliación de Cobertura a Población Abierta.

Se denomina población abierta a los individuos que no gozan de la protección de las instituciones de seguridad social como una prestación laboral. Bajo la modalidad "Programa de Ampliación de Cobertura" a Población Abierta creada desde 1996 para proporcionar servicios a las localidades y municipios de alta marginación urbanas, rurales e indígenas. El programa es de carácter preventivo, comunitario y focalizado, su propósito es ofrecer por primera vez en el país el Paquete Básico de Servicios de Salud (SS, 1996:11-

18) A partir de entonces la población abierta paga por las intervenciones del PBSS a través de una cuota de recuperación. La forma de cobro a través de cuotas se aplica en la Secretaría de Salud, en el Sistema Integral para el Desarrollo Integral de la Familia y en los Sistemas Estatales de Salud (CESOP, 2005:2).

Programa Oportunidades.

El Programa Institucional Oportunidades establecido por el gobierno federal para el período 2002-2006, es considerado como el principal instrumento de política social focalizada, dirigido a las familias que habitan en zonas de alta concentración de pobreza, generalmente localidades pequeñas y apartadas (SEDESOL, 2003:14).

El programa vincula acciones de otros programas sociales como educación, salud, nutrición y desarrollo social (SEDESOL, 2003:55). Las familias incorporadas reciben desde incentivos económicos, servicios de salud, apoyos educativos para niñas, niños y jóvenes y apoyos para mejorar el estado nutricional de mujeres, niñas y niños.

Los principales mecanismos de Oportunidades son la focalización de sus beneficios, la entrega directa de los apoyos, y el seguimiento y control de la población beneficiaria (SEDESOL, 2003:56).

Con respecto al componente de salud, que es el aspecto que nos interesa resaltar, según la SEDESOL Oportunidades busca mejorar las condiciones de salud de la población más vulnerables como son las mujeres embarazadas o en período de lactancia y los niños pequeños, a través de la provisión gratuita del Paquete Esencial de Servicios de Salud de carácter preventivo y exclusivamente ambulatorio en el primer nivel de atención (SEDESOL, 2003:43,66).

En el programa se señala que la identificación de las familias beneficiarias se realiza con base en criterios claros, transparentes y homogéneos para todo el país, según los cuales primero seleccionan las zonas geográficas con elevados niveles de marginación y concentración de pobreza. La identificación de las familias se hace a partir de la información referida sobre sus propias características socioeconómicas, y del compromiso expreso de las seleccionadas de cumplir con las reglas establecidas por el propio programa (SEDESOL, 2003:43) como son que todos los integrantes de las familias asistan a los servicios de salud.

Seguro Popular.

Como uno de los objetivos de las reformas en salud es extender la cobertura a la totalidad de la población, otra de las estrategias con que pretende lograrlo es ofertando un esquema de aseguramiento estructurado promovido por el gobierno federal, el seguro popular.

El seguro popular consiste en un prepago subsidiado con fondos públicos, dirigidos a la

población pobre y de bajos recursos que actualmente carecen de aseguramiento (SS, 2001:116). La identificación de los hogares pobres se hace con base en los padrones de los programas sociales a cargo de SEDESOL. La SSA se encarga de promover el seguro popular con la participación de los servicios estatales de salud y las instituciones de seguridad social (SS, 2001:117).

La implantación de este tipo de esquema es gradual y los avances dependen de la disponibilidad de recursos en los presupuestos anuales a partir del 2002, de la existencia de infraestructura de servicios y **de poblaciones con capacidad de contribuir parcial y voluntariamente al costo subsidiado** de la prima del seguro popular (SS, 2001-2006:117).

La meta es ampliar la cobertura del seguro popular para garantizar que en 2006 esté cubierta con este esquema toda la población que no cuente con capacidad económica para adquirir un seguro médico privado (SS, 2001:117) hasta constituir el Sistema Nacional de Salud compuesto por tres seguros de atención básica (CESOP, 2005:37): el seguro para los trabajadores asalariados del sector privado formal de la economía, el seguro para los trabajadores al servicio del Estado y el seguro para los auto-empleados, los trabajadores del sector informal y los desempleados sin acceso a la seguridad social.

El Seguro Popular de Salud (SP) no es un programa de servicios, es una estrategia que transfiere recursos a las familias afiliadas. Es un instrumento a través del cual se subsidia el paquete de servicios médicos. Los objetivos del SP son brindar protección financiera a las familias afiliadas, fortalecer el modelo del prepago, mejorar los servicios que proporcionan los servicios estatales de salud (CESOP, 2005:4).

Los promotores plantean que es el instrumento del Sistema de Protección Social en Salud a través del cual se da cumplimiento al artículo 4º Constitucional que establece que "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud" (CESOP, 2005:5).

El seguro popular inició como programa piloto en octubre de 2001 y terminó en diciembre de 2003, y se instrumentó por Ley como Sistema de Protección Social en Salud en el año 2004 (CESOP, 2005:4). La cual también establece que se debe crear un Régimen Estatal de Protección Social (REPS), como organismo público descentralizado en cada entidad federativa.

El SP opera bajo lineamientos que no se pueden modificar. Los mecanismos y requisitos de ingreso más importantes son (SSA, 2005:5): ser mexicano no derechohabiente de alguna institución de seguridad social, solicitar la afiliación voluntariamente y cubrir la cuota familiar.

Según la Ley la unidad de protección es el núcleo familiar, la cual se puede integrar por los cónyuges, los concubinos, la madre y padre no unidos en matrimonio o concubinato, los hijos y adoptados menores de 18 años, los ascendientes directos en línea recta mayores de 64 años, que habiten la misma vivienda y dependan económicamente de ellos, a los hijos solteros hasta 24 años, estudiantes o discapacitados (PE, 2003:5). Cualquiera de estas personas puede afiliarse al SP.

El financiamiento del seguro popular proviene de tres fuentes: subsidio federal por familia,

La aportación familiar según decil de ingreso y la aportación estatal complementaria (TT04, 2006:351-352).

El SP no recibe una cantidad específica de la federación, el subsidio corresponde a una cuota social anual por familia equivalente al 15% del salario mínimo diario vigente en el D.F., de acuerdo al número de familias afiliadas es el monto que el gobierno federal trasfiere a los estados, a partir de padrones familiares, además de una aportación solidaria por familia a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona, la cual debe ser por lo menos una y media veces más que el monto de la cuota social (PE, 2003:8).

A las entidades federativas les corresponde proporcionar la mitad de la cuota social proporcionada por el Gobierno Federal (CESOP, 2005:48). Las familias beneficiadas deben aportar una cuota anual, anticipada y progresiva que se establece en función de las condiciones socioeconómicas y nivel de ingreso que se fija a partir de la aplicación de un instrumento estandarizado que ubica a cada familia en el estrato de ingreso (PE, 2003:8-9). De acuerdo con las reglas de operación del SP, las familias pobres que se clasifiquen entre los deciles más bajos, reciben servicios gratuitos (SS, 2005:5).

La Ley establece que los recursos federales, estatales y familiares deben ser recibidos, administrados y ejercidos por los Servicios Estatales de Salud a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. Las unidades médicas que incorporan el SP tienen que acreditarse para mejorar la calidad de los servicios (PE, 2003:7,9).

Los tres son programas federales que operan a nivel jurisdiccional y municipal, se ajustan a los recursos e insumos asignados (TT16, 2006:276-281). De acuerdo con los lineamientos de cada programa los usuarios del centro de salud deben recibir los servicios del tipo de estrategia a la que están vinculados. A población abierta corresponde el paquete básico de servicios de salud de nivel estatal integrado por 14 intervenciones y 90 acciones. A los usuarios de Oportunidades el PBSS federal que integra 13 intervenciones y 74 acciones, y el SP se limita a prestar los servicios médicos incluidos en el "Catálogo de Servicios Esenciales de Salud" (CASES) con 9 componentes y 154 acciones, que se enlistan en la "Carta de Derechos y Obligaciones de los Afiliados" cuyo contenido explícito puede revisarse en el Anexo No. 7.

Política de relaciones laborales.

El personal que labora en las instituciones públicas de salud se considera subutilizado y con una productividad muy heterogénea. El número de consultas diarias en promedio por médico para las instituciones públicas según el plan es de 7.9, y para la SSA es de 6.3 (SS, 2001:61). Aunado a que menos del 40% de los trabajadores se sienten satisfechos (SS, 2001:52) con su labor. Para el sector la baja productividad es la razón de peso para la no contratación de nuevos trabajadores y particularmente especializados. Antes de contratar se deberá evaluar la disponibilidad de este tipo de recursos en otras entidades o unidades cercanas (SS, 2001:142).

Por otra parte, se reconoce que un aspecto esencial en recursos humanos es la capacitación. Se plantea que ésta debe ser un método continuo de garantía de calidad, que deben incluir hasta las habilidades directivas gerenciales a todo nivel. Sin embargo dice que los programas de capacitación para **prestadores de salud** deben ser responsabilidad de las asociaciones y colegios. La Secretaría sólo se compromete a establecer un sistema de acreditación de eventos académicos que se incluyan en la contratación y promoción por escalafón del personal de salud (SS, 2001:148-49).

La satisfacción del usuario.

La última consideración es en torno a los usuarios de los servicios. Se piensa que en los servicios públicos a ellos se les trata con poco respeto, sobre todo a los indígenas, mujeres y pobres, que se les impide el acceso a sus redes sociales de apoyo cuando están hospitalizados. El hostigamiento y el maltrato son motivos de queja frecuentes ante las comisiones de derechos humanos. Cuatro de cada 10 mexicanos pobres también se quejan de la falta de amabilidad del personal médico y del escaso apoyo que se les ofrece en las unidades de salud. Es motivo de queja frecuente ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico es la falta de información proporcionada por el médico (SS, 2001:56).

El PNS establece que la atención de la salud **supone el ejercicio de ciertos derechos por parte de los pacientes**. Estos son el derecho a servicios integrales de salud; a recibir información sobre su padecimiento, los riesgos asociados y el tratamiento (SS, 2001:111); en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y confidencialidad de la información. Así como el derecho a un trato adecuado, que significa además disponer de servicios básicos dignos en las unidades de atención, esperar tiempos razonables para una consulta o una intervención y tener acceso a redes de apoyo social (SS, 2001:52), independientemente de su capacidad de pago o la facilidad de acceso al lugar donde habita. Sobre todo para aquellos grupos de personas a los que no se les han reconocidos plenamente, como las mujeres, los indígenas o las personas con capacidades diferentes (SS, 2001:18). En este sentido el PNS propone:

- El diseño y difusión de una “carta” de los derechos de los usuarios de los servicios de salud.
- La promoción de una cultura del “consentimiento informado” en las instituciones de salud, tanto públicas como privadas.

Los cuerpos normativos básicos en torno a la diabetes mellitus y la representación oficial de la enfermedad.

La inclusión en este trabajo de un padecimiento específico como rastreador de lo que ocurre en las instituciones de salud obliga a establecer como referentes las disposiciones oficiales para la atención y tratamiento de dicho padecimiento, que en este caso se trata de la diabetes mellitus.

Tanto para operar los servicios como para el tratamiento de las enfermedades las disposiciones en buena medida responden a los mandatos de los organismos internacionales y la diabetes no es la excepción. Ya desde los años 80 y 90 la OPS propuso para abordar la problemática de la diabetes la elaboración de programas con normas y procedimientos técnicos estandarizados basados en resultados científicos, que deben asumirse por los gobiernos de cada país en consideración de la magnitud del problema y los recursos disponibles para su atención.

En este sentido la OPS (1988) en su "Manual de normas técnicas y administrativas del programa de diabetes mellitus" establece los aspectos que deben contener un plan o programa de diabetes mellitus de nivel central, intermedio o local en cada país, región o área. El manual es un instrumento que guía en la elaboración del plan o programa y define su contenido.

Según el manual (OPS, 1988) para elaborar un plan o programa deben tomarse en cuenta las siguientes consideraciones: a) El o los programas de diabetes en cada país deben ser parte de las políticas de salud y adaptarse a las estructuras disponibles, b) la factibilidad y cobertura de un programa depende del cálculo de los recursos, c) para la elaboración de un programa de atención primario deben simplificarse los procedimientos, las técnicas y los esquemas de programación, d) el cumplimiento de las metas y objetivos de un programa se hace con base en la división del trabajo entre el nivel primario, de especialización y de la existencia de un óptimo sistema de referencia, e) la mayoría de los casos deben atenderse en el primer nivel y solo deben llegar al centro de especialización los casos que no pudieran ser resueltos en primer nivel, f) de acuerdo con los recursos disponibles deben establecerse las metas de cobertura para la detección o diagnóstico y tratamiento de los diabéticos, g) el cálculo del personal, equipo, material de laboratorio y medicamentos, debe estimarse de acuerdo con la población objeto de atención a partir de los datos locales.

El nivel local o también llamado periférico o inferior se refiere al ámbito específico donde se realizan las actividades directas con los usuarios, como serían los centros de salud en el caso de nuestro país. A este nivel el programa tiene las siguientes funciones (OPS, 1988:17): 1) formular el programa para su área de influencia, 2) ejecutar el programa y evaluarlo periódicamente, 3) coordinar las actividades con otras instituciones y niveles, 4) fomentar la participación de la comunidad, 5) organizar las actividades dirigidas a los usuarios, 6) colaborar en el adiestramiento del personal

Para OPS (1988:19-31) un programa de diabetes mellitus a nivel local debe estar integrado por los siguientes componentes: Diagnóstico de la situación, propósitos, objetivos, actividades y recursos del programa, cálculo de metas, cálculo de recursos, ejecución, evaluación y los formularios para el registro de datos.

Otro documento normativo referente a este padecimiento es la Norma Oficial Mexicana NOM-015.SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.

La Norma Oficial Mexicana vigente fue modificada en septiembre de 1999 y publicada en abril del 2000, es el lineamiento de carácter técnico de mayor relevancia en el país. Es un documento amplio que señala detalladamente los procedimientos y acciones a seguir para la

prevención, tratamiento y control de la diabetes tipo 1, tipo 2 y otras formas de diabetes como la gestacional, su observancia y aplicación es de carácter obligatorio para todas las unidades médicas públicas y privadas dentro del territorio nacional.

Según la propia Norma es parcialmente equivalente al Manual de Normas Técnicas y Administrativas del Programa de Diabetes Mellitus, expedido por la Organización Mundial de la Salud.

En los apartados del siete al 11, de la NOM y en el apéndice normativo, se establecen los procedimientos de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 también denominada no insulino dependiente, forma de diabetes más común en la población mayor de 20 años.

La diabetes mellitus es considerada una enfermedad crónica degenerativa grave, altamente invalidante y en ascenso, que lleva generalmente en edad temprana a la pérdida de la vida productiva de la persona adulta que la padece. Se presenta tanto en las poblaciones de ingresos altos, ingresos medios y pobres, pero no les afectan de igual manera.

De acuerdo con los datos de OPS (1996) este padecimiento en el continente americano afecta a 30 millones de personas de los cuales 13 millones habitan en algún lugar de América Latina y el Caribe, además de que un número considerable de estos millones no saben que padecen la enfermedad. Se considera que en esta región para el año 2010 habrá más de 20 millones de personas con el padecimiento.

El incremento de la diabetes en cualquier país y particularmente en los países en desarrollo es alarmante por lo que el costo del tratamiento por las complicaciones es enormemente alto, se calcula que consume casi el 10% de los presupuestos nacionales destinados a los servicios de salud (Jervell, 1996), además de las múltiples repercusiones médicas, económicas y sociales que tiene para la familia y la sociedad en su conjunto.

En países como Estados Unidos ocupa el primer lugar como causa de ceguera, amputaciones no traumáticas, insuficiencia renal, impotencia y muerte prematura, con costos altísimos por la frecuencia con que se presentan las complicaciones. Se estima que en 1987 el costo anual por este padecimiento en este país fue de 20,400 millones de dólares y que para 1992 los costos alcanzaron los 91,800 millones de dólares al año (Pérez-Comas, 1996:1).

En México, en el Plan Nacional de Salud (2001:44) se estima que aproximadamente el 32% de la población mayor de 20 años padece diabetes mellitus. Esto significa que 4.8 millones de personas que son diabéticas y solamente 1.4 millones han sido diagnosticadas, hecho que impide que los individuos acudan a los servicios de salud para tratamiento oportuno (SS, 2001:100) en Guerrero se tiene una prevalencia de 11.6% (SSA, 2005:17).

En nuestro país la diabetes mellitus es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa y una de las principales causas de hospitalización; se sabe que de cada 100 diabéticos casi 40 sufren complicaciones como neuropatías, amputaciones por pie diabético, ceguera y enfermedades cerebrovasculares. Su contribución a la mortalidad es importante dado que en el año 2000 el 52% de las muertes fueron causadas por cinco

enfermedades: del corazón, tumores malignos, diabetes, cirrosis y cerebrovasculares (SS, 2001:43-44).

Ante este panorama la Organización Panamericana de la Salud destinó recursos para la cooperación técnica como parte del programa de enfermedades no transmisibles y trabajó con la Asociación Latinoamericana para la Diabetes, la Asociación Caribeña de Diabetes y la Federación Internacional de Diabetes; los resultados de estas colaboraciones fueron la publicación del documento "Educación sobre diabetes, disminuyamos los costos de la enfermedad", que en esencia resalta el papel de una educación adecuada en diabetes como parte esencial en la prevención y tratamiento de la enfermedad y sobre todo como estrategia fundamental para disminuir los costos de la atención médica. Es una guía que tiene como propósito estimular la acción de los gobiernos de invertir en educación puesto que en términos de costo/beneficio se ha demostrado que genera dividendos.

Levell (1996:s/p) afirma que con una educación adecuada se podría evitar hasta el 80% de las complicaciones de la enfermedad. Varios estudios realizados en Canadá y E.U.A.

...Los resultados del Estudio de Control y Complicaciones de la Diabetes indican que los elementos fundamentales de la atención a los diabéticos deben incluir la regulación estricta de la glucosa sanguínea, educación sobre la enfermedad, participación del enfermo en la atención y cuidado de su enfermedad y contacto regular con el personal médico.

La atención del diabético no es exclusiva del médico sino que requiere de la participación de otros profesionales de la salud. La atención debe incluir además de los aspectos clínicos, nutrición, dieta, ejercicio, medición de la glucosa por el propio usuario, y ajuste de la dosis de medicamento según los niveles de glicemia, con la participación plena del individuo y de sus familiares (Pérez-Comas, 1996:3).

La presencia de complicaciones está estrechamente relacionada con la deficiente regulación de la glucemia que a su vez dependen de factores o barreras de carácter institucional, individual, familiar, emocional, económico y de comunicación.

Según Pérez-Comas la atención adecuada del diabético debe superar barreras como que el diabético no conoce en detalle su enfermedad y la forma de tratarla, o que no consultan los usuarios a otros especialistas como oftalmólogos, nutriólogos, neurólogos y otros involucrados, además, los médicos no les dedican el tiempo suficiente durante las visitas en consulta (1996:3).

Por su parte De Alva plantea que los diabetólogos expertos reconocen que la educación es un aspecto fundamental, pero quienes se encargan de la atención no son expertos y sin embargo se consideran como tales en salud y diabetes, además, los administradores de las unidades generalmente son políticos que consideran a la educación como un gasto adicional y no como un recurso necesario e importante. Para lograr cambios se requiere tiempo, y esfuerzo (1996:4-5).

Para Tyson los obstáculos en el aprendizaje están relacionados con factores emocionales, familiares y económicos. Emocionales porque casi todas las personas muestran

irregularidad, enojo, pena, tristeza, depresión y duelo por la pérdida de la integridad corporal. También pueden sentir culpa por la manera como se produjo el trastorno y les cuesta cómo enfrentar la enfermedad. Familiares porque es importante reconocer que la diabetes es un asunto familiar que requiere de la participación de los integrantes para enfrentar el problema. Económicos porque la pobreza pone en peligro la seguridad, el consumo de alimentos adecuados y en cantidad suficiente, el uso de medicamentos en dosis adecuadas y en los horarios establecidos (Tyson, 1996:7-8).

A diferencia de cualquier otra enfermedad crónica, la diabetes es una enfermedad que impone grandes exigencias al individuo que la padece. Para que el tratamiento sea eficaz, se requieren cambios en los estilos de vida y hábitos personales, sesiones planeadas a intervalos regulares durante toda la vida, que aseguren que el individuo conserve un nivel básico de conocimientos y los actualice conforme a los estándares. Tiempo para admitir el diagnóstico y para aceptar que necesita modificar su conducta que no es un asunto práctico, fácil (Skinner, Anderson y Marshal, 1996:9-10). La diabetes debilita la imagen que se tiene de uno mismo y hace sentir a las personas inferiores a los demás.

Un aspecto poco favorable es la formación profesional del personal de salud que en las escuelas de medicina y enfermería recibió preparación para el diagnóstico y tratamiento rápido de cuadros agudos. Por tanto no cuentan con una formación útil ni de estrategias para el tratamiento de padecimientos de largo plazo (Assal, 1996:9-20). Este tipo de formación lleva a los médicos a pensar en la diabetes como una enfermedad que solo necesita controlar la glucosa. Además, el modelo médico tradicional concibe al médico como la autoridad final en el tratamiento de una enfermedad, sin considerar que el diabético es quien gobierna su propia vida (Anderson, 1996:25-28) y que con la edad disminuye su capacidad de cumplir órdenes.

Uno de los obstáculos a vencer que se presentan con mayor frecuencia es la comunicación inadecuada entre personal de salud y usuarios. Los expertos señalan que las instrucciones a dar a un usuario diabético y sobre todo cuando es el caso de una persona analfabeta, semi-analfabeta o de edad avanzada, deben ser lo más sencillas, breves, específicas, únicas y claras, habrá que repetírselas con la mayor frecuencia posible, tampoco es conveniente dar varias instrucciones al mismo tiempo, sino de una a la vez (Sirri, 1996:52-53).

En lo referente a explicaciones algunas personas no entienden claramente lo que se le dice, hay que hablarles con lentitud, y con un tono de voz uniforme, también conviene apoyarse con imágenes o dibujos. Se sugiere transmitir información vinculada a su experiencia práctica y personalizada, por ejemplo al dar las instrucciones sobre el medicamento en lugar de decirles "tome una tableta cada 12 horas" tome su pastilla una por la mañana y una por la noche (Sirri, 1996:52).

La dieta es el elemento fundamental en todo tipo de tratamientos (Skinner, 1996:12, OPS, 1988:63). La sola reducción del peso a través de la dieta puede hacer desaparecer la hiperglucemia, disminuye el riesgo en las personas predispuestas. Dado que cambios en la alimentación son la tarea más difícil para el diabético, la dieta debe tener solo pequeñas diferencias a la de una persona sana y referirse a ella no como dieta sino como alimentación de un diabético. La dieta es algo más que evitar los azúcares y otros aspectos que la

componen, la dieta inadecuada dificulta enormemente el lograr un control satisfactorio. Pero como se trata de un asunto de máxima importancia debe ser un proceso lento. Un buen plan dietético requiere esencialmente (Skinner, 1996:12-13): ser lo más similar posible a lo que consumen los demás miembros de la familia y de la región geográfica donde se vive, proponer alimentos sencillos, proporcionar listado de alimentos prohibidos para facilitar el cumplimiento, proporcionar listados de productos de los 6 grupos que muestren claramente las equivalencias, de preferencia con imágenes para que puedan ser entendidos por cualquier usuario a base de intercambios y excluir el consumo de alcohol.

En las clínicas de diabetes se recomienda utilizar modelos que muestren las porciones conadas por tamaños de acuerdo a las cantidades de alimento que requiere un diabético, de manera que las personas al sostener la pieza en las manos tienen idea del tamaño de la porción a consumir.

Además de estas orientaciones el ejercicio y la higiene corporal ayudan a un mejor resultado en los tratamientos. El diabético esta predispuesto a las infecciones, debe evitarlas mediante el cuidado de los dientes, sus pies y del cuerpo en general. Los pies son particularmente susceptibles a desordenes de la circulación y menor sensibilidad. Existen indicaciones específicas respecto al cuidado de los pies que los usuarios deben aprender además de la revisión con regularidad.

El ejercicio tiene la función de facilitar que el músculo utilice el azúcar, estimule la circulación de la sangre y ayude a mantener el peso corporal. Los diabéticos deben ejercitarse diariamente sin exceso ni fatiga. Caminar es una de las mejores formas de ejercicio sobre todo para las personas mayores.

Asociaciones nacionales e internacionales de diabetes han retomado estas consideraciones en la elaboración de guías para el diabético que señalan muy puntualmente el tipo de asesoría y los procedimientos que el usuario debe recibir. La modalidad elegida para este tipo de trabajo educativo es el taller. La misma OPS ha editado para los trabajadores de la salud una guía de talleres para mejorar la calidad de atención” que es una versión adaptada de la serie “health workers change” y de la evaluación de experiencias del programa de mujer y salud en varios países. Misma que se ha sugerido para otros padecimientos y para distintas poblaciones como adultos mayores o comunidades indígenas (OPS, 1999).

En nuestro país el PNS considera a la diabetes como un problema emergente y prioritario para su atención (SS, 2001:99). La diabetes es parte de la política nacional de salud y la incluye en sus líneas generales de acción con el propósito de prevenirla y controlarla.

Plantea que las actividades en materia de diabetes están dirigidas a promover estilos de vida saludables, identificar oportunamente a las personas de alto riesgo y detectar tempranamente nuevos casos, además de la realización permanente de campañas educativas sobre los factores de riesgo relacionados con la enfermedad. Las metas establecidas en el programa son:

- 1 Alcanzar el control metabólico del 40% de los pacientes en tratamiento.
- 2 Desplazar la edad promedio de muerte de los diabéticos de 66.7 años a 69.5

años.

3. Realizar, en forma coordinada con todas las instituciones del sector salud, 23 millones de pruebas de detección de diabetes mellitus al año en la población mayor de 20 años, de manera anual o bianual según su edad.
4. Establecer 10 000 grupos de autoayuda mutua para diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial, lo que significa la existencia de un grupo en 80 % ciento de las unidades de salud (SS, 2001:101).

Estas consideraciones hacen pensar que dada la magnitud de la población afectada se debería encontrar en las unidades médicas desde personal, medicamentos, materiales para la detección de casos nuevos y para el control de los usuarios con el padecimiento.

La política estatal de salud en el “Programa Estatal de Salud 1999-2005, Pueblo San”.

El Plan Estatal de Salud (PES) de Rene Juárez Gobernador constitucional del estado de Guerrero durante el periodo 1999-2005, desarrolla poco los aspectos señalados como objeto de nuestro estudio. En términos generales lo que podemos puntualizar como relevantes es lo referente a la descentralización, las directrices en cuanto a recursos humanos, equipo y materiales, proyectos estratégicos como la red de “municipios saludables”, el fortalecimiento para coordinación sectorial e intersectoriales y la creación de subcomités de salud, y lo que significa a nivel de política en la entidad un padecimiento como la diabetes, y particularmente la oferta del paquete básico de servicios de salud como estrategia para lograr la cobertura plena. Es sobre este conjunto de aspectos sobre los que se hace la exposición.

La orientación de la política de salud.

En el PES existe un rubro denominado “proyectos estratégicos”, que se refiere a la propuesta de creación de la red de “municipios saludables” con el propósito de complementar a las unidades de primero y segundo niveles con participación municipal. Así como el reforzamiento de la coordinación sectorial e intersectoriales y la creación de subcomités de salud (SESA, s/f:25-26). Con estas acciones se busca compartir con otros sectores las responsabilidades en materia de salud, definiendo áreas de participación y poblaciones objetivo, así como el fortalecimiento de los servicios públicos de atención primaria y asistencia social, fundamentalmente mediante la participación del individuo, la familia y la comunidad.

Descentralización.

Una de las estrategias centrales del PES es la descentralización, su propósito es continuar y fortalecerla hasta la conformación de sistemas estatales y locales de salud para la población abierta que respondan a las necesidades de cada región. Acompañada de eficiencia administrativa y procesos de gestión que faciliten la disponibilidad de recursos financieros en los tres niveles de gobierno, estatal, jurisdiccional y municipal (SESA, s/f:11).

El Paquete Básico de Servicios de Salud a nivel estatal.

Después de la descentralización, las estrategias que representan la continuidad en la aplicación de políticas reformistas en salud, puestas en marcha durante el gobierno de Rene Juárez (1999-2005) son: la aplicación del Paquete Básico de Servicios de Salud, la firma del acuerdo de coordinación para la ejecución del programa de ampliación de cobertura (PAC) en Guerrero, Atención Primaria a la Salud (APS), y la más reciente acción que comenzó a operar a partir del año 2004 en la entidad, el Seguro Popular.

El PAC es un programa adicional de ampliación de cobertura de servicios de salud puesto en marcha el año 2000, a través de un acuerdo de coordinación celebrado entre el gobierno del estado de Guerrero y la Secretaría de Salud. Según las cláusulas tercera y cuarta, dicho programa se financió con fondos del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), por un monto total de \$ 76, 712,607.38. La aportación mayoritaria de estos recursos provino del gobierno federal con un monto de \$ 63, 295,667.38 y la diferencia de cerca de 13.5 millones de pesos la aportó el gobierno del estado. Los rubros a donde se destinó la mayor parte de los recursos fueron recursos humanos y materiales y suministros (SS, 2000:3).

El PES reconoce que el problema fundamental es el acceso a los servicios de la población no derechohabiente, por lo tanto una de las metas es otorgar al 100% de la población sin acceso, un Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS) (SESA, s/f:10). El gobierno del estado en función de la libertad de que goza cada entidad federativa y de sus propias necesidades de salud integró el paquete básico con 12 intervenciones, estructuradas de manera distinta a la propuesta a nivel federal, por lo que en Guerrero el PBSS incluyó en un primer momento: 1) atención de la salud del niño, integrado por inmunizaciones, nutrición e infecciones respiratorias agudas, 2) salud de la mujer: cáncer cérvico-uterino y muerte materna, 3) salud del adulto y del anciano: diabetes mellitus e hipertensión arterial, 4) cólera, 5) tuberculosis, 6) VIH/SIDA, 7) paludismo, 8) dengue, 9) alacranismo, 10) infecciones, 11) rehabilitación, y 12) saneamiento básico (SESA, s/f:). Sin embargo durante el transcurso del período de gobierno el paquete se readecuó hasta quedar integrado por 14 intervenciones, retomándose las 13 inicialmente propuestas por el gobierno federal con el agregado de “prevención y control de paludismo y dengue”. El paquete básico desde entonces se conforma por lo siguiente:

Cuadro No. 2 Paquete Básico de Servicios de Salud en el Estado de Guerrero.

Es el conjunto mínimo de 14 intervenciones en salud que se otorgan al individuo, la familia, la comunidad y al medio ambiente, a través de 90 acciones de las que se derivan actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación,

1.- SANEAMIENTO BÁSICO	9.- PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR
1.1 Desinfección domiciliaria del agua	9.1 Identificación de tosedores y detección de casos de tuberculosis por baciloscopia
1.2 Disposición sanitaria de excretas a nivel domiciliario	9.2 Tratamiento de corta duración supervisado de casos confirmados
1.3 Manejo higiénico de los alimentos	9.3 Control, seguimiento clínico y bacteriológico de casos
1.4 Promoción y educación para la salud	9.4 Estudios de contactos y medidas de prevención
2.- PLANIFICACIÓN FAMILIAR	9.5 Tratamiento estandarizado a los casos con drogo-resistencia
2.1 Identificación de población en riesgo	9.6 Retratamiento a las recidivas y a los que abandonan el tratamiento
2.2 Distribución de métodos anticonceptivos	9.7 Referencia de pacientes por complicaciones
2.3 Capacitación de usuarias de pos-evento obstétrico	9.8 Educación para la salud
2.4 Referencia	10.- PREVENCIÓN Y CONTROL DE DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL
2.5 Incorporación de usuarias de PF de adolescentes	10.1 Identificación de la población en riesgo
2.6 Seguimiento de las usuarias de PF	10.2 Detección integrada
2.7 Sensibilización en planificación familiar a comunidades indígenas	10.3 Tratamiento
2.8 Educación para la salud	10.4 Control clínico
3.- ATENCIÓN PRENATAL DEL PARTO, PERIPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO	10.5 Referencia para el control
3.1 Identificación de embarazadas	10.6 Integración de grupos de ayuda mutua
3.2 Consulta prenatal de primera vez y subsecuente	10.7 Educación para la salud
3.3 Administración de hierro a embarazadas	11.- PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y MANEJO INICIAL DE LESIONES
3.4 Promoción de la lactancia materna	11.1 Otorgamiento de primeros auxilios en el caso de heridas, quemaduras, luxaciones, fracturas y envenenamientos.
3.5 Identificación y referencia del embarazo de riesgo	11.2 Referencia y contrarreferencia de pacientes accidentados
3.6 Atención del parto eutócico	11.3 Cursos de atención médica integral del paciente accidentado
3.7 Detección y referencia del parto de alto riesgo	11.4 Promoción a la salud
3.8 Cuidados inmediatos del recién nacido	12.- CAPACITACIÓN COMUNITARIA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD
3.9 Detección y referencia del recién nacido con patologías	12.1 Promoción para la participación social
3.10 Detección de hipotiroidismo congénito en el recién nacido	12.2 Apoyo a campañas de salud
3.11 Educación para la salud	12.3 Protección de las fuentes de abastecimiento de agua
4.- VIGILANCIA DE LA NUTRICIÓN Y CRECIMIENTO	12.4 Disposición adecuada de la basura
4.1 Identificación de menores de 5 años	12.5 Mejoramiento de la vivienda
4.2 Diagnóstico	12.6 Protección y mejoramiento ecológico
4.3 Referencia	12.7 Control de fauna nociva
4.4 Seguimiento	12.8 Promoción y aprovechamiento de alimentos para autoconsumo
4.5 Orientación nutricional	13.- PREVENCIÓN Y CONTROL DE CACU
4.6 Administración de micronutrientes	13.1 Toma de citología cervical
5.- INMUNIZACIÓN	13.2 Referencia a clínica de displasias
5.1 Identificación de susceptibles	13.3 Diagnóstico y tratamiento oportuno de lesiones premalignas
5.2 Derivación de susceptibles	13.4 Vigilancia epidemiológica (pro-cacu)
5.3 Administración de vacunas	13.5 Seguimiento de casos
5.4 Educación para la salud	14.- PREVENCIÓN Y CONTROL DEL PALUDISMO Y DENGUE
6.- MANEJO EFECTIVO DE CASOS DE DIARREA EN EL HOGAR	14.1 Vigilancia epidemiológica del paludismo
6.1 Capacitación de madres	14.2 Tratamiento del paludismo
6.2 Reconocimiento de signos de alarma	14.3 Educación para la salud contra el paludismo
6.3 Distribución del sobre vida suero oral	14.4 Rociado intradomiciliario
6.4 Referencia para el tratamiento	14.5 Eliminación de criaderos de anofelinos (ECA)
6.5 Tratamiento de casos	14.6 Rociado especial para el paludismo
7.- TRATAMIENTO ANTIPARASITARIO FAMILIAR	14.7 Organización de la comunidad para que realice el ECA
7.1 Administrar tratamiento	14.8 Vigilancia epidemiológica del dengue
7.2 Educación para la salud	14.9 Tratamiento del dengue
8.- MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	14.10 Organización de la comunidad para que realice el ECAE
	14.11 Eliminación de criaderos de <i>Aedes aegypti</i> (ECAE)

<ul style="list-style-type: none"> 1) Capacitación de madres 2) Reconocimientos de signos de alarma 3) Tratamiento específico 4) Referencia para tratamiento 5) Promoción y Educación para la salud 	<ul style="list-style-type: none"> 14.12 Rociado especial domiciliario para el dengue 14.13 Educación para la salud contra el dengue
--	--

Secretaría de Salud en Guerrero, documento proporcionado en el Centro de Salud de Chilapa.

Para que la población tuviera amplio conocimiento de los servicios disponibles de este paquete, la intención fue hacer una amplia difusión a través del personal de salud, de los medios masivos locales, impresos, y del trabajo comunitario, de manera especial hacia la población indígena a través de materiales traducidos a su lengua (SESA, s/f:12).

Los cambios en los servicios de primer nivel y nuevas formas de organización.

El programa estatal planteó como directriz principal, respecto a la organización de los servicios de salud, fortalecer y privilegiar los aspectos preventivos sobre los curativos de la atención, acorde con los lineamientos de la política del Sistema Nacional de Salud.

En relación con la calidad del servicios tres aspectos son relevantes; 1) La capacitación continua del personal tanto de las instituciones de salud como comunitaria, es considera en el PES como un aspecto relevante para mantener a los trabajadores de la salud vigentes tanto sobre los procedimientos como en las innovaciones. Pero además bajo la responsabilidad de los Servicios Estatales de Salud (SESA, s/f:11).

Se asume que características de la entidad como la dispersión de localidades, la alta ruralidad y las condiciones económicas de la población, hacen necesario: 2) disponer del cuadro básico de medicamentos y materiales de curación en cada unidad de salud, de lo contrario se convierte en repercusiones negativas en la atención oportuna y completa del usuario, por lo tanto es necesario establecer procesos logísticos eficaces y eficientes para el abasto oportuno y suficiente de insumos, medicamentos y materiales de curación así como posibles emergencias sanitarias (SESA, s/f:11). 3) contar equipo médico en condiciones adecuadas, por ello es necesario conocer las condiciones en que éste se encuentra y realizar el mantenimiento preventivo o correctivo pertinente o la renovación de acuerdo con los avances tecnológicos actuales.

Representación de la diabetes a nivel estatal.

En la entidad existe preocupación por la diabetes, el PES la incluye dentro de las principales directrices de trabajo del sector salud, en la línea "Salud del Adulto y del Anciano". Con esto como base y retomando las metas generales del PNS respecto al crecimiento, se elaboró el "Programa de Salud del Adulto y Adulto Mayor" (PSAAM) de los Servicios Estatales de Salud del estado de Guerrero. El objetivo general del PSAAM es proteger la salud, prevenir o retardar la aparición de las enfermedades crónicas degenerativas y sus complicaciones, las discapacidades de mayor importancia en la población adulta y adulta mayor, así como elevar la calidad de vida en estas etapas (SS,

2005:12).

Uno de los componentes del PSAAM es “El Programa Estatal de Diabetes e Hipertensión Arterial” el cual tiene como fin general orientar y motivar el cumplimiento de la NOM, así como la detección e identificación de problemas derivados de la prestación de servicios. El programa estatal de diabetes e hipertensión arterial mantiene una estructura bastante cercana a la propuesta de OPS.

El Programa Estatal de Diabetes e Hipertensión Arterial señala que la diabetes e hipertensión son padecimientos que tienen factores de riesgo comunes que afectan al mismo tipo de población, con posibilidad de incremento en la población de edad más avanzada, por ello se diseñó el programa para realizar la detección integrada de estos dos padecimientos.

La población objetivo es la mayor de 20 años que no cuenta con derechohabiencia a las instituciones de seguridad social. De ahí que aunque los objetivos específicos contenidos en el programa son 17, los siguientes 13 se refieren específicamente a diabetes e hipertensión arterial (SS, 2005:12):

- 1 Elevar la calidad de la atención médica otorgada a los pacientes diabéticos e hipertensos.
- 2 Fortalecer la detección integrada de factores de riesgo en las 7 regiones del estado con énfasis en las regiones con el desempeño más bajo.
- 3 Incrementar el número de pacientes bajo control metabólico en las unidades médicas del estado de Guerrero.
- 4 Desarrollar y evaluar las acciones de promoción de la salud, comunicación social y educativa, con el propósito de fomentar estilos de vida saludables.
- 5 Difundir la normatividad vigente entre la comunidad médica y la población general.
- 6 Implementar nuevos abordajes para la prevención primaria de la diabetes, hipertensión arterial y obesidad.
- 7 Fomentar estilos de vida saludables que contemplen una alimentación adecuada, control de peso, actividad física y promoción de la reducción en el consumo de alcohol y tabaco.
- 8 Promover la participación comunitaria y del personal de salud para la prevención y control de las enfermedades crónico degenerativas.
- 9 Actualizar permanentemente los protocolos de tratamiento para estos pacientes tanto en el primero como en el segundo nivel de atención.
- 10 Desarrollar el plan para la reducción de la mortalidad por EVC, en el 100% de las unidades del primer nivel de atención.
- 11 Fortalecer los grupos de ayuda mutua (mixtos) y a sus familiares con el apoyo del personal de las unidades de salud, para facilitar su educación y autocuidado con el propósito de prevenir y controlar la enfermedad.
- 12 Integrar a todas las Instituciones del Sector Salud del estado de Guerrero, para unificar los criterios de prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónico degenerativas.
- 13 Fortalecer el funcionamiento y operación de las clínicas de diabetes en el estado.

Las metas contenidas en el Programa Estatal de Diabetes e Hipertensión Arterial que se proponían alcanzar durante el año de 2005 fueron:

- 1 Realizar la detección integrada de diabetes mellitus al 60% de la población abierta de la entidad mayor de 20 años, esto significa en términos numéricos 723,181 detecciones por año (SS, 2005:38-40).
- 2 Para la Jurisdicción Sanitaria No. 3 Centro, a la que corresponde el municipio de Chilapa, la meta del 60% equivale a 140,737 detecciones en el año 2005 (SS, 2005: 40). Para el municipio en concreto, la meta para el mismo año de referencia es 32,318 detecciones⁵.
- 3 Se esperaba encontrar 18,803 casos sospechosos en la entidad y 3,659 en la Jurisdicción Sanitaria centro, de los que se derivarían 8,461 casos nuevos en todo el estado de Guerrero y 1,647 casos nuevos en la Jurisdicción Sanitaria Centro (SS, 2005: 42).
- 4 En relación con los casos en tratamiento la meta estatal es de 31,411, mientras que para la Jurisdicción Sanitaria 03 Centro la meta de casos con tratamiento es de 5,629 (SS, 2005:44).

Para el logro de estas metas el programa retoma en el punto denominado inciso VIII).- Estrategias y líneas de acción, únicamente cuatro de los 13 objetivos planteados inicialmente, explicitando las estrategias y líneas de acción para cada uno de ellos, como se muestra textualmente en el cuadro siguiente:

Cuadro No. 3 Estrategias y Líneas de Acción del Programa Estatal de Diabetes e Hipertensión Arterial 2005.

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	LÍNEAS DE ACCIÓN
Fortalecer la detección integrada de factores de riesgo en las unidades médicas de la secretaria de salud	1.-Promover el uso de la encuesta de factores de riesgo en los adultos mayores para prevenir la aparición de diabetes e hipertensión arterial.	1.- Realizar detecciones a través de 7 ferias de la salud (una por Jurisdicción Sanitaria).
	2.-Promover la evolución de los indicadores "Caminando a la excelencia" en el primer nivel de atención para elevar la cobertura de detecciones	2.-Participar en la Semana de Detección de Hipertensión Arterial en coordinación con el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica (CENAVE)
		3.- Reproducir 1,000 carteles referentes a los riesgos de padecer diabetes mellitus
		4.-Reproducir 1,000 carteles referentes a los riesgos cardiovasculares por hipertensión arterial
		5.-Reproducir 1,000 NOM de diabetes mellitus.
		6.-Reproducir 1,000 NOM de Hipertensión Arterial y distribuir las en el primer y 2º Nivel de atención.

⁵Dato obtenido de la Jurisdicción Sanitaria No. 3, Centro, Servicios Estatales de Salud.

		7.- Promover el uso de las páginas: WWW.todoendabetes.org www.todoencolesterol.or y www.todoenhipertension.org
		8.-Elaborar la evaluación de los indicadores "caminando a la excelencia"
Incrementar el número de pacientes bajo control metabólico en las unidades de primer y segundo nivel de atención.	<p>1.-Promover y mantener la incorporación de pacientes en tratamiento a grupos de ayuda mutua para capacitar al paciente en el tratamiento no farmacológico y farmacológico para mejorar el control metabólico de la enfermedad.</p> <p>2.-Fortalecer la capacitación para el manejo de los pacientes con diabetes e hipertensos en las unidades de primer nivel.</p>	<p>1.-Promover el automonitoreo de diabetes e hipertensión y el uso adecuado de medicamentos.</p> <p>2.-Difundir y vigilar la aplicación de los algoritmos de tratamiento para pacientes diabéticos e hipertensos.</p> <p>3.-Acreditar 21 Grupos de ayuda Mutua (3 por Jurisdicción Sanitaria) por el nivel estatal y nacional.</p> <p>4.-Incrementar el número de Clínicas de Diabetes en las 7 regiones del estado.</p> <p>5.- Realizar la detección de Microalbuminuria y de colesterol total en las Clínicas de diabetes.</p> <p>1.-Implementación del proyecto DELTA-MEXICO (manejo farmacológico de diabetes) para capacitar al personal de salud.</p> <p>2. Realizar visitas de asesoría en las 7 Jurisdicciones Sanitarias con énfasis en las unidades de primer nivel de atención con bajo desempeño en el indicador de atención con calidad y control metabólico.</p> <p>3.-Fomentar el uso de la guía técnica para capacitar al paciente con diabetes.</p>
	3.- Integrar acciones del PSAAM con la estrategia de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida.	4.-Fomentar el uso de la Guía Técnica para capacitar al paciente con Hipertensión arterial
Promover un esquema de prevención y protección de la salud a través de intensificación de acciones en población adulta y adulta mayor.	<p>1.-Mantener la realización anual de la semana de salud para gente grande.</p> <p>2.-Promover las acciones de la línea de vida en el personal de salud de las unidades de primer nivel.</p>	<p>1.- Promover el registro de las acciones en las Cartillas Nacionales de Salud.</p> <p>1.-Coordinación interinstitucional y jurisdiccional.</p> <p>2.-Búsqueda de fuentes alternativas de financiamiento.</p>
Incrementar la cobertura del esquema básico de vacunación en la población adulta y adulta mayor	1.-Aplicar el esquema básico de vacunación a los adultos y adultos mayores.	<p>3.-Coordinación con línea de vida y el programa de salud de la infancia y adolescencia.</p> <p>1.-Vacunación permanente y en campañas intensivas con anti-influenza, neumocócica y Td.</p>

Fuente: Programa Estatal de Diabetes e Hipertensión Arterial del estado de Guerrero, 2005. Pág. 53-55.

El programa de diabetes e hipertensión arterial entró en vigor en el estado de Guerrero a

partir del primero de enero del año 2005 en todas las unidades médicas de las siete regiones sanitarias de la entidad, y se presupuestaron para ello los requerimientos en materiales e insumos necesarios, junto con la valoración de la infraestructura y recursos humanos disponibles.

II. Resultados particulares.

II.1. Observación y documentación de los procedimientos de operación en el Centro de Salud de Chilapa.

La descripción del proceso de operación del Centro de Salud de Chilapa requirió de la revisión de los aspectos técnicos administrativos que lo reglamentan, los cuales se comentan con cierta amplitud en el Anexo No.6.

La información que se presenta a continuación fue obtenida principalmente a través de entrevistas a semiprofundidad realizadas con el personal directivo y trabajadores del centro de salud, observación directa, así como la revisión de algunos documentos como el "Diagnóstico del Centro de Salud de Chilapa", el registro de Referencias Mensuales del Hospital General, certificados de defunción y el registro del Departamento de Estadística del Hospital de Chilapa.

Condiciones estructurales y organizativas del Centro de Salud de Chilapa.

El Centro de Salud de Chilapa está ubicado en la ciudad del mismo nombre, con domicilio en calle 3 Poniente esquina 9 Sur, Centro, C.P. 41100. En términos administrativos el centro de salud depende de la Jurisdicción Sanitaria No.3 Centro, con oficinas centrales ubicadas en la ciudad de Chilpancingo, Guerrero.

La dirección del centro de salud cumple además con la función de Coordinación Municipal de Salud. De esta Coordinación Municipal dependen tres centros de salud rurales de población concentrada y 21 centros de salud rurales de población dispersa, los cuales funcionan predominantemente con médicos y enfermeras en servicio social.

El centro de salud está dividido en tres áreas: administrativa, médica y paramédica, además cuenta con un departamento de prevención y control de enfermedades producidas por vector que aunque se ubica físicamente en el centro de salud, depende directamente de oficinas ubicadas en la ciudad de Chilpancingo y sólo trabaja en coordinación con la unidad médica. Este departamento se integra por el jefe del sector, rociadores, técnicos en programas de salud y técnicos en programa de dengue.

El área administrativa está conformada por Coordinación Municipal de Salud, la Administración, los auxiliares administrativos y de intendencia, y los responsables de

almacén, farmacia y archivo clínico. En el área médica y paramédica se ubican médicos, odontólogos, enfermeras, químicos biólogos parasitólogos, estadígrafos y promotores comunitarios. Esta área se encarga de la gestión, recepción, almacenaje, distribución y optimización de los recursos físicos, financieros, humanos y materiales del centro de salud y demás centros de salud de municipio.

El área médica es la responsable de proporcionar la atención médica y están en contacto directo con los usuarios a través de la consulta externa.

En el área paramédica se ubica enfermería y laboratorio, Enfermería realiza tres tipos de funciones: a) Supervisión; encargada de revisar el trabajo comunitario y de vigilancia de la atención proporcionada a los usuarios, b) Jefatura de enfermería, cuyas responsabilidades son apoyar a la supervisión, realizar el rol de trabajo, distribuir a las enfermeras para la vacunación, asignar personal en caso necesario a los módulos en consulta externa, apoyar en la elaboración de informes, y otras labores acordes a las necesidades del centro de salud, y c) Enfermería en consulta externa, encargada de tomar los signos vitales a cada uno de los usuarios, del archivo de expedientes clínicos, tarjetas de salud, acceso a consulta así como el apoyo a los médico en todo momento (TT06, 2006:188-194).

El área de laboratorio de análisis clínicos cuya función es la recepción, procesamiento y entrega oportuna de resultados a los usuarios, para la confirmación diagnóstica.

El personal del centro de salud está conformado por 58 trabajadores, la mayoría fijos, sin embargo, es factible la movilidad de trabajadores en función de las necesidades del Centro de Salud de Chilapa o de cualquiera de los 24 centros de salud rurales que dependen de la Coordinación Municipal de Salud.

Durante el período de nuestras visitas a la unidad el personal se integraba por una Coordinadora de salud municipal, una Administradora, dos Auxiliares administrativos, una Secretaria, tres Intendentes, tres Responsables de almacén y farmacia y, dos Responsables de archivo clínico. En el área médica y paramédica hay siete Médicos y dos Dentistas, uno de los cuales es prestador de servicio social, dos Químico Biólogo Parasitólogo, 10 Enfermeras, dos Estadígrafos y cinco Promotores comunitarios. En el departamento de prevención y control de enfermedades producidas por vector, dos Jefes de sector, 11 Rociadores, tres Técnicos en programas de salud y un Técnico en el programa de dengue (Figueroa, 2006:2), (TT06, 2006:182-185).

Del total de trabajadores 48 tienen plaza de base, 2 de confianza, 2 de servicio social y 6 de contrato (TT06, 2006:199-200), algunos con códigos distintos al tipo de actividad que realizan, debido a que son plazas transferidas por un familiar al jubilarse (TT04, 2006:626-660), por antigüedad y escalafón (TT16, 2006:675-684) o por padrinzago político (T01, 2006:782-792, TT04, 2006:609-624).

Cuando algún centro de salud rural del municipio se queda temporalmente sin médico por permiso, conclusión del servicio social, vacaciones o incapacidad, en tanto es reemplazado, la población de esas localidades asiste a consulta al Centro de Salud de Chilapa (TT12, 2006:495-497).

La jornada laboral es de 7.5 horas que se corresponde al horario de atención (TT06, 2006:179-180). Trabajadoras como la directora, administradora y jefa de farmacia no cubren horarios específicos, generalmente sus jornadas son de casi 10 horas diarias, además de algunos fines de semana. (TT12, 2006:9-15).

El salario es variable dependiendo del tipo de código que tiene el trabajador o del programa de contratación. Los médicos perciben salarios desde \$ 3,500.00, \$ 4,000.00, \$ 6,000.00, \$ 7,000.00, y \$ 10,000.00 pesos quincenales (TT04, 2006:755-761). El personal administrativo y de intendencia gana entre \$ 2,000.00 y \$ 4,000.00 quincenales (TT06, 2006:201-224); el personal de enfermería, laboratorio y promotores comunitarios perciben salarios de \$ 4,700.00 y \$ 4,800.00 quincenales. Los médicos pasantes en servicio social reciben una beca de \$ 550,00 quincenales, mientras que las enfermeras en servicio social reciben beca de \$ 300,00 y \$ 400,00 quincenales. La forma de pago es por nómina, cheque y efectivo.

Médicos y enfermeras tienen una fuerte carga de trabajo en consulta externa, además realizan actividades de tipo administrativo como son el llenado de formatos para concentración de información estadística, formatos de uso diario y otros mensuales (TT12, 2006:983-996). Esta situación significa inversión de tiempo para la entrega de los documentos que exige la unidad (TT12, 2006:983-996). Adicional a lo anterior dedican unos dos horas al mes para dar las pláticas a los usuarios de Oportunidades, y en el caso de algunos médicos, no todos, destinan más de una hora a la semana para enseñar ejercicios, dieta, y proporcionar información a la población diabética en los grupos de autoayuda (TT12, 2006:471-476).

No hacen visitas domiciliarias por falta de personal de campo, ocasionalmente se hace a los usuarios poco comprometidos con sus citas médicas (TT04, 2006:514-538, T09, 2006:306-324). Para el personal de salud el hecho de que algunos usuarios hablan la lengua indígena náhuatl en algunas áreas rurales, es una barrera para la comunicación, cómo enseñar a los indígenas que el chicharrón, pozole, mole y tamales no son buenos para su salud, si los médicos no hablamos la lengua indígena y peor cuando no tiene interés (TT12, 2006:187-210).

En términos de productividad, el número real de consultas por médico es variable pero está por arriba de la exigida. Es frecuente que en la hoja de consulta diaria haya quienes llegan a reportar hasta 40 consultas o más por día (TT12, 2006:818-820). El promedio de consultas por día entre los cuatro médicos consultados resultó de 29.5, de los cuales el aproximadamente 10%, son diabéticos, como se muestra en el cuadro siguiente:

Cuadro No.4 Número de consultas día-médico. Centro de Salud de Chilapa, 2006.

Núcleo	No. de consultas por día	No. de consultas a diabéticos por día
Núcleo 1	25	2
Núcleo 2	38	5
Núcleo 3	30	4
Núcleo 5	25	2
Promedio	29.5	3.25

Fuente: Elaboración propia con datos del Centro de Salud de Chilapa

Lo mismo ocurre con el personal del laboratorio que tiene una amplia demanda de trabajo, cada vez atienden más programas y recibe muestras de 25 unidades que dependen la Coordinación Municipal de Salud, de los siete núcleos del centro de salud urbano, y de las comunidades de los municipio de Ahuacotzingo y Chilapa, de una comunidad del municipio de Mártir de Cuilapan y de cuatro comunidades de José Joaquín Herrera, además del trabajo que llega de médicos particulares de la ciudad (T01, 2006:155-174).

Respecto de las garantías laborales, en los últimos 10 años son pocos médicos que han conseguido trabajo en los servicios de salud, y lo han hecho de manera a través de contrato y con bajos salario (TT04, 2006:637-657, TT12, 2006:898-900). La Secretaría de Salud a través de la creación varios contratos, en cada programa aplica tabuladores distintos para el pago del personal, por ejemplo, hay algunos médicos de Oportunidades que ganan lo mismo que los trabajadores de base, y los del SP entraron ganando la mitad. Actualmente se nivelaron los salarios y ganan lo mismo que el personal de base. Sin embargo, dentro del mismo programa de Oportunidades hay subcontratos con los que se les paga menos, y tampoco cada quincena, sino cada dos meses, la gente se queda porque no hay otro lugar a donde ir (TT12, 2006:915-929).

El personal por contrato los renueva cada tres meses, hay trabajadores con 8 años de servicios renovando contrato (TT04, 2006:731-734). A estos trabajadores no se les pagar como a uno de base. La última vez que ingresó personal fue en enero de 2005 por contrato, una doctora, una enfermera y un capturista (TT04, 2006:708-710) por el SP.

Los trabajadores de base gozan de beneficios o prestaciones como son dos períodos de 15 días de vacaciones, ocho días por diversos riesgos, permisos económicos, licencias médicas e incapacidades, asistencia a cursos, el personal de base dispone de muchos días libres y los utilizan. Además de otras prestaciones como compensación por servicios eventuales, pago de tiempo extra, aguinaldo, alimentación, compensación adicional por servicios especiales, prima vacacional, ayuda cultural, estímulos y demás prestaciones establecidas en el Contrato Colectivo (TT06, 2006:201-224). Los trabajadores por contrato no gozan de todos estos beneficios, de hecho los trabajadores de contrato cubren a los de base en los períodos vacacionales de diciembre y semana santa (TT04, 2006:720-730). Actualmente el centro de salud cuenta con dos médicos que no han podido basificarse por faltan documentos o acreditación (TT04, 2006:609-624).

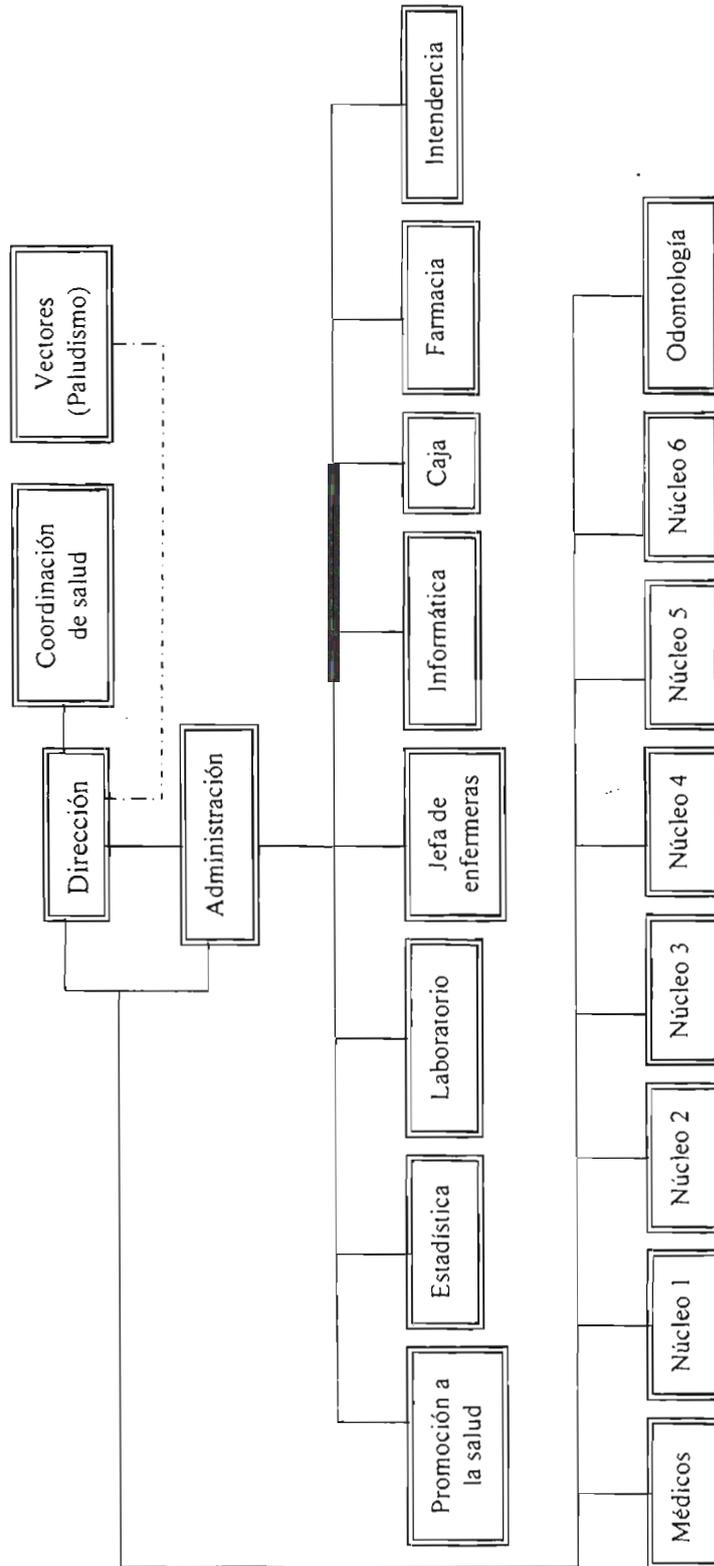
En la Secretaría de Salud todavía se da la práctica de asignar plazas a los hijos o familiares

trabajadores por jubilación, cesantía o muerte. El familiar que sule si cuenta con el mismo perfil se queda con la misma plaza y código. En caso de tener una formación distinta se le ubica en áreas más afines a su perfil, las administrativas son las más utilizadas.

Para el centro de salud el reemplazo de plazas de índole administrativa representan un problema complejo por la pérdida de personal con el perfil original de la plaza, la cual generalmente ya no se cubre (TT04, 2006:711-716, TT06, 2006:238-242). El directivo en turno cubre el espacio con el personal de que dispone (TT12, 2006: 1034-1038). Puede que se aplique el escalafón, que es lo menos frecuente, pero es un proceso lento y complicado (TT16, 2006:786-787), el resultado se notifica por oficio al nivel central (TT06, 2006:243-244).

El organigrama siguiente muestra la distribución de las áreas que a juicio nuestro conforman el Centro de Salud urbano de Chilapa, es decir no es un esquema previamente

ORGANIGRAMA DEL CENTRO DE SALUD DE CHILAPA



elaborado y retomado de la propia unidad de salud, sino que se reconstruyó a partir de la información obtenida tanto de funcionarios como de trabajadores.

No existe acuerdo en cuanto al universo poblacional que cubre el Centro de Salud de Chilapa. Según los datos oficiales de la Jurisdicción Sanitaria No. 3 Centro, es de 21,068 habitantes (TT16, 2006:369-372). Otras autoridades plantean que está constituido por más de 30,000 habitantes (TT04, 2006:132-140).

El "Diagnóstico del Centro de Salud de Chilapa elaborado por Figueroa, Directora del Centro de Salud (2006:1), se especifica que la unidad atiende a 118,000 habitantes, la misma cantidad de población universo del Hospital General. Este dato incluye al total de población abierta del municipio, más la de otros municipios cercanos como Zitlala, Ahuacotzingo, Atlixac y Tixtla (TT12, 2006:499-502).

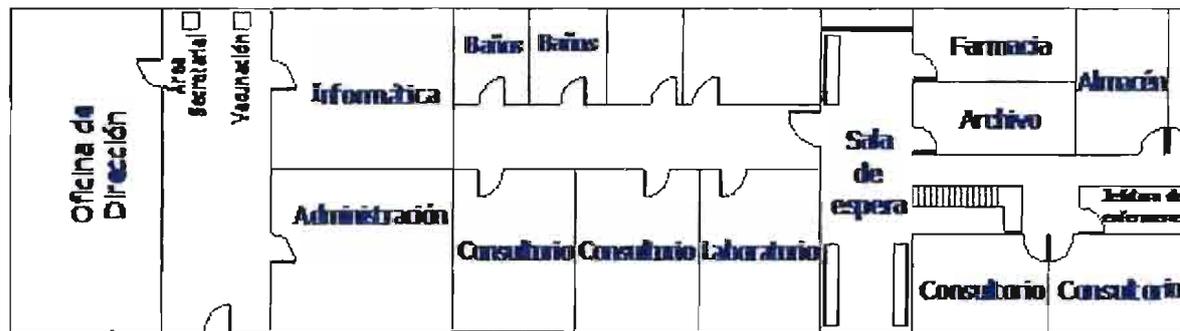
El centro de salud proporciona los servicios de consulta externa, odontología, atención al adolescente, laboratorio de análisis clínicos, certificados médicos. Adicional a lo anterior el Centro realiza acciones para la prevención y control de enfermedades producidas por vectores (TT06, 2006:53-56). Las curaciones y sueros también debían ser parte de sus servicios, sin embargo, por falta de espacio y en menor medida por falta de material, éstos no se proporcionan a la población (TT12, 2006:178-185).

Opera en dos turnos, el matutino con un horario de 8:00 a.m. a 3:30 p.m. y el turno vespertino de 2:30 p.m. a 10:00 p.m. de lunes a viernes. Los usuarios se ajustan a los horarios asignados asistiendo predominantemente durante las primeras horas en cada turno, para salir lo más pronto posible (U03, 2006:19-27, U05, 2006:23-24, U05, 2006:23-24, U07, 2006:16-18), sin embargo, en caso de necesidad de atención médica pueden asistir y ser atendidos a cualquier hora del día (U10, 2006:62-69).

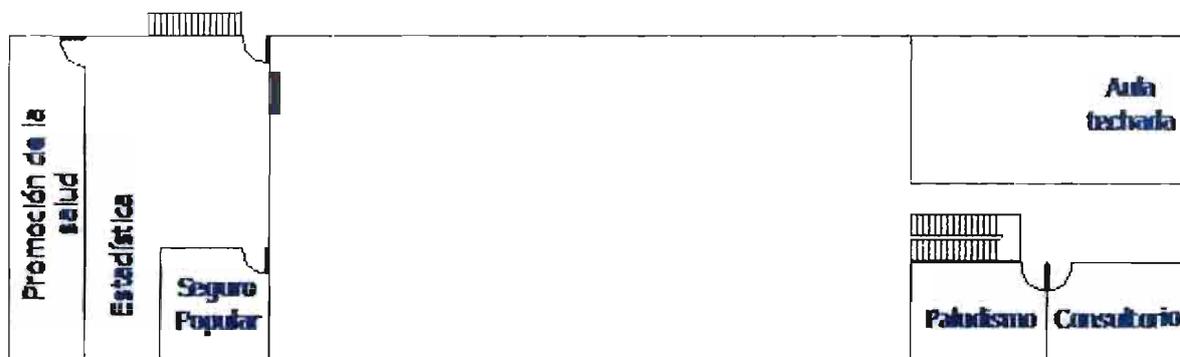
El centro cuenta con un espacio físico de aproximadamente 460 metros cuadrados, 28.8 metros de largo por 16 metros de ancho, Las áreas físicas que lo conforman son consultorios, consultorio dental enfermería y supervisión, almacén y farmacia, sala de juntas, salas de espera, laboratorio y oficinas administrativas, como se muestra en el croquis de distribución espacial.

Croquis de distribución de espacios

Centro de salud de Chilapa



Planta Baja S/E



Planta Alta S/E

Dispone de cinco consultorios muy pequeños sin distribuciones homogéneas, sin privacidad al cien por ciento porque en algunos de ellos la enfermera trabaja dentro. En los consultorios es común encontrar mobiliario como estantes para archivo, escritorio, computadora, mesa de trabajo y cama de exploración.

Las salas de espera son dos, pequeñas y saturadas porque en ellas se guardan expedientes clínicos, más bien son pequeñas bodegas, llenas de gente, con poco ventilación y se encierra el calor, cuenta con un corredor al que se le acondicionó techo, a propuesta e insistencia de los trabajadores (T02, 2006:116-122), este funciona como sala de espera de modo que algunos de los usuarios permanecen adentro pero la gran mayoría lo hace en el corredor. Existe un solo sanitario para el personal en general y los usuarios.

Estas condiciones se deben a que esta unidad comenzó siendo centro de salud con hospitalización; al dividirse en dos unidades se asignó al centro de salud solo una parte del inmueble. El espacio actual de las oficinas de la dirección y coordinación municipal de salud era bodega, la farmacia y archivo era sala de juntas, en el área de consultorios estaba la administración, un consultorio, las oficinas de gobierno y la jefatura de enfermeras. En general es un espacio no diseñado para el uso actual, es un área reacondicionada a la que se le da funcionalidad (TT06, 2006:116-130).

No hay área física para curaciones (TT12, 2006:178-185). El área de farmacia también está reducida, se necesita mayor espacio para almacenar el medicamento (TT05, 2006:106-109).

Las características que tiene el laboratorio no son de centro de salud urbano. El laboratorio es un espacio no mayor de nueve metros cuadrados, improvisado que antes era un consultorio. En él se realizan todo tipo de estudios excepto bacteriología.

Recientemente el centro de salud obtuvo 87 de 100 puntos en el proceso de acreditación en el que se evaluaron los rubros de calidad, conservación y seguridad (TT14, 2006:175-181). Sin embargo, aún con la acreditación sigue teniendo un 30% de deficiencias en cuanto a estructura, recursos humanos y materiales (T14, 2006:59-62).

La falta de espacio y el traslape de horarios entre el personal médico de los turnos matutino y vespertino genera la pérdida de una hora de trabajo para el personal vespertino, por la espera en la evacuación de los consultorios. Las enfermeras se aglomeran en áreas muy pequeñas.

De manera general la farmacia recibe el medicamento que corresponde al cuadro básico, que son distribuidos entre los 25 centros de salud de primer nivel del municipio, a excepción de la papilla o un complemento nutricional cuya dotación es únicamente para la población de la ciudad de Chilapa (TT05, 2006: 270-273). La farmacia surte un promedio de 25 recetas diarias (TT05, 2006:159-161), de las cuales el 32% corresponden a usuarios diabéticos (TT05, 2006:162-163). El área recibe de 700 a 800 cajas de gibenclamida y un promedio de metformina cada mes (TT05, 2006:123-126) ambos medicamentos son para diabéticos. La insulina que se recibe es suficiente porque son pocos los usuarios insulinodependientes (TT12, 2006:440-456).

Mediante observación directa nos fue posible constatar el día 19 de septiembre del 2006

que existe un problema severo en el abasto de medicamento, aunque no de glibenclamida para el caso de los diabéticos, sino de medicamentos para el resto de padecimientos. La observación se realizó durante un lapso de 3 horas continuas en el turno matutino y 3 horas en el vespertino durante el horario de servicio, en esa ocasión del total de usuarios que acudieron a solicitar su medicamento no recibieron absolutamente nada, ni siquiera vitaminas.

En el centro de salud hay dos básculas, siete baumanómetros, siete estetoscopios y cinco glucometros (TT06, 2006:134-136). Esto implica que el instrumental médico es compartido por todos núcleos, y además no se encuentran en las mejores condiciones.



A excepción de un núcleo, todos tienen glucometro, se dice que por descuido uno se extravió, situación que no se justifica a nivel estatal y es obligación del personal del núcleo de recuperación (TT04, 2006:305-315). Varios de los estetoscopios son propiedad de los médicos y de las enfermeras, esta situación se considera adecuada, el argumento es que cuando un trabajador se contrata lo ideal es llevar su estetoscopio, además de que es beneficioso para evitar problemas auditivos o de contaminación (TT04, 2006:316-322). Los baumanómetros son muy antiguos, de acuerdo a la vida útil de estos aparatos son obsoletos (TT04, 2006:305-315).

Hace dos años fue la última vez que se recibió equipo del programa federal (TT04, 2006:303-304). La reparación, reposición y dotación de cualquiera de estos instrumentos es responsabilidad de la Jurisdicción Sanitaria pero es un proceso burocrático que implica esperas que van de 20 días a un mes cuando son rápidas (TT06, 2006:150-155), o pueden tardar hasta un año la devolución de un instrumento o equipo (T13, 2006:164-172).

En lo que se refiere a tira reactiva para determinar glucosa capilar, la Jurisdicción Sanitaria

no está entregando la cantidad suficiente para la toma de muestras mensuales” (TT04, 2006:333-336). “Es frecuente que el centro de salud tarde hasta dos meses sin tira y sin material para la toma de las muestras” (TT06, 2006:162-167).

Durante nuestras visitas al centro de salud entre los meses de junio a septiembre del 2006, la unidad recibió 300 tiras para dos meses (TT12, 2006:431-439). Cantidad insuficiente para cubrir la demanda de usuarios en control dado que cada núcleo cuenta con más de 30 usuarios diabéticos, y al no haber tira no se toman las muestras. (TT06, 2006:162-167, TT16, 2006:401-404).

El programa de tuberculosis durante casi un año no ha tenido vasos para la filoscopia (TT12, 2006: 178-185). Tampoco hay condiciones para la toma de muestras de papanicolaou, no hay un área específica para tomarlas, cada médico lo hace en su pequeño consultorio, sin material suficiente como guantes por ejemplo (TT12, 2006:166-173).

Desde hace aproximadamente 10 o 12 años la consulta externa se encuentra organizada por núcleos básicos, lo que significa que dependiendo del lugar de residencia del usuario, se determina el modulo donde va a recibir la atención, con ello se logra mayor control y seguimiento de sus padecimientos. Anteriormente, la población que llegaba al centro era atendida por el médico que estuviese disponible (TT16, 2006:372-377).

El centro de salud cuenta con siete núcleos básicos, seis designados a consulta externa y uno para la atención de los adolescentes. Cada núcleo está integrado por un médico y una enfermera. Los núcleos son responsables de la atención de la población residente de un determinado número de barrios, colonias y localidades.

El espacio físico para la atención médica por núcleo es el consultorio. Cuatro núcleos de consulta externa operan en el turno matutino y dos más en el vespertino. El núcleo de atención a adolescentes funciona en el matutino. Los seis núcleos de consulta externa atienden usuarios por diabetes, siempre por el mismo médico (TT12, 2006:211-235). El número de colonias, barrios y localidades registradas de donde acude la población a atención médica fueron 74. El cuadro No. 5 muestra la asignación de cada una de ellas por cada uno de los seis núcleos.

Cuadro No. 5. Distribución de barrios y colonias por núcleo en el Centro de Salud Chilapa, 2006.

Núcleo 1	Núcleo 2	Núcleo 3	Núcleo 4	Núcleo 5	Núcleo 6
L. El Tecolote	C. El Calvario y B. calvario	B. Dulce Nombre	B. La villa	B. San Juan	C. Vista Hermosa
L. San Rafael	C. Fracc. Popular	B. Santa Gertrudis	C. Jaboncillo	B. San José	C. La Candelaria
C. Campo de Aviación	C. Jacarandas	C. Miguel Hidalgo	C. La Joya	L. Santa Ana	C. Los Sauces
C. Centro	C. Las Palmas	C. 7 de Noviembre	C. Loma Linda	L. Ámate Amarillo	C. Nuevo Milenio
C. Los Pinos,	C. Popular	C. Colosio	C. Los Ángeles	L. Xochimilco	C. Solidaridad

Ampliación y Ampliación					
C. El Pedregal	L. Aczacatla	C. CONASEP	C. Claveles		C. El Ajal
C. El Zoyotal	L. El Paraíso	C. Emperador Cuahutemoc	C. Nuevo Amanecer		C. Emiliano Zapata
C. Jardines	L. Flor Morada	C. Eucaria Apreza	L. Barranca Honda		C. Lázaro Cárdenas
C. Rubén Figueroa	L. La Providencia	C. Esmeralda	L. Coaquimixco		C. Fracc. La Mira
C. La Ciénega	L. Zinenezintla	C. Municipio Libre	L. El Peral		C. Libertad
C. La Muralla y Ampliación		C. Quovadis	L. Rancho Coaquimixco		C. Las Lomas
L. Ajacayan		L. Agua Zarca	L. Tenexatlajco		C. Los Manantiales
L. El Terrero		L. Lamazintla			C. Progreso
C. El Mirador		L. Tepozonalco			C. Vicente Guerrero
B. San Francisco		L. Papaxtla			C. Tecoaatl
					B. San Antonio
					C. Valle Verde
(L) Localidades	5 Localidades	4 Localidades	5 Localidades	3 Localidades	1 Barrio
(B) Barrio	5 Colonias	2 Barrios	1 Barrio	2 Barrios	16 colonias
(C) Colonias		9 Colonias	6 Colonias		
7 Barrios, 47 colonias 20 Localidades TOTAL= 74					

Fuente: Elaboración propia con información proporcionado en el Centro de Salud de Chilapa.

Aun cuando el centro de salud ya se acreditó, “el tiempo de espera para recibir consulta no alcanzó el puntaje para calificar” (TT04, 2006:589-593). Para conocer el tiempo de espera real observamos seis casos desde el momento de su llegada al centro de salud hasta su retirada, tres del turno matutino y tres del vespertino. El tiempo mínimo contabilizado fue de 50 minutos y el máximo tres horas con 45 minutos, esta última fue una usuaria de Oportunidades que después de esa larga espera se retiró sin pasar a consulta. Para los otros cuatro casos el tiempo fue de 1 hora con 30 minutos. El tiempo promedio que obtuvimos es **dos horas con veinte minutos**.

La duración de la consulta es un indicador variable, según se trata de un usuario subsiguiente o de primera vez. En este aspecto, de los seis casos observados se encontró un caso con tiempo record de dos minutos en consulta y otro con un máximo de 20 minutos, para los 4 restantes el tiempo fue de 11 y 18 minutos, dos y dos respectivamente. Excluyendo el caso de tiempo mínimo, el promedio de tiempo en consulta fue de 16.3 minutos, que sumados al de espera nos dan un tiempo mínimo de permanecía en el centro de salud de poco mas de una hora y cuatro horas para el máximo.

De igual manera los tiempos de traslado son muy variables, la mayoría de la población que acude al Centro de Salud de Chilapa vive en los barrios y colonias de la ciudad. Otros residen en localidades cercanas algunas ubicadas entre 10 a 20 minutos de distancia usando

transporte colectivo, sin embargo, también asisten habitantes de comunidades como Mezcalzingo que queda como a cuatro horas de distancia viajando en camión (TT05, 2006: 88-92) y Mezcaltepec II a cinco horas, cuyos habitantes acuden ocasionalmente (T01, 2006:194-197).

El tiempo de espera para recibir consulta externa de especialidad es de tres a 10 días porque el hospital no dispone de médico internista; la cita se solicita en el Hospital General de Chilpancingo; la consulta se da en la medida en que haya disponibilidad. El costo de la consulta en el Hospital General de Chilpancingo es de \$ 35,00 pesos que sumados al costo del traslado desde Chilapa o las localidades de origen a la ciudad de Chilpancingo es aproximadamente de \$ 120,00 pesos, sin incluir alimentos, mas se requiere invertir un día completo.

El tiempo espera de un usuario para recibir los resultados de sus exámenes de laboratorio es de por lo menos medio día, las muestras se toman por la mañana entre las ocho y 10, el resultado se entrega después de las tres de la tarde de lunes a viernes (T01, 2006:175-180).

El centro de salud no cuenta con servicio en fin de semana por insuficiencia de personal. Cuando un usuario requiere atención médica en fin de semana acude al Hospital General (TT12, 2006:254-256) que tiene servicio las 24 horas, siempre y cuando se trate de una agencia calificada, o en su defecto con médicos particulares (TT04, 2006:259-266, T13, 2006:62-65).

Financiamiento.

Actualmente la fuente de financiamiento del centro de salud es la Jurisdicción Sanitaria No. 3. Centro es la responsable de otorgar los recursos tanto para el pago de la nómina como de todos los requerimientos en insumos, materiales, equipo y recursos humanos, que se solicitan directamente por oficio y se reciben en especie (TT06, 2006:85-97); son gestiones tardadas (TT16, 2006:245-253) y a veces sin solución.

Antes del 2005 cada unidad manejaba sus propios ingresos por cuotas, con la recaudación se podía comprar equipo médico, reactivos, papelería, productos de limpieza, e incluso pagar personal, dependiendo de los ingresos así eran las adquisiciones. Los ingresos por cuotas durante los primeros meses del 2006 fueron en promedio de \$ 1,000.00 pesos diarios, monto que se deposita íntegramente en una cuenta a la Jurisdicción Sanitaria (TT06, 2006:99-102). Entre junio o julio del 2005 comenzaron a restringirles el manejo de cuotas, y desde el 2006 definitivamente se suspendió, de modo que el centro de salud ya no puede hacer ninguna compra (TT06, 2006: 85-97).

Según la administración el centro de salud no cuenta con un presupuesto propio, dispone exclusivamente de un fondo revolvente muy limitado de \$ 3,400,00 semanales que suministra la Jurisdicción Sanitaria (TT12, 2006:325-333) para gastos emergentes como viáticos para el trabajo comunitario del personal de enfermería, material de limpieza y oficina. El monto del fondo revolvente es fijo independientemente de la cantidad que el centro de salud recauda por cuotas (TT12, 2006:319-323).

Desde el nivel estatal no hay una asignación presupuestal a nivel de Jurisdicción Sanitaria para programas como del "Adulto y Adulto Mayor" del cual depende diabetes e hipertensión, mucho menos a nivel municipal. Hace cuatro años a nivel estatal había 3,600

diabéticos y se disponía de un presupuesto de cuatro millones de pesos anuales, ahora hay 12 mil y los mismos cuatro millones de pesos (TT16, 2006:195-228). El programa depende del suministro de materiales asignados a nivel estatal así como de algún recurso que se le canaliza de otros programas (TT16, 2006:221-227).

Como productos de gestiones propias que realizan las autoridades del centro de salud con diputados, damas voluntarias, personas y organizaciones no gubernamentales, ha recibido apoyos o donaciones en especie como meriendas o cenas, sillas y mesas plegables para consulta externa, la construcción de una rampa y apoyos para el traslado de usuarios a comunidades (TT12, 2006:338-349). El H. Ayuntamiento aporta recursos del ramo 33 para proyectos específicos a través de la contratación de personal eventual por trienio o mediante el pago de los servicios como agua, luz o teléfono (TT16, 2006:282-289).

Otras aportaciones las realizan los propios trabajadores, específicamente para la organización de eventos, dadas las limitaciones permanentes de carácter financiero (TT16, 2006:233-243).

El costo de la atención para cualquier usuario es de 30 pesos e incluye la consulta y el medicamento (TT05, 2006:237-239). La población abierta que padece diabetes mellitus no paga cuota de recuperación (TT06, 2006:70-74), paga solo la primera vez; a partir de la confirmación del padecimiento dejan de pagar (TT05, 2006:234-236) las consultas de control independientemente de la edad y condición económica.

Lo que el usuario diabético tiene que cubrir es el costo de las pruebas de laboratorio y gabinete que se les practican cada tres meses o a juicio del médico, cuyo costo aproximado es de \$ 350,00 pesos, así como los gastos de hospitalización, intervenciones quirúrgicas y medicamentos en caso de ser referidos al Hospital General (TT04, 2006:539-547).

Las estrategias de las que los usuarios reciben atención médica.

El centro de salud brinda atención a la población en general y a la diabética a través de tres estrategias y/o programas: Oportunidades (antes Progresá), Seguro Popular y el Programa Normal de atención a población abierta (TT06, 2006:15-21).

Población Abierta.

El programa de atención a población abierta es considerado como el “programa normal” (TT16, 2006:417-419) o general (TT04, 2006:10-14) de operación del centro de salud.

Según la información obtenida de las entrevistas realizadas a los directivos, médicos y enfermeras, el paciente de la población abierta acude al centro de salud cada vez que lo necesita o lo considera conveniente, se ajusta a los horarios de servicio y pagan la cuota de recuperación por las intervenciones que recibe del paquete básico de servicios, integrado por 14 intervenciones y 90 acciones (TT05, 2006:237-239). El tipo de medicamento al que tiene acceso es exclusivamente el del cuadro básico correspondiente al primer nivel. En caso de requerir algún otro medicamento o cuando no se le suministra por desabasto, el usuario tiene que comprarlo y generalmente lo hace en Farmacias de Similares. El tratamiento para diabéticos para un mes, vale aproximadamente \$ 50.00 pesos.

Respecto a las pruebas de laboratorio y de gabinete, cuando le son solicitadas, el usuario tiene que pagarlas ya sea en el propio centro de salud, en el Hospital General o con particulares, al igual que cualquier cirugía, intervención u hospitalización de segundo nivel.

Programa Oportunidades.

En el centro de salud Oportunidades comenzó a operar en el año 2002, hace aproximadamente cuatro años (TT04, 2006:15-18).

La temporalidad de incorporación de los usuarios al programa es variables, van de dos a cuatro años (U09, 2006:17-18, U02, 2006:13-14, U05, 2006:11-14, U06, 2006:12-13, U09, 2006:10-11, U10, 2006:9-10).

Oportunidades es un programa que ofrece varias ventajas: 1) las familias reciben un apoyo económico bimensualmente en función de si los hijos estudian, o de si la madre o la titular del programa es una adulta mayor; es realmente una especie de mini pensión de \$360.00 pesos. 2) La población usuaria está obligada a acudir tanto a las citas médicas para la atención de sus padecimientos, como a las pláticas mensuales. Según los médicos este hecho los convierte en un tipo de población cautiva, que para el caso de la diabetes e hipertensión es benéfico al posibilitar la aplicación del cuestionario de factores de riesgo, de hacer la detección oportuna y de un mejor control en los usuarios (TT12, 2006:853-868).

Las desventajas son: 1) garantiza exclusivamente servicios médicos en primer nivel de atención, de manera que si alguna paciente de Oportunidades necesita una cesárea, se le opera, o cualquier otra cirugía o intervención que requiera internamiento u hospitalización (TT12, 2006:114-124), porque este tipo de procedimientos corresponde al segundo nivel de atención, 2) según el personal de salud “fomenta la dependencia y la creencia de que el gobierno tiene la obligación de mantenerlos” (TT12, 2006:94-113), y 3) Al incluir solo a algunos, excluye a otros.

En este caso, el procedimiento descrito por los usuarios para ingresar al programa es a través de un censo que se realizó en las comisarias o directamente en las localidades (U09, 2006:19-20), ahí se proporcionaron los datos de todos los miembros de la familia, hermanos, padres, esposo e hijos, con ello se determinó quien ingresa (U06, 2006:16-21); para la inscripción se solicitan documentos como el acta de nacimiento (U06, 2006:23-24).

A través de Oportunidades 2,429 familias reciben atención médica en el Centro de Salud de Chilapa, estas familias representan alrededor de 12,145 personas, es decir, el 13% de la población abierta a nivel municipal y casi el 40.5% de la población abierta de la ciudad de Chilapa.

Para la atención de los usuarios en el Centro de Salud de Chilapa Oportunidades ofrece únicamente paquete básico de servicios de salud integrado por las 14 intervenciones y 90 acciones. El procedimiento para la atención de estos usuarios es que los médicos elaboran una carta programática señalando las fechas en que deben acudir a sus consultas de acuerdo a la edad del paciente. En ocasiones se cita a los usuarios con horario pero prácticamente no se cumple debido a que se recibe a toda la población abierta, e incluso a beneficiarios de la seguridad social (TT04, 2006:117-131).

Los niños que van a control de peso y talla deben acudir mensualmente, si los bebés o niños se encuentran con bajo peso reciben entre cinco y 12 bolsas de complemento nutricional en forma de papilla (Nutrisano). Cada bolsa rinde para preparar seis porciones. Las personas de la tercera edad deben de acudir una vez al año, si no tienen alguna patología, si la tuvieran deben de acudir mensualmente de acuerdo al padecimiento. Las mujeres embarazadas después de 20 semanas de gestación deben acudir mensualmente, y a partir de la semana 34 a 36 las visitas médicas se hacen quincenal o semanalmente (TT04, 2006:117-131).



Por los usuarios de Oportunidades, además de acudir a las citas médicas, reciben una planca mensual. De la asistencia a ambas actividades depende mantenerse en el programa. Cualquier inasistencia es reportada por el personal de salud. Una falta significa un descuento del 50% del apoyo económico que reciben por familia, dos faltas implican el descuento del 100% y con tres faltas son dados de baja del programa.

Para el personal, Oportunidades ha contribuido a mejorar las condiciones de trabajo al incrementar 15 plazas (TT06, 2006:322-325), siete para enfermeras y ocho para médicos generales (TT06, 2006:326-328). También ha significado mayor carga de trabajo para el personal de salud porque el programa es diferente al programa normal, requieren controles y informes diferentes (TT05, 2006:167-171). Se estima que el trabajo para los médicos se incrementó entre doble y lo triple (TT12, 2006:853-868) con este y otros programas.

El Seguro Popular (SP).

En Guerrero el Seguro Popular comenzó a operar en el año 2004, concretamente para el caso de Chilapa entró en vigencia a partir del primero de julio del 2004 (TT15, 2006:13-15).

Dado que desde su puesta en operación la entidad no contaba con unidades en condiciones

La acreditación, el proceso se está haciendo al revés, primero se incorporan familias al SP en las unidades médicas, y con los recursos que se reciben se generan las condiciones para la acreditación de los servicios (TT15, 2006:62-87).

El municipio de Chilapa hasta ahora cuenta con cuatro unidades incorporadas al SP (TT04, 2006:65-84), tres rurales Nejapa, Atzacaloya, Santa Catarina y el Centro de Salud urbano de Chilapa (TT06, 2006:109-112).

A pesar de la acreditación el Centro de Salud de Chilapa sigue teniendo deficiencias entre un 20 y 30% en cuanto a estructura, recursos humanos y materiales (TT14, 2006:59-62), subroga servicios o se envían a los afiliados del SP a otro hospital (TT14, 2006:63-65). El tiempo promedio de espera para recibir consulta es el mismo que para otro usuario de cualquier otro programa, dos horas con veinte minutos (TT14, 2006:245-250).

Desde su inicio a la fecha no se ha constituido en la entidad el Régimen Estatal de Protección Social, por lo que se creó dentro de la estructura de la Secretaría de Salud una Dirección Estatal de Protección Social en Salud y dentro de ella una Subdirección de Operación y afiliación, ambas con oficinas ubicadas en las instalaciones de la Secretaría de Salud en la ciudad de Chilpancingo.

El SP cuenta con un módulo de atención y orientación (MAO) ubicado en el Centro de Salud de Chilapa, cuando la mayoría de los módulos se ubican en los hospitales (TT14, 2006:31-33). El MAO hace la función de enlace entre el Hospital General y el centro de salud (TT06, 2006:26-30). Su horario de servicio es similar a las dos unidades médicas mencionadas, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes y una jornada de seis horas los sábados (TT15, 2006:53-62), depende administrativamente de la Dirección Estatal de Protección Social en Salud (TT15, 2006:178-221).

De acuerdo con la información proporcionada por la Subdirección de Operación y Afiliación, en el municipio de Chilapa hasta octubre del 2006 se habían afiliado alrededor de 13,000 familias que, casi en su totalidad proceden de Oportunidades (TT15, 2006:37-42). Esto significa que tienen el servicio gratuito. Con respecto al centro de salud hasta mayo del 2006 se afiliaron 3,084 familias las cuales representan al 16% de la población abierta municipal y 49.3% a nivel de la ciudad. El propósito de las autoridades estatales es que en lo que resta del año 2006 y en los primeros meses del año 2007 se afilie al 100% de las familias de Oportunidades para continuar posteriormente con otras poblaciones (TT15, 2006:120-124).

Refiere la responsable del MAO que la afiliación al SP no es un proceso permanente sino que se hace por períodos con cierta temporalidad (TT14, 2006:396-398). En el centro de salud la meta de afiliación del año 2005 fue tres mil familias (TT14, 2006:51-57). Se lograron afiliar tres mil ochenta y cuatro (TT14, 2006:254-258).

La promoción para la afiliación al SP la hace el mismo personal de salud (U01, 2006:17-23). Para la afiliación de las familias les requieren documentos como: acta de nacimiento, CURP, credencial para votar y comprobante de domicilio (U01, 2006:17-23).

El proceso de afiliación en Chilapa ha pasado por varios momentos. Refiere el personal de salud que las primeras incorporaciones se promovieron con la obligatoriedad de cubrir la aportación mínima de \$ 640.00 pesos anuales por familia para todos los interesados. Sin embargo, durante los periodos posteriores de afiliación esta obligatoriedad se eliminó y la

mayoría de las nuevas familias ingresaron de manera gratuita (TT12, 2006:125-130). Hasta mayo del 2006 solo había 28 asegurados ubicados en el decil tres, por lo que su pago efectivamente correspondió a los \$ 640.00 pesos anuales por familia (TT14, 2006:264-269).

El SP funciona como una aseguradora que paga la atención por paciente. En el centro de salud los usuarios reciben las intervenciones contenidas en el paquete básico de servicios de salud de 14 intervenciones y 90 acciones. El SP tiene la obligación de dar al usuario el medicamento que el médico le recete (TT04, 2006:19-27), siempre y cuando este incluido en el catálogo o CASES (TT14, 2006:12-23). El usuario tiene el derecho de preguntar en el módulo si está disponible el medicamento, pues el catálogo es limitado (TT14, 2006:440-441, TT12, 2006:94-113).

Para la población diabética que se incorpora al SP a diferencia de Oportunidades y Población Abierta puede estar obligada a cubrir la aportación dependiendo de cómo se realice la afiliación. Es decir, si de acuerdo con el estudio socioeconómico una persona adulta diabética alcanza el decil 3 o más, paga en monto que le fijen, si una persona en el decil tres o mayor se registra como familiar (adulto mayor con diabetes) también paga, ambas reciben servicio por la misma aportación, en cambio si el adulto mayor acude solo a registrarse, dice tener casa propia pero vive solo, no cubre la aportación (TT14, 2006:334-338) su afiliación es gratuita.

La diferencia del medicamento del SP con Oportunidades y Población Abierta es que sus claves son distintas. El catálogo de CASES incluye medicamentos del cuadro básico pero también algunos que corresponden al segundo y tercer nivel (TT05, 2006:37-38). La persona que adquiere SP tiene la opción de medicamento que no puede dar la Secretaría, se dice que son medicamentos más caros (TT05, 2006:43-46). Si embargo, se observó que la gente se queja porque tiene que comprar medicamentos, no creen que no estén incluidos (TT14, 2006:431-439).

Lo mismo ocurre con las pruebas de laboratorio y de gabinete, cuando un usuario requiere algún estudio y el centro de salud no lo tiene, el SP remite a los usuarios al Hospital General o en su defecto con particulares (TT04, 2006:30-33, TT06, 2006:27-34, T12, 2006:94-113), con cargo al SP. En esencia la ventaja del SP es que se tiene atención médica de primero y segundo nivel, la diferencia es que el costo en segundo nivel es asumido por el SP para sus afiliados (TT04, 2006:548-550).

Se supervisa que el asegurado reciba los servicios y los medicamentos incluidos en los catálogos, en caso de que el usuario ya tenga un año con el aseguramiento, es obligatoria su afiliación al igual que todos los miembros de la familia para seguir utilizando el servicio. En caso de que algún miembro no haya entregado la CURP o acta de nacimiento, o cualquiera de los documentos requeridos, el SP no lo considera como inscrito, por lo tanto no puede recibir el servicio, sin excepción de persona alguna (TT14, 2006:159-171).

Las aportaciones provenientes del SP son destinadas a las unidades médicas en función del número de familias afiliadas; del total de recursos federales y estatales por familia el 60% se envía al Hospital General de Chilapa y el 40% restante al centro de salud. A los hospitales el recurso les llega directamente porque no dependen de las Jurisdicciones Sanitarias.

Los centros de salud para acceder a ese 40%, deben, junto con la Jurisdicción Sanitaria a través de los mecanismos que establezcan, elaborar un programa de gastos que contempla

cuatro rubros fundamentales: recursos humanos, insumos y medicamentos, el equipo e instrumental médico y mantenimiento. El primer programa de gasto tiene que estar dirigido a la certificación, porque no hay otro modo de hacerlo, no hay quien financie un quinto, la única fuente de financiamiento es el SP (TT15, 2006:125-132). Las oficinas centrales del SP se encargan de vigilar que el programa de gasto esté dirigido a la calidad, e incluso a la certificación (TT15, 2006:63-88).

El recurso que corresponde a cada centro de salud puede junto con la Jurisdicción Sanitaria distribuirlo como consideren pertinente (TT15, 2006:63-88). De manera que dentro un programa de gasto es posible destinar en el rubro de mantenimiento, recurso para el pago de servicios como es energía eléctrica, agua y teléfono. El programa de gasto avalado por la Jurisdicción Sanitaria pasa al área técnica que se encarga de su revisión para que los requerimientos en cuanto a equipo e instrumental médico contengan las especificaciones necesarias, a partir de ahí se preparan los expedientes técnicos y se procede a la compra (TT15, 2006:178-221).

Con los recursos del SP se están equipando las unidades, los recursos vienen etiquetados para cada unidad, o si se trata de algún equipo también viene con designación específica para las unidades. Así ha ocurrido con las recientemente recibidas básculas de piso, las mesas de expulsión, negatoscopios y computadoras para llevar el expediente clínico, mobiliario nuevo y pintura de algunas de las unidades incorporadas al SP en el municipio (TT12, 2006:325-333, 871-877).

El monto asignado a la Jurisdicción Sanitaria No 3 Centro por el SP en el 2005, fue de cerca de seis millones de pesos que se distribuyeron entre los centros de salud y hospitales incorporados. Respecto a las aportaciones que cubren las familias en las unidades médicas, los módulos las depositan a la cuenta de las oficinas centrales a nivel estatal. El monto de las aportaciones familiares en el 2005 realmente fue mínimo, alcanzó la cantidad de \$16,500.00 (TT14, 2006:357-364), porque para la mayoría de los afiliados en Chilapa el Seguro es gratuito (TT14, 2006:66-77).

En cuanto a los recursos humanos contratados por el SP las incorporaciones más recientes de trabajadores el centro de salud tienen dos años, antes del cambio de gobierno. Estos trabajadores realizan dos tipos de funciones: 1) Personal relacionado directamente con la atención del usuario en las unidades médicas y que de acuerdo a las normas del programa pueden ser médicos, médicos especialistas, enfermeras, odontólogos o alguna trabajadora social cuyo salario se carga al rubro de recursos humanos del programa anual de gasto de cada unidad (TT15, 2006:178-221). A partir de la contratación son considerados como trabajadores del estado. 2) Los trabajadores ubicados en los MAO (Módulo de Atención y Orientación) que dependen directamente de las oficinas centrales a nivel estatal, realizan las labores administrativas de afiliación, gestión y orientación al usuario respecto a los servicios y medicamentos a que tienen derecho los usuarios en el SP. Ambos tipos de trabajadores están por contrato.

El MAO de Chilapa cuenta con 3 trabajadores por contrato (TT14, 2006:386-387), cubren una jornada de 7.5 horas diarias (TT14, 2006:415-416). Una médica gestor que orienta al asegurado, atiende las quejas y busca reacomodos en urgencias del hospital o al final de la consulta en el centro de salud cuando por alguna razón el asegurado llega tarde (TT14, 2006:225-240). La responsable de realizar en el módulo la inscripción de derechohabientes,

captura los datos directamente en el sistema enlazado vía Internet de todos los miembros de la familia, asigna los folios a quien tiene derecho y se encarga de la papelería, ambas en el turno matutino (TT14, 2006:12-23). En el turno vespertino una responsable de concentrar y distribuir el medicamento en horario de 14:00 a 20:00 horas, que además conserva en archivero la documentación del módulo (TT14, 2006:223-224). Estos trabajadores refieren estar satisfechos con su pago al ser por contrato (TT14, 2006:417-418).

Dado que el MAO del SP cuenta con un área de distribución de medicamento y el centro de salud tiene farmacia general, la dotación de medicamento del SP no sólo se hace en su propio módulo, sino que reciben medicamento de la farmacia del centro de salud. Este hecho representa para los trabajadores de farmacia, refiere la responsable, un incremento en la carga de trabajo porque cada estrategia es diferente, tienen controles diferentes, se manejan tres informes diferentes (TT05, 2006:167-171). Por ejemplo, al mandar el SP una dotación de medicamento se tienen que comprobar, puesto que tienen sus propios mecanismos de supervisión y control, para Oportunidades y Población Abierta abastece la Jurisdicción Sanitaria (TT05, 2006:26-29) y se le comprueba con otras formas.

Con la incorporación de estas tres modalidades, declaran los médicos que su trabajo se incrementó, ahora además de dar consulta dedican parte de la jornada al llenado de los formatos de Oportunidades, SP y del programa normal, e información estadística que cada uno requiere (TT12, 2006:853-868).

Existe rigidez y verticalidad en cuanto al manejo de estas estrategias en la unidad, aun cuando el director como máxima autoridad en salud a nivel municipal goza de ciertas libertades que le permiten tomar decisiones respecto a la organización del servicio, por ejemplo le es posible hacer cambios sobre el manejo de materiales, movimientos de personal entre unidades y turnos, o de aspectos que permitan fortalecer la unidad de acuerdo con las necesidades del servicio (TT12, 2006: 28-42). Las que no son posibles de tomar son las de índole económico las cuales deber previamente ser avaladas, y de manera general todas las decisiones por lo menos son informadas al jefe jurisdiccional (TT16, 2006:258-268). Para los directivos del centro de salud estas acciones implican modificaciones en la forma de operar puesto antes todo dependía en absoluto de la Jurisdicción Sanitaria y las coordinaciones municipales solo acataban las disposiciones (TT12, 2006:59-63).

Respecto a programas como el de crónico degenerativas no son elaborados a nivel municipal con base en sus necesidades, fundamentalmente porque no existe presupuesto para llevarlo a cabo. De elaborarse tendrían que someterse a cabildo para su aprobación, desafortunadamente el municipio no dispone de otros recursos que los del ramo 33 que, aunque incluyen una partida para salud es insuficiente para presente programas de todos los padecimientos (TT16, 2006:112-1121).

Para la jefatura jurisdiccional del programa de crónico degenerativas, la dedicación a tareas de planeación y operatividad del este programa implica una carga adicional a las atención del núcleo básico en el centro de salud, máxime que es extenso y requiere de mucho tiempo (TT16, 2006:145-151). En cuanto a las metas del programa de crónico generativas se logró un cumplimiento del 70% en cuanto a la meta de detecciones, se lograron hacer 22,500 (TT16, 2006:156-159). Ha sido en todos los centros de salud ubicados en cabeceras municipales donde no se alcanzan las metas, el problema es que no hay suficiente personal

para poder cumplirlas en el resto de las poblaciones (TT16, 2006:160-170).

Para la jefa de farmacia otra forma de observar el cumplimiento de las metas y objetivos de los programas de atención primaria es en el consumo de medicamento, es un indicador que muestra la asistencia a consulta por parte de la población (TT06, 2006:42-46).

En el Centro de Salud de Chilapa los servicios se ofertan a todos los usuarios, sean de Seguro Popular, Oportunidades o Población Abierta son los que corresponden al PBSS (TT12, 2006:64-91). La calidad de la atención es la misma, y para usuarios diabéticos también es igual la dotación de medicamento (TT05, 2006:15-18).

Representación de la enfermedad y aplicación de la Norma Técnica.

La diabetes es un padecimiento crónico-degenerativo que a mayor edad, mayor riesgo de desencadenarse. Es una enfermedad multifactorial en aumento que en las estadísticas de la entidad aumentó en sólo cuatro años de 3,600 diabéticos a más de 12,000. Está relacionada con factores genéticos, los hijos de un diabético tienen alto riesgo de padecerla, el sobre peso y el sedentarismo, la falta de ejercicio físico, la ingesta de alimentos refinados y con alto contenido de azúcar, grasas de origen animal, así como los denominados alimentos chatarra, son también factores desencadenantes (TT17, 2006:28-69).

Es una enfermedad incurable (T03, 2006:115-122), pero controlable, con la que se puede tener la esperanza de vivir 75 años como cualquier mexicano, pues todos tenemos limitaciones. Sin embargo si el usuario no se controla, se descompensa rápidamente puede presentar severos daños orgánicos en los riñones, vista, corazón, presión arterial, entre más altos son los niveles de azúcar más daño provoca en estos órganos, causando ceguera, insuficiencia renal, cardiopatías, arteriosclerosis, neuropatías e infartos (TT17, 2006:28-69).

De acuerdo con los datos del informe de actividades de consulta externa del Centro de Salud de Chilapa correspondiente al año 2005, se otorgaron 9,472 consultas subsecuentes a usuarios con edades de 20 a mayores de 60 años, de éstas el 29% (2,747 consultas) corresponden a enfermedades crónico degenerativas. El universo poblacional de diabéticos para el mismo año de referencia se constituyó por 351 usuarios registrados con atención médica que, en relación con la población probablemente diabética son muy pocos. Para 2006 se supone incrementaría el número de usuarios diabéticos con respecto al 2005, sin embargo, de acuerdo con los datos de la Jurisdicción Sanitaria la población diabética con atención médica en el 2006 disminuyó a 291 casos, 60 casos menos.

Como la base fundamental de consulta externa debe ser la aplicación de los procedimientos establecidos en la NOM técnica para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo II no insulina dependiente, se buscó en primera instancia conocer el número de trabajadores y la proporción en cuanto al manejo y aplicación del contenido de la NOM en su labor cotidiana. De los 17 trabajadores de la salud entrevistados, ocho funcionarios, cuatro médicos, cuatro enfermeras y un responsable de laboratorio, sólo el 35.3% afirmó conocer la NOM técnica. De los médicos tres de cuatro entrevistados dicen conocerla y utilizar entre un 70 y 80% de su contenido. Para las enfermeras y personal de laboratorio además de no conocerla refieren que es una herramienta de uso exclusivo para el médico. Y los funcionarios por la naturaleza administrativa de sus actividades, lo consideran un

...mento no necesario.

El aspecto central de la atención es la capacitación que recibe el personal para manejar los procedimientos normados, aunque el personal cuenta con los conocimientos básicos en diabetes (T03, 2006:286-289), se reconoce la necesidad de actualizarse permanentemente (TT16, 2006:526-533). A nivel de Jurisdicción Sanitaria se organiza un curso sobre diabetes por año con instructores de alta calidad. A estas actividades asisten los coordinadores de salud, los supervisores de zona y alguna enfermera de los centros de salud ubicados en cabeceras municipales, después se replica el curso en las cabeceras para el personal de salud (TT16, 2006:534-546, T02, 2006:214-215). Desafortunadamente por la demanda de consulta no todos los médicos y enfermeras pueden asistir a las replicas, de manera que varios trabajadores particularmente los médicos investigan, aprenden, estudian o asisten a cursos, por cuenta propia (T08, 2006:295-301, T11, 2006:370-376) porque difícilmente van a cursos de capacitación por parte de la Secretaría de Salud (T13, 2006:259-262, T09, 2006:239-241).

En la atención de usuarios diabéticos el primer procedimiento para la detección es la aplicación de la escala de factores de riesgo a través de un cuestionario denominado "*Tiene Diabetes y no lo Sabe*" para la detección de casos nuevos, luego el diagnóstico y tratamiento que incluye la dosificación de medicamento, dieta y ejercicio (T01, 2006:504-512, T08, 2006:315-318, T11, 2006:380-383, T13, 2006:280-283).

Como lo marca la norma a todos los usuarios mayores de 20 que llegan por primera vez al centro de salud se les aplica el cuestionario de factores de riesgo. Durante el 2005 se aplicaron un total de 3,788 cuestionarios de los que el 52% resultaron con diez puntos, es decir, positivos (TT12, 2006:411-416). Predominando entre los positivos las mujeres con 70%.

Cuando a un usuario el cuestionario resulta positivo es decir con una calificación mayor de 10 además de considerar sus características y antecedentes familiares, se le hace tira reactiva (TT04, 2006:323-332), los que presentan valores en tira arriba de 100 miligramos por decilitro con ayuno de ocho horas, se consideran sospechosos, entonces se le solicita confirmación diagnóstica por examen de glucosa central en laboratorio (T13, 2006:223-229).

Aun cuando se trate de una glucosa casual existen estándares que permiten manejar cifras para decidir si un individuo es sospechoso, es decir, luego de haber consumido algún alimento ligero, si el resultado de la prueba arroja valores mayores a 146 se considera sospechoso (TT12, 2006:606-627) y la confirmación también se hace por examen de glucosa central en laboratorio (T13, 2006:223-229).

O bien, cuando los usuarios tienen síntomas que presentan los diabéticos, pérdida de peso, aumento de la sed, ganas de orinar, aumento del apetito, son datos predictivos que indican mayor posibilidad de ser positivo a diabetes (T13, 2006:214-222), la confirmación se hace mediante glucosa central.

A todos estos casos se les denomina como probable diabético, no se les puede asegurar únicamente con el resultado de la tira reactiva, tiene que confirmarse, a partir de la confirmación se les informa que deben acudir a consulta cada mes para su control y dosificación de medicamento (T13, 2006:223-229).

El problema es que por la falta de tira no se aplica debidamente, por ejemplo durante el 2005 a pesar de que 1,968 cuestionarios resultaron positivos solo se aplicaron 20 tiras reactivas. O bien que al enviarlos al laboratorio no todos se hacen la prueba y confirman la sospecha.

La atención médica para usuarios por diabetes.

Refieren distintos directivos que la atención de un diabético consiste en: checar peso, talla, presión y medida de cintura para valorar obesidad antes de la consulta, durante la consulta el médico toman tira reactiva para conocer sus niveles de glucosa, revisa los datos de su hoja de nota clínica, se hace un comparativo con la nota anterior sobre si subió o bajó el azúcar, se revisa el corazón, los pies y ojos. Lo más importante es fondo de ojo, para vigilar lo que son las neuropatías, se verifica si no hay alguna alteración cerebro sensorial, si no hay alguna deficiencia renal, se le explica nuevamente que es lo que no debe comer, el tipo de ejercicio que debe de hacer, el cuidado de los pies (TT12, 2006:629-645). Especialmente con los pacientes que tienen niveles de glucosa altos y hay que estarlos viendo (TT04, 2006:418-423) e interrogando sobre cómo están tomando el medicamento, si han consumido muchos azúcares, se busca evitar complicaciones desde una infección, un pie diabético, una neuropatía, una retinopatía u otra enfermedad (TT04, 2006:407-416). En caso necesario se ajusta el medicamento (TT04, 2006:511-513). Aunque esta revisión se hace muy rápidamente (TT12, 2006:720-729, T13, 2006:232-240) es necesaria una buena revisión física.

Con algunos usuarios es suficiente una mirada a la apariencia física (T01, 2006: 493-502), al hablar de frente se percibe en su aliento el olor en la boca a acetonas, desde ahí se sabe que el usuario está descompensado, entonces el médico ya ni se molesta en revisar encías o fondo del ojo por la premura (TT12, 2006:720-729).

A un diabético que acude a sus citas adecuadamente al centro de salud le toma su glucosa capilar cada mes (TT04, 2006:427-431, TT04, 2006:432-433, T13, 2006:247-249) para chequeo. A los más irregulares se les solicita se realicen química sanguínea completa, urea, creatinina, ácido úrico, triglicéridos, y colesterol cada tres o cuatro meses o dependiendo su estado y sintomatología (TT04, 2006:432-433, T13, 2006:244-246).

El tratamiento más recomendado por los médicos a los diabéticos es el farmacológico a base de gibenclamida y metformina principalmente (TT04, 2006:476-478, TT12, 2006:730-731, T02, 2006:218-224), contrario a lo que promueve la norma técnica. Ciertamente se les proporciona información sobre alimentación, ejercicio y la importancia de caminar por lo menos cada tercer día de 30 a 45 minutos (T13, 2006:285-290, TT04, 2006:476-478, T08, 2006:402-415). La meta del tratamiento es llevar a los diabéticos a una cifra menor de 126, para poder decir que son usuarios controlados (T13, 2006:303-306). Desafortunadamente la norma establece que el tratamiento principal debe ser no farmacológico (TT12, 2006:187-210).

La mejor estrategia para lograr cambios en la salud de los diabéticos son los grupos de ayuda o ayuda mutua, de carácter autónomo para no crear dependencia (TT17, 2006:110-143). En estos grupos hay diabéticos que saben más que el medico tratante sobre todo cuando no son médicos especialistas (TT17, 2006:96-99). Además de la atención médica en los grupos se combina, la dieta, el ejercicio físico y pláticas especiales. Un grupo

La ayuda mutua tiene posibilidades ilimitadas para durar y conseguir apoyos (TT17, 2006:110-143).

En Chilapa solamente dos núcleos cuentan con grupos de ayuda mutua, son grupos mixtos de diabéticos, hipertensos y obesos, llamados Grupo de Ayuda Mutua (GAM), que se organizan por estimulación de los médicos. Al resto de núcleos no han pedido formar su grupo, pudiendo comenzar con cinco integrantes incluyendo familiares (TT12, 2006:457-469). Estos grupos no se conforman por la sobre carga laboral que tienen los médicos, el hecho de trabajar con los grupos de autoayuda implica actividad extra a la que desempeñan en el centro de salud porque se realizan fuera de la jornada laboral (TT12, 2006:592-605).

En el centro de salud se ofrecen pláticas mensuales a los usuarios de Oportunidades como parte de las actividades de dicho programa, las que incluyen diferentes temáticas entre ellas algunas relacionadas con diabetes. A estas pláticas pueden asistir diabéticos, hipertensos y población en general, porque el centro de salud no cuenta con un programa específico de orientación para usuarios diabéticos (T13, 2006:186-192). Las pláticas de Oportunidades son consideradas como sesiones de educación para la salud y durante el año 2005 según el SIS se dieron un total de 121 sesiones a las que asistieron 2,161 personas.

En la cabecera municipal se maneja a los usuarios con una dieta baja en calorías, proteínas y azúcares en la comida. A los demás usuarios se les recomienda comer de lo que tengan en sus comunidades para aprovechar los recursos disponibles, por ejemplo, una dieta a base de verduras, que consuman menor cantidad tortillas y azúcares (TT04, 2006:479-502).

Con la dieta, el ejercicio y de acuerdo con los niveles de glucosa de los usuarios se receta el medicamento y se monitorean en cada consulta (TT04, 2006:505-510). Sin embargo la realidad muestra que del total de la población diabética atendida en el centro de salud en el 2005, el 22% eran usuarios controlados, es una población mucho menor que los 52 nuevos casos registrados durante ese mismo año. Para el 2006 mientras los casos nuevos registrados alcanzaron la cifra de 121, los usuarios controlados llegaron a 50 casos.

La dieta no se lleva debidamente, su incumplimiento esta relacionada con aspectos institucionales, familiares, culturales, psicológicos y económicos. Entre los institucionales esta por ejemplo, que pocos médicos entregan a los usuarios listados de alimentos recomendables con las cantidades o porciones apropiadas y sus equivalencias, a lo sumo en la receta anotan en la parte de atrás algunas indicaciones como no comer carne de puerco, mole, nada que contenga azúcares y refrescos (TT12, 2006:736-749).

Otros factores institucionales son la aplicación de criterios médicos o de laboratorio distintos respecto a la determinación de los niveles de glucosa para el diagnóstico de la diabetes, por ejemplo hay quienes les dicen a los usuarios cuando manejan niveles de 110, 115 que están normales, “cuando en el centro de salud son manejados como probables diabéticos, a la mayoría de los usuarios al decirles que están mal no regresan porque no están” (T08, 2006:259-272), estos usuarios en 3 o 4 meses presentan 200, 300 de glucosa o más. O también la detección tardía, es decir hasta cuando ya hay síntomas, que según los médicos internistas han pasado como mínimo 10 años con problemas de metabolismo del azúcar que han causando daño severos (TT17, 2006:8-26).

Muchas veces los propios familiares son los que no apoyan, es frecuente que un familiar lleve una coca cola, pastel, galletas, que la consumen y les hacen perder la dieta, otras veces la familia les insiste en tomar un poquito, les dicen que comer un poco no te va a hacer

daño. La enfermedad debe asumirse como parte de la familia para que también se incluyan en la dieta, finalmente es útil para todos por el riesgo que tienen de padecer la enfermedad (T13, 2006:373-386).

Hay factores culturales “porque somos un pueblo de costumbres muy arraigadas” (TT12, 2006:564-575, TT12, 2006:580-587). Chilapa es un lugar donde se consume mucho el pozole, mole, pan, chocolate, atole y tamales (T03, 2006:350-357), son frecuentes las invitaciones a comer y consumir alcohol por las que se suspende el medicamento (T10, 2006:202-211). Es parte de la forma de vida (T03, 2006:358-359) y para el chilapeño es difícil (TT12, 2006: 732-734) porque no tienen costumbre de consumir verdura (TT12, 2006:576-579), por el hábito de consumir alimentos (T07, 2006:22-224) con ciertos sabores es que no se acepta otro tipo de alimentos (T03, 2006:360-382). La cultura y la tradición son difíciles de cambiar (TT16, 2006:491-510).

Hay también factores psicológicos porque la diabetes es una enfermedad que a la mayoría de quienes la padecen les causa depresión, conflictos familiares y desorientación por la falta de aceptación de la enfermedad (TT12, 2006:606-627).

Las personas pasan por varias etapas que pueden durar meses, años o morir en alguna de ellas. La primera es la negación, cuando la persona no cree que le esté pasando (T03, 2006:221-243), se aferra que se equivocaron en el diagnóstico, le dieron el resultado del laboratorio equivocado, o no sirve (T01, 2006:570-607), piensan que se quita (T08, 2006:361-400) y no se cuidan, eso hace que se descompensen (T07, 2006:215-220) y pueden llegar a la muerte (TT12, 2006:606-627). Después viene la etapa de depresión, en ella se preguntan ¿por qué me pasa eso a mí?, ¿por qué me castiga Dios? Qué pecados cometi? Ya me voy a morir, se bloquean y dicen “si voy a vivir 20 años restringiéndome con dietas, es mejor vivir diez años pero a gusto” (TT17, 2006:28-69).

En esta etapa comen de todo y como ven que no les pasa nada, no tienen síntomas, se sienten bien (T08, 2006:259-272), no caminan, no toman el tratamiento como deben, o se toman el medicamento, pero la dieta no, porque sienten que no llena (T08, 2006:340-348) hasta que vuelven a recaer, entonces es más difícil volver a controlarlos (T13, 2006:291-302, TT12, 2006:187-210). La última etapa sería la aceptación que es cuando los usuarios tienen conciencia y se cuidan adecuadamente (TT17, 2006:28-69). Un diabético controlado se vuelve experto en su cuerpo, pero hasta que acepte su enfermedad busca ayuda (TT17, 2006:77-95).

Otro aspecto importante es el impacto que causa la imagen del médico y del personal de salud en el usuario, por ejemplo, cuando el facultativo es obeso o fuma y le habla a los pacientes de los beneficios de bajar de peso y del dejar de fumar no le creen (TT12, 2006:187-210).

Entre los aspectos económicos tenemos que para muchos usuarios la dieta diabético es costosa y por falta de recursos no la pueden llevar, aunque se les sugiere preparar guisados a base de soya (T03, 2006:360-382). Por otra parte, las actividades laborales que desempeñan algunos de los usuarios les impiden cumplir con sus citas médicas pues no les dan permiso de faltar, algunos van continuamente a comunidades lejanas por ser repartidores de productos y no alcanzan a regresar dentro de los horarios de servicio, también existen usuarios migrantes que van a trabajar a los campos de los estados del norte a cortar jitomate, melón y uva, los campos quedan lejos para acudir al servicio médico y

regresan descompensados (T02, 2006:252-254, T09, 2006:306-324).

Con estas situaciones no es posible apearse a la normatividad al 100%, porque la norma indica una cosa y cuidar al paciente es otra, hay que valorarlo de acuerdo a sus características, peso, talla, nivel económico, cultura y tradiciones, todos son aspectos importantes, así como disminuir el estrés, el alcohol, el cigarro y cambios en los estilos de vida (TT04, 2006:479-502). Cada paciente es muy diferente, hay que hacer adecuaciones dependiendo de cómo responde al tratamiento, “porque si se lo das como vienen en la norma y no responde el paciente o bien bajas o subes la dosis, eso es contra de la normatividad” (T13, 2006:270-279).

Resultados de la atención médica en los usuarios diabéticos.

Como resultados de la atención, podemos decir que las consecuencia de un control inadecuado es que los usuarios pueden sufrir complicaciones severas por la enfermedad, cuando esto ocurre todos los usuarios sin excepción son canalizados al Hospital General de Chilapa, independientemente del programa o estrategia de la que reciban atención médica, se trate de un pie diabético, neuropatías o cualquier otra causa (TT04, 2006:539-547). Por fortuna, según los datos del registro de referencias mensuales del Hospital General del año 2005, solo el 3.8% de casos están relacionados con la diabetes mellitus (Anexo No.8), y se refieren a situaciones de descompensación como las más frecuentes, seguidas de cetoacidosis diabética y pie diabético en igualdad numérica. Para el 2006 el número de casos registrados por la Jurisdicción Sanitaria como referidos al Hospital General es bastante semejante.

Los usuarios saben que si se altera el azúcar pueden sufrir complicaciones como es el contraer infecciones (U04, 2006:250-256, U05, 2006:311-313), altas o bajas de presión arterial (U01, 2006:275-278, U03, 2006:232-234), daño en la vista o renal (U02, 2006:212-214, U05, 2006:314-315), se puede perder alguna pierna (U02, 2006:215-218) o pie (U04, 2006:247-249), porque con esta enfermedad no sanan rápido las heridas (U06, 2006:375-377), cuando la tienes el azúcar muy alta puede presentarse un coma diabético que te puede llevar de gravedad al centro de salud y tendrían que ponerte insulina (U07, 2006:257-261). Otros dicen que aunque se lo han dicho lo olvidan (U06, 2006:378-379, U07, 2006:254-255).

En cuanto a la mortalidad por diabetes, para el año 2005 a nivel municipal ocurrieron 275 defunciones en general, de estas el 9% tuvieron como causa directa a la diabetes, o bien aunque aparecen registrada con otra causa, se trata de muertes relacionadas con la diabetes mellitus. De estas defunciones el 84% se registró en la ciudad de Chilapa y el resto corresponde a otros registros civiles del municipio (Anexo No. 9).

Son importantes de señalar algunas características de las personas fallecidas, por ejemplo, como es más numerosa la población femenina que padece la enfermedad, el 60% de las defunciones ocurrieron en mujeres, el 24% de los decesos ocurrieron en población adulta joven en plena etapa productiva, es decir, tenían entre 45 y 54 años de edad. Las causas principales del fallecimiento fueron cetoacidosis diabética y descompensación metabólica (Anexo No. 10).

Finalmente, según el “Diagnostico de salud del Centro de Salud de Chilapa” elaborado por

Figueroa (2006:3-4), se aplican encuestas mensuales a través de la coordinación municipal de salud y el equipo zonal de supervisión, con el propósito de detectar las deficiencias en el otorgamiento de la atención a los usuarios y darles solución. Los indicadores considerados es número de quejas, porcentaje de quejas resueltas, porcentaje de usuarios satisfechos y promedio de tiempos de espera, desafortunadamente no hay datos respecto a estos indicadores que muestren el nivel de satisfacción de los usuarios.

11.2. Percepción de los actores sobre la operación del centro de salud y su papel en la prestación de la atención médica.

A continuación se presentan los resultados de las informaciones entregadas por los actores involucrados en el proceso de atención: Funcionarios, trabajadores vinculados directamente con los usuarios por diabetes mellitus y pacientes o usuarios del CS, obtenida a través de entrevistas a semiprofundidad durante diferentes momentos del período comprendido de diciembre del 2005 a diciembre del 2006.

El capítulo muestra las percepciones que tienen los informantes seleccionados ocho funcionarios, nueve trabajadores y 10 usuarios, respecto a las condiciones en que se presta la atención, el papel que cumplen los trabajadores de la salud en este proceso, así como las consideraciones sobre la atención que reciben en su calidad de usuarios. Comprende tres partes, cada una aborda por separado a los actores mencionados, además, con el propósito de mostrar las coincidencias o divergencias entre quienes dirigen, dan y reciben la atención médica, presentamos los resultados con el mismo ordenamiento temático. Las percepciones se refieren a los recursos, acciones y procedimientos de la atención médica en general y particularmente sobre diabetes mellitus.

11.2.1. Funcionarios.

Por funcionarios entendemos a una persona que desempeña o desempeñó un cargo público en la cadena de mando de los servicios estatales de salud en Guerrero, En este rubro se incluyen ocho individuos que representan a tres niveles de gobierno, estatal, jurisdiccional y de unidad médica. Estos fueron elegidos por su responsabilidad en la toma de decisiones respecto al manejo y control de recursos y programas del Centro de Salud de Chilapa.

De los entrevistados como funcionarios seis son mujeres y dos hombres. El promedio de edad de estos trabajadores es de 38 años, la mayoría tienen formación de médicos generales y dos con grado de maestría, egresados predominantemente de la Universidad Autónoma de Guerrero, aunque también se encontraron de Instituciones de Educación Superior como el Instituto Politécnico Nacional y el Instituto Tecnológico de Chilpancingo. El promedio de años de servicio de estos trabajadores es de 13.6. Los cargos ocupados son directores y coordinadores del centro de salud, jefes de programa, administradores, jefes de área, coordinadores jurisdiccionales y subdirectores estatales. Este conjunto de características se muestran en el Anexo No.11.

Percepción de los funcionarios sobre las condiciones estructurales y organizativas para la atención médica.

La opinión generalizada entre los funcionarios sobre el centro de salud es que atiende muchísima gente y muchos programas, de modo que no se les está dando a los usuarios la calidad de la atención que requieren (TT04 ,2006:582-587, TT16, 2006:160-170, TT12, 2006:521-531).

El horario de servicio entre semana es amplio y la población en general se ajusta a él. En fin de semana está suspendido el servicio por falta de médico (TT12, 2006: 244-246). Entonces cuando un usuario requiere atención médica en fin de semana tiene que acudir al Hospital General (TT12, 2006:254-256).

Para las autoridades las instalaciones son reducidísimas, inadecuadas y sin comodidad para el usuario (TT04, 2006:267-271, TT05, 2006:98-100, TT06, 2006:116-130). Se trata de espacios acondicionados (TT05, 2006:101-105) y muy apretados (TT12, 2006:376-378).

El inmueble debe cambiarse por algo mas grande y con espacios adecuados, se piensa que quien diseña este tipo de unidades no toma en cuenta las necesidades de funcionalidad "porque se hacen todos con el mismo modelo" (TT16, 2006:347-361).

El espacio de la farmacia también está reducido, insuficiente para almacenar el medicamento "estamos amontonados" (TT05, 2006:106-109).

Sobre el suministro de medicamento para diabetes e hipertensión la opinión de los funcionarios es contradictoria, por un lado se dice que como se trata de pacientes controlados siempre hay medicamento, la Jurisdicción Sanitaria manda cada 2 meses cantidades suficientes y no hay problema de dotación (TT06, 2006: 168-174), se dispone de suficiente medicamento (TT16, 2006:420-425, TT05,2006:116-118) e incluso cuando al hospital llega a faltarle, sus usuarios lo solicitan en el centro de salud (TT05, 2006: 229-236). A veces se presentan problemas de logística que generan breves retrasos, por ejemplo si el medicamento debió llegar el 2 y llega hasta el 10, esos 8 días de diferencia afectan mucho a la población, pero en general la cantidad es suficiente (TT16, 2006:364-367) porque se solicita mucho antes de que se agote (TT14, 2006:210-213).

Por otra parte hay funcionarios que consideran que hay problemas con el abasto de medicamento porque no se manda completo. La gibenclamida no representa problema, de metformina mandan muy poquita y para el médico es muy importante para cuando el paciente es obeso, este medicamento ayuda a bajar de peso, no es un hipoglucemiante, es un antihiperlipocemiante (TT12, 2006: 440-456).

Otra consideración es que la falta el medicamento no debe representar problemática alguna puesto que "a nadie se le debe olvidar que la NOM establece que el tratamiento principal para un usuario diabético es no farmacológico, es decir, dieta y ejercicio, la ausencia o presencia de estos dos componentes son los que dan al usuario la posibilidad de mejorar o empeorar". Por lo tanto no se justifica que el personal se queje de insuficiencia en metformina o gibenclamida porque que no son necesarios (TT12, 2006: 187-210).

La mayoría de instrumentos o equipo médico se tiene que compartir entre dos núcleos porque algunos ya no está en condiciones adecuadas, por el uso duro que se les da se descomponen, o descalibran. Aunque se ha solicitado a la Jurisdicción Sanitaria la dotación del instrumental faltante (TT04, 2006:291-302) se dice que por cuestión económica a nivel

Estatal no ha sido posible que cada núcleo tenga su propia báscula, baumanómetro, estetoscopio y glucómetro (TT16, 2006:379-396).

El centro de salud no cuenta con suficientes tiras reactivas (TT16, 2006:602-613) para tomar las muestras necesaria para el monitoreo de los usuarios, reciben pero muy limitadas (TT12, 2006:187-210). La pregunta que se hacen es ¿Cómo se pueden hacer las detecciones? si no tienen material (TT12, 2006: 178-185).

Las autoridades del centro se ven en la necesidad de racionalizar al máximo este material a cada núcleo, no entregándoles la dotación completa, es decir si a un núcleo corresponden 30 tiras, les dan 30, 35, si tiene 20 usuarios diabéticos les dan lo justo, pero a casi nadie le dan completo (TT12, 2006:417-425). Se ha iniciado la práctica de separar lo que llaman un pequeño “colchoncito” con el propósito de utilizarlo en actividades como la semana del adulto mayor que se realiza en el mes de noviembre, para estar en posibilidad de hacerles la tira reactiva a todos los adultos mayores sin excepción, especialmente a todos los que presentan factores de riesgo, que son la mayoría (TT12, 2006: 431-439).

Aunque la norma técnica especifica que a los usuarios mayores de 20 años con diez puntos en el cuestionario hay que hacerles tira reactiva, consideran que la detección sólo se está haciendo a un 25% por falta de tiras (TT12, 2006: 411-416, TT04, 2006: 333-336). Como funcionarios “nos damos cuenta de que Oportunidades ha estado comprando medicamento, con ello el programa normal ahorra, este recurso se ejerce en tira reactiva porque no hay asignación presupuestal para la tira” (TT16, 2006:343-353).

La percepción entre los funcionarios respecto al tiempo de espera para recibir consulta es variable, va desde los 15 minutos hasta 1 hora con 30 minutos (TT16, 2006:173-175, TT14, 2006:245-250, TT12, 2006:257-265), esto depende en mucho de la propia enfermera, porque dan prioridad a ciertos usuarios como los de Oportunidades (TT12, 2006:257-265) en perjuicio de los demás. Y sobre el tiempo de duración de la consulta es también heterogénea va de los 15 a 20 minutos (TT16, 2006:582-584, TT12, 2006:653-654) hasta los 40 (TT04, 2006:425-426).

Se asume que el número de médicos es insuficiente, particularmente en las comunidades (TT04, 2006:153-159, TT06, 2006:226-231), otros estiman que falta desde trabajadores administrativos, médicos y enfermeras porque la demanda poblacional es muy grande (TT05, 2006:72-75), si hubiera mas personal “la carga de población abierta reduciría” (TT04, 2006:206-222).

En relación con la duración de la jornada los funcionarios dicen que cubren horarios muy superiores a los establecidos,

...trabajo aquí de ocho a ocho, como que todo tu tiempo lo pasas aquí, aunque sean días de fereados, también en sábados y domingos tienes que venir a ponerte al día, y aunque vienes a trabajar no te motivan (TT06, 2006:274-278).

Las diferencias salariales que existen entre los trabajadores se atribuyen a las formas de contratación que ha establecido la Secretaría de Salud, lo cual genera insatisfacción,

...me mato trabajando tanto y el personal de base ni asiste, cada rato está en reuniones sindicales, como médico de contrato molesta, también es perceptible que hay Coordinadores que se la llevan bien tranquilos porque finalmente no los

corren, son de base, pierden el compromiso hacia su trabajo porque lo tienen seguro (TT12, 2006:930-936).

Hasta para los funcionarios la cuestión administrativa en las unidades es terrible, el llenado de formatos mensuales y de diario, quita mucho tiempo, son grande volúmenes de documentos que se manejan y cada vez es peor (TT12, 2006:983-996). Este tipo de trabajo es parte de las actividades y jornada diaria (TT16, 2006:745-760). Es necesario modificar esto para dedicar mas tiempo a consulta e investigación, nadie hace investigación, “si cambia nos beneficiaría mucho” (TT16, 2006:788-798).

Es claro para ellos que no se cumple con la responsabilidad de hacer visitas domiciliarias cuando no acuden los usuarios, pero como “es mucha la carga de trabajo”, “meten programas y programas, no hay manera de hacerlas” (TT04, 2006:514-538). Es un trabajo muy comprometido, pero no tenemos médicos que esté dispuesto a dar más tiempo (TT16, 2006:520-525).

La productividad que se exige a los médicos les resulta paradójica, “piden 20 consultas día médico”, cuántas consultas de calidad se alcanzan a dar, en “ocho horas tal vez 16, sentándonos sin levantarnos, ni a almorzar, ni a hacer pipi” (TT12, 2006:655-664). Ya “casi ni voltear a ver al paciente, lo que la Secretaría exige es bastante difícil” (TT12, 2006:665-669).

A los administradores se le exige como productividad reducir los gastos e incrementar las cuotas, “aplicar la política de hacer más con menos” (TT06, 2006: 252-265), “en las cuotas se refleja la productividad” (TT06, 2006: 285-289).

Existen dos tipos de trabajadores de base y por contrato. Desde su perspectiva “los de base tienen derechos”, “a los de contrato no les pagan lo mismo que los de base” y “rinden más” (TT04, 2006:720-730). Ven a los trabajadores por contrato más comprometidos y responsables,

...porque en cuanto a un trabajador les dan la base se vuelve flojo, se sienten cobijados por el sindicato, ya no le echan la mismas ganas, ya no hay el mismo compromiso para dar el cien por ciento de nivel de calidad, eso se observa en las evaluaciones los médicos de contrato a los de base se los llevan de calle (TT12, 2006:901-907).

Los de contrato tienen el “compromiso de mantener calidad permanente para que no les rescindan el contrato” (TT12, 2006:908-911). Y algunos de “los trabajadores que tienen plaza de base fueron beneficiados por confabulaciones” (TT04, 2006:626-630, 609-624).

Para los funcionarios la mayoría de los trabajadores no se sienten satisfechos con su trabajo porque les faltan muchas cosas para desarrollarlo adecuadamente, excesiva demanda de población, hasta una mejor área física (TT12, 2006:947-949, 951-962, TT16, 2006:685-687). Pero la dificultad principal es la inconformidad por el salario y el aguinaldo que perciben. Aunque el salario es mejor que el de muchos, el aguinaldo

...ni se le acerca al de los maestros. Los médicos en general tenemos una carga fuerte de trabajo de más de ocho horas diarias, y el salario no es bueno, trabajamos más que los diputados y cuánto ganamos (TT16, 2006:691-699).

Los trabajadores permanecen en la unidad porque “no te puedes cambiar” (TT04, 2006:631-636), “no hay otro lugar a donde ir” (TT04, 2006:637-657) “te mantienen muy limitada” (TT06, 2006:280-284), como se manejan todo por categoría y claves “hay gente que no tiene tanta responsabilidad y gana mucho más que nosotros” (TT05, 2006:186-188).

Pero tampoco se les reconoce su trabajo porque no se hacen acreedores de ello (TT16, 2006:742-744, TT04, 2006: 685-690). Actualmente en el centro de salud se intenta que así como se aplican sanciones basados en las “Condiciones Generales de Trabajo”, también se recompense a los trabajadores aunque no económicamente, pero por otros mecanismos (TT12, 2006:966-971).

Respecto su propio trabajo como funcionarios, dicen sentirse satisfechos porque les gusta su trabajo o por los logros alcanzados, “para mí representa pérdida en términos económicos pero, amo mi trabajo” (TT12, 2006:943-945), “aunque no logramos lo esperado se hace con mucho sacrificio”, “me siento satisfecha y con la espinita de que cada día va a mejorar y lo que no se obtuvo este año se hará para el próximo” (TT16, 2006:703-708), o simplemente “para ser de contrato me siento complacida (TT14, 2006:417-418).

Piensen que su labor como directivos se les reconoce “mis jefes si me han reconocido” (TT12, 2006:973-982, TT04, 2006:692-693, TT06, 2006:285-289), “me han felicitado cuando vienen a supervisar “me siento a gusto” (TT05, 2006:198-200).

Financiamiento.

Saben que en la unidad no se tiene “posibilidad de movilidad en cuanto a los recursos financieros”, “estamos amarradísimos”, “desde hace un año para acá todo se ha ido para atrás”, el sistema de salud ha tenido un retroceso” (TT04, 2006:379-387). Es entendible que el gobierno estatal quiera saber cuanto ingresa por cuotas, pero después no se nos informa en que se utilizan esos ingresos, si el centro de salud requiere algo tienen que solicitarse mediante gestiones lentas y tardadas” (TT16, 2006:307-315). La situación para el programa de diabetes es que no tiene presupuesto desde la Jurisdicción Sanitaria, las necesidades se van resolviendo tomando recursos de otros programas (TT16, 2006:212-220).

En el centro de salud la atención a diabéticos es gratuita, no paga nadie porque es un programa federal (TT06, 2006:75-76) que trata de disminuir la mortalidad, el número de diabéticos y las complicaciones. El objetivo del gobierno es que no haya excusa para ir a consulta o para el pago del medicamento, de ahí que se les dota de medicamento y se da la consulta gratuita (TT04, 2006:233-242).

El pago de las cuotas de recuperación la consideran como una donación (TT04, 2006:243-257). Aunque se piensa que lo ideal sería que nadie pagara, que el servicio fuese completamente gratuito con calidad y con lo que el usuario requiere. Sin embargo se justifica el pago porque se dice que la población usuaria de los servicios de la Secretaría de Salud está creciendo mucho, y el presupuesto sigue siendo el mismo o al revés se reduce; si todos dejaran de pagar la Secretaría se iría a la quiebra (TT16, 2006:195-228). Como puede subsistir la Secretaría si el gobierno no asume su responsabilidad, “si no pagan, de donde vamos a sacar para poder costear los gastos de la diabetes” (TT16, 2006:195-228).

La justificación de las diferencias en las aportaciones para padecimientos distintos a diabetes es que en Chilapa “hay pobres, más pobres y mucho más pobres, aquí no hay

ricos” (TT14, 2006:290-295). No obstante, siendo todos pobres, la aplicación de la tarifa o de la cuota para población abierta, no beneficiarias de Oportunidades, es la misma independientemente de su condición socioeconómica (TT12, 2006: 292-299).

La opinión de las estrategias y/o programas a través de los cuales los usuarios reciben atención médica.

Para algunos directivos Oportunidades, SP y el programa de Población Abierta son considerados como programas de derechohabencia.

El punto de vista de los funcionarios es que la diferencia básica entre estas tres modalidades no tienen que ver con las atenciones que se otorgan (TT04, 2006:54-55), sino con el pago por dichas atenciones. Con Oportunidades y Población Abierta (TT12, 2006:148-152) una cirugía la paga el usuario, en el SP las cirugías generales son cubiertas por el seguro (TT04, 2006:49-53). El servicio de atención básico es el PBSS que cubre las 14 intervenciones y 90 acciones para el Programa de Población Abierta, Oportunidades y SP (TT04, 2006:39-48, TT12, 2006:144-147) y solamente la población abierta es la que paga por el PBSS en su conjunto (TT12, 2006:148-152).

Los programas están funcionando bien, porque cada vez más gente adulta está pendiente de su atención y medicamento, “se ve que hay mas conciencia por parte de los usuarios” (TT06, 2006:36-40).

También se piensa que al ser programas elaborados en el Distrito Federal, a nivel central, no es lo mismo hacerlos para gente con diferentes características, las personas en el Distrito Federal están mejor nutridas, si hay pobreza pero en las zonas marginadas. Las características de la población en la entidad guerrerense son totalmente distintas en cultura y marginación (TT04, 2006:56-64).

Se asume que los programas en cuanto a su aplicación son rígidos, no se pueden hacer modificaciones de ninguna índole (TT06, 2006:47-50). Cualquier cambio o modificación se hace solo con autorización o por disposición de instancias superiores (TT05, 2006:68-71, TT14, 2006:159-171).

Además, los funcionarios consideran que no es necesario hacer modificaciones a los programas o elaborarlos de acuerdo con las problemáticas propias, particularmente el de diabetes, por varias razones; en primer lugar porque no hay recursos para llevarlos a acabo, tendrían que plantearse al H. Ayuntamiento y aprobarse, pero eso no se hace porque el municipio no tiene mas recursos (TT16, 2006:112-1121). En segundo lugar porque están bien hechos, no es necesario hacer cambios, están bien pensados y se pueden adaptar a cualquier nivel, son funcionales (TT16, 2006:122-128). En tercer lugar porque cada Jurisdicción Sanitaria y cada municipio tienen sus propias estrategias para llevar a acabo los programas, el éxito de ellas depende del papel y habilidades de los coordinadores de salud a nivel municipal (TT16, 2006:129-138).

La percepción sobre el cumplimiento de metas y objetivos, en general varía dependiendo del tipo de funcionario y de las actividades que desarrolla. Hay funcionarios que consideran que en el centro de salud existen las condiciones necesarias para dar cumplimiento a las metas y objetivos de cada una de estas estrategias o programas (TT05, 2006: 62-67, TT06, 2006:42-46).

Para otros no las hay, en cuanto al PBSS en vez de calidad se da cantidad, en espacios adecuados y sin materiales y medicamentos suficientes (TT12, 2006: 166-173, 178-185, 187-210, 647-650). Ejemplo de esto es el programa del adulto mayor del que depende los estados, en él la situación es particularmente grave por la falta de recursos para operarlo (TT16, 2006:263-269).

El programa de atención a Población Abierta.

Es el que ha existido desde siempre, la Población Abierta se dice es la población en general, "todos somos población abierta" mientras no se tengan IMSS, ISSSTE u Hospital militar (TT14, 2006:98-126), se recibe a cualquiera que solicite servicio. A esta población es "a la que les toca pagar todo" (TT12, 2006:137-143).

Existe en algún funcionario visiones muy limitadas sobre el programa de población abierta "yo te doy un servicio y tu me pagas por él, lo que tenga te lo doy y lo que no, búscalo por otro lado, si tu pides un servicio y lo hay, te lo doy, si no lo tengo no hay una obligación de mi parte de darte nada" (TT14, 2006:81-97).

Oportunidades.

Se considera un programa que se creo para compensar a la gente económicamente. A los usuarios se les evalúan en función del cumplimiento con sus citas médicas, de mantener a sus hijos en una escuela y acreditar el año escolar. Es cuestión de política porque hay mucho niño desnutrido, viejito descompensado de azúcar, personas con diabetes, que nunca van a acudir a consulta porque les cobran, por ello se implementan programas como este, en donde el medicamento es gratuito a cambio de asistir a consulta. De no cumplir con las disposiciones se les retiran el apoyo, son estrategias que tiene el gobierno para ayudar a la población (TT14, 2006:98-126). Oportunidades es un programa que da la posibilidad de "manejar" a las familias por el interés del dinero (TT12, 2006: 853-868).

En cuanto a la atención médica Oportunidades está obligado a cubrir lo que es primer nivel, detecciones, prevención y consulta general, es decir, atención ambulatoria donde se da la receta y en su casa toma el tratamiento (TT14, 2006:81-97).

En opinión de algún funcionario, a los médicos les incómoda que los líderes promuevan en la gente de Oportunidades que es una obligación atenderlos a cualquier hora, que deben ser recibidos en el momento que se presenten. El personal de salud considera que no es así, que todo tiene sus reglas, que "es hasta ahora que otra vez lo estamos rescatando y metiendo orden de acuerdo a las normas" (TT12, 2006: 853-868).

Seguro Popular.

El sistema de protección social en salud fue creado para cubrir las necesidades básicas en salud de carácter preventivo en el primer nivel (TT14, 2006:40-44). El SP no está operando en todo el estado. Solo en los municipios donde las unidades tienen posibilidades de acreditación,

...si tu Hospital o unidad acredita doy SP porque **tu Hospital me sirve**, si

tu Hospital no me sirve no doy SP, de que sirve que se habrá si no tienes nada. Con el tiempo SP van a equipar estas unidades y **te va a llenar de recursos** para que tengas mejor servicio para la población” (TT14, 2006:98-126).

En cuanto al funcionamiento se percibe al SP como mejor, se dice que dispone de mayor organización, con módulos de atención que son enlace entre el Hospital y el centro de salud, mejor estructurado, con sus propios responsables de farmacia. Es un servicio del que se va sin atención, por ejemplo, si la unidad no cuenta con exámenes de laboratorio se manda a los pacientes a un particular y quien cubre los gastos es el SP (TT06, 2006:27-34). Cuenta con medicamentos que no están dentro del cuadro básico y referencia a segundo nivel (TT16, 2006:42-52). Realmente es una ayuda (TT12, 2006:114-124).

Además en el SP la gente aporta y el sistema de la Secretaría de Salud está mal por falta de dinero, el SP es una opción de financiamiento externo (TT16, 2006:53-58) porque es el único que tiene ingresos propios (TT06, 2006:20-26), con sus recursos va a remodelar y equipar de las unidades y garantizar el servicio con plantilla de personal (TT16, 2006:42-52).

El SP tiene muchas más ventajas porque aunque no les da pensión, ni dinero, da atención gratuita, estudios de laboratorio, cirugía y medicamento muy diferente al que se damos en Oportunidades y el programa normal (TT05, 2006:30-33), si no lo tiene la Secretaría el SP lo consigue (TT12, 2006:94-113). Contar con SP es complementar primer nivel y disponer de segundo nivel, es más amplio que Oportunidades (TT14, 2006:140-148). El primer nivel pueden tener cualquiera pero pagan, **con SP tienen todo y es gratuito** (TT14, 2006:146-148).

Consideraciones de los funcionarios sobre la representación de la enfermedad y apreciación de la Aplicación de la Norma Técnica por parte del personal de salud.

Se dice que aproximadamente el 70% de la población diabética de la cabecera municipal es atendida en el centro de salud (TT04, 2006:397-405) y que 30% son diabéticos y no lo saben (TT16, 2006:483-485). Es mucha gente (TT06, 2006:252-265, TT12, 2006:178-185) porque además se atiende a población de otras localidades, puesto que en las comunidades se piensa “que en la ciudad la atención es mejor” y entonces acuden de otros lugares aunque tengan centro de salud” (TT12, 2006: 499-502).

La diabetes es una enfermedad que a la gente le cuesta mucho aceptar, les causa depresiones, desorientación y problemas familiares. Muchos toman la actitud de que si de verdad han de morir seguirán comiendo lo mismo. En buena medida

...nosotros somos responsables porque no los educamos bien, no les decimos todas las complicaciones o como es la muerte de un paciente diabético descompensado, si lo dijéramos aseguro que muchos lo pensarían, como es una muerte horrible no querrían morir así” (TT12, 2006:606-627).

Como directivos piensan que todos los médicos no sólo conocen la Norma Técnica sino que la manejan cotidianamente en consulta (TT16, 2006:548-550). Cuando menos asumen que la conocen pero la olvidan por falta de lectura y consulta permanente (TT12, 2006:

707-710, TT04, 2006: 464-166). Entre ellos mismos hay desconocimiento de la norma técnica “no la conozco, como tengo poco de haber llegado sólo quiero ponerme al corriente con mi trabajo” (TT06, 2006: 245-248, TT14, 2006:399-401).

Algunos funcionarios creen que los médicos del centro de salud utilizan como el 80% del contenido de la norma para tratar a los usuarios (TT04, 2006: 467-470, TT12, 2006: 711-719). Para otros la consideración es desde el 100% (TT16, 2006:551-552) hasta que hay médicos no está familiarizados con ella porque no atiende usuarios (TT14, 2006:402-412).

La capacitación permanente es una necesidad en medicina, si se capacitan ahora, en 6 meses nuevamente se debe volver a capacitar (TT16, 2006:526-533). Debe ser constante porque en consulta externa se estancan mucho, como no hay quien cubra no salen, y está relacionada la calidad de la atención con la actualización de los médicos, en las evaluaciones en el rubro de actualización el médico resulta deficiente, en cambio los médicos que dan mejor consulta son los que tienen curso tras cursos continuos, siempre se están actualizando (TT12, 2006:686-705). De hecho queremos formar una clínica de diabetes y para eso deben estar capacitadas las personas que se encargue del manejo de los pacientes (TT04, 2006:447-454).

La opinión de la atención médica que reciben los usuarios por diabetes.

Los funcionarios señalan que a los usuarios se les debe pesar, medir, tomar presión, medirles la cintura para diagnosticar obesidad, toman su tira reactiva para saber cómo está la glucosa, hay que revisar los pies, enseñarles como se los deben cuidar, o si tiene hongos porque como su diabetes los predispone a muchas infecciones (TT12, 2006:629-645). Maxime cuando se trata de un paciente que lleva exámenes de laboratorio y sale con una glucemia alta, hay que hacer énfasis en indicaciones sobre alimentación, mejorar estilos de vida, ejercicio y dosis de medicamento (TT04, 2006:407-416), se revisa el corazón, los pies y ojos. Lo más importante es fondo de ojo, para vigilar las neuropatías (TT04, 2006:418-423), se verifica si no hay alguna alteración cerebro sensorial, deficiencia renal, o sea es que es muy completa la consulta como debe darse (TT12, 2006:629-645).

Según su experiencia, en ocasiones simplemente con una mirada a la apariencia física del usuario, a la hora de hablar, al tenerlo frente se percibe en su aliento el olor a acetona, desde ahí ya se sabe que el usuario está descompensado, entonces el médico ya ni se molesta en revisar encías o fondo del ojo por la premura (TT12, 2006:720-729).

Las autoridades consideran que efectivamente se hace una buena revisión porque desde hace aproximadamente 2 años se está insistiendo en hacer la revisión del paciente diabético con todos sus componentes, además porque en las supervisiones se verifica (TT16, 2006:574-581).

El tratamiento debe ser individualizado de acuerdo a las características del paciente (TT16, 2006:585-593). En el centro de salud damos tratamiento combinado, es decir, farmacológico y no farmacológico, pero el que más se utiliza es el farmacológico independientemente de lo que marca la Norma (TT16, 2006:585-593), desafortunadamente a casi el 95% de los diabéticos se le da farmacológico y sólo un 5% tienen no farmacológico, los usuarios en los grupos de ayuda son a los que logra sensibilizar y controlar (TT16, 2006:594-601).

Los medicamentos que utilizamos en la Secretaría de Salud son gibenclamida y metformina, muchas veces creemos que la Norma no sirve, pero a nivel mundial se está utilizando porque da mejor resultado (TT16, 2006:585-593).

Por normatividad cada núcleo debe de tener su grupo de autoayuda o club de diabéticos, sesionar semanalmente y desarrollar a través de los grupos educación en diabetes (TT12, 2006:457-469), aspecto central del tratamiento no farmacológico. Para ello se requiere espacio y disposición de los propios trabajadores (TT04, 2006:355-357) pero también de la gente, y no quieren ir, “tratamos de sensibilizar y si no quiere ir, no podemos hacer gran cosa” (TT16, 2006:511-518).

Según ellos, los médicos tienen que hacer una labor educativa, si los usuarios reciben educación en diabetes ellos solos se van a cuidar y “el gasto en medicamento sería menor”, “de nada sirve que se tomen 10 pastillas si descuidan su dieta, lo mejor es la dieta” (TT12, 2006: 187-210, TT12, 2006:592-605). Pero no sabemos dar información importante para llevar a cabo los tratamientos en la gente de las áreas rurales que casi no tienen escolaridad (TT04, 2006:397-405).

La dieta y el ejercicio se les da como “Biblia” que lo deben de hacer, pero el Chilapeño no es nada fácil (TT12, 2006:732-734, TT04, 2006:503-504). No siguen las indicaciones de sus dietas (TT04, 2006:514-538) por diferentes razones, “quitarles el pozole de los domingos y los jueves, es súper difícil”, es como decirle “a un mexicano no veneres a la Virgen de Guadalupe” (TT12, 2006:564-575), igual el mezcal. Además

...la gente en las comunidades tiene la falsa idea de que el médico particular como le va a cobrar da mejor la atención, muchos pacientes aunque estén pobres hacen el esfuerzo de ir a consulta privada, muchos son mal manejados, vienen con nosotros cuando ya están descompensados y no responden a los medicamentos, nos ven como su último recurso, pero algunos lo descubren demasiado tarde (TT12, 2006:544-563).

Es usual que toman en cuenta primero al brujo o a la curandera, y después van con el médico (TT12, 2006:564-575). “No es un pueblo que les guste hacer ejercicio”, “les da peregrinancia cuando los ponemos a correr o a caminar”, puedo dar al paciente un arsenal de medicamentos pero si no cambia sus hábitos de alimentación y su inactividad no se van a controlar (TT16, 2006:491-510).

La mirada de los funcionarios sobre los resultados de la atención.

Son muy pocos los usuarios realmente controlados porque no toman el tratamiento como deber ser, no siguen las recomendaciones y al personal de salud nos falta iniciativa para tomar parte de la responsabilidad (TT04, 2006:514-538).

En la ciudad de Chilapa afortunadamente no se ven muchas complicaciones, pero si ocurrieron 17 decesos en 2005 en pacientes diabéticos, 15 por enfermedad cardiovascular, 2 por insuficiencia renal, 1 con pie diabético que no se registro como tal (TT16, 2006:614-620). Estas muertes se consideran tempranas pues en su mayoría se trató de personas jóvenes cuya edad en promedio era entre los 50 a 58 años (TT16, 2006:621-

Por otra parte, las muertes por diabetes no se registran debidamente porque en el certificado de defunción aparecen como causas descompensación hidroelectrolítica, y hasta el último se lee diabetes mellitus (TT12, 2006:796-802).

Finalmente, la satisfacción de los usuarios no es un aspecto que se haya evaluado en el centro de salud, sin embargo se sabe están inconformes porque en ocasiones “no hay medicamento, ni suficientes tiras reactivas y se les envía al laboratorio y eso les molesta” (TT16, 2006:602-613).

Además, en su opinión no todos los médicos y enfermeras tratan bien a los usuarios, por ello se ha buscado que mejoren su actitud a través de cursos de sensibilización para mejorar la calidad sin lograrlo por completo (TT04, 2006:435-446). Son buenos en su trabajo pero tristes y la gente necesita a alguien que le inspire confianza y calidez (TT12, 2006:670-685). Aún así, nunca “hemos tenido quejas” (TT05, 2006:138-141).

11.2.2. Trabajadores de la salud directamente relacionados con la atención de usuarios diabéticos

En este apartado mostramos las consideraciones hechas por médicos, enfermeras, y personal de laboratorio en relación a las condiciones que tienen en el centro de salud para realizar su trabajo y sobre cómo miran su propio trabajo en el proceso de atención. Al igual que en el apartado anterior, la información se refiere a los recursos, acciones y procedimientos básicos de la atención médica

La información fue proporcionada por nueve trabajadores de los 58 con que cuenta el centro de salud. Como ya se mencionó seleccionamos al azar cuatro núcleos básicos, dos del turno matutino y dos del vespertino, el personal a cargo de estos núcleos es con quienes se realizaron las entrevistas a semiprofundidad. Estos nueve trabajadores están relacionados directamente con la atención médica de los usuarios por diabetes mellitus sin ser los únicos, dado que en seis de los núcleos básicos se da atención a pacientes diabéticos.

Del personal elegido siete son mujeres y dos hombres. En términos de edad los dividimos en dos grupos, al primero corresponden los de 27 a 40 y al segundo de 43 a 67 años de edad. De estos trabajadores cuatro cuentan con formación de médicos y un QBP egresados de la Universidad Autónoma de Guerrero, cuatro enfermeras generales formadas en escuelas técnicas como el CONALEP así como a través de cursos en centros de salud de la Secretaría. El promedio de años de servicio para el conjunto de trabajadores es de 17.5 años, sin embargo dentro del personal de enfermería existen trabajadoras con más de 40 años en activo (Anexo No.12).

Condiciones estructurales y organizativas para la atención médica.

Para el personal médico y de enfermería la población que atienden es enorme (T01, 2006:155-174, T07, 2006:40-43, T11, 2006:132-148) consideran que está dando cantidad y no calidad y sin embargo se tienen que atender porque hay mucha demanda, no importa cuántas hojas de registro llenan los médicos porque la gente espera su consulta (T10, 2006:218-231).

El centro de salud tiene como horario de servicio el que hay en casi todos los centros de

salud, funciona de ocho a nueve o 10 de la noche (T13, 2006:66-78). Dentro del horario de servicio se ausentan lo menos posible de la unidad ajustándose a los tiempos de trabajo (T02, 2006:66-71, T01, 2006:187-193). En caso necesario, la ausencia se notificar previamente a la autoridad para la toma de medidas pertinentes (T08, 2006:127-133, T11, 2006:218-222). E incluso en situaciones imprevistas, lo que se hace regularmente es suplirlos con el apoyo de algún pasante o se les mueve de otro puesto, de no existir suplente, se redistribuye a los pacientes entre los demás según sea el turno (T03, 2006:93-104, T07, 2006:48-52, T09, 2006:101-104, T11, 2006:210-217). Pocas son las ocasiones donde no hay personal (T08, 2006:127-133), en esos casos ya sea el médico o la enfermera, buscan los expedientes de sus usuarios, los pesan, miden, hacen la nota médica y anotan en la hoja diaria (T09, 2006:105-114, T11, 2006:210-217), de modo que los usuarios se van con tratamiento (T13, 2006:90-95).

Para los trabajadores las instalaciones y el espacio en general son inadecuados, la sala de espera está muy reducida (T09, 2006:146-153, T10, 2006:91-93), también un consultorio (T10, 2006:102-107), el laboratorio no cumple con el espacio que debería tener (T01, 2006:260-262). Es un pasillo techado el que se usa como sala de espera (T09, 2006:154-156). Algunos consultorios cuentan con privacidad, otros no (T02, 2006:123-125) porque al trabajar personal dentro “el paciente no tiene mucha confianza” (T13, 2006:145-150). La limpieza se consideran no es muy buena (T09, 2006:146-153).

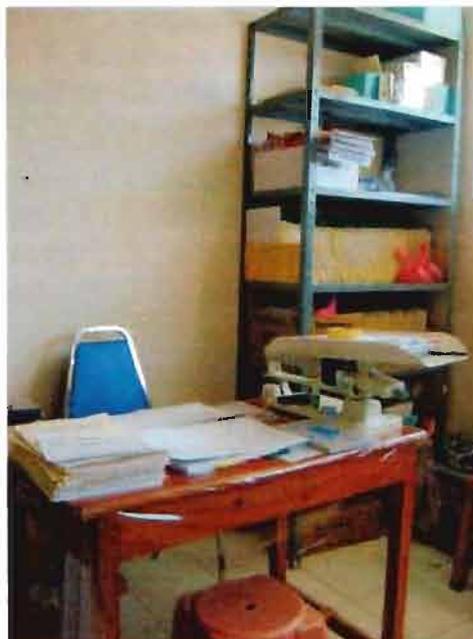
Respecto al medicamento los trabajadores consideran que en ocasiones se agota y llegan a tener problemas de abasto (T03, 2006:185-187, T07, 2006:114-115, T09, 2006:186-189) aunque no es frecuente (T03, 2006:187-188). Sin embargo cuando se termina es tardado volver a recibir la dotación, “el año pasado duraron más de tres meses en que la farmacia recibiera medicamento” (T07, 2006:108-113). Es generalmente en los meses de enero y febrero con el cambio de año cuando se presentan las dificultades de abasto (T13, 2006:181-184).

De los medicamentos específicos para diabéticos el que más escasea es la metformina (T08, 2006:235-238) de gibenclamida a veces se entrega a los usuarios menos de lo indicado porque no hay suficiente (T11, 2006:281-284, T07, 2006:30-36), y cuando no hay tienen que comprarlo, generalmente “en farmacias similares porque ahí es más económico” (T13, 2006:311-313, T03, 2006:185-187, T09, 2006:281-283).

De los cuatro instrumentos básicos para la atención de un usuario diabético que son baumanómetro, estetoscopio, glucómetro y báscula, las báscula y los baumanómetros son compartidos “tenemos una báscula que compartimos tres enfermeras en la mañana” y “un bauma para dos”(T10, 2006:112-119, T02, 2006:126-131, T11, 2006:258-264), algunos baumanómetro son muy antiguos “lo tengo desde hace como 25 o 28 años, que para quien lo sabe ocupar no sirve, ya le encontré su maña” (T02, 2006:126-131), es decir, son instrumentos en condiciones inadecuadas (T09, 2006:168-170), la mayoría de los estetoscopios son de las trabajadoras “nosotras los hemos traído” (T10, 2006:112-119, T11, 2006:258-264), “me traigo el más sencillo porque he perdido dos” “son instrumentos míos” (T11, 2006:258-264). E incluso algún tipo de mobiliario ha sido llevado por las trabajadoras para el desarrollo de sus tareas cotidianas, “cuando el centro de salud se separó tenía en que escribir, esta mesa es mía yo la mande hacer” (T10, 2006:76-78). En los núcleos el instrumental se comparte también por falta de espacio (T09, 2006:161-166). Solamente los glucómetros están asignados a cada núcleo (T11, 2006:265-267).

En algunos núcleos los instrumentos están en condiciones adecuadas (T11, 2006:268-269) porque por robo fueron repuestos nuevamente por los trabajadores (T13, 2006:157-160), esto se debe a que los instrumentos están bajo el resguardo de los trabajadores y en caso de pérdida dentro del horario de trabajo es obligatoria su reposición (T13, 2006:161-163).

Cuando un instrumento se descompone lo usual es que se suple por otro mientras está en reparación (T10, 2006:112-119, T11, 2006:270-273), la opinión sobre el tiempo que tarda la devolución del instrumento es variable, vas desde más de un mes (T07,2006:94-98), hasta seis meses para llevárselo a reparación luego del reporte (T09, 2006:179-180) hasta un año en la devolución (T13, 2006:164-172).



Declaran que actualmente no cuentan con tiras reactivas suficiente, “no tengo nada más que el aparatito” (glucómetro)(T11, 2006:258-264, T02, 2006:143-147), “nos dan cada día de San Juan” (T08, 2006:217-233) si nos llegan a dar nos dan de 10 tiritas (T03, 2006:179-180, T13, 2006:173-180) o hasta 5 tiras (T08, 2006:217-233), es una mínima cantidad (T02, 2006:148-152, T11, 2006:274-275), “se acaban en un día y ni alcanza”, “siempre están agotadas” (T09, 2006:181-185, T10, 2006:123-125).

Sobre la percepción respecto al tiempo que espera un usuario para recibir consulta es heterogénea, se dice que a veces media hora (T10, 2006:47-51), 40 minutos (T11, 2006:182-194), de una hora a hora y media (T02, 2006:39-47), dos horas y en algunos casos más (T08, 2006:113-115, T09, 2006:74-78) porque son pocos médicos y mucha población (T07, 2006:40-43), “se supone que una hora cuando mucho, pero la verdad es que aquí tardan más, una señora estuvo sentada aquí hasta dos horas y media” (T13,2006:79-83), “no se cuanto tiempo, creo tardarán como dos horas y media” (T03, 2006:83-90) y por no estar esperando dejan de acudir (T11, 2006:325-330).

Para el personal de salud la duración de la consulta también varía, desde menos de 15

minutos a casi una hora, “quisiera decirle 15 minutos pero es menos tiempo” (T11, 2006:196-199) “15 minutos” (T10, 2006:140-143, T13, 2006:241-242) “de 15 o 20 minutos dependiendo de cada paciente” (T03, 2006:254-255, T02, 2006:190-191), “como 25 minutos” (T07, 2006:152-154) de “20 a 30 minutos” (T08, 2006:60-75, T09, 2006:230-231), “bien, casi una hora” (T08, 2006:60-75).

El tiempo de traslado es un factor importante, dependiendo de las localidades de origen en algunos núcleos los usuarios tardan en trasladarse al centro de salud de 15 a 25 minutos (T03, 2006:105-110, T07, 2006:53-56) cuando están cercanas, pero existen localidades como El Pinoral o Xochiapa, que quedan como una hora o más (T03, 2006:112-114, T09, 2006:115-118), o Mezcalcingo a cuatro horas (T05, 2006:88-92).

Otro aspecto complementario es a dónde acuden los usuarios que tienen necesidad del servicio por la noche o en fin de semana, la percepción generalizada de los trabajadores es a urgencias del Hospital General de Chilapa o con médicos particulares (T13, 2006:62-64, 74-79, T11, 2006:149-171, T13, 2006:66-78).

De acuerdo con los trabajadores la jornada laboral es de 7.5 horas, de lunes a viernes, u ocho horas (T08, 2006:444-447, T13, 2006:468-474). La jornada matutina va de ocho de la mañana a tres y media de la tarde y la vespertina de las dos y media a 10 de la noche (T01, 2006:667-669, T02, 2006:267-268, T03, 2006:32-36, T11, 2006:475-476, T09, 2006:360-361).

En el centro de salud existen seis núcleos y un módulo de atención a adolescentes para atender a toda la población (T01, 2006:155-174), es decir, siete médicos, cada médico tiene a su cargo un número variable de usuarios, atiende entre cuatro mil o cinco mil pacientes, “es una cosa enorme” (T01, 2006:155-174), sólo de Oportunidades cada núcleo se encarga de 450 a 500 familias de entre cuatro o cinco integrantes, pero las hay con ocho, 10 o 12 miembros (T08, 2006:165-170), el número de usuarios de Oportunidades por núcleo va de 1500, 2000 y hasta 3000 personas (T03, 2006:438-439, T08, 2006:76-94, T11, 2006:325-330), que tienen que ser vistas por los médicos mínimamente dos veces por año (T08, 2006:76-94). Adicionalmente atienden a la Población Abierta y del Seguro Popular.

Para los médicos, sus núcleos y el centro de salud “están sobresaturados, tienen demasiada población” (T09, 2006:285-296, T11, 2006:132-148, T13, 2006:84-89) que “no cabe” (T07, 2006:67-74), por la mañana asiste más gente porque son más consultorios (T08, 2006:199-208), “los pacientes se desesperan, se quieren ir y los niños lloran”. (T09, 2006:60-69) Esto representa para los trabajadores una labor muy cansada y desgastante (T11, 2006:132-148).

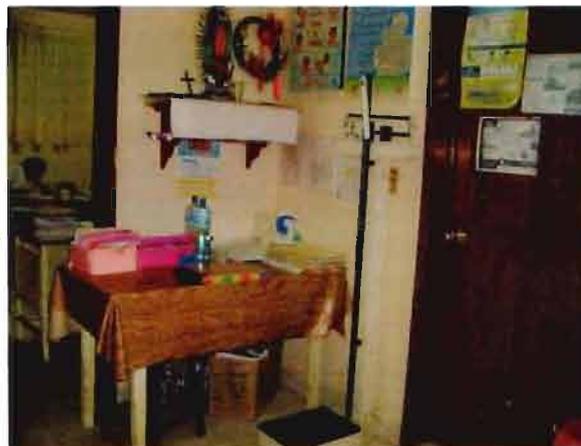
Con propias expresiones como; “estamos viendo casi de 35 a 40 pacientes que afecta la calidad de la atención” (T08, 2006:51-59), “estamos muy apretados como para darles una buena atención” (T09, 2006:55-59). “No les damos a cada pacientes el tiempo de atención que debiéramos por tanta población que atendemos” (T11, 2006:132-148). “No esta en nuestras manos resolverlo y nos llaman la atención porque damos cantidad y no calidad” (T10, 2006:218-231).

La opinión del personal respecto a la productividad que se exige, es que no hay un número específico de usuarios que atender (T09, 2006:345-351, T11, 2006:466-468), otros dicen que son 17 consultas por día (T08, 2006:440-442, T11, 2006:466-468, T13, 2006:431-435), pero con atención al 100%. (T03, 2006:401-402) pero con atención al 100%. (T03, 2006:394-395), sin embargo se

...se atiende entre 30, 40 y 46 en consulta (T11, 2006:469-473, T13, 2006:431-435, T08, 2006:51-59, T11, 2006:132-148), llegando a la cantidad de 58 por día, “entonces la calidad de la atención es completamente mala o pésima” (T08, 2006:51-59). En términos generales se considera que la carga de trabajo es muy grande (T01, 2006:672-684).

Una tarea adicional para el personal es el trabajo administrativo que consume una parte importante del tiempo, puede ir de entre una hora o dos horas diarias de dedicación a la papelería (T03, 2006:470-474) hasta el 40% de la jornada (T01, 2006:449-472), es mucha papelería (T08, 2006:60-75), alguno refiere que se lleva “más tiempo en la papelería que en consulta” (T08, 2006:60-75). Regularmente cada fin de mes este tipo de trabajo se lleva a casa (T03, 2006:475-476), “es nuestro informe mensual” (T03, 2006:477-481). Por papelería se entiende el llenado de formatos, la nota médica, fichas, expedientes, cuadernos y la información estadística (T13, 2006:477-479).

...cuando se reporta información hay que entregar diez o quince papeles al SIS, el equivalente al programa de crónico degenerativas, al de rabia, por ejemplo de mi área se entregan casi 19 hojas, “es un universo de información” (T01, 2006:449-472).



Esto significa para el personal mayor carga laboral porque implica tiempo para el llenado de documentos, llevar tarjetas mas expedientes, de Oportunidades y también del Seguro Popular (T07, 2006:256-263, T08, 2006:51-59). Así como el control de asistencia a pláticas, citas médicas, dotación de papilla de Oportunidades, porque nos supervisan de contraloría, para checar si se está llevando debidamente el programa por la rendición de cuentas (T13, 2006:533-545).

Una tarea generada a partir de la aplicación de Oportunidades es el dar pláticas mensuales de una hora u hora y media (T08, 2006:448-454) lo cual se considera carga extra, aunque se dice que ya se han adaptado, lo que no ocurre todavía con el SP (T02, 2006:303-309).

Otro aspecto a reportar como parte de la carga de trabajo es la visita domiciliaria (T08, 2006:493-497). La visita se hace rara vez, casi cada tres meses por falta de tiempo no hay oportunidad de salir (T13, 2006:415-425). También hay quien dice hacerla una o dos veces por mes, principalmente a quien se considera más urgente o en ocasiones se acude al

domicilio a tomar las muestras de glucosa (T03, 2006:532-535).

Se visita a dos o tres personas y la decisión de a quién, se hace en función de las condiciones de los usuarios que están en la lista de diabéticos de cada núcleo (T02, 2006:258-266) o de los pendientes que se tengan con ellos (T11, 2006:344-351).

En el centro de salud hacen falta recursos humanos, particularmente médicos (T01, 2006:155-174, T03, 2006:91-92, T07, 2006:44-46, T08, 2006:120-126, T11, 2006:207-209, T13, 2006:84-89) e incluso personal para el laboratorio porque “ya no se puede con el trabajo” (T01, 2006:155-174).

Entre los trabajadores hay diferencias importantes que se consideran injustas respecto al salario que perciben, (T11, 2006:479-483) porque hay programas que paga mas y otros menos (T03, 2006:521-527).

...no gano lo que gana un médico general, me están pagando menos, en promedio un médico general viene ganando como 6,600, 6,800 quincenales, yo gano 4,000 pesos quincenales (T08, 2006:457-460).

Esto se debe a que aunque realizan las mismas tareas se tienen códigos de contrato distinto (T08, 2006:461-462), existen trabajadores con mas ocho años de servicio con códigos de contratos distintos a las labores que desempeñan (T11, 2006:479-483).

Para la mayoría de los trabajadores no hay claridad respecto cuánto tiempo tiene que ingresó nuevo personal, se dice que cuando ha llegado ha sido por contrato (T07, 2006:294-296, T11, 2006:505-507) Se sabe que antes de concluir la administración anterior, se realizaron movimientos para favorecer a cierto personal, con nuevas propuestas (T01, 2006:747-754), algún personal de base fue movido a plazas mejor remuneradas o a centros de trabajo en ciudades como Chilpancingo y Acapulco, de modo que en estos espacios se incorporó personal por contrato del SP, algunos que ya habían hecho merito, aunque no propiamente en el centro de salud de Chilapa (T01, 2006:771-778, T09, 2006:425-437).

Los trabajadores por contrato tienen claro que cuando el patrón considere que ya no necesita los servicios, el contrato puede ser rescindido y lo tienen que aceptar, lo cual genera cierta inseguridad (T01, 2006:764-770).

Los que están en tiempo de jubilación prefieren no hacer el trámite porque esperan ceder la plaza a alguno de sus hijos, consideran que dejar el trabajo es un riesgo y problema porque “hay bastantes personas esperando respuesta” (T10, 2006:271-277). Hasta la administración anterior el trabajador podía negociar con el sindicato la plaza para un familiar, independientemente que fuera o no del ramo, de ser necesario se asignaba una plaza administrativa (T10, 2006:278-279). Ahora las trabajadoras expresan que “ya no es tan fácil” (T02, 2006:313-316), “hay 2 compañeras que tienen como un año que se jubilaron y no ha llegado nadie en su lugar (T07, 2006:287-290) aunque tienen familiares propuestos” (T09, 2006:419-424).

Menos de la mitad de los trabajadores entrevistados dicen sentirse satisfechos con su trabajo (T07, 2006:277-279, T13, 2006:487-488), “a veces me desespero de tanta consulta pero me gusta” (T09, 2006:366-370).

...lo que hago me gusta mucho, me gusta mi trabajo, la experiencia nos ha dicho que gran parte de las enfermedades de los pacientes también son

problemas que ellos tienen, a veces aquí con el hecho de tomarles la muestra, de preguntarle ¿cómo está?, ¿qué le duele? el paciente empieza a platicar cosas que son muy personales y dar un consejo sensato, tan me gusta mi trabajo que de cero levantarnos esto y ahora tenemos un buen nivel que esperamos seguir manteniendo (T01, 2006:685-696).

El resto de los trabajadores dicen no estar satisfechos por diferentes razones (T02, 2006:274-276, T03, 2006:507-508, T08, 2006:463-464, T11, 2006:479-483, T09, 2006:364-365). Para ellos la atención de problemas como el salario, el espacio, la disminución la carga laboral y el reconocimiento a su labor, favorecería la calidad en el trabajo. Respecto al salario se dice por ejemplo:

...yo tengo cierta envidia de los maestros de educación primaria y preescolar, tengo una hermana que es educadora gana muchísimo más que yo y trabaja tres o cuatro horas diarias. Nosotros tenemos trabajo extraordinariamente grande e igual en riesgos, y en general lo que ganamos no se equipara con lo que gana un maestro, sobre todo en cuestión de aguinaldos (T01, 2006:672-684). Es “una injusticia no ganar lo debido” (T11, 2006:479-483, T09, 2006:364-365).

Es importante la disminución de la carga de trabajo (T08, 2006:465-467), de pacientes, de lo administrativo (T08, 2006:468-470) y de los programas que se operan (T08, 2006:485-488). Además de otros aspectos como recibir capacitación (T03, 2006:509-511, T07, 2006:282-283), material suficiente, “nos sentimos mal porque nos exigen y no nos dan con que trabajar” (T09, 2006:381-385), equipo como un aparato de ultrasonido (T03, 2006:512-515), redistribución de actividades y apoyos donde el personal se siente más cómodo, “que me dieran el módulo de atención a adolescentes, que he estado pidiendo” (T11, 2006:502-504) “que nos trasladaran cuando trabajamos en comunidad” (T02, 2006:277-279), mayor coordinación entre el personal para dar mejor la atención a los pacientes (T13, 2006:495-499), con ello recuperaríamos la credibilidad de la gente en Secretaría de Salud, es por lo que están haciendo grandes esfuerzos (T01, 2006:84-111).

La mayoría considera que su labor no es reconocida por las autoridades (T02, 2006:280-281, T03, 2006:527-530, T07, 2006:280-281), de hecho piensan que para los directivos la jornada “es mucho tiempo” y “se la pasan pajareando” (T08, 2006:471-474) Sin embargo otros creen que los valoran y (T09, 2006:376-379) a veces dan un estímulo pequeño (T10, 2006:263-265, T13, 2006:480-481), o que después serán recompensada su labor.

...a todo mundo le gusta que le digan que hace bien su trabajo, en lo personal lo que me ha mantenido entusiasta es el ánimo de la gente, porque se que de la gente espero más, con la Secretaría de Salud me mantiene el vínculo de que me forme aquí, no pierdo la esperanza de algún día recibir lo que merezco, mi base (T01, 2006:800-823).

Financiamiento.

El suministro de recursos al centro de salud es cada vez más limitado al grado de que el personal aporta de sus propios recursos para satisfacer ciertas necesidades,

...estamos carentes de tiras reactivas, papelería, a veces la enfermera o yo

cooperamos para fotocopias, nos pasamos intercambiando porque en la administración actual se maneja que da el recurso hasta que van a Chilpancingo (T11, 2006:100-111).

Se adquieren instrumentos para el trabajo por el personal (T10, 2006:76-78), se compra tira reactiva en frasco aunque se considera obsoleto su uso (T03, 2006:336-338) “es mejor que eso que nada” (T03, 2006:340-345).

La atención para los usuarios diabético es gratuita, nadie que sea diabético paga (T02, 2006:104-105, T07, 2006:17-21, T09, 2006:138-142, T11, 2006:244-243) por acuerdo federal (T08, 2006:148-151), tenga Oportunidades, Seguro Popular o Población Abierta es gratuita (T03, 2006:40-50). Parte de la atención es la dotación de medicamento, si no hay lo tienen que comprar (T09, 2006:281-283). Es común que los usuarios de primera vez pagan la consulta y después cuando están en control por diabetes dejan de pagar, si asisten por otro problema o padecimiento pagan \$ 30.00 pesos cada consulta (T08, 2006:152-156) a excepción de quienes tienen Oportunidades o SP.

Incluso la población con Oportunidades paga por los estudios de laboratorio, por la atención en el Hospital General de Chilapa cuando son referidos a segundo nivel (T09, 2006:332-340). En el laboratorio del centro de salud el examen de glucosa vale \$ 25.00 pesos y aunque son pocos los usuarios de Población Abierta y Oportunidades que pagan, son los que mantienen vivo el laboratorio (T01, 2006:19-30).

En relación con otros padecimientos distintos la aplicación de la cuota no fue homogénea por lo menos durante el período que realizamos las entrevistas, ni siquiera para la Población Abierta, hubo variación según el turno del servicio. Respecto a esto los trabajadores consideran que debería ser una misma cuota para todo usuario (T07, 2006:78-84, T02, 2006:91-99, T09, 2006:131-137, T10, 2006:71-75) e incluso como la mayor parte de la población es de bajos recursos se considera una imprudencia el pago de la cuota cuando “no traen ni para regresar a sus localidades” (T13, 2006:126-131, 133-136), y como la diabetes “es una enfermedad que las vas a tener de por vida” “al menos se les apoya” (T03, 2006:133-139) no cobrando la consulta y el medicamento. Sin embargo la gratuidad debería ser para todos y todos los padecimientos (T11, 2006:248-250).

La opinión de las estrategias y/o programas de los que los usuarios reciben atención médica.

Se considera que Oportunidades, Seguro Popular y Atención Población Abierta deberían formar un solo programa, porque así la Secretaría de Salud tiene como tres tipos de población, cuando la población es la misma (T11, 2006:48-78). Lo que se requiere es establecer un mecanismo para que la atención sea integralmente para todos, a partir de analizar las necesidades de la población (T01, 2006:84-111). Sobre todo porque en términos del trabajo no hay diferencias (T01, 2006:19-28, T07, 2006:13-16, T08, 2006:24-28, T13, 2006:30-32), a todos se les da la misma atención (T02, 2006:15-16, T11, 2006:19-21). Los médicos son los que atienden la consulta externa de cada núcleo (T10, 2006:17-21). Y respecto al contenido de las intervenciones, “todos los usuarios de este centro de salud reciben paquete básico de servicios de salud” (T03, 2006:51-58).

Para los entrevistados en términos generales Oportunidades SP y Población Abierta

funcionan bien (T01, 2006:45-52, T13, 2006:33-36), es lo mismo (T07, 2006:22-24), son programas que están hechos de acuerdo a la problemática local porque Chilapa tiene muchas localidades marginadas y responden a éstas características (T07, 2006:26-29, T10, 2006:24-26), hay muchas personas que requieren tratamiento (T10, 2006:27-29).

El problema es que hay una saturación de programas, diabetes, hipertensión, planificación familiar, tuberculosis, etc., “el montón de cosas”, entonces “no se pueden llevar a cabo al cien por ciento según pide cada programa”, se cumplen regularmente porque no da tiempo de hacerlo de manera adecuada (T08, 2006:40-50). Uno de los trabajadores refiere preferir trabajar solo con Población Abierta porque Oportunidades incrementa el trabajo al tener que vigilar recién nacidos, el crecimiento de los niños, mujeres embarazadas, puérperas y adultos de las familias asignadas a cada núcleo (T09, 2006:23-28).

Además, todos los prestadores tienen que apegarse a los lineamientos de cualquiera de los programas por normatividad (T08, 2006:116-119, T10, 2006:43-46, T13, 2006:58-60). Aunque los ven como “una imposición” (T02, 2006:21-26). Hay una supervisión que indica cómo se debe hacer las cosas, sin posibilidad de modificar nada (T02, 2006:35-38, T07, 2006:37-39). Cuando una disposición no se cumple no es por intención sino porque no es posibilidad (T09, 2006:70-73).

Cree que no se cumple al cien por ciento (T11, 2006:112-131) con las metas y objetivos establecidos (T02, 2006:29-31) por falta de condiciones para ello (T09, 2006:55-59), hace falta personal (T01, 2006:112-133) el medicamento no está, o está incompleto, y respecto al programa de diabetes, no hay espacio para hacer ejercicio (T07, 2006:30-36) ni tira reactiva (T11, 2006:112-131). Estiman pertinente establecer que se quiere calidad o cantidad, “si se va a trabajar por cantidad que se siga recibiendo a todos”, hace falta evaluar lo que se está haciendo, cuánto y cómo, tal vez “tenemos capacidad para atender menos”, definir una meta más corta (T01, 2006:112-133).

El programa normal de Población Abierta.

Población Abierta “es la gente que no tiene nada, no tienen ISSSTE, ni Seguro Social, ni otro tipo de servicio” solo dispone de los servicios de la Secretaría (T09, 2006:15-21) es la única población que paga (T01, 2006:19-28) por el servicio, “la gente que paga piensan que la atención es la mejor si le cobran” (T08, 2006:180-198). Es una población que asiste a su conveniencia, no es posible forzarlos aunque se insista, por lo tanto no se puede llevar un control adecuado (T13, 2006:17-29) del padecimiento.

Oportunidades.

Para los trabajadores Oportunidades tiene un aspecto positivo y se refiere a que es un programa para gente que no tiene recursos (T08, 2006:180-198), está bien para las familias que en realidad lo necesitan aunque sea poquito dinero” (T09, 2006:41-48). A los pacientes diabéticos de Oportunidades se les puede checar con más frecuencia porque están sujetos a sus citas y no deben faltar, de ellos se sabe mejor si están o no controlados (T13, 2006:17-29).

La parte que no admiten del programa es que consideran se maneja políticamente a la

población (T13, 2006:37-45) “está mal distribuido” la gente con Oportunidades se supone que debe ser la que tiene menos posibilidades económicas, en realidad no es así, “hay maestros con buena posición económica”, “con auto” y “caserones mejores que las nuestras” que tienen Oportunidades (T09, 2006:41-48). Son los que más exigen, “nos reportan porque quieren que se les atienda de inmediato en el momento que llegan porque se van a trabajar” (T11, 2006:48-78).

El Seguro Popular.

Las opiniones del Seguro Popular son divergentes, por un lado es visto como un programa nuevo que está en proceso de adecuación, el ingreso a él es voluntario (T10, 2006:30-35), el usuario del SP está mejor atendido que en el Seguro Social, cuenta con servicio gratuitos que incluye consulta externa inmediata (T01, 2006:84-111) y exámenes de laboratorio (T11, 2006:19-33), se les proporcionan todo el medicamento y en caso de no disponibilidad en el centro de salud se le entrega en la farmacia del SP (T02, 2006:17-19). A los diabéticos que se les practican exámenes mínimamente cada tres meses, es un beneficio mayor (T08, 2006:33-39).

El SP “si ayuda pero a veces no es equitativo, porque hay gente que son maestros que por no ir a consulta al ISSSTE se están afiliando al SP. En Chilapa la gente es de muy bajos recursos, hay ancianos abandonados, sin familia y sin trabajo que no tuvieron oportunidad de ingresar al SP (T11, 2006:48-78), estas personas en ocasiones no pueden pagar ni la cuota para consulta general (T10, 2006:36-38). De hecho son muy pocas las personas que llegan a pagar, las cuotas son de “hasta 50% menores que en cualquier particular” (T01, 2006:442-444).

La postura contraria es que con el SP “es mucho empapelamiento”, “todo debería ser para todos los pacientes, cobertura total para la población en general” (T11, 2006:48-78). La única diferencia existe un membrete de SP en la historia clínica (T08, 2006:24-28).

...en mi opinión el SP viene siendo una Secretaria de Salud dentro de la Secretaria de Salud, porque tiene presupuesto propio, pero este presupuesto está generando un sobre calentamiento de la estructura de salud (T01, 2006:45-52).

Según SP van a sustituir los archiveros, baumanómetros, estetoscopios, pero nada, “nada más se oye que en el Seguro Popular es para tantas familias”, deberían venir a ver “que a veces no tenemos ni papel para escribir” (T02, 2006:132-138). Además, con el SP hay muchos problemas por falta de abasto de reactivos, tenemos que tomarlos del programa normal (Población Abierta) para cubrir sus necesidades (T01, 2006:19-28).

Representación en los trabajadores de la diabetes y sus consideraciones de la aplicación de la Norma Técnica.

La diabetes es un problema grave (T08, 2006: 361-400) y para toda la vida (T03, 2006:115-122), genera muerte a temprana edad y cada vez es más joven la población que la padece (T13, 2006: 405-411, 412-414). Desde su punto de vista el centro de salud atiende al 50% de la población que padece diabetes en la ciudad de Chilapa (T03, 2006: 210-214).

Además de lo anterior, el personal de salud percibe a los usuarios diabéticos como desidiosos, que se niegan a aceptar su padecimiento, incrédulos, piensan que el personal se equivoca en los diagnósticos (T01, 2006:570-607), “toman la enfermedad a la ligera porque no tienen síntomas”, “no sienten nada” ((T08, 2006:259-272), a veces sólo cuando ven la tira más o menos se convencen (T03, 2006:221-243), algunos “te dicen está loco y no regresan” que es la mayoría (T08, 2006:259-272), “¿por qué? Si yo ya estaba bien”, es muy difícil convencerlos (T08, 2006:361-400). O bien como consideran que la diabetes es para toda la vida, creen que no van a tener recursos como para estar yendo a su control (T03, 2006:115-122) lo cual dificulta su atención.

Siendo la norma técnica vigente para la prevención y tratamiento por diabetes el referente obligado para la atención de usuarios por parte del personal de salud, al preguntarles sobre si la conocen y manejan, las respuestas fueron desde “no la conozco”, “no me acuerdo” (T02, 2006:216-217, T03, 2006:293-295), “nada más los médicos la pueden leer” (T09, 2006:242-245). De los que dicen conocerla piensan que es “ilógico aplicarla al 100% cotidianamente” (T08, 2006:322-323) sino que se usa entre un 70 y 80% (T08, 2006:325-326, T13, 2006:268-269) porque tienen que hacer adecuaciones muy independiente de la Norma, dependiendo de cómo va respondiendo el paciente al tratamiento (T13, 2006:270-279), “la tengo siempre a la mano” y “la aplicó a mis pacientes” (T11, 2006:385-391, T13, 2006:266-267).

Aunque el personal médico considera que cuenta con la formación necesaria para atender usuarios diabéticos, para ellos la capacitación es necesaria (T02, 2006:282-284, T03, 2006:290-291) sobre todo para “el manejo de insulina” (T13, 2006:254-258).

El personal de enfermería sugiere que por los cambios de área que sufren (T07, 2006:173-176) y las modificaciones en los lineamientos de atención, falta capacitación (T09, 2006:234-238). Sin embargo no es una actividad frecuente, se “dio un curso de diabetes desde hace como tres años al que este personal asistió (T09, 2006:239-241).

La atención médica que reconocen dar a los usuarios por diabetes.

A toda persona que llega al núcleo básico mayor de 20 años (T03, 2006:221-243), a los obesos, hipertensos o con síntomas de diabetes como pérdida de peso, aumento de la sed, ganas de orinar, aumento del apetito (T07, 2006:135-141, T13, 2006:214-222), se les aplica el cuestionario de factores de riesgo que se llama “soy o no soy diabético” con 10 preguntas, si la persona obtiene 10 puntos es candidata a detección de diabetes, se les toma su glucosa y luego se les pide una glucosa plasmática por laboratorio, hasta que el laboratorio reporta cifra alta se puede ingresar como caso nuevo de diabetes (T03, 2006:221-243, T13, 2006:214-222). Una vez confirmados se les da cita para control (T11, 2006:338-341), entonces se da información del padecimiento (T03, 2006:221-243), tratamiento (T07, 2006:135-141) y dotación de medicamento (T13, 2006:223-229).

Como desafortunadamente “no siempre tenemos tiras reactiva”, se le da orden para laboratorio, a veces regresa y otras no (T11, 2006:333-337). De manera que sólo se confirman aproximadamente ocho casos por año en algunos núcleos (T11, 2006:342-343).

El objetivo primordial de la consulta es verificar el estado de salud de los usuarios (T03, 2006:246-250). Entre el personal médico no hay homogeneidad en los aspectos a revisar en

consulta, mientras que un trabajador dice “desde el momento que entra el usuario al consultorio le checo los pies al ver cómo viene caminando”, en general, su semblante o aspecto, leo sus datos si se mantiene o subió de peso, de preferencia debe venir en ayunas para valorar su glucosa (T03, 2006:246-250). Otros dicen “lo que siempre hacemos es revisar los pies para ver si hay lesiones”, “cheamos su glucosa” y la presión, si está mal preguntamos por qué, a veces es la dieta, no están comiendo como se les indica (T08, 2006:340-348). En general se revisan sus signos vitales, talla, peso y presión, se valora su estado, se toma su glucosa (T11, 2006:357-359) y damos indicaciones. (T02, 2006:192-195, 251-253), se le orienta que dieta y ejercicios llevar (T09, 2006:256-262).

Hay quien considera que a los diabéticos se les debe de revisar el fondo de ojo para ver si tienen el órgano con muestras de diabetes, los pies para ver si hay alteraciones basculares, así como una revisión general para ver si presentan algún problema cardiaco.

La periodicidad en la revisión es también variable, para algunos se hace cada mes o cada que se terminen el medicamento, para otros cada dos o tres meses mínimo (T08, 2006:332-339), porque “si quieren vienen” o “hasta que los mandamos a traer con la promotora de salud” (T02, 2006:182-188). También se señala que deben tener al menos cuatro consultas al año, “llevamos un control trimestral y cuando menos una vez en el trimestre debe acudir (T11, 2006:352-356).

Cada mes o cada que van a consulta se les toma la muestra de glucosa si hay tira reactiva (T08, 2006:425-426, T11, 2006:436-438), de no haberla se mandan al laboratorio del propio centro de salud (T02, 2006:230-234, T03, 2006:330-332, T07, 2006:206-208) o si la persona puede se manda a un particular (T10, 2006:192-194), la dificultad de pedir a los usuarios el resultado es que algunos lo traen y otros no regresan (T03, 2006:333-335), es decir, por falta de tira no se cumple con esa parte aunque quieran y sea básica (T09, 2006:298-305).

En opinión del personal el tratamiento que más utilizan en los diabéticos es gibenclamida y metformina, la dosis se van ajustando de acuerdo a la respuesta del paciente (T01, 2006:514-520, T03, 2006:304-305, T08, 2006:349-350, T09, 2006: 269-273, T10, 2006:180-184), además de dieta y ejercicio (T07, 2006:193-194). La dieta y el ejercicio dependen del usuario (T07, 2006:196-197), adicionalmente se hacen recomendaciones como el uso de té para tranquilizar a los usuarios (T02, 2006:218-224).

Quando se hace el diagnostico de diabetes a un usuario, el tratamiento inicial consiste en dieta y ejercicio, se le explica al paciente qué debe hacer y qué comer, se le cita en 15 días o un mes, dependiendo de su resultado se valora otra vez, generalmente llegan con la glucosa alta, y para proteger al paciente se inicia con el tratamiento farmacológico (T08, 2006:351-360).

Para los médicos el tratamiento depende de las condiciones de cada usuario (T11, 2006:407-411, T08, 2006:416-421). Sin embargo la meta del tratamiento es mantener a los usuarios diabéticos en una cifra menor de 126 miligramos de glucosa, para poder decir que están controlado (T13, 2006:303-306).

La mayoría de los médicos consideran que dan a sus usuarios explicaciones o indicaciones suficientemente claras (T03, 2006:324-329, T02, 2006:228-229, T08, 2006:422-424, T10, 2006:189-191, T11, 2006:434-435), que los usuarios entienden bien lo que se les dice (T07, 2006:203-205), además, los pacientes generalmente van acompañados de un familiar, o les

piden que los acompañe un familiar para que se les explique también.

Pocos son los médicos que aceptan que tal vez no sean clara sus explicaciones por la cantidad de gente que atienden, les da la información rápida y no verifica si entendieron (T09, 2006:285-296). Aunque el paciente casi siempre dice que entendió, a veces se nota en la cara la duda (T13, 2006:320-329), “yo creo ser clara, pero hay pacientes que entienden y hay pacientes que no” (T13, 2006:316-319).

...en el caso de diabetes “no tengo tiempo para explicarles, me llevaría media hora”, sólo le digo lo que tiene y le pido que lea un folleto con calma en su casa y cuando venga la próxima vez me dice que entendió (T03, 2006:221-243).

Gracias a la cooperación de los médicos responsables de dos núcleos se formaron dos grupos de ayuda mutua. Estos médicos trabajan con los diabéticos por las tardes porque en la mañana no es posible, “no tenemos espacio” y “no tenemos tiempo” (T03, 2006:307-315), con las personas del grupo se platica constantemente sobre la importancia del tratamiento y de la actividad física. (T11, 2006:300-304). Las actividades que desarrollan los grupos de ayuda mutua se hacen fuera del centro de salud, para ello se busca un lugar o se solicita el préstamo de una casa particular para reunirse. El ejercicio se hace dos veces por semana en la unidad deportiva (T11, 2006:308-315) en la sala de juntas no siempre es posible hacerlo, dado que con frecuencia se usa para recibir información (T11, 2006:316-324) de todos los centros de salud del municipio. Otros núcleos sólo dan a los usuarios orientación en consulta y la plática mensual (T11, 2006:292-299).

Entre las actividades que se realiza en los grupos de ayuda mutua están las pláticas a los usuarios sobre temas diversos relacionados con la diabetes (T03, 2006:191-193). Adicional a estas son las pláticas mensuales que se dan en la sala de juntas del centro de salud por parte de los médicos o enfermeras (T02, 2006:159-164, T03, 2006:203-205, T07, 2006:133-134, T09, 2006:198-201, T13, 2006:191-192) a los usuarios de Oportunidades y población abierta (T02, 2006:169-170, T07, 2006:121-125) previamente citados o invitados (T02, 2006:165-168, T07, 2006:127-130, T09, 2006:190-193, T11, 2006:48-78, T13, 2006:202-206), así como en las comunidades (T03, 2006:197-201).

Algunos médicos consideran que hay otra realidad, que a los diabéticos e hipertensos no les importan las pláticas, “eso es lo que nosotros vemos”, porque de 100 diabéticos que citas nada más van 15 o 20, y poco efecto tienen en ellos porque no se cuidan (T08, 2006:239-247, T13, 2006:194-201).

La dieta consiste en indicaciones o comentarios verbales sobre lo que deben o no comer (T11, 2006:412-426, T08, 2006:351-360), depende de cada usuario si lo quieren hacer (T07, 2006:191-192, 196-197). Sin embargo *cuando las indicaciones son escritas la situación parece ser distinta*

...expone un trabajador el caso de una señora con problemas en su embarazo, se le dijo va a tener que usar insulina o llevar la dieta adecuadamente, se le consiguió un folleto, se le hizo una relación de todo lo que iba a comer, se controló durante todo el embarazo, tuvo hasta 99 miligramos de glucosa, no ha tomado medicamento, está con dieta bien controlada, gracias al deseo de concluir bien su embarazo (T03, 2006:360-382).

Respecto al ejercicio, se les pide como mínimo caminar de 30 a 45 minutos cada tercer día. En la mayoría de la gente prevalece la idea de que hacer quehaceres domésticos es suficiente como ejercicio y eso no lo es, pero no lo hacen (T08, 2006:402-415).

Las prácticas alimenticias hacen difícil cumplir con la dieta, dada la costumbre de consumir cierto tipo de alimentos no quieren o no pueden dejarlos, es cuestión de hábito (T07, 2006:222-224), de hecho llevan la dieta bien dos o tres meses y vuelven a caer, comen más de lo indicado, suben de peso y sube la glucosa, “obviamente aumentamos el medicamento”, “porque si le vuelvo a indicar la dieta, no hace caso” (T08, 2006:402-415), “me he encontrado con pacientes que me dicen tomo coca cola pero le pongo un poco de agua”, “comen chocolate” y “pastelito” (T11, 2006:442-446). Es cuestión de sabores por lo que no aceptan tipo de alimentos, por ejemplo en los grupos se han hecho demostración de platillos con soya pero no se adaptan (T03, 2006:360-382), comen de todo y eso hace que se descompensen (T07, 2006:215-220).

La inconsistencia en sus asistencias a consulta es también un problema para el cumplimiento de la dieta y tratamiento, “no vienen aunque los mande a traer”, a “veces desaparecen no están aquí, se van a trabajar fuera y regresan mal” (T02, 2006:249-251), algunos se van al campo a cortar jitomate o melón, dicen que los campos quedan lejos y no hay médicos que los atiendan (T02, 2006:252-254).

El dinero es también un impedimento importante, les damos junto con la enfermera el tratamiento sobre preparados con soya pero les parecen caros los productos para consumirlos (T03, 2006:360-382).

Son las creencias las que dificultan se apegan al tratamiento, piensan que “tanto medicamento les hacer daño”, la toman un tiempo, se controlan y dejan, de hecho aunque se lleven el medicamento hay mucha gente que no se lo toma, y como no todos asisten a los grupos ayuda mutua en donde como médicos están mas pendientes de los usuarios, “tal vez el consejo de otros que están controlados ayudaría” (T13, 2006:359-372, T08, 2006:361-400), los diabéticos se niegan a aceptar su padecimiento (T01, 2006:570-607, T08, 2006:361-400).

Resultados de la atención que brinda el personal de salud a los usuarios por diabetes.

Refieren los médicos que los usuarios prácticamente no presentan complicaciones, hay núcleos que durante el año 2005 no tuvieron ninguna (T03, 2006:386-389, T07, 2006:226-231, T08, 2006:430-432, T10, 2006:212-213, T11, 2006:447-452). La opinión sobre cuál es la complicación principal varía, se considera a la cetoacidosis diabética o alcalosis diabética, que es cuando está muy alta el azúcar y se combina al mismo tiempo con hipertensión arterial. Cuando esto se presenta, los usuarios son remitidos al hospital, ahí les ponen suero para diluir el azúcar (T01, 2006:620-625, T13, 2006:355-358). Las siguientes complicaciones se refieren a problemas o pérdida de la vista, infecciones renales, problemas circulatorios, específicamente hipertensión arterial, hinchazón, y a veces todo combinado (T01, 2006:609-619, T02, 2006:258-266), muy escasamente pié diabético, “un solo caso ha visto” (T13, 2006: 347-351, T07, 2006:232-235). Con el propósito de reducir las complicaciones según el personal médico, enfatiza la orientación en dieta y ejercicio (T09, 2006:256-262).

...los usuarios que presentan complicaciones son referidos a medicina interna del Hospital General de Chilapa (T03, 2006:390-391, T08, 2006:436-438, T10, 2006:216-217, T11, 2006:453-454, T11, 2006:155-157). Decesos por esta causa prácticamente no ocurren (T08, 2006:434-435, T10, 2006:214-215, T13, 2006:352-353).

Desde su punto de vista tratan con respeto y como personas a los usuarios, con amabilidad, los orientan con argumentos sensatos, les da confianza y apoyo (T11, 2006:365-369, T13, 2006:251-253, T09, 2006:232-233, T08, 2006:290-294) e igual se les explica por qué no se les puede recibir rápidamente para evitar que se molesten, se hacen esfuerzos por mejorar el trato, a cambio reciben muestras de agradecimiento (T01, 2006:203-233, T02, 2006:196-199).

Algunos trabajadores perciben inconformidad en la gente, “nada les parece”, se enojan y dicen que “se tienen preferencias” (T07, 2006:162-167, T10, 2006:144-150), sin embargo asumen que las molestias de los usuarios pueden deberse a que buena parte del personal es de edad, por lo tanto ya están cansados y algunas no son tan amables, con facilidad se desesperan las trabajadoras de enfermería, se ponen de mal humor, sobre todo viendo los tantos paciente durante horas (T13, 2006:501-508).

A pesar de esto consideran que la mayoría de la gente viene con gusto (T10, 2006:61-63), que de 100 usuarios, por lo menos 70 o 80 quieren regresar (T01, 2006:203-233, T13, 2006:100-104) porque “se les da buen trato” (T09, 2006:126-130), “prefieren venir aquí, que ir a otro lado” (T11, 2006:227-231).

11.2.3. Los Usuarios

En este apartado exponemos la información proporcionada por los usuarios diabéticos que acuden a control al Centro de Salud de Chilapa. Como se describió en la metodología los usuarios fueron seleccionados al azar de un listado de 88 pacientes diabéticos proporcionado por los médicos responsables de los núcleos incluidos en el estudio. De entre 20 y 65 años de edad, con diabetes mellitus tipo II no insulino dependiente.

Una vez seleccionados fueron visitados en sus domicilios. A cada persona se le explicó el propósito de la investigación, se les solicitó consentimiento para hacer la entrevista, los aspectos a comentar y el tiempo aproximado de duración de la misma. El total de usuarios visitados aceptaron participar, aunque hubo algunos casos a los que se tuvo que visitar hasta en dos ocasiones para localizarlos, durante diferentes horarios, porque trabajan en la ciudad o en el campo. Los usuarios definitivamente no encontrados fueron sustituidos por otros casos.

Se incluyeron 10 usuarios por diabetes mellitus, ocho mujeres y dos hombres, estos tienen en promedio 48.4 años de edad y cuatro años con el padecimiento, en los casos de las mujeres la mayoría son amas de casa sin ingreso y prácticamente sin escolaridad, como se muestra en el Anexo No.13.

El 50% de las viviendas de los usuarios se encuentran ubicadas en localidades cercanas a la ciudad de Chilapa en áreas rurales, algunas son de adobe con techo de teja (U05, 355-358). En su mayoría utilizan madera como combustible para cocinar (U02, 2006:294-296, U05, 355-358, U06, 2006:414-419,) y sin servicios públicos como agua potable y drenaje. El

cuando llega para recogerlo (U03, 2006:211-213, U09, 2006:236-237), son excepciones cuando lo tienen que comprar en farmacia (U02, 2006:77-78, U04, 2006:218-220, U07, 2006:78-79). Glibenclamida siempre hay disponible (U03, 2006:214-216, U10, 2006:214-216) cada vez que van (U04, 2006:215-216, U04, 2006:218-220, U05, 2006:242-243, U05, 2006:244-245).

La mayoría de los usuarios refieren que no en todas las ocasiones que acuden a consulta mensual les toma la muestra de sangre con glucómetro porque a veces no se dispone de la tira reactiva, dicen que no “tienen las cosas o material” (U02, 2006:168-169, U08, 2006:165-168:), es cuando se les toma del brazo (U05, 2006:255-256) o solo se les indica que en la próxima cita se les realizará la prueba (U08, 2006:171-173).

La percepción respecto al tiempo de espera que tienen los usuarios esta relacionado con la hora en que llegan al centro de salud y con el número de las personas que ha llegado antes que ellos (U06, 2006:61-63, U05, 2006:51-53), es decir, entre más tarde llegas más tarde te vas, hay quien piensa que espera solo media hora (U06, 2006:64-69). En cambio otros dicen “salgo de su casa a 7:30 de la mañana y como asiste mucha gente voy a la cola y espero mi turno” (U01, 2006:85-90), otros refieren salir como a las doce del día y en ocasiones hasta dos de la tarde (U01, 2006:91-93).

En general los usuarios perciben una espera aproximada de tres (U02, 2006:42-43) y hasta cuatro horas (U03, 2006:28-30, U07, 2006:51-52) porque hay mucha gente, además de que se les toma la muestra de sangre para el análisis de glucosa, por eso es necesario permanecer sentada esperando (U03, 2006:31-33, U09, 2006:67-71, U10, 2006:30-31). Para ellos en el centro de salud **se atiende primero a quienes gozan de la protección de algún programa y después al resto de los demandantes del servicio**, se impacientan por las tardanza de hasta cuatro horas para recibir consulta (U04, 2006:18-21, (U09, 2006:158-163).



La mayoría de los usuarios (siete casos) consideran que el tiempo de duración de la consulta es de 10 minutos, lapso en el que se les explica que debe tomar, la dieta, se revisa el nivel de glucosa en sangre y le recetan el medicamento (U02, 2006:44-45, U03, 2006:49-50, U04, 2006:22-24, U06, 2006:75-77, U07, 2006:55-56, U08, 2006:27-30, U10, 2006:31-33). Para otros el tiempo aproximado es de entre 15 y 20 minutos (U01, 2006:94-95, U05, 2006:56-57) y solo un caso consideró media hora (U09, 2006:75-77) tres veces más que para la mayoría.

La población residente en los barrios y colonias de la ciudad de Chilapa por razones diversas de manera indistinta caminan o utilizan el transporte local para ir al centro de salud, en ocasiones porque **“no hay transporte”, “tarda mucho” o porque “no tienen dinero para pagarlo”** (U01, 2006:114-118, U03, 2006:63-64, U07, 2006:71-72, U08, 2006:52-53, U10, 2006:37-38). Cuando caminan el tiempo que utilizan en llegar va de media hora como máximo (U01, 2006:121-122) a 10 minutos mínimo (U03, 2006:65-68, U07, 2006:73-74, U10, 2006:39-40). Para quienes pagan transporte el costo es de \$ 3.50 por viaje, gastan \$ 7.00 pesos cada vez que acuden a consulta (U01, 2006:119-120) y el tiempo de viaje es de **10 a 15 minutos**.

Todos los entrevistados residentes en las localidades cercanas a la ciudad de Chilapa utilizan transporte colectivo (combi o camioneta) para ir al Centro de Salud (U02, 2006:57-58, U04, 2006:32-33, U05, 2006:61-62, U05, 2006:63.64, U06, 2006:97-98), con tiempos de recorrido variables que van **de 35 a 40 minutos** (U04, 2006:38-39) el mas distante y 10 minutos el mas cercano (U02, 2006:59-60). Sin embargo, a esto hay que agregar el tiempo de espera del transporte y el tiempo de recorrido de la terminal o base al centro de salud (U04, 2006:34-37). Los costos para estos casos van de \$8.00 a \$14.00 pesos por visita (U04, 2006:40-41, U06, 2006:99-100).

La percepción reincidente entre los usuarios es la falta de médicos para atender a toda la población (U04, 2006:25-26) que es mucha y va de donde quiera (U06, 006:78-83), por lo que tardan mucho (U05, 2006:58-60), “esperan largo tiempo haciendo cola hasta su turno” (U07, 2006:306-308) “aunque se sientan mal” (U10, 2006:99.106), consideran que si hubiera más médicos saldrían más rápido (U08, 2006:34-38). Esto los obliga a llegar temprano, hay quienes a las siete de la mañana ya están en la puerta del Centro de Salud en Chilapa (U06, 2006:78-83).

Los días sábados y domingos es cuando faltan más doctores y enfermeras, (U01, 2006:99-101). Consideran que para los usuarios diabéticos debería haber un médico especial **que se dedicara todo el día o por lo menos medio día para atenderlos, porque son muchos los diabéticos** (U10, 2006:99.106).



resto están en la ciudad con predominancia en colonias periféricas, con viviendas rústicas, paredes de tabique, techo de lámina y piso de tierra o cemento (U01, 2006:296-298, U02, 2006:289-291, U06, 2006:414-419, (U08, 2006:257-264), también sin servicios públicos como agua potable y drenaje, a excepción de las viviendas ubicadas en el Barrio de San Juan y las ubicadas en áreas céntricas de la ciudad de Chilapa.

Condiciones estructurales y organizativas de la atención médica.

Desde la experiencia de los usuarios, son muchos pacientes (U04, 2006:25-26), es mucha gente que va de donde quiera al centro de salud (U01, 2006:148-149, U02, 2006:27-30, U05, 2006:58-60, U06, 2006:78-83,) que siempre está lleno (U07, 2006:29-36), lo cual se convierte en largas colas y tiempos de espera hasta de medio día e incluso de pie (U01, 2006:85-90, 91-93, U03, 2006:31-33, U04, 2006:179-181, U06, 2006:64-65, U08, 2006:34-38), se dice por ejemplo “nos rete tardamos ahí” (U05, 2006:58-60) y si hubiese más personal se agilizaría la atención (U01, 2006:99-101, U08, 2006:34-38).

La opinión es diversa respecto a si les dan consulta cuando su médico esta ausente, hay quien dice que aunque no es una situación frecuente lo que se hace es “darles nueva cita” (U01, 2006:106-108), “regresan al día siguiente” (U05, 2006:33-34), “**pagan consulta para que otro médico los atienda**” (U02, 2006:50-52), “esperan y pasan al final cuando ya se atendió a toda la gente” (U05, 2006:37-39, U06, 2006:70-73), o “definitivamente ya no los atienden” (U05, 2006:42-43, U06, 2006:87-88), es de notar que predominan las posiciones que afirman que “nunca se van sin atención porque siempre hay personal médico” (U03, 2006:60-62, U04, 2006:28-30, U07, 2006:60-65, U08, 2006:45-46, U10, 2006:41-44) que disponen del servicio a toda hora (U10, 2006:23-24).

La información proporcionada por los usuarios sobre como resuelven sus necesidades de atención fuera del horario y días de servicio es heterogénea, se dice que en “el Hospital General cuando es de noche” (U01, 2006:57-59), “con médicos particulares” (U05, 2006:40-41) e incluso acudiendo a “otras ciudades como Tixtla o Chilpancingo” (U04, 2006:118-120), pero generalmente es en “el propio centro de salud porque hay servicio todo el día”.

Para los usuarios las instalaciones del centro de salud son reducidas (U01, 2006:145-147, U05, 2006:103-104, U08, 2006:101-104). La sala de espera es un pasillo (U01, 2006:150-151) techado que protegen del sol y lluvia, tiene donde sentarse y sanitario (U01, 2006:152-153, U04, 2006:179-181, U05, 2006:98-99, U06, 2006:136-137, U09, 2006:147-148) en general consideran que están bien (U03, 2006:78-83, U04, 2006:177-178, U07, 2006:99-101), pero cuando hay mucha gente, hay que esperar de pie (U04, 2006:179-181).

Ven al centro de salud como un espacio que siempre está lleno, por la cantidad de personas que demandan atención (U07, 2006:102-103). Las áreas de consulta las consideran como salas o cuartitos agradables con privacidad en donde se sienten a gusto (U01, 2006:154-157, U02, 2006:95-96, U02, 2006:97-98, U04, 2006:182-183, U05, 2006:108-110, U06, 2006:138-139, U08, 2006:11-112, U10, 2006:74-75).

Respecto al medicamento los usuarios dicen que no les hace falta porque se los dan en cada consulta (U03, 2006:205-207, U10, 2006:212-213), en caso de no haber medicamento disponible, no reciben la dotación (U02, 2006:80-81, U07, 2006:81-82) pero les avisan

Financiamiento.

Para los usuarios diabéticos la atención médica efectivamente es gratuita, “me cobraron la primera vez que fui al centro de salud, pero cuando supieron que tenía diabetes ya no me cobran” (U04, 2006:50-52), incluye consulta y medicamento (U02, 2006:72-75).

La **atención en su opinión no es un derecho**, no es exigible, porque en su concepción la gratuidad es solo “un tipo de ayuda voluntaria para la gente pobre o de bajos recursos, se trata de una ayuda que hay que agradecer” (U01, 2006:138-141, 142-144, U05, 2006:88-91, U07, 2006:91-98, U09, 2006:136-138, U10, 2006:62-64), para las personas que no tienen un sueldo y la requieren (U04, 2006:55-60) “porque tienes azúcar o diabetes” (U10, 2006:52-56) y “porque si vamos con un particular nos cobra más” (U08, 2006:87-89). Solamente para uno de los usuarios es producto del pagar de impuestos (U06, 2006:115-118). Este tipo de concepciones se reafirman por el hecho de que cuando un usuario no puede asistir a consulta dentro del horario asignado, para que se le atienda en otro horario paga por el servicio (U02, 2006:27-30).

Para otros es un asunto de voluntad divina, porque consideran que tienen servicio gratuito “gracias a Dios o la virgencita de Guadalupe” (U01, 2006:179-181, U01, 2006:126-127, U01, 2006:128-130, U06, 2006:109-110), o simplemente “les dan lo que merecen” (U02, 2006:247-248).

La opinión de las estrategias de las que los usuarios reciben atención médica.

En los usuarios no existen elementos que les permitan establecer diferencias entre Oportunidades, Seguro Popular y Población Abiertas, las expresiones que se plasman en cada uno de los enunciados siguientes representan el sentir respecto a la pertenencia a cada una de ellas.

Población abierta.

Los diabéticos que son población abierta solo se autodefinen como los que “no tienen apoyo de ningún programa” (U03, 2006:10-12, U04, 2006:10-11, U07, 2006:9-10, U08, 2006:10-12).

Oportunidades.

Los usuarios de Oportunidades explicitan que cuando no contaban con el programa tenían que atenderse con médicos particulares (U06, 2006:29-30). Ahora el programa los obliga a que todos los miembros de la familia acudan a consulta médica, el apoyo es para todos desde la persona mayor hasta el niño menor (U10, 2006:13-15), además tienen que asistir a pláticas mensualmente sobre diversos temas en donde les explican como cuidarte y cuidar a los niños, como se transmite el SIDA, drogas, diabetes y otros más (U06, 2006:365-366, U09, 2006:27-30, U01, 2006:206-207, U09, 2006:266-268) que dan los médicos (U01, 2006:214-215) en el centro de salud o en las comisarias de las localidades donde viven (U09, 2006:278-280).

Hay quienes han participado en actividades de limpieza comunitaria como chaponar pajón,

juntar basura y botellas en caminos, carretera y comisarías, (U09, 2006:36-42), en caso de no colaborar les imponen una multa de 50 pesos. Algunas mujeres se niegan a participar, argumentando que no está incluido barrer a la fuerza (U09, 2006:43-46). Por otra parte, el personal de salud les ha pedido que los acompañen a manifestarse (U06, 2006:123-125) por falta de medicamento (U06, 2006:119-122) cuando acuden funcionarios de Chilpancingo (U06, 2006:130-132).

Para los entrevistados Oportunidades es “una ayuda” aún cuando el dinero que les dan es poquito (U05, 2006:17-19, U10, 2006:16-17) consideran en esta ayuda la atención médica y los medicamentos (U06, 2006:51-53) gratuitos (U05, 2006:20-21) que reciben en el centro de salud. “Oportunidades ayuda a vivir otro poco mas, a vestir con un poco de dinero, pero sirve” (U09, 2006:47-49).

El Seguro Popular.

Entre la población entrevista y usuaria del Centro de Salud de Chilapa solo resultó un caso incorporado al denominado Seguro Popular, pues es una estrategia de reciente apertura en la Ciudad. Por ello los comentarios respecto a su funcionamiento son muy limitados. Por un lado se dice **“que le gusta porque el servicio es gratuito”** y “fue una de primeras en afiliarse” (U01, 2006:26-56). Por otro lado se considera que es para personas no profesionistas porque quienes trabajan con el gobierno no tienen “el mentado SP” (U04, 2006:71-84). Además dada la falta de experiencia en el uso del servicio como asegurada, las expresiones sobre su efectividad se refieren a vivencias de otros familiares

...su esposo de mi cuñada tiene Seguro Popular porque ninguno de ellos es profesionista. Su esposo se accidentó trabajando y se fracturó una pierna, lo llevaron a Tlapa que según lo iban a atender, no le atendieron, ni siquiera le lavaron y que así lo tenían allá con suero pero que no le hicieron otra cosa, entonces ella se vio obligada a sacarlo y ya con doctor particular rápido lo operaron, o sea que no le dio el resultado el Seguro (U04, 2006:85-117)

La representación de la enfermedad en los usuarios y la aplicación de la Norma Técnica.

Para los diabéticos la enfermedad tiene distintos significados, mientras para algunos es simplemente un problema de alimentación (U04, 2006:270-275), cosa muy natural que no se sabe si viene “por gusto”, “susto o por coraje” (U10, 2006:267-269). Para otros no es curable y desespera (U01, 2006:262-266). “Es un dolor tan grande y tremendo, porque hay veces estas bien y otras mal” (U03, 2006:250-252). Es una enfermedad que molesta porque se trata de puro dinero” (U02, 2006:88-91), “te acaba rápido si no te atiendes” (U06, 2006:193-195) “al enterarme que era diabética, sentí que el mundo se me caía” (U06, 2006:161-170). Hay quien muestra una actitud de conformidad porque la asumen como disposición divina

...no me voy a dar a la tristeza porque tengo esta enfermedad, Dios me la mandó o yo me lo busqué, ahora pongo mi vida y mi voluntad al cuidado de Dios, van a salir las cosas como Dios quiera y no como yo había de

querer que se me quitara esta enfermedad, siento que me la voy a llevar hasta la tumba, le pido a Dios que me deje ver a mi familia unos años más (U02, 2006:220-227).

Casi todos los usuarios consideran a los médicos capacitados para atenderlos bien (U01, 2006:176-178, U02, 2006:110-112, U03, U05, 2006:129-130, U06, 2006:157-159, U07, 2006:126-132, U08, 2006:127-128, U10, 2006:96-98), les dan buenas explicaciones sobre la enfermedad (U04, 2006:197-200) y sienten mejoría (U09, 2006:178-181).

Para los usuarios su falta de entendimiento o comprensión sobre las indicaciones que les dan los médicos la atribuyen a su ignorancia (U01, 2006:249-254), manifiestan interés por recibir pláticas sobre como cuidarse y prevenir la enfermedad en su hijos. (U04, 2006:230-232). Un aspecto que aunque no tiene que ver con las indicaciones que reciben los usuarios, pero que ellos perciben como sobresaliente, es el hecho de **que el personal en edad avanzada tiene disminuidas sus habilidades, dicen por ejemplo que “se vuelven más lentas que una persona joven”** (U07, 2006:126-132).

Declaran que no reciben visita domiciliaria por parte del personal de salud según lo expresan siete de los entrevistados (U01, 2006:255-256, U02, 2006:196-197, U04, 2006:235-236, U05, 2006:302-303, U05, 2006:306-308, U06, 2006:359-360, U08, 2006:196-198). Siendo que solo dos casos han sido visitados por la doctora y la enfermera, (U07, 2006:227-231, U10, 2006:233-235) para recordarles de la asistencia mensual a consulta.

La opinión de los usuarios sobre las atenciones que reciben.

La mayoría de los usuarios refieren acudir a chequeo mensualmente o cuando se sienten mal (U01, 2006:69-70, U02, 2006:162-163, U04, 2006:213-214, U05, 2006:309-310, U06, 2006:314-319, U07, 2006:199-200, U09, 2006:82-83, U09, 2006:84-92) solo un caso asiste cada dos meses (U10, 2006:217-218) y otro muestra mayor irregularidad (U03, 2006:200-202).

De acuerdo con los usuarios en cada revisión mensual antes de la consulta el personal de enfermería los mide, pesa y les toma la presión (U03, 2006:36-37, U04, 2006:221-222, U07, 2006:206-207, U10, 2006:31-33). Según ellos en cada cita (U02, 2006:166-167, U08, 2006:165-168) no les toman la muestra de sangre en ayunas (U09, 2006:241-242) del dedo (U03, 2006:34-35, U06, 2006:353-354, U10, 2006:219-220) o de la vena (U01, 2006:75-76, U05, 2006:136-138).

La consulta consiste básicamente en ver el resultado de la sangre (U02, 2006:44-45) que le toman ahí o del laboratorio (U01, 2006:96-98), luego les explican cómo seguir la dieta y el ejercicio (U04, 2006:238-240, U07, 2006:209-211) les dan o recetan medicamento si les hace falta (U03, 2006:205-207, U05, 2006:239-241, U10, 2006:31-33). **Los usuarios refieren este proceso como una revisión de papeles o del resultado del análisis de sangre** (U09, 2006:75-77, U01, 2006:96-98, U02, 2006:44-45, U10, 2006:31-33) **porque las personas no son revisadas por el médico** (U09, 2006:151-154).

El tratamiento principal de los pacientes diabéticos es el medicamento (U01, 2006:182-186, U02, 2006:116-123, U03, 2006:107-108, U05, 2006:146-147, U08, 2006:146-147, U09, 2006:209-212, U10, 2006:126-127), también refieren combinar medicamento, dieta y

ejercicio (U04, 2006:206-211) como parte de indicaciones que les dan los médicos y de las cuales están satisfechos (U02, 2006:184-187, U04, 2006:225-228, U05, 2006:262-264, U08, 2006:180-181, U09, 2006:253-256, U10, 2006:229-230).

Con el propósito de conocer la dieta, se indagó en los usuarios los alimentos consumidos el día de la entrevista y el anterior, y las veces que consumen alimentos. De las respuestas se desprende que la dieta básica sigue siendo frijoles y tortilla a pesar de las sugerencias médicas, la mayoría consume alimentos tres veces al día y en algunos casos dos o cinco, tal como se muestra en la siguiente tabla.

Cuadro No. 6 Tipo y frecuencia de alimentos consumidos por los diabéticos que reciben atención en el Centro de Salud de Chilapa, 2006, durante el día anterior a la entrevista

Usuario	No. de comidas al día	Alimentos de mayor consumo
U01	3	Frijoles hervidos de olla, tortilla y verdura
U02	2	Frijoles , tortilla blanda y doradita, pozolito y carne de cerdo
U03	4	Verduras, algo de frutas, pollo, tortillas , frijoles de la olla, leche de vaca con té de canela
U04	3	Leche de vaca sin azúcar, pan bolillo, quesadillas de flor de calabaza sin freír, fruta , yogurt natural, elote, tortillas , frijoles , queso y agua de frutas pero sin azúcar
U05	3	Tortillas, verdolagas, frijoles hervidos, té con canderel, pan rara vez, tortilla dorada, pollo, frijoles , lechuga a carne muy poco.
U06	5	Atole de maíz, galletas, frijoles de olla, tortillas , pollo, calabacitas y otras verduras tiernas y sopecitos
U07	3	Sopa de verdura, verduras, café con leche light, bolillo blanco sin migajón, pan tostado de fibra, gelatina light, frijoles , carne asada, tortilla y agua natural.
U08	3	fruta, poca tortilla , frijoles y verduras
U09	3	Sopa de pasta, pollo, tortilla , caldo de res con verduras, frijolitos , mucho nopal, mucha verdura, agua natural.
U10	3	Huevo frito con salsa, tortillas , frijoles , refresco combinado con agua, carne en salsa, agua natural.

Fuente: Elaborada con datos obtenidos mediante entrevistas a los usuarios.

Con relación al ejercicio, la actividad que realizan principalmente es caminar aunque no lo hacen todos los días (U01, 2006:202-205, U02, 2006:133-138, U03, 2006:133-134, U04,

2006:301-302). Hay quienes consideran que las labores cotidianas son una manera de hacer ejercicio como es el hecho de ir caminando al molino, al mercado, al trabajo o al campo (U03, 2006:135-138, U07, 2006:152-155, U09, 2006:226-228, U02, 2006:126-127, U05, 2006:154-157), incluso el trabajo domésticos (U06, 2006: 229-331). Las posturas contradictorias las representan quienes dicen no haber recibido información sobre la utilidad e importancia del ejercicio (U06, 2006:232-233, U08, 2006:151-152, U09, 2006:219-225).

Desde las perspectivas de los usuarios las razones que explican la falta de cumplimiento de la dieta y ejercicio como parte del tratamiento pueden clasificarse también en institucionales, familiares, económicas, psicológicas y culturales.

Entre las institucionales tenemos que las instrucciones sobre las dietas para algunos son contradictorias porque muchas veces hay médicos que les dicen solo “come tres tortillas y verduras” (U02, 2006:188-195), “te matan de hambre”, “te evitan desde azúcares, todo light, nada de sal, así que en ocho días te acabas, te vas para abajo bien recio” otros doctores no ponen dieta indican que “puedes comer carne un pedacito, unas rajitas de nopal” (U10, 2006:172-177).

La familia se convierte para algunos usuarios en una limitante para consumir alimentos adecuados, consideran que “la familia no se acostumbra a comer puras verduras, por lo que se tiene que hacer doble comida, una para los demás y otra para si mismos” (U05, 2006:232-235). En otros casos aunque los alimentos que consumen son adecuados, las problemáticas familiares les perjudican, como se muestra en el siguiente texto:

...en mi casa como frijoles y calabazas pero creo se me sube porque mi mamá no me deja dormir, grita, llora, se levanta y yo me levanto a verla, la estoy oyendo, me levanto como borracha, me duele la cara, la cabeza, me enoja y le grito fuerte. Se hace del baño en su cama, yo le lavo y me desespero, mejor me muriera para que mi mamá se quede con el mundo. Cuando mi mamá se sale si la agarras del brazo se tira, siento que estoy sufriendo mucho, cuando ella se duerme yo también duermo y siento que me sabe el sueño. Si no tuviera tantos problemas con mi mamá me sentiría mejor (U01, 2006:229-245).

Otras limitantes importantes para los usuarios son de orden económico, porque “a veces no hay dinero (U05, 2006:223-226) para salir a comprar la verdura, Chilapa está distante” (U05, 2006:227-228), o porque “la dieta tiene que ser especial y todo eso sale muy caro, a los “diabéticos nos sale muy cara nuestra alimentación” (U07, 2006:281-283) “no alcanza” (U10, 2006:199-202).

Personas diabéticas que trabajan en lugares distantes o que se han visto en la necesidad de ir a “trabajar al norte del país o a los Estados Unidos, no pueden disponer del medicamento donde están, “no hay pastilla y no pueden tomarla” (U07, 2006:227-237).

Pueden considerarse problemáticas de carácter psicológico cuando entre las prioridades de los usuarios no está su enfermedad, se sienten enojados y abandonan el tratamiento, expresan por ejemplo “tengo otros compromisos y no me da tiempo de comer eso” (U10, 2006:195-198). Cuando se les niega la posibilidad de consumir lo que les gusta los deprime, “digo como no, tanto que me rete gusta”, “me molesta en el momento” “que solo coma tres tortillas, pues no, porque vengo bien trabajado y me da hambre” (U02, 2006:188-

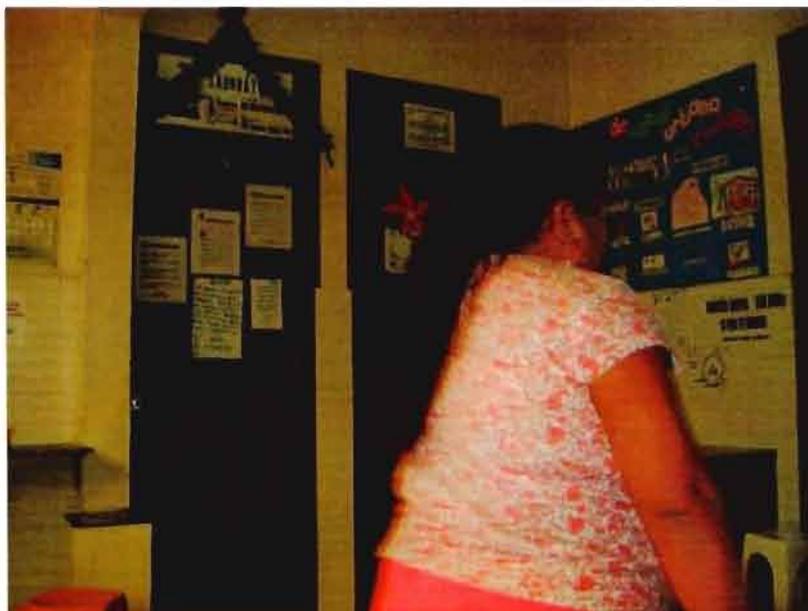
195). Incluso abandonan o modifican el consumo de medicamento cuando sienten mejoría, “si me siento bien, para que me voy a estar tomando más pastillas” o “tomo una cada tercer día” (U03, 2006:112-113, U06, 2006:386-388).

Igual de importantes son los aspectos culturales en los individuos que libran batallas diarias con creencias como que la diabetes “te come” y “si no consumes alimentos más rápido te mueres” “mientras comas, la diabetes se come la comida” (U09, 2006:247-252). O que el consumo de medicamento causa mas perjuicios que beneficios, “me dijeron que es malo tomar mucho medicamento, una señora perdió la vista rápido a lo mejor por tanto medicamento que le daban” (U06, 2006:390-394).

Así los hábitos arraigados como el consumo de alcohol (U02, 2006:175-180) hacen abandonar el tratamiento, o bien, de alimentos ricos en azúcares como los refrescos, “yo estaba acostumbrada a tomar dulce y ahora tomar simple pues no” (U06, 2006:278-280) y “cuando vamos a comer van por el refresco” (U06, 2006:281-283).

El padecer esta enfermedad en los usuarios se generan distintos estados de ánimo, por lo general se sienten tristes (U03, 2006:277-282), enfadados, desesperados porque es una enfermedad incurable (U01, 2006:262-266), desganados, con sueño y sin querer hacer nada (U06, 2006:201-208), sienten que pronto van a morir (U06, 2006:196-200, U09, 2006:308-312), con dolor de cuerpo (U01, 2006:262-266), de piernas, ojos, pies y cabeza (U03, 2006:266-273), algunos la consideran “un castigo de dios”, se preguntan ¿por qué me dio a mí y a otros no? (U05, 2006:289-291, U03, 2006:266-273) sobre todo cuando tienen varios años con el padecimiento sin control adecuado, “llevo 11 años y con poco que no venga a consulta se me sube el azúcar a 370, y la presión a 180 siento morirme” (U01, 2006:262-266), se sienten incomprendidos.

...me dice mi hija hay mamá no es tan grave la enfermedad que tienes, pero como ustedes no sienten lo que yo siento, dirán que es bueno, pero que le vamos a hacer si ya me cayó esta enfermedad, sufrir hasta donde dios diga, hasta donde dios diga” (U03, 2006:266-273).



Resultados de la atención que brinda el personal de salud a los usuarios diabéticos.

Los usuarios entrevistados dicen estar satisfechos con la atención que reciben (U01, 2006:249-250, U03, 2006:291-292, U06, 2006:396-402, U07, 2006:303-305, U09, 2006:374-376) por expresiones como “la doctora es muy buena” (U04, 2006:352-353). Consideran recibir buen trato, con cercanía, respeto y amabilidad que les hace sentirse en confianza (U02, 2006:99-107, U02, 2006:102-107, U08, 2006:117-118, U09, 2006:155-169), “soy conocida de ellos” (U01, 2006:166-167), “saben mi nombre” (U01, 2006:168-169), “las enfermeras, los médicos, el químico, son amables (U03, 2006:84-86), tratan mejor a los pacientes (U04, 2006:65-66, U05, 2006:123-124, U06, 2006:144-145, U08, 2006:122-123, U07, 2006:118-111). Solo hay una enfermera que es “chocante, regañona y un poquito corajuda, a veces llega a molestarse” (U09, 2006:170-77, U06, 2006:148-153).

Como se trata de una enfermedad que solo se controla “para que van a otro lado” (U05, 2006:327-329), además ya saben que “tienen que ir en ayunas y esperar” (U07, 2006:309-311) porque en otros lados también esperas. Aunque cuentan con servicios como el ISSSTE casi no lo utilizan porque el centro de salud dan un poco mejor atención (U04, 2006:61-64).

Sin embargo esperan un mejor servicio en relación con “mejor medicina” (U02, 2006:253-255), “más información sobre esta enfermedad a través de pláticas” (U04, 2006:359-360), “un médico que atendiera a los diabéticos” (U07, 2006:320-322), mayor rapidez en la atención porque el ayuno afecta, “les agarra temblor” (U07, 2006:314-318), amplitud en el espacio para estar mas cómodos y mayor número de médicos para salir más rápido (U08, 2006:236-240). También hay quien piensa que no hace falta nada (U06, 2006:399-400, U07, 2006:306-308).

Al preguntarles si tuvieran la oportunidad de elegir otro servicio refieren que no cambiarían el centro de salud porque “ahí están bien atendidos” (U05, 2006:67-69, U06, 2006:105-108, U08, 2006:59-60, U09, 2006:113-115), que tal vez en otro servicio cobrarían, de modo que “no importa que sea tardado no cobran y regalan las pastillas” (U07, 2006:75-77, U10, 2006:45-46, U01, 2006:123-125), “si me voy a morir en donde sea, si el médico ya no puede hacer nada” (U08, 2006:63-65) prefiero ir ahí porque me tratan bien y me dan buena atención, “mejor que en el ISSSTE, para mi en el ISSSTE son muy inhumanos” (U04, 2006:42-49).

La mayoría de los usuarios manejan información contradictoria respecto a su control, por un lado creen estar controlados aunque refieren sentirse mal, con cansancio, agotamiento, dolor de cabeza o presentan niveles de glucosa por arriba de los estándares considerados normales (U04, 2006:257-266, U07, 2006:268-269, 293-300, U08, 2006:215-218, U10, 2006:252-267), otros consideran que han mejorando porque al principio estaban perdiendo la vista, sentían más molestias y no podían comer (U01, 2006:258-259, U03, 2006:236-238, U04, 2006:267-268, 349-350, U09, 2006:296-302, U10, 2006:283-285, U05, 2006:298-299, U06, 2006:349-350). Un solo caso se reconoce como diabético no controlado porque dice

...si fuera un diabético controlado, no tomaría nada de alcohol, yo voy a cuidar mi salud, hay veces que yo mismo me tiro a beber, hay veces que me enojo con mi familia, con mi esposa, quiero estallar no se porque será, por falta de medicamento, o falta de una terapia no se (U02, 2006:228-233).

Las recomendaciones que dicen recibir de los médicos con más frecuencia son “cortarme las uñas de los pies no muy cortas, dieta, no ir a sanitarios públicos porque puedo contraer infecciones” (U04, 2006:250-256), “no andar descalzo, evitar cortarse en cualquier parte del cuerpo, usar instrumentos como el cuchillo con cuidado porque una cortadita se puede complicar, ahí es donde empieza uno a perder el dedo, desinfectar los cortaúñas con alcohol, cuidar bien los dedos de los pies” (U10, 2006:239-245). “Que como ambos padres son diabéticos los hijos pueden heredarla, por eso para los chicos poco dulce, la comida también debe ser de mucha verdura, mucha cosa líquida” (U10, 2006:247-251).

12. Contrastación y análisis.

12.1. La contrastación entre la política nacional y estatal y su aplicación en el Centro de Salud de Chilapa, Guerrero.

El capítulo consta de dos partes y al mismo tiempo dos niveles de análisis o discusión. La primera destaca de manera sintética coincidencias y divergencias entre los planteamientos del PNS, el PES (el decir) que son la base para la operación del Centro de Salud de Chilapa. Los tópicos elegidos son los siguientes: 1) La orientación de la política de salud, 2) Cambios en la estructura de los servicios de primer nivel y las nuevas formas de organización para el mejoramiento de los servicios y la accesibilidad, 3) La descentralización y financiamiento, 4) Los programas para la ampliación de cobertura, 5) Política de relaciones laborales, 6) Representación oficial de la diabetes mellitus y 7) La satisfacción del usuario. En la segunda parte se analizan las percepciones que tienen los funcionarios, trabajadores y usuarios sobre el hacer, es decir, el conjunto de procedimientos y recursos concretos con que opera el Centro de Salud de Chilapa, ambas partes son reforzadas con los hallazgos de otras investigaciones o con las declaraciones de autores o personalidades.

La orientación de la política de salud.

Aun aspecto que en principio resulta loable es el énfasis de la política nacional y estatal centrado en establecer corresponsabilidad social para la atención de las problemáticas de salud. Tanto para la política federal como en la estatal, la apuesta son las “políticas saludables” que promuevan actividades municipales, intersectoriales, estilos de vida saludables y acciones comunitarias, que generen actitudes individuales, familiares y comunitarias de autocuidado, así como “la obligación moral de los sanos de cuidar a los enfermos”

Desde el PNS como el PES la orientación está dirigida a establecer redes de apoyo que conjunten esfuerzos y aporten recursos complementarios que beneficien a las unidades de primero y segundo niveles de atención.

Ejemplo concreto de cómo se hace operativa este tipo de política se encuentran en el Programa Estatal de Diabetes e Hipertensión Arterial 2005 para el estado de Guerrero, al establecer que el control de la diabetes requiere la modificación de estilos de vida y que *la educación del usuario es parte indispensable del tratamiento*, extensible a todos los familiares. La educación en diabetes debe incluir desde los aspectos relativos a la enfermedad, complicaciones, factores de riesgo, tratamiento basado en dieta y ejercicio y

sobre todo **automonitoreo y autocuidado**, acentuando el compromiso del diabético para lograr el control del padecimiento.

Si bien es cierto que este tipo de acciones son muy importantes y viables para padecimientos como la diabetes, no es el caso de todas las enfermedades. Un asunto es asumir la responsabilidad de manera colectiva para mejorar los resultados, en donde cada parte contribuye, y otro muy distinto es dejar la carga en otros. En esencia estas orientaciones y acciones muestran la tendencia a minimizar la obligación del Estado sobre la salud de la población, asignando a la sociedad dicha responsabilidad, particularmente a los individuos y sus familiares que carecen de recursos para hacerlo.

Cambios en la estructura de los servicios de primer nivel y las nuevas formas de organización de los servicios.

Un cambio abiertamente explicitado con impacto en la estructura de los servicios es el nuevo papel que debe jugar la Secretaría de Salud. Para el gobierno de Fox, la regulación y fiscalización son lo central así como la intención de abandonar la prestación de servicios.

Esto implica cambios en el modelo de atención, de uno de tipo curativo al preventivo y comunitario. Su puesta en marcha se basa en ofrecer sólo un paquete mínimo de servicios especialmente para población pobre, con abasto de medicamentos de bajo costo para padecimientos agudos y crónicos racionalizados al máximo, la actualización y renovación del equipo se realiza en función del costo efectividad y problemas prioritarios, con personal calificado pero cuya capacitación permanente es responsabilidad del propio trabajador de la salud. La garantía para el usuario es disponer de la información necesaria sobre su padecimiento, la opción de elegir al médico de su preferencia, con tiempos de espera mínimos para recibir consultada.

A diferencia de la propuesta federal, en Guerrero por lo menos a nivel del discurso la visión no es compartida del todo, aunque se explicita el fortalecer y privilegiar los aspectos preventivos sobre los curativos, ofreciendo un paquete básico de servicios, se considera necesario disponer de medicamentos y materiales de curación suficientes en cada unidad de salud, en consideración de las características de ubicación de la población guerrerense en localidades dispersas, la alta ruralidad y marginación económicas, con equipo médico en condiciones adecuadas, dándole el mantenimiento preventivo o correctivo pertinente o renovarlo de acuerdo con los avances tecnológicos actuales, y personal actualizado. La diferencia sustancial es que tanto la capacitación del personal, la adquisición de insumos, medicamentos y equipo, siguen siendo responsabilidad estatal.

Lo rescatable de la postura estatal es la concepción, es muy importante que a pesar de que los lineamientos federales referentes a los medios para operar los servicios están cambiando, en la entidad guerrerense todavía no hay tales cambios, desafortunadamente de lo que no se dispone es de los recursos suficientes para darles cumplimiento.

Este conjunto de acciones representa la continuación de los procesos iniciados desde hace más de veinticinco años. Sin duda, es básico contar con garantía en la aplicación de las normas y procedimientos técnicos para la atención de las enfermedades. Y como cabeza de sector disponer de un sistema de información confiable, sin embargo, son cuestiones

distintas y lejanas a garantizar el derecho a la salud de que debemos gozar todos los mexicanos.

Descentralización y financiamiento.

Si partimos de que financiamiento y descentralización son dos aspectos inseparables, a nivel nacional la descentralización se dirige hacia la subsidiariedad, es decir que sean los niveles locales quienes por ahora se encarguen de brindar servicios de carácter preventivos y sólo para los más necesitados. En Guerrero la descentralización es estrategia central del PES, la intención explícita es y fortalecerla hasta conformar el sistema estatal y local de salud. En los hechos se basa en la aplicación de procesos de eficiencia administrativa que hagan posible la disponibilidad de recursos financieros en los tres niveles de gobierno, estatal, jurisdiccional y municipal.

A nivel municipal es responsabilidad de las Jurisdicciones Sanitarias su aplicación y vigilancia. En este marco corresponde a los usuarios ser solidarios aportando recursos e invirtiendo anticipadamente en servicios de salud. No obstante, la **solidaridad** debería expresar, como dice Rosen, como “fiscalidad”, es decir, con la existencia de recursos **públicos** provenientes del aporte del conjunto de la sociedad en cantidad suficiente para implementar políticas de protección social (Roses, 2007:3).

En el estado de Guerrero el 69.5% (PE, 2004:8) del financiamiento proviene de la federación, de esta proporción el 12.2% corresponden al sector salud (PE, 2004:14). Pero cada vez los recursos son menores, en otras palabras esta política implica hacer más con menos. A nivel estatal, jurisdiccional y municipal la vía para incrementar los escasos recursos en salud es la aplicación del sistema de cuotas a los usuarios en todas las unidades de los SESA, es sobre la población en quien recae parte del peso de las portaciones para la atención.

A nivel municipal aún permea la idea de que es responsabilidad de la federación y de los estados aportar los recursos materiales, humanos y financieros necesarios para la operación de los servicios de salud en general. No obstante, dadas las limitaciones de recursos disponibles, no existen suficientes unidades de primer nivel para atender a la población, generando incremento en el costo de las atenciones cuando los usuarios recurren por complicaciones, directamente a las unidades hospitalarias (Martínez, 2005:6).

La protección social en salud debe ser concebida como “una política pública de gran calibre” (Roses, 2007:3), destinada a eliminar o reducir la exclusión social en salud. Para ello se requiere fortalecer la responsabilidad y rol de Estado para extender la protección social en salud a todos los ciudadanos, como un principio que contribuya a reducir las grandes desigualdades e inequidades, en vez de su retracción o abandono. Especialmente porque América Latina es **la región del mundo más desigual según la distribución del ingreso**. En donde persiste la exclusión social, la inequidad en la distribución de la riqueza, en el acceso, utilización y resultados de salud. Estos siguen siendo los principales obstáculos para lograr un **desarrollo humano incluyente**, que haga posible reducir la pobreza y continuar mejorando las condiciones de salud de las poblaciones latinoamericanas.

Por ejemplo, siendo América Latina una región rica en recursos naturales y en capital humano, cerca de un cuarto de la población vive hoy con menos de dos dólares al día. En países como Bolivia, Honduras, **México**, Paraguay y Perú, la diferencia de los niveles de pobreza entre distintas zonas geográficas es mayor a 40 puntos porcentuales (Roses, 2007:2).

En estas condiciones la población de menores ingresos sólo puede recurrir a los servicios públicos para su atención, cuya demanda se incrementa con el aumento de la edad en dicha población. Los pobres y sin derechohabencia de Chilapa, Guerrero, presenta estas condiciones, en general pertenece a ese grupo que vive con menos de dos dólares por día. Se trata de familias que tienen que comprar todo, desde un suero hasta una placa metálica. Los cobros por la atención recibida no se determina por su condición socioeconómica, ya que se omite la obligación de realizar el estudio socioeconómico correspondiente (Padilla, 2003:15). Esta población se sigue viendo en la necesidad de endeudarse para cubrir sus necesidades en salud (Bronfman, 1997b:449). Orientando el gasto directo a cubrir básicamente la consulta médica y medicamentos (Molina, 2000: 77).

Los programas para la ampliación de cobertura.

El nivel federal dice reconocer el derecho a la protección de la salud que la Ley otorga a todos los mexicanos, bajo el principio de ciudadanía. Sin embargo, también dice que los conceptos de ciudadanía y derechos políticos son ambiguos, que se requiere determinar y precisar su contenido y en consecuencia los beneficios que de este derecho se derivan, a partir de ello es posible diseñar y operar mecanismos para hacerlo cumplir (SS, 2001:74).

Este carácter de imprecisión ha dado la posibilidad de que cualquier cosa pueda caber, reduciendo el compromiso del sector a garantizar por un lado, solamente el acceso a los servicios de protección básica a la población de alta marginación, rural y urbana, a través de programas focales dirigidos a las comunidades y grupos vulnerables, como es Población Abierta, Oportunidades, Seguro Popular y el IMSS-Solidaridad. Por otra parte, estas estrategias se centran como ya se mencionó, en la provisión de un **“paquete básico de servicios de salud”** (PBSS), esencialmente preventivos.

Para el gobierno estatal, la aplicación del Paquete Básico de Servicios de Salud para la población total de la entidad es también estrategia medular y recientemente el Seguro Popular.

Estas estrategias nacionales y estatales dirigidas que proveen servicios de salud limitados al **“Paquete Básico”**, **restringen el derecho a la salud** a 13 acciones mínimas, como única opción para más del 50% de la población mexicana (Cerde, 2005:156) y por lo menos para el 72% de la población guerrerense carente de seguridad social. Esta situación representa un retroceso en materia de derecho a la salud.

Una de las estrategia privilegiada y más promovidas durante el período de Frenk es el Seguro Popular, cuya aplicación también representa un retroceso en materia de derecho a la salud al utilizar mecanismos similares al **“aseguramiento privado”** como son: 1) la asignación de recursos a los servicios prestados por el Estado, en este caso el paquete esencial y 2) el cambio de una visión centrada en la garantía de derechos por la promoción de la seguridad financiera (Cerde, 2005:165), porque se trata de una estrategia de

financiamiento y no de prestación de servicios, dirigida a la población que no puede adquirir un seguro privado, pero con capacidad de participar parcial y voluntariamente al costo del subsidio.

En nuestra opinión el Seguro Popular es la reforma de mayor relevancia en el Plan Nacional de Salud del gobierno de Fox, iniciativa propuesta por Frenk desde 1994 que se hizo posible como política federal al conjuntarse los intereses del gobierno conservador panista, Frenk como funcionario del sector salud y la iniciativa privada. Es la estrategia más evidente hacia la eliminación de la provisión de servicios como responsabilidad del Estado y su privatización, porque como señala Titelman aunque algunas reformas se encuentran en etapas iniciales, es posible observar que la falta de cobertura no solo para los más pobres, sino que para los trabajadores del sector informal urbano y del campo ha tendido a agravarse. La universalidad de la protección a la salud, en relación con la ampliación de cobertura se ha visto deteriorada (Titelman, 2000:113).

Ahora bien, sí la salud es el bien social primario por excelencia que permite a los individuos y a las familias el logro de otros bienes como educación, trabajo e integración a la comunidad. La inequidad en salud conduce a la inequidad en el ingreso. **La exclusión social en salud es la negación del derecho.** Por ello el combate a la exclusión en salud y por el acceso equitativo a los bienes, servicios y oportunidades en **salud es un elemento central de la ciudadanía social**, para lograr niveles adecuados de cohesión social que permitan a nuestros pueblos avanzar en paz por el desarrollo económico, humano y social (Roses, 2007: 2).

Que el derecho a la atención en salud se limite y restrinja, contradice el propósito de hacer valer el derecho social de acceso a los servicios de salud, de carácter **universal**, equitativo, solidario y de alta calidad.

Se entendería como equitativo cuando las aportaciones fuesen proporcionales al ingreso y los beneficios de acuerdo a las necesidades, sin embargo, no se puede olvidar que el derecho social pierde su carácter cuando se restringe a ciertos grupos y cualidades, entonces se vuelve una acción excluyente y selectiva, especialmente cuando se sustenta en la pérdida de la gratuidad al imponerse a los usuarios contribuciones directas en forma de cuotas.

Política de relaciones laborales.

Según el diagnóstico del PNS, el personal que labora en las unidades de la SS está subutilizado y con una productividad baja. El promedio de consultas diarias por médico es de **6.3** (SS, 2001:61). Esta es la **razón para la no contratación de trabajadores** (SS, 2001:142). Aunque el PES no hace explícita su postura respecto a las nuevas contrataciones de personal, se dice que no se dispone de presupuesto para tal fin.

La realidad de los Centros de Salud es muy distinta, en Chilapa por ejemplo, el promedio de consultas por día entre los médicos consultados es de 29.5, similar al encontrado por Reséndez (2000:301), es decir **4.6 veces más alto** que el referido en el PNS y **.71 por arriba de la norma** para centros de salud que es de 3 consultas por hora según el manual de organización (SSA, 1997:30).

La no contratación de personal en salud y los cambios en las relaciones laborales son una condición obligada dentro del paquete de reformas del sector, dirigidas a disminuir los

costos de la atención, necesarias en el proceso hacia la cancelación por parte del Estado de la prestación de servicios de salud, pero además determinados por las reformas laborales que están teniendo lugar en todo el mundo.

Representación oficial de la diabetes mellitus.

Aunque la diabetes es una enfermedad emergente y prioritaria, con aspectos técnicos y procedimientos normativos para su atención definidos desde OPS, nacionales y estatales, como es el “Programa de Salud del Adulto y Adulto Mayor” (PSAAM) de los Servicios Estatales de Salud en donde uno de los componentes es el Programa Estatal de Diabetes e Hipertensión Arterial (SS, 2005)”, el cual establece las acciones obligatorias en las unidades de primer nivel de atención. Debido a las limitaciones financieras, de recursos humanos, materiales y medicamentos, no es posible la aplicación de estas iniciativas y menos del logro de las metas que establecen.

En unidades como el Centro de Salud de Chilapa no se dispone de personal para la atención de diabéticos de acuerdo con los procedimientos normados, para la atención de clubes y para la educación en diabetes de los usuarios que la padecen y mucho menos para la población en general. La carencia de materiales impide la detección temprana de población en riesgo, casos nuevos y el control y seguimiento adecuado de los ya diagnosticados y registrados como usuarios del centro de salud, con el consecuente deterioro de la salud de quienes sabiéndose enfermos no son tratados adecuadamente y sobre todo para quienes no lo saben.

La satisfacción del usuario.

De los aspectos más cuestionables del PNS es que en el primer nivel de atención el usuario tiene **derecho de elegir al prestador de su preferencia**, a atención integral, con respeto, autonomía y confidencialidad, con trato adecuado en servicios básicos dignos y esperar tiempos razonables para la consulta. En el PES este aspecto está ausente.

Que se brindara atención con estas condiciones o componentes a todos los usuarios de servicios públicos sería lo deseable, porque como señala Donabedian, cuando los usuarios disponen de alternativas para escoger, fijan los estándares según sus preferencias, juzgan los procedimientos, las circunstancias y los resultados de la atención. Así, se convierten en reguladores al decidir que deben recibir o rechazar expresando su satisfacción o insatisfacción (Donabedian, 1993a:4).

Pero estos criterios reguladores de los servicios en el mercado son incompatibles con realidades como Chilapa. En las condiciones y limitaciones descritas en que operan los servicios de primer nivel de atención, no es factible para los usuarios **elegir al prestador de su preferencia** porque la demanda rebasa enormemente la capacidad de atención en este tipo de unidades. Además porque sigue existiendo una cultura en donde el personal médico parece poco preocupado por la satisfacción del usuario (Bronfman, 1997a:7) y los cuidados técnicos que proporciona a los usuarios son limitados (Donabedian, 1993b, 5). Como si eso no fuera suficiente, en Guerrero, siguen prevaleciendo barreras de acceso geográficas, culturales, económicas y organizacionales (Salinas, 2001:325-331).

12.2. Análisis de la percepción de los actores sobre la operación y funcionamiento del Centro de Salud de Chilapa, Guerrero.

El apartado se centra en mostrar las coincidencias y divergencias entre las percepciones de los actores entrevistados: funcionarios, trabajadores y usuarios, respecto a las condiciones en que se presta la atención en el centro de salud de Chilapa, es decir, sobre aspectos relacionados con la organización del centro de salud, así como con el conjunto de recursos financieros, humanos y materiales disponibles para satisfacer las necesidades de atención médica de la población con diabetes mellitus en Chilapa, puesto que son estos elementos los que constituyen el motor o eje fundamental que hace posible o no la operación de una unidad de salud. Así mismo, se trata de explicar el por qué de dichas condiciones, complementándolas con los hallazgos de otras investigaciones que, aunque con otras metodologías indagaron cuestiones similares.

Las condiciones estructurales y organizativas para la atención médica.

El primer aspecto a considerar en este rubro es la población que atiende el Centro de Salud de Chilapa. La percepción generalizada es que se trata de una población “excesiva” o “sobresaturada” y coinciden con ello, los funcionarios de los distintos niveles, los trabajadores y los usuarios.

Para los funcionarios la demanda es así porque asisten usuarios del municipio y de localidades de otros municipios. Para los trabajadores, el que cada médico tenga asignados de entre cuatro mil o cinco mil usuarios, representa un exceso, lo cual demerita el tiempo de dedicación y la calidad requerida en cada paciente. Por su parte los usuarios se ven a sí mismos como “demasiada gente” que va de donde quiera al Centro de Salud.

Esta realidad muestra por una parte, que la asignación de población a cada uno de los núcleos del Centro de Salud de Chilapa sobrepasa la disposición normativa de tres mil usuarios por núcleo (SSA, 1997:9), esto puede deberse a que solo el 29.6% de la población de la ciudad de Chilapa cuenta con derechohabiencia a servicios de salud en institución de seguridad social, el 70% restante es una población muy por encima de la capacidad de cobertura de un centro de salud urbano con seis núcleos, como es esta unidad, puesto que la población total asciende a 27,510. Sin embargo, es una situación reiterativa como lo demuestra Bronfman en su estudio realizado en ciudades del norte, centro y sur del país, al encontrar que existe un elevado número de pacientes que los médicos deben ver al día, impidiéndoles dedicar a cada uno de ellos, el tiempo para realizar todos los procedimientos requeridos (Bronfman 1997:4). Esto evidencia y justifica plenamente la necesidad de creación de nuevas unidades de salud para resolver la problemática de la excesiva demanda de atención en vez de disminuirlas.

El horario de servicio es el establecido normativamente, opera en los turnos matutino y vespertino, excepto fines de semana. Funcionarios, trabajadores y usuarios estiman el horario suficientemente amplio, la demanda se concentra durante las primeras horas en cada turno, en caso necesario los usuarios pueden asistir a cualquier hora del día.

Aunque el horario de servicio diario cubre casi 12 horas, este funciona de lunes a viernes, las complicaciones se presentan para los usuarios por falta de servicio en fin de semana o por las noches, teniendo que acudir al Hospital General de Chilapa en donde se atiende de

manera preferente urgencias calificadas, con médicos particulares o acudiendo a servicios ubicados en otras ciudades, situación similar a la reportada por Hautecoeur (2007:89-90).

Para el personal y funcionarios los espacios del centro de salud de Chilapa **no son satisfactorios**, sino reducido, hacinado y sin diseños adecuados, son consultorios pequeños y sin la debida privacidad, salas de espera también pequeñas, con adaptaciones para resolver la estrechez de las salas de espera. Áreas de enfermería y supervisión, almacén y farmacia también reducidos. Laboratorio improvisado que se ha ido equipando para diversificar la gama de exámenes clínicos por iniciativa del personal, es usual que los usuarios esperen de pie o en bancas incómodas y ocasionalmente son revisados en las salas de espera, a pesar de ello, para los usuarios los consultorios son cuartitos donde se sienten a gusto y las salas son áreas de reunión. La limpieza de las instalaciones en general es percibida por todos los actores como regular y muy mala para el único sanitario que comparten trabajadores y usuarios.

Los servicios que ofrece no corresponden al de un centro de salud de seis núcleos, no se dispone de servicio de curaciones, inyecciones y aplicación de sueros por falta de materiales e insuficiencia de espacio.

Estas condiciones de precariedad hacen inadecuado el desarrollo de trabajo del personal de salud en esta unidad de atención, derivadas del propio proceso de creación del centro de salud, no obstante, características como estas se muestran en otros estudios. La falta de infraestructura es señalada por Hautecoeur (2007:91). Por su parte Wong encontró en su estudio que el 5% de los entrevistados manifestaron que no se respeta la privacidad (Wong, 2003:36), además de falta de limpieza y mantenimiento en las instalaciones (Moreno, 2003:61) y falta de espacio que se traduce en condiciones de hacinamiento y sanitarios sin funcionar (Bronfman, 1997a:5).

El suministro de medicamento para diabetes e hipertensión es otra problemática. Según los funcionarios, como se trata de padecimientos crónicos y los pacientes deben estar controlados, siempre hay medicamento; estiman que la jurisdicción suministra cantidades suficientes en tiempo y forma y ocasionalmente llegan a presentarse breves retrasos. Sin embargo, aunque así ocurriera, en padecimientos como la diabetes el tratamiento más adecuado es no farmacológico, basado en dieta y ejercicio, de modo que estos retrasos no pueden ser causa de alteración en el tratamiento y control de los usuarios.

Para médicos y enfermeras, medicamento como la metformina es insuficiente, problemas de desabasto aunque son poco frecuentes, si los padecen, son comunes al inicio del año fiscal pudiendo pasar hasta tres meses sin recibir medicamento. Es entonces cuando los usuarios se quedan sin medicamento y tienen que comprarlo. Los usuarios dicen que reciben medicamento cada vez en consulta, siempre tienen y excepcionalmente tienen que adquirirlo en farmacias particulares.

El proceso de atención concluye con la dotación del medicamento, en este centro de salud existe desabasto de medicamentos del paquete básico similar a otros reportes (Moreno, 2003:61, Wong, 2003:38, Giles, 2005:36), en este caso metformina y ocasionalmente glibenclámda, indicadores de deficiencia del servicio que afecta a la población usuaria. Lo cual también se evidenció en la evaluación externa al Programa Arranque parejo en la Vida que en relación a la existencia de medicamentos para urgencias obstétricas, Guerrero ocupó la disponibilidad más baja, particularmente en jurisdicciones que atienden población rural e

indígena (Meléndez, 2007:78). Además, Bronfman sugiere que el cuadro básico es muy limitado y ocurre que los medicamentos son cambiados constantemente por otros de menor calidad (Bronfman, 1997a:5). La falta de medicamentos se origina en primera instancia por la insuficiencia de recursos públicos, pero también por deficiencias en la coordinación, planeación, adquisición, almacenamiento y distribución de los medicamentos (Reséndez, 2000:307).

Usuarios, trabajadores y funcionarios refieren que el centro de salud tampoco dispone de suficientes tira reactiva para la valoración mensual de los usuarios en tratamiento, el suministro es mínimo, en general permanecen agotadas, por ello la detección de casos nuevos se hace a menos del 25% de las personas que presentan alto riesgo, a pesar de la obligatoriedad establecida en la norma técnica de aplicarse a todas las personas que califican alto, y de estar considerada la diabetes como un problema en aumento. Esta carencia se debe a la falta de presupuesto para este rubro.

Los instrumentos básicos para la atención de usuarios diabéticos son baumanómetros, estetoscopios, glucómetros y basculas. Según funcionarios y personal de salud, la mayoría se comparten entre dos núcleos y a veces hasta por tres, por insuficiencia, porque están en condiciones inadecuadas o por falta de espacio. Los baumanómetros y estetoscopios pertenecen en su mayoría a los trabajadores e incluso mobiliario sencillo. Aparatos como glucómetros permanecen bajo el resguardo de los trabajadores y en caso de pérdida dentro de la jornada laboral existe obligatoriedad de reposición. El reemplazo de un instrumento por descompostura o nueva adquisición es responsabilidad de la Jurisdicción Sanitaria e implica para la unidad tiempos de espera que van desde un mes hasta un año, la justificación es la falta de disponibilidad económica en el nivel estatal.

Como ocurre en el Centro de Salud de Chilapa, Moreno reporta carencias de instrumental y la existencia de equipo médico en malas condiciones (Moreno, 2003:58,61). La falta de adecuación del equipo y disponibilidad de nuevas tecnologías aunado a la demora con que se brinda mantenimiento y compostura a los existentes, se obstaculiza efectivamente por la falta de dinero, pero también por los trámites para la autorización, producto del papeleo, tardanza por parte de los responsables, en pocas palabras por la burocracia y el centralismo en las decisiones como lo señala Bronfman (1997a:5).

Dos aspectos representan cuellos de botella en el centro de salud de Chilapa: los tiempos de espera para recibir consulta y la duración de la misma. La percepción entre los funcionarios respecto al tiempo de espera para recibir consulta es variable, va desde los 15 minutos hasta una hora con 30 minutos. Entre más alto es el rango del funcionario o menor tiempo en el puesto como directivo, más lejana es la percepción que tienen de este indicador. El tiempo **promedio** que nosotros observamos es de **dos horas con 20 minutos**, habiendo encontrado tiempos record de tres horas con 45 minutos.

En el caso de los trabajadores el tiempo que consideran que espera un usuario es también heterogéneo, de 30 minutos, hasta dos horas con 30 minutos, lo atribuyen a que son pocos médicos y mucha población que demanda servicio. Su percepción es más real, para los médicos y el personal de enfermería el número de pacientes que atienden por día les permite tener una idea más cercana de lo que espera un usuario, saben además que estas largas esperas son la causa por la cual los usuarios dejan de asistir.

Los usuarios perciben una espera aproximada de tres a cuatro horas casi siempre de pie, sobre todo cuando se les toma muestra de sangre venosa. Para ellos, en el Centro de Salud se da prioridad a quienes gozan de beneficios de programas como Oportunidades.

En general el tiempo de espera es muy prolongado debido a la gran demanda de servicios. Esta condición define mala calidad de la atención o calidad insuficientes (Ramírez, 1998:7, Salinas, 1994:8, Wong, 2003:42). Algunos datos que refuerzan nuestros hallazgos son los que reportan desde una hora para recibir la atención (Wong, 2003:35) hasta tres horas (Pérez, 1994:496).

Las consideraciones respecto al tiempo de duración de la consulta son también un indicador variable; para los funcionarios va de entre 15 a 20 minutos, hasta 40 minutos. Médicos y enfermeras reconocen desde menos de 15 minutos, hasta una hora. La mayoría de los usuarios lo estiman entre 10 y 30 minutos. El tiempo promedio que registramos es de 16.3 minutos, con un extremo de dos minutos para una consulta.

Aunque el tiempo de duración de la consulta es corto (Ramírez, 1998:7), el promedio se ubica dentro del rango del tiempo normado que es de 15 a 20 minutos, mejor que el tiempo reportado por Wong de cinco y 10 minutos (2003:33).

La suma de estos dos tipos de tiempos indican que los usuarios permanecen de dos a cuatro horas en el centro de salud, comparable al tiempo descrito por Wong (2003:35), producto de las condiciones en que se presta la atención: exceso de demanda por un lado y por otro un número limitado de personal médico en consultorio, que además realiza tareas administrativas y que vive constantemente presionado para desalojar las largas filas.

De igual manera los tiempos de traslado son muy variables, la mayoría de la gente que acude al Centro de Salud de Chilapa viene de colonias de la ciudad y de localidades cercanas a ella, ubicadas entre 10 a 30 minutos de distancia caminando o usando transporte colectivo, no obstante, existen localidades dentro del municipio situadas a cuatro horas, cuyos habitantes son poco habituales en el centro de salud, como lo señala Wong (2003:33). Aunque la unidad resulta accesible para la mayoría de los usuarios, el tiempo de traslado resultó mucho mayor a los 15 minutos señalados por Pérez (1994:497). Es importante remarcar que quienes caminan lo hacen por falta de dinero para el pago del transporte aún cuando el costo va de \$8.00 a \$14.00 pesos por visita.

Considerando los tiempos analizados, la necesidad de atención médica para los usuarios de Chilapa requiere de una inversión en tiempo de tres a cinco horas. Se trata como expresa Bronfman de la población de mayor pobreza que demanda este tipo de servicios (Bronfman, 1997a:6). Que tiene problemas hasta para cubrir el costo del transporte a diferencia de la población estudiada por Salinas quien no presentó esta situación (Salinas, 2001:328).

Se asume por funcionarios, personal de salud y usuarios que el número de médicos es insuficiente e incluso los trabajadores administrativos, enfermeras y personal de laboratorio son pocos para atender la población que demanda servicio. Esta problemática se genera por la mala distribución de los recursos humanos, porque existen por un lado recursos humanos subutilizados en algunas unidades y carencia en otras (Bronfman, 1997a:4), por lo que no es posible resolver las necesidades de los paciente (Hautecoeur, 2007:91) incrementándose la carga de trabajo del personal del centro de salud de Chilapa que demerita la calidad de la atención.

En Chilapa existen dos tipos de trabajadores, de base y por contrato. No hay en trabajadores y funcionarios un referente respecto al tiempo que tiene que ingresar personal nuevo, lo que es claro es que la incorporación de médicos y enfermeras se reduce cada vez más, en 10 años muy pocos han ingresado y solo por contrato. Al respecto Meléndez considera que aunque la tendencia de disponibilidad de médicos generales y familiares en el país va a la baja Guerrero está por arriba de la media nacional (Meléndez: 2007:75).

Para los funcionarios, a los trabajadores de contrato se les pagan menos y trabajan más, son más comprometidos y responsables porque de no hacerlo son rescindidos. Para los trabajadores la condición de contrato representa inseguridad puesto que en el momento que el patrón considera que no requiere sus servicios son dados de baja. Estas circunstancias limitan hasta el proceso de retiro por jubilación de los trabajadores por falta de garantía para cubrir las plazas. Situación que no es privativa del Secretaría de Salud sino que también se observa en el IMSS, por ejemplo según la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFR-HS) el IMSS redujo entre el 2003 a 2004 el 27% de plazas para médicos *residentes*, la cual significó un ahorro de casi 70 millones de pesos (López, 2005:2-A). Por su parte, Brito señala que actualmente en las unidades no se necesitan especialistas sino médicos generales para dar cobertura, lo realmente necesario es crear nuevos modelos de atención, nuevas formas de organización, de gestión y desarrollo institucional basados en nuevos paradigmas educativos (Brito, 2000:50).

De las nuevas formas de organización y la diversificación de la carga de trabajo, funcionarios y trabajadores coinciden en que la carga administrativa y educativa que recientemente se ha asignado al personal es enorme, con actividades como el informe mensual, pláticas mensuales, control de asistencias, llenado de formatos de reporte por programa y de concentración estadística, fichas, nota médica, actualización de expedientes y visita domiciliaria a usuarios, significa para el personal una mayor carga que les consume hasta un 40% de la jornada diaria, en consecuencia se reducen los tiempos disponibles para las consultas médicas, y se han dejado de realizar actividades como investigación y actualización profesional. En este sentido Bronfman señala en su estudio que la fuerte carga de actividades administrativas, relacionada con el registro de las acciones, llenado de expediente y lo riguroso de la supervisión contrasta con la casi inexistente comprobación de la efectividad curativa y calidad de la atención que brinda el médico (Bronfman, 1997a:4).

Aunque funcionarios y personal médico considera disponer de la formación profesional necesaria para la atención de usuarios diabéticos, la capacitación para ellos sigue siendo una necesidad, actualización en lineamientos, procedimientos y uso de las nuevas tecnologías. Desde la experiencia de los usuarios los médicos están capacitados para atenderlos, les proporcionan indicaciones sobre la enfermedad y medicamento adecuado que les hace sentir mejoría. A diferencia de lo ocurrido con los usuarios de nuestro estudio, Bronfman encontró que sus entrevistados refirieron insuficiente capacitación del personal médico y de los pasantes de medicina, con resultados como diagnósticos inadecuados e incluso negligencia en la atención (Bronfman, 1997b:448). Los usuarios sugieren que la incomprensión de las indicaciones se debe a su propia ignorancia, pero se muestran interesados para resolverlo a través de pláticas sobre prevención y cuidados sobre la enfermedad. Esta necesidad de tipo educativo también fue encontrada por Salinas

(2001:332), que de aprovecharse convertiría al usuario en el actor principal para el control de su enfermedad y preservación de su salud (Campero, 1990, 204).

La falta de comprensión y seguimiento de las indicaciones en el tratamiento tiene como consecuencia pacientes mal controlados, esto puede ser resultado de la corta duración de la consulta que disminuye la posibilidad de una explicación y revisión adecuada, e impide que el usuario aclare dudas sobre los cuidados que debe seguir. Campero encontró que el 35.7% de los pacientes no recibieron ninguna información de sus resultados y exploración clínica (Campero, 1990:200). También puede deberse a la contradicción que existe entre el modelo educativo de formación en salud enfocado a la atención curativa y no preventiva, aunque la tendencia mundial actual de atención a diabéticos está centrada en cambios en el estilo de vida, es decir, en los tratamientos no farmacológicos (Wong, 2003:42), sin embargo, el conjunto de prácticas y creencias culturales respecto al consumo de alimentos, la falta de ejercicio físico, los costos de las dietas, la falta de aceptación de la enfermedad, la desconfianza hacia el tratamiento y medicamento indicado y las condiciones de escolaridad y pobreza en que vive la mayoría de los usuarios, generan resistencias al cambio y hacen que los tratamientos sigan siendo farmacológicos.

En el tratamiento de este tipo de usuarios, médicos y familiares juegan un papel fundamental para el control de la enfermedad. Para Salinas los médicos representan el 37% de los obstáculos en la atención al diabético, el 25.9% el usuario y 37% la organización del servicio (Salinas, 2001:332).

En resumen, las condiciones estructurales y organizativas descritas son vista por los tres actores centrales como las limitaciones más importante del Centro de Salud para mejorar la atención. No obstante, las consideradas como apremiantes son:

- a) Exceso de demanda
- b) Áreas físicas inadecuadas y falta de espacios en general.
- c) La insuficiencia de equipo, instrumentos, insumos, materiales y medicamentos.
- d) Carencia de personal médico, cuyo incremento disminuiría la carga de trabajo, con efectos importantes en la reducción de los largos tiempos de espera.
- e) Largos tiempos de espera para recibir consulta
- f) La falta de medidas reorganizativas en el servicio que permita al personal asistir a capacitación constante y el cumplimiento de los horarios de atención.
- g) La inexistencia de una clínica de diabetes e hipertensión, como en otros lugares.
- h) Coordinación inadecuada entre las áreas de trabajo y falta de modernización y flexibilización de los procedimientos de índole administrativo.
- i) Flexibilidad para el manejo directo de los recursos que se obtienen por el pago de cuotas.

Algunas de estas limitaciones han sido documentadas (Ramírez, 1998:7, Reséndez, 2000:300) como los motivos principales para no regresar a los servicios. En esencia el personal de salud percibe que estas deficiencias son resultado de problemas de organización institucional, rigidez de la normatividad y especialmente por la falta de recursos disponibles desde el nivel federal.

Financiamiento, costo de la atención y significado de la gratuidad.

Como ya se señaló, el financiamiento proviene de los recursos que la federación entrega al estado y de ahí a las Jurisdicciones Sanitarias hasta bajar al Centro de Salud Urbano de Chilapa. No obstante, la disponibilidad es cada vez más limitada si consideramos que en el 2005 el presupuesto para el sector salud en el estado de Guerrero fue de 4 mil 565 millones de pesos, esta cantidad representa el 19.5% del total del gasto ejercido en la entidad, según Meléndez es casi la misma registrada en el año 2000 (Meléndez, 2007:85). Otro indicador que evidencia esta situación es el gasto per capita, Meléndez también señala que en 2002 el gasto per capita de la población no derechohabiente (SSA) fue de 711 pesos mientras que para el 2005 el gasto ascendió a 932 pesos, un incremento apenas de 221 pesos por persona en 3 años (Meléndez, 2007:85).

Las cuotas que las unidades recuperan de los usuarios por la demanda de servicios representan una fuente importante de financiamiento para solventar parte de las insuficiencias en recursos humanos y materiales en el centro de salud, sin embargo actualmente existe la disposición desde el nivel estatal de que los presupuestos y los recursos se manejen directamente por las Jurisdicciones Sanitarias. La centralización de recursos por cuotas permite a las autoridades estatales de salud un manejo discrecional de los mismos, por ejemplo, “en marzo de 2005, la Secretaría de Salud Estatal contaba con 1,368 personas contratadas en forma irregular y pagadas a través de los recursos que se les cobra a los pacientes al momento de hacer uso de los servicios” (Meléndez, 2007:87).

En Chilapa el costo de la atención o cuota se establece con base en tabuladores oficiales y no en las condiciones socioeconómicas de cada solicitante, al igual que ocurre en otras partes (Padilla, 2003). Los funcionarios no consideran la cuota como un pago sino como una donación, a pesar de ello, el monto de recaudación por cuotas si representa para las unidades de salud, una fuente de financiamiento a partir de que el Estado está dejando de cumplir con esta responsabilidad dada la continuidad en la reducción de los presupuestos. Los propios funcionarios refieren que lo idóneo sería servicios gratuitos y de calidad para toda la población de Chilapa. En otras palabras, en vez de gratuidad se aplica pago de cuotas a una población definida por SEDESOL como pobre, marginada y con un número importante de indígenas, esto lo demuestra el hecho de que este municipio en el año 2002 ocupó el segundo lugar de la entidad en recibir apoyos del Programa Oportunidades, luego de Acapulco (SEDESOL, 2002).

Para los trabajadores el que esta población pague cuota es una incongruencia, es una carga económica para las familias que se convierte en un obstáculo para acceder al servicio para los usuarios (Bronfman, 1997b:449, Hautecoeur, 2007:90), cuando algunos de estos usuarios no cuentan ni con el recurso que les permita cubrir el transporte de regreso a sus comunidades luego de asistir al centro de salud.

Aunque para los usuarios diabéticos la atención ciertamente es gratuita, ocurre que cuando acuden a servicio fuera de horario o con médico distinto al asignado, pagan la cuota, por eso la gratuidad es entendida por los usuarios solo como “favores” para la gente pobre, “ayudas voluntarias” que se derivan incluso de fuerzas omnipotentes, “gracias a dios” o “gracias a la virgen de Guadalupe”. En coincidencia con estos resultados Wong encontró

que el 8% de sus entrevistados reportaron que se les requirió algún tipo de cobro en los centros de salud (Wong, 2003:38).

Que una población como la descrita pague cuota es muestra clara de las desigualdades existente en cuanto a la disponibilidad de recursos en el sector salud, que amplían las inequidades entre mexicanos.

La opinión de las estrategias de las que los usuarios reciben atención médica.

Como sabemos, la población accede a los servicios que proporciona el Centro de Salud de Chilapa como población abierta, población de Oportunidades y la adscrita al Seguro Popular.

Población abierta.

Por población abierta los funcionarios y trabajadores consideran a la población en general sin derechohabencia, que no tienen posibilidad de recibir ningún otro tipo de atención médica, pagan por cualquier servicio que solicitan en el centro de salud siempre y cuando forme parte del paquete básico. Son personas con las que la unidad **no tiene obligación alguna**. Asisten a conveniencia y no se les puede forzar a hacerlo con regularidad, imposibilitándose con ello, el control adecuado de sus padecimientos. Los usuarios por su parte se autodefinen como “los que no cuentan con apoyo de ningún tipo apoyo de programas”.

Como bien señalan los funcionarios, este tipo de población acude a los servicios hasta cuando se les presenta alguna enfermedad que consideren como grave. Percibida la necesidad de atención, la satisfacción depende de su capacidad de pago y de las opciones a su alcance (Bronfman, 1997b:446).

El deslinde de las instituciones de la responsabilidad de satisfacer las necesidades de este tipo de usuarios, en gran medida, se derivan del deterioro de las instituciones públicas y de las limitaciones en el gasto destinado a la población no derechohabiente, con manifestaciones aun más agudas en los servicios destinados a la “población abierta”; se sabe que en Guerrero de 2002 a 2005 el gasto escasamente se incrementó en un 31 por ciento, con una proporción insignificante de 2004 a 2005 (Meléndez, 2007:86).

Oportunidades.

Los funcionarios y trabajadores consideran a Oportunidades como un programa de gobierno relativamente nuevo, de compensación económica para las personas pobres que gracias a su componente de salud brinda a sus usuarios la posibilidad de recibir atención médica y medicamento gratuito del paquete básico de servicios de salud. Sin Oportunidades estas personas no podrían cubrir los costos aunque estos son moderados.

Es un programa con una normatividad específica y está **obligado** a proporcionar a los usuarios atención de primer nivel. Por su propia reglamentación el personal de salud considera a los usuarios como población cautiva, sujetos a citas médicas fijas que contribuyen a mejorar su control y tratamiento.

Para los usuarios Oportunidades es “una ayuda” por el dinero que reciben, aunado a la atención médica en el centro de salud y medicamentos gratuitos. Les exige el cumplimiento de las citas médicas de todos los miembros de la familia y de la asistencia a pláticas mensuales. También es utilizado para exigirles su participación en actividades de índole político como manifestaciones o de limpieza de calles, caminos rurales y comisarías. El incumplimiento de estas tareas ha implicado para algunas mujeres la imposición de pequeñas multas.

Seguro popular.

El Seguro Popular opera en Chilapa desde 2004; las opiniones sobre el SP son diversas y en ocasiones divergentes entre funcionarios y trabajadores principalmente. Para los funcionarios el SP cubre las necesidades básicas en salud de carácter preventivo en primer nivel de sus afiliados, circunscritas al catálogo de servicios esenciales de salud, y de requerirse dispone de segundo nivel de atención. Cuenta con buena estructura organizativa y módulos de atención a usuarios que son a la vez enlace entre el hospital y los centros de salud. Ofrece mayores ventajas que Oportunidades, cuenta con ingresos propios y aunque no otorga dinero, da consulta médica, estudios de laboratorio, cirugía y medicamento, además de un buen funcionamiento y garantía de atención.

De las opiniones de los funcionarios, cuatro aspectos son sobresalientes:

- 1) Que al SP **sus afiliados aportan recursos**, aparte de disponer de sus propios ingresos; según su consideración, esto es relevante porque los problemas en las unidades de la Secretaría de Salud derivan de la falta de presupuesto. Así, mientras las instituciones de salud viven en continuo recorte financiero, opciones paralelas como el SP reciben recursos directamente de la federación. Para el año 2004 el SP obtuvo un financiamiento total de 87 millones 466 mil 215 pesos, el 83% fueron transferencias federales, el 11% provino de la inversión estatal directa y el 5.4% fueron cuotas familiares (Meléndez, 2007:86). La Jurisdicción Sanitaria No. 3 dispuso en el año 2005, de 6 millones de pesos.
- 2) Hoy día el SP representa la **única opción de financiamiento para remodelación y equipamiento** de las unidades de primer nivel en la entidad, lo cual resulta poco factible de continuar considerando la evolución del gasto en dos indicadores; el gasto en equipo médico pasó del 29% en 2004 al 1% en 2006, igual ocurre con el gasto en medicamentos que se redujo del 39% al 5% del 2004 al 2006 (Meléndez, 2007:90).
- 3) El SP es prácticamente la **única vía para la contratación de nuevo personal** que efectivamente se requiere en el centro de salud, no obstante la necesidad predominante es de personal médico y los trabajadores contratados para en el MAO de Chilapa realizan tareas administrativas. El SP está haciendo crecer más la estructura burocrática, en este sentido el gasto en salarios se incrementó de 12 a 51% del 2004 a 2006 (Meléndez, 2007:90), y
- 4) Que las oficinas centrales del SP vigilan que el programa de gasto esté dirigido a la calidad, e incluso a la certificación, esto resulta casi natural puesto que los servicios en el municipio se caracterizan por estar conformados por unidades pequeñas, dispersas y sin articulación, como señala Soberón, con infraestructura tan incipiente que no tienen la capacidad para operar los servicios de salud (Soberón, 1996:378). Tan es así, que de los

931 centros de salud en la entidad, 47 ofrecen SP sin cumplir con los estándares mínimos establecidos, solo 17 están certificados (Meléndez, 2007:98). En el municipio de los 24 centros de que dispone la Coordinación Municipal de Salud, hasta el 2005, 4 estaban incorporados al SP y sólo uno de ellos certificado.

Los trabajadores por su parte, coinciden con los funcionarios respecto al tipo de servicios y garantías que ofrece el SP, aunque está en proceso de implementación, la atención médica es equivalente a las de las instituciones de Seguridad Social, sin embargo, lo perciben inequitativo, dado que el ingreso voluntario se han afiliado personas derechohabientes de otras instituciones, en cambio adultos mayores pobres, sin familia y sin trabajo, quedaron excluidos. La afiliación se implementa bajo los criterios federales, ajenos a las necesidades de salud de la población, pasando por alto las recomendaciones y lineamientos que priorizan las zonas con mayor índice de marginación (Meléndez, 2007:98). No obstante ya desde el año 2005 se resalta como uno de los logros más importantes de la administración de Fox al SP, con el cual se atendió a personas carentes de seguridad social en salud, brindándoles atención médica de urgencias, hospitalización, cirugía, laboratorios, rayos X y medicamentos (Giles, 2005:24).

Otros aspectos relevantes para los trabajadores son que el SP al estar operando sobre la estructura de servicios de la Secretaría de Salud, representa mayor carga de trabajo para el personal, en ocasiones consumiendo los escasos reactivos y materiales del programa normal (población abierta) para cubrir las necesidades de los usuarios, y que la promesa de la dotación de equipo e instrumental básico en los hechos no ha ocurrido, en concreto es visto como una sobre carga para la institución que no tiene sentido pues debería existir un sólo programa para todos, cobertura total para la población en general.

Funcionarios y trabajadores estiman como favorable que los usuarios en general reciben en Chilapa las atenciones del paquete básico de servicios de salud, sin embargo, con los limitados recursos públicos destinados a financiar exclusivamente este tipo de intervenciones, dirigidas a la población pobre (López, 2001:52), los costos de la atención se trasladan a los propios usuarios.

También se presenta coincidencia por parte de los dos actores señalados en relación a que los programas en general se implementan a través de lineamientos rígidos y prácticamente inmodificables, la elaboración de propuestas alternativas es inviable por la falta de recursos para operarlos.

Respecto a los usuarios, la única opinión sobre esta estrategia rescata la satisfacción de disponer de servicio de carácter gratuito.

La existencia de estas tres estrategias está colocando a la población pobre en tres categorías distintas, con derecho a servicios también diferenciales, los cuales no son explicables en términos de racionalidad, eficiencia, ni de simplificación administrativa, sino por el contrario, amplían la brecha respecto a la satisfacción de las necesidades de atención.

Las diferencias en el financiamiento entre estas tres estrategias, en lugar de favorecer la homogenización en la calidad de los servicios, profundiza la atención desigual que recibe la población que accede a través de ellas, en términos de las garantías a que se hacen acreedores. Las consecuencias de la reducción del financiamiento recaen en la población abierta, que en este caso es pobre y sin derechohabencia, en contradicción con los objetivos planteados por la política nacional.

Se mantiene la tendencia en la reducción de los recursos destinados al mantenimiento de equipo e instalaciones, compra de insumos, materiales, medicamentos y equipos modernos. En general los servicios de salud no han mejorado, denotan involución en su disponibilidad, incluso a partir de la implementación formal del Seguro Popular (Meléndez, 2007:83). Y como no existe un modelo único efectivamente eficiente se requieren de criterios y mecanismos innovadores por parte del Estado que atiendan con suficiencia los problemas de salud de la población, incluyentes y equitativos.

Estos resultados son evidencias de que las iniciativas actuales no pueden alcanzar los resultados esperados en términos de incremento de calidad y de la eficiencia, si no existen las condiciones para su operación y de trabajo como ocurre en el Centro de Salud de Chilapa.

Satisfacción del usuario.

La satisfacción de los usuarios es un aspecto no evaluado por el Centro de Salud, no obstante, funcionarios, trabajadores perciben que los usuarios están satisfechos con la atención, para ellos un alto el porcentaje de usuarios regresan a los servicios, estiman que es más del 70%, cercano a los hallazgos de Wong, (2003:37) y Pérez (1994:499). Además, los propios usuarios expresan esa satisfacción.

Los principales motivos que definen la buena calidad de la atención están asociados al trato personal, la mejoría en la salud y a la preparación técnica del personal; en este centro de salud, como en las instituciones estudiadas por Ramírez, la satisfacción se centró en el buen trato personal (Ramírez, 1998:4). En Chilapa los usuarios valoran la amabilidad, cercanía, confianza y respeto que les da el personal de salud, ser de ellos “conocido y llamado por su nombre”, les es significativo. En contra parte refieren el proceso de consulta médica como una “revisión de papeles” que muestra sus niveles de glucosa y no como una revisión a individuos. Como plantea Campero los usuarios son “cosificados”, tratados como objetos no como personas (Campero, 1990:200).

El aspecto realmente importante por el cual los usuarios muestran su satisfacción con la atención, además de no estar dispuestos a cambiar el Centro de Salud por otra institución, es la gratuidad, la mayoría de ellos son pobres y de colonias o poblaciones periféricas que no tienen para pagar mes con mes la consulta, exámenes de laboratorio y medicamento (Bronfman, 1997a:7-8) ese es el incentivo que los motiva a regresar.

Aunque se reconoce malestar e inconformidades en los usuarios por falta de tira reactiva, medicamento y prolongados tiempos de espera (Salinas, 1994:8), formalmente no existen quejas (Bronfman, 1997b:5). Sin embargo, esperan un mejor servicio en relación con amplitud de las instalaciones, comodidad, mejor medicamento, mayor información sobre la enfermedad y enfáticamente menor tiempo para recibir consulta.

13. CONCLUSIONES.

Toda vez que se han descritos los hallazgos y el análisis de los mismos, se presentan las conclusiones del estudio, agrupadas en tres bloques; específicas, generales y conceptuales-metodológicas.

1. Los cambios que se identifican como sustanciales en la política nacional de salud son:

Que se redefine la política social en salud y su contenido, orientada por la "corresponsabilidad social", a través de la cual se traslada a la sociedad en su conjunto la responsabilidad de atención de las necesidades en salud de la población.

Se redefine el quehacer de la Secretaría de Salud, a la que la Ley le otorga las facultades de organizar, controlar y vigilar la prestación de servicios de salud, públicos y privados, de la aplicación de los procedimientos técnicos establecidos para el control de los padecimientos, y de brindar atención médica a los grupos más desprotegidos, con estrategias focalizadas, limitada al otorgamiento del paquete básico de servicios de salud, con abasto de medicamentos de bajo costo y alta efectividad para los padecimientos agudos y crónicos más frecuentes, sumamente racionalizados. Con personal médico calificado y cuya capacitación permanente depende del propio trabajador. Renovación de equipos en función de costo-efectividad.

La reorganización de los servicios se fundamenta en un cambio en el modelo de atención que implica la sustitución del curativo por el preventivo.

En materia de descentralización y financiamiento se adjudica al nivel estatal y local (jurisdiccional y/o municipal) la responsabilidad del diseño, instrumentación y financiamiento de los programas de salud. Además, se les otorga la facultad para crear nuevas formas de financiamiento o de "solidaridad" financiera entre las cuales están el pago de cuotas por parte de los usuarios de los servicios y el prepago tal y como operan los seguros privados. El uso y distribución de los recursos se basa en estrictas normas racionalizadoras o de "eficiencia administrativa". Y se establece una nueva estrategia de subsidio estatal al financiamiento denominado Seguro Popular.

La política de relaciones laborales está orientada a la no contratación en razón del exceso de personal, subutilización y baja productividad.

Con el nuevo modelo de atención se debe satisfacer al cliente o usuario, brindándole servicios integrales, de calidad, en libertad de elegir al prestador de su preferencia, informado suficientemente sobre su condición y tratamiento, tratado con respeto, dignidad y en confidencialidad, esperando tiempos mínimos.

2. Los lineamientos que se identificaron como directrices a nivel estatal son:

Se retoma la concepción de que la responsabilidad de la atención de las necesidades en salud de la población debe ser compartida.

Que debe ser de tipo preventivo en vez de curativa, para la población pobre y sin derechohabencia, centrada en la provisión del paquete básico de servicios de salud, acompañado de un cuadro básico de medicamentos y equipo médico disponibles en todas las unidades, con personal médico y comunitario capacitado bajo la supervisión y responsabilidad de la dotación de los SESA.

La descentralización vista como la estrategia idónea para robustecer el sistema estatal y local de salud, con procesos de eficiencia administrativa aplicados a todos los niveles de gobierno, como vía para disponer de recursos. Y el Seguro Popular es asumido y aplicado de acuerdo a los lineamientos federales sin que se objete consideración alguna.

Parecen ausentes los planteamientos relacionados con la política de relaciones laborales, satisfacción del cliente y pago de cuotas como fuentes de financiamiento.

3. De los resultados en que se describe detalladamente la operación del Centro de Salud de Chilapa se desprende que:

Los resultados de este estudio son evidencias de que con las iniciativas que se aplican en las unidades de primer nivel no es posible alcanzar los resultados esperados en términos de calidad, eficiencia y apego a las normatividad para el manejo y control de las enfermedades.

Se constó que la población que demanda atención es excesiva, supera la disposición normativa. Se trata de población pobre, sin derechohabiencia y sin posibilidad de recurrir a otro tipo de servicio. La demanda de atención es real, lo cual justifica plenamente la necesidad de construcción de nuevas unidad de atención en las colonias periféricas de la ciudad de Chilapa, en vez de la reducción o cancelación de servicios como se promueve de manera general a través del discurso oficial desde la federación.

En el Centro de Salud de Chilapa la población recibe atención médica a través de tres estrategias: el programa normal de Población Abierta, Oportunidades y el Seguro Popular, ambos reciben las intervenciones del PBSS, e igual medicamentos, difieren las pruebas de laboratorio y la atención en segundo nivel cuando es necesaria, según sea la adscripción.

En esta unidad de salud se establecen altos niveles de exigencia administrativa y técnica sin los medios para lograrla, es decir, opera con extremas limitaciones observables en instalaciones inadecuadas, reducidas y mal diseñadas, escasez de medicamentos e insumos básicos, falta de personal médico y paramédico, con equipo insuficiente y obsoleto, falta de materiales y reactivos de laboratorio, lo que hace que los trabajadores no puedan cumplir con suficiencia las metas de programas específicos como el de diabetes e hipertensión y extensión de cobertura, o lo hacen deficientemente.

Persisten estructuras rígidas y jerárquicas, problemas organizacionales, largos tiempos de espera, mayores a dos horas para recibir consulta y medio día para obtener los resultados de exámenes de laboratorio.

Las relaciones laborales se están modificando de tal modo que los trabajadores viven con bajos salarios y poco satisfactorios, con limitadas las oportunidades de capacitación y escalafón, sin posibilidades de participar en la toma de decisiones respecto al funcionamiento de sus propios espacios de trabajo, de las acciones y los recursos para implementar los programas. Se exige incremento de la productividad con promedios de 29.5 consultas por día y diversificación de sus actividades. Para el 17% del personal médico la incertidumbre está presente cotidianamente pues son trabajadores no basificados, algunos con 8 años en esta situación.

En Guerrero producto de la descentralización se elaboran algunos programas de acuerdo a las necesidades de la población, como el de diabetes e hipertensión arterial, sin embargo, estos no logran alcanzar los objetivos y metas propuestas por la falta de recursos para operarlos. Por ejemplo, el programa de diabetes para el año 2002 contaba con un techo financiero de cuatro millones de pesos anuales para atender 3600 diabéticos, para al año 2006, la población diabética aumento 3.3 veces y el financiamiento siguió siendo el mismo.

Existen otros programas que son trasladados directamente de la federación a la entidad, los funcionarios encargados de vigilar su puesta en marcha consideran innecesario readecuarlos, porque están elaborados para funcionar en cualquier nivel de gobierno, lo que se requieren básicamente son los recursos, sin que existan muchas posibilidades de disponer de ellos, es decir, su inviabilidad no es un problema de concepción o planeación, sino de liquidez.

El pago de cuotas tiene gran impacto en la economía de quienes las cubren, como es la población abierta. El costo es de \$ 30,00 por consulta y de \$ 350.00 en laboratorio, que para una población que se estima vive con dos dólares por día representa el 22% de sus ingresos cada dos meses o según su propia condición.

Para el centro de salud el pago de cuotas es una fuente importante de financiamiento que requiere se flexibilice y reasigne su manejo directo.

Respecto a la atención médica de los usuarios, según los datos oficiales del centro de salud en el año 2005 contaban con 351 diabéticos subsecuentes, sin embargo para ese año se otorgaron 2,747 consultas por esta enfermedad, esto significa que sólo el 65% de usuarios asistió a consulta mensual durante ese año.

Del personal directamente vinculado a la atención de usuarios diabéticos el 35.3% dice conocer la NOM para la prevención y control de la diabetes y tres de los cuatro médicos entrevistados aplica entre el 70 y 80% de su contenido en su actividad cotidiana.

Según la NOM a toda la población mayor de 20 años que acude al centro de salud se le aplica el cuestionario de factores de riesgo, en el año 2005, 2,747 personas resultaron sospechosas y solo al 1% se les confirmó por tira reactiva.

La revisión del usuario diabético en consulta no se realiza de acuerdo a los procedimientos normativos, el tratamiento sigue siendo farmacológico, no se cuenta con grupos de apoyo ni sesiones educativas, la dieta y el ejercicio solo se indican de manera verbal, con el consecuente resultado de usuarios mal controlados, aunque se presentan pocas referencias por complicaciones y decesos.

4. De la percepción de los funcionarios, trabajadores y usuarios sobre las condiciones en que se presta y se recibe la atención concluimos que:

En el centro de salud existen condiciones estructurales y organizativas que son vista por los tres actores centrales como las limitaciones más importante para la atención: exceso de demanda, áreas físicas inadecuadas y falta de espacios en general, insuficiencia de equipo, instrumentos, insumos, materiales y medicamentos, carencia de personal médico, cuyo incremento disminuiría la carga de trabajo, con efectos importantes en la reducción de los

largos tiempos de espera, largos tiempos de espera para recibir consulta, inexistencia de una clínica de diabetes e hipertensión, como en otros lugares.

Funcionarios y trabajadores coinciden en que existe inadecuada coordinación y falta de coordinación de las áreas de trabajo, se requiere flexibilizar los procedimientos de índole administrativo, y reorganizar el servicio que permita al personal asistir a capacitación constante y el cumplimiento de los horarios de atención.

Los tiempos de espera para recibir consulta es notable, la percepción para cada uno de estos actores es distinta, los funcionarios refieren de 15 minutos hasta una hora con 30 minutos, de 30 minutos a dos horas 30 min. para trabajadores y los usuarios tal vez por las condiciones en que tienen que esperar estiman entre 3 y 4 horas. Son los trabajadores quienes refieren tiempos más cercanos a nuestra medición promedio que resultó de dos horas 20 minutos.

En general un usuario requiere de tres a cinco horas para asistir a una cita médica, con problemas para pagar el costo del transporte en muchos de ellos.

Funcionarios y trabajadores coinciden en que las nuevas políticas de diversificación de actividades, le representa asignación de tareas administrativas que les consume hasta el 40% de su jornada diaria.

Funcionarios y trabajadores consideran tener formación profesional y actualización adecuada para atender usuarios que padecen diabetes, que la predominancia en el uso de tratamiento farmacológico se debe a los limitados tiempos de que disponen para las acciones que apoyan el tratamiento no farmacológico.

Las opiniones sobre las estrategias de las que los usuarios reciben atención, trabajadores y funcionarios consideran a la población abierta como aquellos que pagan por cualquier servicio que soliciten, y los usuarios los llaman como “aquellos que no cuentan con ningún tipo de apoyo. Oportunidades es un programa de gobierno que brinda apoyo económico a las familias además de salud, para trabajadores y funcionarios este tipo de usuarios son población cautiva que acude a citas fijas, los usuarios lo consideran una “ayuda económica y medica que les proporciona medicamentos, que les requiere ocasionalmente participación en actividades de apoyo político. El Seguro Popular, lo funcionarios lo consideran con un programa de atención médica al que los usuarios contribuyen económicamente, una opción de financiamiento para las unidades de atención, con una vía para contratación de personal y como un programa de gasto dirigido a mejorar la calidad, mejor estructurado, organizado y supervisado. Los trabajadores lo definen como equivalente a las instituciones de seguridad social, sin embargo, al operar sobre la estructura de salud genera para ellos mayor carga laboral, rígido en su aplicación e inmodificable, representa actualmente la mejor opción en salud para la población.

Para los trabajadores el que los usuarios paguen cuotas es una incongruencia y un obstáculo para acceder a los servicios, dadas las características generales de la población, los funcionarios las consideran “donaciones” mientras que los usuarios refieren el no pago como “favores” y “ayudas voluntarias” del gobierno que deben agradecer.

Trabajadores y funcionarios perciben a los usuarios como satisfechos con el servicio, con el trato y la atención médica que reciben, los usuarios por su parte valoran como positiva la atención que reciben y efectivamente se declaran satisfechos con el centro de salud.

5. De manera general:

Aseveramos que para realidades municipales como Chilapa, el que se adjudique al gobierno estatal, municipal o a las Jurisdicciones Sanitarias, la responsabilidad de ejecutar programas de salud, se logran impactos contrarios para el fortalecimiento del sistema estatal y local de salud y se deja de garantizar justicia, entendida como un trato semejante para necesidades semejantes y una adecuada distribución de recursos y oportunidades entre gobiernos que se ahonda al aplicar la “subsidiariedad” impuesta por el gobierno federal, que no toma en cuenta que el nivel de gobierno a quien se le asigna está imposibilitado para hacerlo.

Los puestos estratégicos para la toma de decisiones no son asignados de acuerdo a perfiles y experiencia profesional sino por cuestiones políticas. Se supone que el nivel jerárquico del funcionario público debería estar directamente relacionado con el conocimiento que tienen respecto al funcionamiento de la unidad, de la aplicación de los procedimientos en consulta, de los tiempos de espera y duración de la consulta, sin embargo, encontramos que entre más alto es el nivel menor es su conocimiento de todos estos procesos y especialmente de los tiempos y procedimientos reales utilizados en la atención.

Observamos que se introducen beneficios diferenciales entre los usuarios de población abierta, oportunidades y seguro popular que acuden al centro de salud. Con ello, no sólo se genera insatisfacción entre los usuarios, sino que se reproducen y amplían las inequidades, segregando más a la población, lo que conlleva al abandono del servicio por parte de algunos o lo que es lo mismo con asistencias irregulares con graves repercusiones para la salud de los diabéticos.

Estas desigualdades son percibidas por usuarios, funcionarios y trabajador, para ellos no existe razón que justifique la existencia de beneficios diferenciales y mucho menos de la aplicación del sistema de cuotas, puesto que las condiciones generales de la población de Chilapa son iguales, pobres y más pobres.

De igual manera, aunque el personal reconoce en el Seguro Popular dispone de mayor disponibilidad de recursos organizativos, planeativos y financieros, perciben que este tipo de modalidad cada vez más oprime y asfixia a la Secretaría de Salud, sin que les sea claro que se trata de una forma de instrumentar el cambio de funciones por el que transitan las instituciones de salud, es decir, la sustitución de la provisión por el financiamiento, porque en esta ciudad los servicios que ofrece el Seguro Popular están montados sobre la infraestructura y recursos humanos del Centro de Salud de Chilapa y el Hospital General.

Con la aplicación del sistema de cuotas y la incorporación del seguro popular se elimina la gratuidad de los servicios, y se institucionaliza una nueva modalidad de financiamiento público-privada que ofrece únicamente un paquete mínimo de servicios que excluye los padecimientos complejos y de alto costos que requieren ser atendidos en segundo y tercer niveles.

Un aspecto central de los hallazgos es la pérdida en los usuarios de la noción de la protección a la salud como un derecho consignado en nuestra constitución. Para ellos no es un derecho, sino favores o ayudas voluntarias que reciben del gobierno que deben agradecer, este tipo de concepción muestran que el discurso oficial permeado creando una actitud de sometimiento y resignación por la incapacidad de respuesta individual y social y por su condición de pobreza económica y cultural. Y aunque en este centro de salud los usuarios declaran estar satisfechos con la atención que recibe, trato respetuoso, con

amabilidad y confianza, perciben que son vistos por los médicos como objetos, donde lo importante de revisar son los “papeles” que muestran los resultados de sus análisis de laboratorio y no a las personas con pensamientos, sentimientos e inseguridades generadas por tener un padecimiento. Su permanencia en esta unidad en esencia se debe a la gratuidad de la consulta y dotación de los medicamentos que reciben, asumen que en sus condiciones no tienen otras opciones, aunado a que para ellos la atención en cualquier instituciones públicas es semejante, que su muerte puede ocurrir en cualquier parte.

Este conjunto de modificaciones a las unidades de primer nivel de atención, son el resultado de la aplicación de las políticas nacionales y estatales e impuestas a cada país por organismos internacionales como el BM, están reduciendo significativamente el gasto del Estado en salud, modificando las formas para otorgar los servicios, las relaciones laborales y las formas de implementar los programas, dichas medidas comenzaron a implementarse desde la década de los 80, con resultados poco favorables para la salud de la población que atiende estas unidades, para los trabajadores y para las propias unidades, como se supuso en este estudio.

6. Conceptuales-metodológicas

La realización de investigaciones de este tipo si bien proporcionan un panorama amplio sobre las condiciones en que operan las unidades de primer nivel de atención, requieren de mayor acotamiento en la definición de los indicadores en cada categoría de análisis, dado que con el uso de herramientas como la entrevista proveen enorme cantidad de información que requieren de mucho tiempo para su procesamiento y análisis.

Es recomendable realizar análisis parciales que utilicen sólo una o dos de las categorías propuesta en la metodología con el propósito de acotar los tiempos y generar productos más rápidamente.

Para entidades como Guerrero y con el propósito de complementar el panorama es importante describir la operación de unidades de atención de población rural dispersa y población rural concentrada, que pudieran proporcionar información para sustentar que el trato que deben recibir las entidades federativas por parte de la federación debe ser acorde a las problemáticas que presenta cada una de ella, así como financiamientos diferenciales con base en esas condiciones particulares que cada una posee.

14. BIBLIOGRAFÍA.

- Almeida, Cecilia. 2001. “Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud” en *Cuadernos médico sociales* No. 79, Rosario Argentina, pp. 27-58.
- Almeida, Naomar. 1999. “La crisis de la salud pública y el movimiento de salud colectiva en Latinoamérica” en *Cuadernos Medico Sociales*. No.75, Rosario Argentina, pp. 3-30.
- Anderson, Robert M. 1996. “Delegación de responsabilidades en el diabético y su relación con el modelo médico tradicional: ¿existen diferencias irreconciliables?” en Educación sobre la Diabetes. Disminuyamos el Costo de la Ignorancia. *Comunicación para la salud* No.9, OPS, OMS Washington, pp.25-31.
- Arce, Gustavo. 1944. “Los seguros sociales en México”, ediciones botas, México. pp.295.

- Ardón, Centeno Nelson. 2003. "Sistema para el Monitoreo de la Calidad de la Atención en Salud por Indicadores en los Hospitales de I, II Y III Nivel de Atención". *Gerencia de Salud*, Vol. 1, No.1, Bogotá, pp. 1-23.
 File://E:|INDICADORES%20DE%20CALIDAD.htm
- Arredondo, Armando. 2001. Comentario al texto "Economía y salud en tiempos de reforma" en *Salud pública de México*, Vol. 43, No. 2, marzo-abril. pp. 170-171.
- Assal, Jean Phillipe. 1996. "Problemas en la educación sobre diabetes" en Educación sobre la Diabetes. Disminuyamos el Costo de la Ignorancia. *Comunicación para la salud* No.9, OPS, OMS, Washington, pp.15-18.
- Ayala, Leopoldo. 2005. "La guerra sucia en Guerrero impunidad, terrorismo y abuso de poder", editorial AyalaCenter, México, pp. 296.
- Azuela, Mariano. 1992. "El Estado social de derecho en México" en *La seguridad social y el Estado moderno*, IMSS FCE, ISSSTE. México, pp. 37-58.
- Balderas, Antonio. 1997. "El sector privado" en *La formación del poder en el estado de Guerrero*, UAG, Guerrero, México. pp. 83-101.
- Bartra, Armando. 2000. "Sur Profundo" en *Crónicas del sur utopías campesinas en Guerrero*, Armando Bartra compilador, ERA, México. pp. 13-73.
- Banco Mundial. 1993a. "Resumen: informe sobre desarrollo humano 1993. Invertir en salud", Washington, D.C.
- Banco Mundial. 1993b. "Informe sobre desarrollo humano 1993. Invertir en salud", Washington, D.C.
- Belmartino, Susana. 2004. "Una década de cambios en la organización en la seguridad social médica ¿Reconversión o reforma?" en *Salud Colectiva*, Hugo Spinelli compilador. Lugar Editorial, Buenos Aires Argentina. pp. 147-169.
- Bustamante, Tomás. 1999. "La construcción económica de Guerrero a siglo y medio de existencia ¿Tiene una economía propia Guerrero? en *Guerrero 1849-1999*, Edgar Neri Quevedo compilador, Gobierno del Estado de Guerrero, México, pp.195-211.
- Brito, Pedro E. 2000. "Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral" en *Revista Panamericana de Salud Pública* Vol. 8, Num. 1 y 2, Washington, pp.43-54.
- Bronfman, Mario. 1997a. "Hacemos lo que podemos": los prestadores de servicios frente al problema de la utilización" en *Salud pública de México*, Vol. 39, No. 6, noviembre-diciembre. pp. 1-8.
- Bronfman, Mario. 1997b. "Del "cuanto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios" en *Salud pública de México*, Vol. 39, No. 5, septiembre-octubre. pp. 442-450.
- Cabrera, G. y Hazas S. 1992. "La seguridad social y el cambio demográfico" en *La seguridad social y el Estado moderno*, IMSS FCE, ISSSTE. México, pp. 136-159.
- Cabrero, Enrique, 1998a. "La ola descentralizadora. Un análisis de tendencias y obstáculos de las políticas descentralizadoras en el ámbito internacional". En *Las políticas Descentralizadoras en México (1983-1993)*, Logros y Desencantos. CIDE, México, pp. 17-53.
- Cabrero, E. y Mejía J. 1998b. "El estudio de las políticas descentralizadoras en México, Un reto metodológico" en *Las políticas Descentralizadoras en México (1983-1993)*, Logros y Desencantos. CIDE, México, pp. 55-99.
- Campero, Lourdes, 1990. "Calidad de la relación pedagógica medico-paciente en consulta externa: el caso de Oaxaca, México" en *Salud Publica de México*, marzo-abril, Vol.32,

- No.2. pp. 192-204. <http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001039>
- Cardozo, Brum Myriam. 1998. "El ámbito sectorial. Análisis de la descentralización en el sector salud (1983-1993)" en *Las políticas Descentralizadoras en México (1983-1993), Logros y Desencantos*. CIDE, México, pp.189-345.
- Castillo, Maria Teresa. 1995. "Las condiciones de la realización del trabajo de enfermeras y médicos del IMSS en el periodo 1982-1992" Unidad Autónoma Metropolitana, Maestría en Medicina Social, México. pp. 285.
- Cerda, Alejandro. 2005. "México: El derecho a la salud" en *Derecho a la Salud. Situación en países de América Latina*. Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, Sociedad Internacional de Equidad en Salud y ALAMES, Colombia. pp. 149-167.
- CESOP. 2005. "Programa Seguro Popular" Cámara de diputados LIX legislatura, México, pp.72.
- Cienfuegos, Espíritu Ladislao. 1991. "Chilapa, Guerrero." *Así somos*, Gobierno del Estado, órgano de información mensual, enero, No. 1, año 1.
- Collins, Ch; Green, A. 1994. "Decentralization and primary health care: some negative implications in developing countries". *International Journal of Health Services* Volume 4, Number 3, Columbia, pages 459-475.
- CONAPO. 2005. "Enciclopedia de los municipios de México, Anexo estadístico" Guerrero. <http://www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/guerrero/esta.htm#01>
- Crocco, Pedro. 2000. "Iniciativa Regional de la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe" en *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 8, Núms. 1 y 2, Washington, pp. 135-139.
- Dahl, Robert A.1989. "La poliarquía" en *Participación y oposición*. Buenos Aires, Argentina, Editorial Rei, pp. 228
- De Sousa, Santos B. 1998. "Reinventar la democracia, reinventar el Estado". España: Sequitur, pp. 49-87.
- De Alva, María L. 1996. "Enseñanza eficaz de los educadores: Problemas a los que se enfrentan" en *Educación sobre la Diabetes. Disminuyamos el Costo de la Ignorancia. Comunicación para la salud* No.9, OPS, OMS, Washington, pp.4-8.
- Díaz, D. Sánchez-Hidalgo, D., Freyermuth, G., Castañeda, M. 2002. *La mortalidad materna un problema sin resolver*. FUNDAR, Centro para los derechos de la mujer, A.C. y Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, México, pp.22.
- Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS), 2007. "La Jurisdicción Sanitaria". Organización de los Servicios Estatales de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la salud, Gobierno del Estado de Jalisco. <http://dgps.salud.gob.mx/interior/comunidades/comun10.html#6>
- Donabedian, Avedis. 1993a. "Prioridades para el congreso de la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención" en *Revista de Salud Publica de México*, Enero-Febrero, Vol. 35, No.1, México, pp. 1-5. En línea. <http://www.insp.mx/salud/35/351-10s.html>
- Donabedian, Avedis. 1993b. "Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad" en *Revista de Salud Publica de México*, Mayo-Junio, Vol. 35, No.3. México, pp. 1-16. File://C:HEALTH%20READINGS/CALIDAD%20S%20SALUD/CAMBIO%20BU...
- Estrada, Alba Teresa. 1994. "Guerrero: sociedad, economía, política y cultura" CIIH-UNAM, México, D.F. pp. 166.
- Fajardo, Guillermo. 2004. "La descentralización de los servicios de salud en México (1981-2000)" en *Elementos, Ciencia y Cultura*, marzo-mayo, Vol. 11, No. 53, México, pp.1-

7. <http://www.elementos.buap.mx/num53/htm/45.htm>
- Family Care Internacional. 1998. "La iniciativa por una maternidad sin riesgo" en *Maternidad sin riesgo: Hoja informativa*, Nueva York, Nueva York, 10012 USA.
- Foley, Michael W. 2002. "Algunos aspectos del fenómeno migratorio en el estado de Guerrero", en *Moviendo Montañas Transformando la Geografía del Poder en el Sur de México*. El Colegio de Guerrero, Guerrero, México, pp. 239-285.
- Figuroa, Xochitl, 2006. "Diagnostico del Centro de Salud de Chilapa", junio, Chilapa, Gro. pp. 5.
- Frenk, Julio. 1994. "¿Qué es una reforma en salud? Los niveles de la política, en *Hacia la reforma del sistema de salud: una propuesta estratégica*. Economía y Salud No. 12, FUNSALUD, México, pp.140.
- Fleury, Sonia.1997. "Estados sin ciudadanos seguridad social en América Latina" Lugar editorial, Buenos Aires Argentina. pp. 331.
- Fleury, Sonia. 2004. "Modelos de reforma de la salud en América Latina" en *Salud Colectiva*, Hugo Spinelli compilador. Lugar Editorial, Buenos Aires Argentina, pp. 171-199.
- García, Margarita, 1989. "La seguridad social y la población marginada en México" UNAM, México, pp. 176.
- García, Federico. 1992. "La seguridad social en los países en desarrollo" en *La seguridad social y el Estado moderno*, IMSS FCE, ISSSTE. México, pp. 121-135
- Giles, Citlal. 2005. "Deficientes, los servicios médicos y el abasto de medicinas en los centros de salud del país, denuncian" en *EL SUR*, 26 de septiembre. Pág.36.
- Gobierno del Estado de Nuevo León, 2007. Dirección de Jurisdicciones Sanitarias. Portal de la Coordinación de Jurisdicciones Sanitarias.
http://www.nl.gob.mx/?P=serv_salud_dir_juris
- Gomezjara, Francisco A. 1997. "El poder entre la dominación y la resistencia. Leones y zorros en Guerrero" en *La formación del poder en el estado de Guerrero*, UAG, Guerrero, México, pp. 7-22
- González, González Floriberto. 2002. "Guerrero: Una historia censurada", en *Moviendo Montañas Transformando la Geografía del Poder en el Sur de México*. El Colegio de Guerrero, Guerrero, México, pp.301-308.
- González, Casanova P. 2005."El poder global y las ciencias sociales, hoy conferencia magistral" en *Conferencia dictada el 11 de mayo, auditorio de Rectoría de la UAG*.
- Hautecoeur, Maeve, Zunzunegui, Maria Victoria. 2007. "Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala" en *Salud Publica de México*, marzo-abril, Vol.4, No.2. pp. 86-93.
http://www.insp.mx/rsp/_files/File/2007/Marzo%20Abril/1-barrera.pdf
- Hernández, Sampieri Roberto. 2003. "Metodología de la investigación" McGraw-Hill, México, pp.705.
- Huntington, Samuel. 1993. "The Third Wave". Democratization in the late twentieth, Century, Oklahoma, Oklahoma university Press.
- INEGI, 2001. "*Cuaderno estadístico municipal de Chilapa de Álvarez Gro.*" Ayuntamiento de Chilapa de Álvarez Gro. INEGI.
- INEGI, 2003. *Sistema de Cuentas Nacionales de México*, INEGI, México.
- INEGI, 2004a. *Anuario estadístico Guerrero*, Gobierno de Estado, INEGI.
- INEGI, 2004b. *Cuaderno Estadístico Municipal 2004. Acapulco de Juárez*, H. Ayuntamiento Municipal de Acapulco, Gobierno de Estado, INEGI.

- INEGI, 2006a. *II Censo de Población y Vivienda*, Gobierno del Estado, INEGI.
- INEGI, 2006b. *Cuéntame de México*. INEGI. <http://cuentame.inegi.gob.mx/default.aspx#>
- ISEM, 2006. "Manual de organización tipo de Jurisdicción Sanitaria", Gobierno del Estado de México, Toluca, México. pp. 82.
- Jervell, Jack, 1996. "Razones para educar" en Educación sobre la Diabetes. Disminuyamos el Costo de la Ignorancia. *Comunicación para la salud* No.9, OPS, OMS, Washington, pp.73.
- Juan, Mercedes, 2006. "Las instituciones públicas de salud en México" en *La experiencia mexicana en salud pública*, Fondo de Cultura Económica, México, pp. 431-441.
- Juárez, Cisneros René. 1999. *Plan Estatal de Desarrollo 1999-2005*. Secretaría de Planeación y Programación, Gobierno del estado de Guerrero, Guerrero, México.
- Laurell, Cristina. 1991. "La política social en la crisis: una alternativa para el Sector Salud" documentos de trabajo, No. 27, Fundación Friedrich Ebert, México.
- Laurell, Cristina. 1992. "Avanzar al pasado: La política social del neoliberalismo" en *Estado y políticas sociales del neoliberalismo*, Coordinadora Asa Cristina Laurell, Friedrich Ebert Stiftung, México. pp. 125-146.
- Laurell, Cristina. 1995 "La salud: De derecho social a mercancía" en *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, FES,UAM-Xochimilco, México.
- Lasso, Echeverría Fernando. 2003. "Historia de los Servicios Estatales de Salud en el estado de Guerrero" México, pp.366.
- León, Gabriel, 2007. "Aún elevados, niveles de pobreza en México: CEPAL" en *La Jornada*, 18 de noviembre. México.
<http://www.jornada.unam.mx/2007/11/18/index.php?section=sociedad&article=046n1soc>
- Leyva, Flores Rene. 1990. Descentralización municipal de los servicios de salud en México. Estudio de caso en el estado de Guerrero, 1984-1987. UAM-Xochimilco, México.
- López, Oliva. 1992. "La política de salud en México: ¿Un ejemplo de liberalismo social?" en *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*, Coordinadora Asa Cristina Friedrich Ebert Stiftung, México. pp. 165-183.
- López, Oliva; Blanco, José. 1993. "La Modernización Neoliberal en Salud: México en los Ochenta". UAM-X, México, pp. 145.
- López, Oliva, 1995. "La Selectividad de la política en salud" en *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, Coordinadora Asa Cristina Laurell, Friedrich Ebert Stiftung, UAM Xochimilco, México. pp. 33-60.
- López, Oliva. 1997. "La estrategia descentralizadora en una política social incluyente" en *hacia una política social alternativa*, Friedrich Ebert Stiftung, México. pp. 129-140.
- López, Oliva. 2001. "La polarización de la política de salud en México" en *Cuadernos de Salud Pública*, enero-febrero, Vol. 17, No. 1, Río de Janeiro, pp. 43-54.
- López-Acuña, Daniel. 2000. "La reforma del sector salud y las funciones esenciales de salud pública: desafíos para el desarrollo de recursos humanos" en *Desafíos para la educación en salud pública. La reforma sectorial y las funciones esenciales de salud pública*. OPS, Washington, pp. 1-5.
- López, Minerva. 1996. "Transformaciones de la Secretaría de Salud en México en el contexto de la Reforma Sanitaria" en *Salud Problema* No. 10-11. UAM- Xochimilco, México.
- Manin, Bernard. 1998. "Los principios del gobierno representativo", Madrid, Alianza editorial, pp. 299.

- Marchiori, Buss Pablo. 2000. "Enfoques prioritarios en salud pública" en *Desafíos para la educación en salud pública. La reforma sectorial y las funciones esenciales de salud pública*, OPS, Washington, pp. 7-31.
- Marín, José Maria. 2000. "Fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias en las reformas del sector salud" en *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 8, Núms. 1 y 2, Washington, pp. 21-32.
- Martínez, Valle Adolfo. 1997. "La dimensión política en los procesos de reforma del sector salud" en *Observatorio de la salud, necesidades, servicios, políticas*. Coordinador Julio Frenk. FUNSALUD, México, pp. 359-378.
- Meléndez, Navarro David. s/f. Guerrero. FUNDAR, México.
- Meléndez, Navarro David. 2007. "Muerte materna y Seguro Popular" en *Boletín fundar*, Coordinadora Martha Aída Castañeda Pérez, Año 1, No.1. FUNDAR, México. pp. 65-102.
http://www.fundar.org.mx/Boletines_electronicos/nota_publicaciones.htm
- Mijangos, Parra José Luis. 1997. "Sector público" en *La formación del poder en el estado de Guerrero*, UAG, Guerrero, México, pp. 61-81.
- Moctezuma, Javier. 1992. "Tendencias de la seguridad social" en *La seguridad social y el Estado moderno*, IMSS FCE, ISSSTE. México, pp. 478-493.
- Moreno, Margarito; Piña, Cesar. 2003. "Estudio de percepción y necesidades de los usuarios de los servicios de salud de la montaña de Guerrero, México" en *Horizonte Sanitario*, mayo-agosto, Vol.2, No.2. pp. 57-66.
http://www.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2003_may_ago/hsv2n2_estudio_percepcion_guerrero.pdf
- Molina, Raúl. 2000. "Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias" en *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 8, Núms. 1 y 2, Washington, pp. 71-83.
- OPS, 1996. "Educación sobre la diabetes. Disminuimos el costo de la ignorancia". Comunicación para la salud, No.9, Washington. pp.73.
- OPS, 1998. "Manual de normas técnicas y administrativas del programa de diabetes mellitus" OPS, OMS, Washington, D.C. pp. 88.
- OPS, 1999. "Trabajadores de la salud por el camino: Guía de talleres para mejorar la calidad de atención" PNUD/Banco Mundial/OMS, Washington, D.C. pp. 68.
- OPS, 2000. "Las funciones esenciales de salud pública" en *Desafíos para la educación en salud pública. La reforma sectorial y las funciones esenciales de salud pública*. Washington, pp. 33-58.
- Padilla, Rubén. 2003. "Salud: desinformación y abusos" en *El SUR*, 13 de enero. Pág.15.
- Paganini, Mario O.1992. "Las políticas de prevención y el Estado benefactor" en *La seguridad social y el Estado moderno*, IMSS FCE, ISSSTE. México, pp.503.
- Pérez-Comas, Adolfo. 1996. "Control de la diabetes: costos y voluntad de invertir" en Educación sobre la Diabetes. Disminuimos el Costo de la Ignorancia. *Comunicación para la salud* No.9, OPS, OMS, Washington, pp.1-4
- Pérez, Ricardo; Libreros, Vita. 1994. "Análisis de la satisfacción del usuario y de la productividad de un modelo de atención primaria con la participación de médicos y técnicos" en *Salud Pública de México*, septiembre-octubre, Vol.36, No.5. pp. 492-502.
<http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001674>
- Pimienta, Rodrigo. 2002. "Algunos aspectos del fenómeno migratorio en el estado de Guerrero", en *Moviendo Montañas Transformando la Geografía del Poder en el Sur de México*. El Colegio de Guerrero, Guerrero, México. pp. 453-473.

- Poder Ejecutivo. 1994. "NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria". *Diario Oficial*, viernes 3 de junio, México, pp. 1-12.
- Poder Ejecutivo. 1996a. "Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000". *Diario Oficial*, lunes 11 de marzo, México, pp.64.
- Poder Ejecutivo. 1996b. "Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud" *Diario Oficial*, miércoles 25 de septiembre, México, pp. 25-31.
- Poder Ejecutivo. 1997. "Acuerdo de coordinación que celebran las Secretarías de Salud, Hacienda y Crédito Público, Contraloría y Desarrollo Administrativo, y el estado de Guerrero, para la descentralización integral de los servicios de salud en la entidad" *Diario Oficial*, miércoles 23 de abril, México, pp. 44-50.
- Poder Ejecutivo. 2003. "Ley general de salud" *Diario Oficial*, jueves 15 de mayo, México.
- Poder Ejecutivo. 2004. "Decreto Num. 419, del presupuesto de egresos del Estado de Guerrero para el ejercicio fiscal del año 2005" *Periódico Oficial del gobierno del estado de Guerrero*, 31 de diciembre, Año LXXXV, No. 107, Guerrero. pp.48.
- Poder Ejecutivo. 2007. "Ley general de salud" *Diario Oficial*, jueves 18 de enero última reforma, México, pp.152.
- Ramírez, Teresita de J. 1998. "Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios" en *Salud Pública de México*, enero-febrero, Vol.40, No.1, pp. 1-10.
- Reséndez, Cristela. 2000. "Disponibilidad de medicamentos esenciales en unidades de primer nivel de la Secretaría de Salud de Tamaulipas, México" en *Salud Pública de México*, julio-agosto, Vol. 42, No. 4. pp. 298-308.
- Rivera Urrutia, Ana Gabriela. 2005. Caracterización de los procesos que intervienen en la satisfacción entre usuarios y trabajadores en la atención de salud. Estudio de caso del centro de salud Doctora Magarita Chorne y Salazar, Jurisdicción Sanitaria de Coyoacán, Secretaría de Salud del Distrito Federal 2004-2005.
- Rodas, Alejandro. 2003. "Estructura socioeconómica de México". Cuarta edición. Limusa Noriega editores, México, pp. 260.
- Roses, Mirta. 2007. "Consideraciones sobre cohesión social y protección social en salud" Quinta cumbre Iberoamericana Chile 2007, en Boletín agosto, OPS.
- Ruelas, Enrique.1993. "Calidad, productividad y costos" en *Salud Pública de México*, mayo-junio, Vol.35, No.3, pp. 1-10.
<http://www.insp.mx/salud/35/353-9s.html>
- Salinas, Ana M. 2001. "Necesidades en salud del diabético usuario de primer nivel de atención" en *Salud Pública de México*, julio-agosto, Vol. 43, No. 4, pp. 324-235.
- Salinas, Oviedo Carolina. 1994. "La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención" en *Salud Pública de México*, Enero-Febrero, Vol.36, No. 1. pp. 1-11.
- Salinas, Darío; Tetelboin Carolina. 2005. "Las condiciones de la política social en América Latina" en *Papeles de Población*, Abril-Junio, Num. 044, UAEM Toluca, México. pp. 83-108.
<file://A:/SATISFACCIÓN%20LABORAL.htm>
- Salinas, Jorge Luis. 2006. "Evaluación de la calidad en servicios de atención y orientación psicológica: conceptos e indicadores" en *Psicología para América Latina*, Noviembre, No.8, p.0-0. ISSN 1870-350X, México.
- Sánchez, Isolina. 2002. "Evaluación de la calidad de la atención médica integral a

- trabajadores del municipio Santiago de Cuba” en *Revista Cubana Salud Pública*, Vol.28, No.1. pp. 38-45.
- Sirri, Nomo-Ongolo Atang. 1996. “Estrategias para educar a pacientes semianalfabetos: simplificación de instrucciones” en *Educación sobre la Diabetes. Disminuyamos el Costo de la Ignorancia. Comunicación para la salud* No.9, OPS, OMS, Washington, pp. 51-53.
- Skinner A, Anderson I, Marshall SM. 1996. “Formas de educar al diabético” en *Educación sobre la Diabetes. Disminuyamos el Costo de la Ignorancia. Comunicación para la salud* No.9, OPS, OMS, Washington, pp.9-14.
- Soberón, Guillermo. 1996. “La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta”, en *Salud Publica de México*, Vol. 38, núms. 5 y 8, México, pp. 371-378.
- Sottoli, Susana, 2000. “La política Social en América Latina bajo el signo de la economía de mercado y la democracia” en *Revista Mexicana de Sociología*, Instituto de investigaciones sociales, octubre-diciembre, Año LXII, Num.4, pp.43-65.
- SEDESOL, 2002. “Programa Institucional Oportunidades 2002-2006” Plan Nacional de Desarrollo, Contigo es posible, México, pp. 82.
- SESA, s/f. *Programa Estatal de Salud 1999-2005 Pueblo Sano*. pp.28
- SS, 1996. *Programa de ampliación de cobertura. Lineamientos de operación 1996-2000*, México, pp. 11-59.
- SS, Gobierno del Estado. 2000. “Acuerdo de coordinación para la ejecución del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) en el Estado de Guerrero” Guerrero, pp. 9.
- SS, 2001. *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. La democracia de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud, primera edición, México, pp. 205.
- SS, 2005. “Mas de un millón y medio de familias afiliadas al Seguro Popular” en *Salud gaceta de comunicación interna de la Secretaría de Salud*, febrero, No. 31, México, pp. 15.
- SS, s/f. Organización del Sistema de Servicios de Salud. Dirección General de Fomento de la Salud. pp.1.
- SSA, 1997. “Manual de organización del Centro de Salud de uno a doce Núcleos Básicos de Servicios de Salud”, Secretaría de Salud, México. pp.33
- SSA, GUERRERO. 2005. *Programa estatal de diabetes mellitus e hipertensión arterial*. Guerrero, México, pp. 106.
- SSA, s/f. “Guía para la Detección Integrada de Diabetes e Hipertensión Arterial” en *Centros Estatales de Capacitación, Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Programa de Salud del Adulto y el Anciano*, Gobierno del Estado, Secretaria de Salud. Guerrero. pp.12
- SINAIS, 2006. “Indicadores financieros” en *indicadores básicos de salud 2000-2004*, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Información en Salud. <http://sinais.salud.gob.mx/indicadores/basicos/>
- SNTSA, 2006. “Condiciones generales de trabajo 2006-2009” México, pp.94
- Tejeda, Francisca de León. 1999. “Chilapa tierra de novela y ensoñación poética”. CONACULTA, México. pp. 238.
- Tetelboin, Carolina. 1998. “Estado, políticas sociales y ciudadanía” en *Sociología y Política*, Nueva Época, año V, Num. 10, México. pp. 39-59.
- Tetelboin, Carolina. 2000. “Aspectos de los Sistemas de Salud de Chile, Colombia y México”. En *Argumentos. Estudios Críticos de la Sociedad*. No. 35, Abril. UAM-

- Xochimilco, México, pp. 25-43.
- Tetelboin, Carolina. 2003. La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile: 1973-1990, México: UAM, Academia, pp. 267.
- Tetelboin, Carolina. 2006. "Políticas y reformas a los sistemas de salud en América Latina" en *La Salud Colectiva en México*. Temas y Desafíos. Compiladores Jarillo, EC y Guinsberg, E., Argentina, lugar editorial. pp. 1-30.
- Tetelboin, Carolina, 1995. "La otra cara de las políticas en Chile" en Estado y políticas sociales después del ajuste. Debates y alternativas, Coordinador Carlos M. Vilas. UNAM, Nueva Sociedad, Venezuela, pp.73-86.
- Teixeira, María Lucia. 1988. "El papel de las políticas en la institucionalización del bienestar social: Notas para discusión, en *Estado y Políticas sociales en América Latina*, Organizadora Sonia Fleury Teixeira, UAM, FIOCRUZ, ENSP, México, pp. 169-208.
- Titelman, Daniel. 2000. "Hacia una nueva seguridad social en el siglo XXI: sin solidaridad del financiamiento no habrá universalidad" en *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 8, No. 1 y 2, pp.112-117.
- Torreblanca, Galindo Zeferino. 2005. *Programa de gobierno. Para construir el Guerrero que queremos y anhelamos 2005-2011*. Coalición Guerrero será mejor. Guerrero, México, pp. 69.
- Torres, Mauricio. 2006 "América Latina: entre la oscuridad, la resistencia y la esperanza sanitaria" Ponencia presentada en el taller "Pensamiento médico y social en los movimientos sociales de salud", el 15 de junio, UAM – Xochimilco.
- Trigo, Karenine. 2005. "Piden elevar el presupuesto público para acabar con la muerte materna" en *EL SUR*, Acapulco, pp.24.
- Tyson, Jean. 1996. "Evaluación inicial del diabético y bases de su educación" en Educación sobre la Diabetes. Disminuyamos el Costo de la Ignorancia. *Comunicación para la salud* No.9, OPS, OMS, Washington, pp. 7-8.
- Ugalde, A. 2002. "Descentralización del sector salud en América Latina" en *Gaceta Sanitaria*, Vol. 16, No. 1, pp. 18-29.
- Wong, Yudi; García, Leyla del Carmen. 2003. "Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud: perspectiva de los usuarios, Matagalpa durante noviembre 2002, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Centro de Investigaciones y Estudios de Salud. Matagalpa, Nicaragua. pp. 69. http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/21.pdf
- Vázquez, Rayón, Josué. 2001. *Diagnostico de Salud y Paquete Básico de Servicios de Salud en Loma Alta, Villa del Carbón*, México. UAM-Xochimilco, México.
- Zorrilla, Santiago. 2003. "Aspectos socioeconómicos de la problemática de México", LIMUSA, México, pp. 267.

15. ANEXOS

Estrategia metodológica práctica para el trabajo de campo

Objetivo	Técnicas y procedimientos	Definición operacional	Variables o componentes
<p>1. Caracterizar la <i>operación</i> del centros de salud de Chilapa dependiente de los Servicios Estatales de Salud, así como las condiciones para la producción de la atención médica, específicamente en usuarios por diabetes <i>mellitus</i> tipo II no insulina dependientes, durante el segundo semestre del 2005 y el primero del 2006.</p>	<p>Se realizaron observación directa e indagará a través de entrevistas a semiprofundidad y revisión documental para obtener información sobre las condiciones reales en las que se produce la atención médica en el centro de salud de atención primaria de Chilapa.</p> <p>El procedimiento básico para realizar esta parte del estudio consistió primeramente en explicitar los aspectos normativos que señala la operación de las unidades de primer nivel ya sean de carácter federal, estatal y jurisdiccional, así como de los procedimientos para la prevención tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo II no insulina dependientes. después se</p>	<p>Se entiende por <i>operación</i> de los servicios. La ejecución de acciones dirigidas a producir como resultado el mejoramiento y/o conservación de la salud de los usuarios que acuden a los centros de salud.</p> <p>La capacidad de ejecutar estas acciones está determinada por las condiciones en las que se produce la atención médica o de lo que se denomina estructura, es decir, del tipo de unidad donde se presta el servicio, los recursos financieros, físicos, humanos y materiales disponibles, así como los aspectos organizativos y el conjunto de</p>	<p>a) Condiciones para la atención medica</p> <p>1. Características generales de la unidad</p> <p>2. Estructura, que se refiere al tipo de unidad, la comodidad y las condiciones de las instalaciones físicas, el equipo y mobiliarios existente, la disponibilidad de materiales y medicamentos, el financiamiento para el funcionamiento de la unidad, los recursos humanos</p> <p>La organización y accesibilidad, características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuarios para obtener atención:</p>

	<p>describieron los acciones, procedimientos y actividades que ocurren en el centro de salud para brindar la atención a quienes demandan el servicio.</p>	<p>procedimientos técnico-científicos que fundamentan las medidas y acciones para la prevención, diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes <i>mellitus</i>.</p>	<p>Como horarios de servicio, tiempos de espera, distancia, tiempo de traslado, costo del traslado y costos de la atención.</p> <p>3. Estrategias de las que los usuarios reciben atención médica.</p> <p>4. Aplicación en consulta de los procedimientos de la NOM técnica para la prevención, tratamiento y control de usuario diabéticos. Proceso de la atención médica, son los procedimientos y acciones realizadas en la consulta para el diagnóstico, prevención</p>	<p>co co - fu se at - pr - es de - pr - ap - m - -A T 1 tr d in - co at - en pr -</p>
--	---	---	---	---

			<p>control y tratamiento de la diabetes <i>mellitus</i> no insulina dependientes Resultados de la atención, se refiere al mejoramiento y conservación de la salud producto del control de la diabetes mellitus.</p> <p>5. Cambios en la política de relaciones laborales en general y cambios en el Estado de Guerrero. Productividad, se entiende el No. de actividades o servicios desempeñados por unidad de recurso existente (Pérez, 1994)</p> <p>b) Financiamiento</p>	er N - M co - M cu di - C - M co - M de - M - C - C - C fin Sa - C - C y/ de - M - M lo
--	--	--	--	---

Objetivo	Técnicas y Procedimientos	Definición operacional	Variables
<p>2. Conocer la percepción de los funcionarios de distintos niveles sobre las condiciones en que se prestación atención en el centro de Salud de Chilapa a usuarios por diabetes mellitus.</p>	<p>Se indagó mediante el uso de entrevistas a semiprofundidad en funcionarios de mandos medios, superiores y del Centro de Salud, sobre los cambios más significativos en los servicios de atención primaria, producto de las propuestas de reforma del sector salud y sus efectos en las condiciones en las que se produce la atención medica a población que padece diabetes mellitus tipo II no insulino dependientes</p> <p>Se comparó la información que tienen los funcionarios sobre los procedimientos de de operación en el centro de salud con los aspectos normados, buscando particularmente los cambios derivados de la reforma.</p>	<p>Se ubicaron las similitudes y diferencias a nivel micro con respecto al ordenamiento de carácter nacional, sobre el conjunto de variables seleccionadas, como son: Descentralización, estructura, organización y funciones, financiamiento, representación de la enfermedad y satisfacción del usuario.</p> <p>Se entiende por percepción.- el conjunto de procesos y actividades con las cuales construimos nuestras impresiones o ideas, a partir de las experiencias e información aportada por los sentidos respecto al mundo que nos rodea, las acciones que efectuamos en él, nuestros propios estados internos</p>	<p>Aspectos en los que se espera encontrar cambios o reformas más importantes son:</p> <p>a) Condiciones para la atención médica</p> <p>Estructura y organización. Se refiere a los atributos o características del sitio en donde se presta el servicio (Ardón, 2003: 5) correspondiente al primer nivel de atención.</p> <p>Accesibilidad. Las características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuarios para obtener atención, tales como horarios de servicio, tiempos de espera y de traslado y costos</p> <p>b) Descentralización.</p>

		<p>En los funcionarios se buscó conocer las opiniones, ideas, imágenes e impresiones que se han formado sobre los trabajadores de la salud y sobre su propio trabajo, a partir de sus vivencias, experiencias y conocimientos en la atención médica que se prestan a los usuarios por diabetes mellitus en el centro de salud.</p> <p>Implicó recuperar sus consideraciones respecto a cómo atienden, con qué atienden, las condiciones de salud y satisfacción de los usuarios producto de las intervenciones, así como satisfacción de los trabajadores.</p>	<p>Entendida como la concesión de cierto grado de autonomía al Centro de Salud (Ugalde, 2002:19), respecto a la generación y manejo de fondos y del manejo de los programas.</p> <p>c) Financiamiento. Fondos destinados al funcionamiento del Centro de Salud.</p> <p>d) Programas de protección o cobertura Ampliación de cobertura. Incorporación de un número mayor de usuarios a los servicios de salud, a través de intervenciones mínimas como el Paquete Básico de Servicios de Salud y preferentemente focalizadas.</p> <p>e) Regulación y</p>
--	--	--	--

			<p>vigilancia en la aplicación de la Norma Técnica en diabetes y aspectos limitantes p/control del usuario Funciones Normativas. Aquellas que regulan los procesos de atención médica y los tipos de intervenciones. Programáticas.</p> <p>f) Representación oficial de la enfermedad</p> <p>g) Satisfacción del usuario</p>	re fu no - co at. - at pa lo de - di la de - sa la di
--	--	--	--	---

Objetivo	Técnicas y Procedimientos	Definición operacional	Variables
<p>3. Conocer la percepción de los trabajadores de la salud sobre las condiciones para la prestación de servicios respecto a este padecimiento.</p>	<p>Se aplicarán entrevistas a semiprofundidad al personal de salud vinculado directamente en la atención a usuarios que padecen diabetes mellitus tipo II no insulino dependientes, para conocer su percepción como proveedor del servicio.</p>	<p>De igual manera se entiende por percepción, el conjunto de procesos y actividades con las cuales construimos nuestras impresiones o ideas, a partir de las experiencias e información aportada por los sentidos respecto al mundo que nos rodea, las acciones que efectuamos en él, nuestros propios estados internos</p> <p>En el caso de los trabajadores se buscó conocer las opiniones, ideas, imágenes e impresiones que se han formado sobre su propio trabajo, a partir de sus vivencias, experiencias y conocimientos en la atención médica que prestan a los usuarios por diabetes mellitus en el centro de salud.</p> <p>Se recuperaron sus consideraciones respecto</p>	<p>a) Condiciones para la atención medica</p> <p>1. Características generales de los trabajadores</p> <p>2. Estructura, organización y accesibilidad. Percepción de la estructura. De condiciones físicas de la unidad como comodidad, privacidad, equipo y mobiliarios, disponibilidad de materiales y medicamentos, la contribución al financiamiento para el funcionamiento de la misma y de los recursos humanos. Percepción de la accesibilidad. Es decir, de las características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuarios para obtener atención, tales como horarios de</p>

		<p>a cómo atienden, con qué atienden, las condiciones de salud y satisfacción de sus usuarios, producto de sus intervenciones, así como su propia satisfacción como trabajadores.</p>	<p>servicio, tiempos de espera y de traslado y costos.</p> <p>3. Estrategias de las que los usuarios reciben atención médica</p> <p>4. Aplicación de la Norma Técnica y aspectos limitantes p/control del usuario</p> <p>Percepción del proceso de atención médica. Son los procedimientos y acciones realizadas en la consulta para el diagnóstico, prevención control y tratamiento de la diabetes <i>mellitus</i> no insulina dependientes.</p>
--	--	---	--

			<p>5. Cambios en la política de relaciones laborales en general y cambios en el Estado de Guerrero Productividad. Se entiende el No. de actividades o servicios desempeñados por unidad de recurso existente (Pérez, 1994)</p> <p>b) Financiamiento</p> <p>c) Representación de la enfermedad</p> <p>d) Satisfacción del usuario y trabajador</p> <p>Resultados del proceso de atención. Se refiere a la percepción en la mejoría y conservación de la salud, producto del control de la diabetes</p>
--	--	--	--

			mellitus.
--	--	--	-----------

Objetivo	Técnicas y Procedimientos	Definición operacional	Variables
<p>4. Conocer la percepción que tienen los usuarios con este tipo de padecimiento, respecto su propio padecimiento y sobre la atención y tratamiento que reciben en el centros de salud de Chilapa.</p>	<p>Se aplicarán entrevistas a semiprofundidad a los usuarios del centro de salud de Chilapa que padecen diabetes <i>mellitus</i> para conocer su percepción respecto a la atención que reciben en los servicio de salud, así como de sus representaciones sociales sobre el padecimiento, los tratamientos y la mejoría.</p>	<p>Se entiende por percepción. El conjunto de procesos y actividades con las cuales construimos nuestras impresiones o ideas, a partir de las experiencias e información aportada por los sentidos respecto al mundo que nos rodea, las acciones que efectuamos en él, nuestros propios estados internos y la información que recibimos de familiares y amigos o conocidos.</p> <p>En los usuarios se buscó conocer las opiniones, ideas, imágenes e impresiones que las personas diabéticas se han formado a partir las</p>	<p>a) Condiciones para la atención medica</p> <p>1. Características generales de los usuarios</p> <p>2. Estructura, organización y accesibilidad. condiciones físicas de la unidad como comodidad, privacidad, equipo y mobiliarios, disponibilidad de materiales y medicamentos, la contribución al financiamiento para el funcionamiento de la misma y de los recursos humanos. Percepción sobre la accesibilidad. Las</p>

		<p>vivencias y experiencias por el uso de los servicios médicos en el centro de salud. Es decir cómo consideran que son atendidos, qué tan satisfechos están con el servicio y con el mejoramiento de su salud.</p> <p>Además de lo que significa para ellos el padecer esta enfermedad, qué es la enfermedad en sí, y qué es lo que la origina.</p>	<p>características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuarios para obtener atención, tales como horarios de servicio, tiempos de espera y de traslado y costos.</p> <p>3. Estrategias de las que los usuarios reciben atención médica.</p> <p>4. Aplicación de la Norma Técnica y aspectos limitantes p/control del usuario. Percepción del proceso de la atención médica.- Son los procedimientos y acciones realizadas en la consulta para el diagnóstico, prevención control y tratamiento de la diabetes <i>mellitus</i> no insulina dependientes.</p> <p>b) Financiamiento</p>
--	--	--	--

			<p>c) Representación de la enfermedad</p> <p>d) Satisfacción del usuario y trabajadores Resultados de la atención.- Se refiere a la percepción en la mejoría y conservación de la salud, producto del control de la diabetes mellitus.</p>
--	--	--	--

Anexo No. 2. Entrevista a trabajadora T13

Entrevista No. T13

YC.

Edad: 32 Formación: Médica General.

Puesto: Médica General.

Turno: Matutino Institución de formación: UAG

Años de servicio en este Centro de Salud: 3 En la Secretaría: 7

Fecha y lugar de la entrevista: Núcleo No. 1, Centro de Salud Chilapa

J. ¿Sabe Ud. cuantos programas del Centro de Salud ofrecen atención médica a usuarios por diabetes mellitus?

Y. Seguro Popular, Oportunidades y Atención a Población Abierta. (T13, 2006:9-11)

J. ¿Ud, sabe cuanto tiempo tiene operando estos programas?

Y. Oportunidades tiene varios años, pero no recuerdo muy bien creo desde el noventa, con Seguro Popular tenemos dos años, Atención a Población abierta siempre ha estado (T13, 2006:13-16)

J. ¿Sabe cuales son las diferencias básicas en estos tres programas?

Y. Bueno en relación a pacientes diabéticos considero que con Oportunidades los podemos citar con mas frecuencia, porque ellos como que están sujetos a sus citas, porque si no vienen a sus citas pues obviamente faltan, entonces como que tenemos mas "control" de ellos, sabemos mas si están controlados o no están controlados, la gente de población abierta realmente es a su punto de vista de ellos, su conveniencia de ellos si quieren venir o no, ósea no podemos forzarlos, aunque les insistamos, pues ellos deciden si quieren venir o no, entonces no tenemos un buen control de ellos así bien, que sepamos como van si van bien, van mal, y en relación a los de Seguro Popular siento que exigen mas el servicio, como que dicen bueno lo pague entonces me tienes que dar mas atención, tienes que darme este medicamento como que es un poquito mas exigente la población en ese aspecto (T13, 2006:17-29)

J. ¿Digamos en cuanto a contenido, hay diferencias en los programas, que establezcan diferencias con la gente?

Y. No, la manera de atención y todo es igual (T13, 2006:30-32)

J. ¿En su opinión cual de estos programas funciona mejor?

Y. Considero que de hecho los tres funcionan bien, pero podríamos decir que tenemos mas cautiva a la gente que viene Oportunidades, pero los tres yo siento que están funcionando bien (T13, 2006:33-36)

J. ¿Ud. considera que los contenidos de estos programas están hechos para la realidad que se vive en Chilapa?

Y. Yo siento que esta enfocado a cuestiones políticas con la población, de hecho se supone que la gente con Oportunidades se supone que debe ser gente que tiene menos posibilidades económicas, en realidad no, han sido maestros son gente que tiene buena posición económica y que viene por lo tanto como mas exigente, si están bien los programas para las necesidades de nuestra población, pero no están bien distribuidas a la gente que realmente lo necesita, es decir no se aplican los criterios debidamente no están bien otorgados a la gente (T13, 2006:37-45)

J. ¿Eso tiene que ver con la gente que esta eligiendo a la población?

Y. Si, ahí nosotros no nos metemos la gente que capta, es la gente que hace entrevistas, hace la captura, bueno la gente que se encarga de capturar nosotros no nos metemos (T13, 2006:46-49)

J. ¿Ud. considera que existen en el Centro de Salud las condiciones para el cumplimiento de los objetivos y metas de los programas?

Y. Si tenemos los implementos porque si tenemos baumanometro, estetoscopio y nos trajeron un glucómetro, pero las condiciones del Centro de Salud en cuestión de sala de espera, porque a veces se quedan esperando mucho rato no es favorable, hay dotación en cuanto a insumos para poder brindarle la atención a ellos, pero en lo que se refiere al estas aquí esperando la consulta siento que no esta bien (T13, 2006:50-57)

J. ¿Ud. como trabajadora tiene libertad para hacerle ajustes o modificaciones a las metas de cada programa o tienen que ajustarse a los lineamientos?

Y. No, nos tenemos que ajustar a los lineamientos que nos dicten (T13, 2006:58-60)

J. ¿Sabe a donde acuden las personas que requieren atención por la noche o en fines de semana fuera del horario?

Y. Van al Hospital a urgencias y si no acuden con médicos particulares (T13, 2006:62-65)

J. ¿Qué opina de que no hay un servicio que pueda atender en fines de semana, es indispensable?

Y. Es indispensable, pero casi todos los Centros de Salud funcionan a las 8 o 9, 10 de la noche, entonces ahí entra la función del Hospital que está todo el día, casi los Centros de Salud no trabajan todo el día, entonces dentro de lo que cabe en cuestión de que esta cerca del Hospital no afecta tanto de hecho esta el servicio de urgencias, el problema es si los van a atender o no en el servicios de urgencias, o que tanta gente haya llegado a consulta y de repente no les quieren brindar la atención, ahí es otro problema, o que llegan tarde y van directamente para allá y no los quieren atender, regrésate para acá y vayan graves, ya es otro problema, sería mucho mas rápido que aquí los atendieran en vez de que fueran al servicios de urgencias a hacer cola, pero en cuestión de la noche por cuestión de política interna de salubridad me imagino es que no hay servicio (T13, 2006:66-78)

J. ¿Cuánto es el tiempo promedio que debe esperar un usuario para recibir consulta?

Y. Se supone que una hora por mucho, pero la verdad aquí tardan mas, una señora estuvo sentada aquí hasta dos horas y medio, pero en si no tienen que tardar tanto los pacientes, pero si esperan bastante (T13, 2006:79-83)

J. ¿Existe en el Centro de Salud suficiente personal para atender la demanda de diabetes?

N. No, yo digo que falta personal, ahorita estamos tranquilos pero cuando tenemos mucha gente si hace falta personal, aunque que fuera médico mas, podría se un médico con una clínica como hay en otros lugares que tienen una clínica exclusiva para diabetes e hipertensión (T13, 2006:84-89)

J. ¿En caso de que no haya asistido algún médico o una enfermera quien atiende o como se hace?

Y. Por ejemplo si no vengo yo, baja alguna de las pasantes o viene una de mis compañeras y atiende a mis pacientes, mas que nada a los diabéticos e hipertensos a ellos que tienen que ir con su tratamiento o bien mi compañera de aun lado, o bien bajan a un pasante siempre hay atención (T13, 2006:90-95)

N. ¿Ud. sabe cual es el tiempo promedio de traslado de los usuarios al Centro de Salud y como lo hacen?

Y. De mi núcleo el que esta mas alejado serian unos 20 minutos (T13, 2006:96-98)

J. ¿Ud. que cree respecto a que si los usuarios tuvieran oportunidad de escoger otro servicio, regresarían al Centro de Salud?

Y. Hay gente que si se queda muy conforme con el servicio que brindamos, pero hay gente que no, se queja mucho, yo considero que como un 70% si regresan y el resto se irían (T13, 2006:100-104)

J. ¿Qué cree que le hace falta al servicio para mejorarlo?

Y. Hace falta personal, que tuviéramos mas personal, que nuestra gente de primer instancia que son las enfermeras brindaran mejor calidad, bueno al menos un buen saludo o una buena atención a los pacientes que están ahí soportando para poder pasar a la consulta y que ellas por ejemplo nos apoyaran en checar la glucosa o brindando pláticas por decirlo así en lo que nosotras estamos dando la consulta, o un material cultural para que ellos no se aburrieran, no se desesperaran y que tuviéramos unas instalaciones mas favorables para que ellos estuvieran sentados cómodamente, porque aparte de estar esperando horas, están incomodísimas las bancas que tenemos ahí en sala (T13, 2006:105-114)

J. ¿Ud. sabe que tipo de usuarios pagan cuota?

Y. De diabetes e hipertensión nadie, no pagan porque como un programa prioritario a nivel de salubridad, de hecho nos han dicho que no deben pagar y no pagan, únicamente la primer consulta para cuando se les hace la detección pagan, pero posteriormente ya no (T13, 2006:115-119)

J. ¿Sabe cuanto tiempo tiene ocurriendo esto?

Y. No, desde que yo estoy trabajando no se paga, no se de ahí para atrás cuanto tiempo sea, yo entre a trabajar en el 98 y ya no se pagaba (T13, 2006:120-122)

J. ¿En el caso de la gente que viene con otro tipo de padecimiento, no diabetes, entiendo que si paga cuota y la cuota es de 20 pesos?

N. 20 pesos (T13, 2006:123-125)

J. ¿Ud. que opina de que la gente tenga que pagar cuota?

Y. Bueno, viene población de muy bajos recursos como que es in prudencia que paguen la cuota, pero realmente cuando son de muy bajos recursos como que no es muy agradable verlos que están pagando porque luego no traen ni para regresarse a su localidad, pero con la población de recursos medios pues yo considero que es una cantidad muy accesible para que ellos la pueden pagar (T13, 2006:126-131)

J. El asunto es como solucionas lo de la diferencia.

Y. Cuando vemos que vienen de muy bajos recursos y van a pagar, luego las enfermeras piden algo por ahí no las dejan que paguen y las pasan a consulta aunque no debiera pues, porque se supone que debieran pagar (T13, 2006:133-136)

J. ¿Qué opina de las instalaciones en general, me decía no son adecuadas?

Y. No son adecuadas, la sala de espera esta en condiciones no favorables, aparte de hay poco oxígeno, se encierra el calor, las bancas están muy incomodas no hay muchas bancas, se tienen que quedar parados o se tienen que salir, el hecho de que los consultorios los hayan acondicionado están muy pequeñitos entonces de repente me imagino que es incomodo, si para uno es incomodo para ellos ha de ser mucho mas (T13, 2006:138-144)

J. ¿Ud, considera que hay suficiente privacidad para dar la atención?

Y. Aquí si tengo privacidad yo pero con otros compañeros no se como estarán, creo que no tanto, porque por ejemplo aquí a un lado esta mi compañera con la enfermera adentro, esta donde esta su escritorio entonces ella esta dando su

consulta ahí y su enfermera esta ahí también, entonces como que luego el paciente no tiene mucha confianza. (T13, 2006:145-150)

J. ¿Cuenta su núcleo con baumanometro, estetoscopio, glucómetro y báscula?

Y. Si, en mi núcleo si, nada más que el glucómetro apenas nos lo robaron tendrá como 15 días o un poquito más que nos robaron el glucómetro, así que tenemos que comprarlo, entonces ahorita no contamos con glucómetro y de aquí nos lo robaron, salimos y cuando regresamos de sacar copias ya no estaba. (T13, 2006:151-155)

J. ¿Están estos instrumentos en condiciones adecuadas?

J. Si, porque de hecho el estetoscopio y el baumanometro también nos los habían robado y todo esta nuevo casi, pues el otro lo vamos a tener que comprar, de hecho el glucómetro estaba nuevo. (T13, 2006:157-160)

J. ¿Por ejemplo en este caso ustedes lo compran?

Y. Nosotros lo tenemos que comprar porque estaba bajo nuestro resguardo y fue una pérdida aquí dentro de nuestro horario de trabajo. (T13, 2006:161-163)

J. ¿Cuándo un instrumento se descompone cuanto tiempo mas o menos tardan en reemplazarlo o rehabilitarlo?

Y. Tardan un año, bastante, casi no nos los rehabilitan luego, por ejemplo una báscula que este desnivelada pues pasa y si acaso el polivalente que es el que anda con el supervisor pasa, la checa y la compone y si no para mandarla a México se tarda un año, tardan bastante, de hecho una para podérsela llevar y otra para poderla regresar, de hecho con los baumas igual el otro que teníamos no servía y no nos lo podían cambiar porque no se lo podían llevar y no se lo podían llevar, hasta que se lo robaron entonces tuvimos que comprar otro. (T13, 2006:164-172)

J. ¿En el caso de la tira reactiva, ustedes disponen de suficiente tira reactiva para la toma de muestra diariamente?

N. No, ahorita no, anteriormente si, hace un año de hecho tuvimos una dotación de tiras, pero en este año no de hecho no ya vamos como un mes y medio o dos meses que nos dan de a 10 tiras, 10 tiras, así que nada mas hacemos tira para la confirmación de gente la gente ya diabética, pero no hacemos detección porque no nos alcanza, así que a los de detección la estamos mandando a que se hagan su prueba en laboratorio porque aquí no nos alcanza. (T13, 2006:173-180)

J. ¿En el caso de medicamento, si hay suficiente?

Y. En el caso de medicamento, ahorita si hay suficiente pero en enero y febrero que es cuando hay cambio de año y que apenas va a ver dotación, en enero y febrero sufrimos de desabasto de captropil y de gibenclamida así que no había. (T13, 2006:181-184)

J. ¿Ud, da platicas a sus usuarios?

Y. A los pacientes diabéticos en especial no, haga de cuenta que damos pláticas a la gente de Oportunidades y ahí vienen diabéticos e hipertensos mezclados entre ellos también van a las pláticas, pero no hay pláticas específicas para diabéticos, las pláticas que damos son en general. (T13, 2006:186-190)

J. ¿Cada cuando dan pláticas?

Y. Yo doy pláticas cada mes, es una hora cada mes en la sala de arriba. (T13,2006:191-192)

J. ¿Qué efectos considera que han tenido este tipo de pláticas en los usuarios diabéticos?

Y. Cuando doy la platica de diabetes e hipertensión como van juntos en el rotafolio si me he fijado que causa dudas, ponen mucha atención a la plática, preguntan bastante, de hecho ellos saben que la plática es de diabetes e

hipertensión, para la detección de diabetes e hipertensión y si como que ponen mas atención pero aun así llega a ver algún caso que se llega a colar que de repente tiene los síntomas y no viene a consulta. (T13, 2006:194-201)

J. ¿Cómo hacen esto, invitan a la población, como es que llega la gente a la plática?

Y. Los de Oportunidades vienen, la otra gente son los que vienen a consulta, haga de cuenta los invitamos a que pasen a la platica, porque la población en general no vienen a pláticas. (T13, 2006:202-206)

J. ¿Se dice que mas o menos el 10% de la población padece diabetes ¿Cuánta población de este porcentaje cree que se este atendiendo acá? digamos si aproximadamente son unos 1200 en Chilapa.

Y. Tal vez sean 4 o 5%.(T13, 2006:207-210)

J. ¿Aproximadamente cuantos de sus pacientes son diabéticos?

Y. Diabéticos son 46 y los que son mixtos que tienen diabetes e hipertensión son 15. (T13, 2006:211-213)

J. ¿Cuáles el procedimiento para detectar nuevos casos?

Y. Aplicamos el cuestionario y ya en base a la puntuación del cuestionario que tenga un puntaje mayor de diez, se le toma la muestra con la tira reactiva y si muestra una cantidad mayor si es en glucosa postprandial porque ya halla desayunado mayor de 140 ya consideramos que es sospechoso de diabetes y si es una calificación mayor de 100 si no ha desayunado nada todavía, además si tienen los síntomas que presentan los diabéticos, perdida de peso, aumento de la sed, las ganas de orinar, aumento del hambre, como que ya es mas predictivo que va a salir positivo de diabetes. (T13, 2006:214-222)

J. ¿Cuándo ustedes hacen esto, entonces ya les dicen que tienen que acudir a consulta?

Y. Les decimos que probablemente es diabéticos, no podemos decirles que son diabéticos con la pura tira reactiva, tienen que hacerse un examen de glucosa central en el laboratorio y ya con eso ya se define y ya viene a su consulta, y a su control, ya se les informa que tienen que venir a su consulta cada mes para su control y la dotación de su medicamento. (T13, 2006:223-229)

J. ¿Entonces un diabético tiene que venir a consulta cada mes?

Y. Cada mes. (T13, 2006:230-231)

J. ¿En que consiste la consulta de un diabético?

Y. Vienen a consulta, se les checa la presión, se les checa la glucosa en el dedo, se le verifica si no hay alguna alteración, como ellos luego sufren de alteraciones cerebrosensoriales verificamos si no hay alguna alteración, vemos si no hay alguna deficiencia renal, vemos como esta su agudeza visual porque a veces ya están comenzando una retinopatía diabética, mas que nada es para ver si no hay alguna complicación en relación a la diabetes y para ver si el medicamento que vamos dando va disminuyendo bien la glucosa o hay que ajustar la dosis, si hay una buena revisión física. (T13, 2006:232-240)

J. ¿Más o menos cuanto tarda un usuario en consulta?

Y. Ya estando aquí tardara aproximadamente unos 15 minutos, yo considero. (T13, 2006:241-242)

J. ¿Qué tipo de exámenes de laboratorio se les practican a los usuarios diabéticos?

Y. Se les hace pide una química sanguínea, colesterol, triglicéridos, son los que más. (T13, 2006:244-246)

J. ¿Cada cuándo se les piden?

Y. La química sanguínea que va incluida la glucosa pues tiene que ser cada mes o cada vienen a su revisión, los triglicéridos y colesterol, cada tres meses. (T13, 2006:247-249)

J. ¿Ud. considera que les da a sus usuarios un trato amable, respetuosos, los hace sentir en confianza?

Y. Yo siento que si. (T13, 2006:251-253)

J. ¿Ud. considera que cuenta con la formación profesional adecuada para atender usuarios diabéticos o requiere capacitación en alguna área?

Y. Yo considero que tengo la formación necesaria, pero considero también que sería muy bueno que nos actualizaran mas en el manejo de insulina que es lo que casi no manejamos. (T13, 2006:254-258)

J. ¿El Centro, la unidad no promueve este tipo de actividades?

Y. Capacitación si, pero como nosotros estamos en cabecera municipal bajan nada mas las otra unidades medicas, casi no descubren la cabecera entonces nosotros dificilmente vamos a los cursos de capacitación. (T13, 2006:259-262)

J. ¿Ud. conoce la Norma Técnica vigente para prevención y tratamiento de la diabetes?

Y. Si. (T13, 2006:263-265)

J. ¿La maneja en su vida cotidiana?

Y. Si, con el paciente. (T13, 2006:266-267)

J. ¿Qué porcentaje de la Norma considera que maneja en su actividad cotidiana?

Y. Como nada más un 80%. (T13, 2006:268-269)

J. ¿Cómo considera que es el nivel de manejo de la Norma, por lo menos en esta parte tiene un buen manejo de la Norma, es decir si está aplicando lo que esta contenido en ella?

Y. Ósea para aplicar a pacientes si esta bien, pero como cada paciente es muy diferente, de repente no te puedes apegar al 100% a la normatividad, de repente uno tiene que ir haciendo adecuaciones muy independiente de la Norma, dependiendo de cómo vamos con el tratamiento, como va respondiendo el padecimiento al tratamiento, porque de repente la das como vienen en la norma y no responde el paciente o bien la bajas o bien la subes y ahí esta uno en contra de la normatividad. (T13, 2006:270-279)

J. ¿Digamos cuales serían los aspectos de la Norma que esta aplicando en su trabajo cotidiano?

Y. Mas refiriéndose a como citar a los pacientes, como administrar el medicamento, en relación a si alimentación de los pacientes, mas que nada eso. (T13, 2006:280-283)

J. ¿Cuál sería el tratamiento que mas usa en sus usuarios diabéticos?

Y. Ahorita la gibenclamida con la metformina en los diabéticos, es decir farmacológico y de ahí se les informa de la alimentación y el ejercicio como debe de ser, les decimos que tienen que caminar de hecho el diabético y el hipertenso deben de caminar aunque sea cada tercer día salir a dar la vuelta aquí a la estación o a la unidad. (T13, 2006:285-290)

J. ¿Ud. que cree eso si funciona, se están controlando con dieta y ejercicio?

Y. Los diabéticos, hay diabéticos que tu detectas que de repente por temor a la enfermedad, la angustia de lo que me vaya a pasar como que les hace seguir las indicaciones que uno da, y se van a hacer ejercicio, tan es así que al mes dos meses ya están bien controlados, pero de ahí ven como que no les pasa nada, como que se sienten bien y les entra la flojera, ya no caminan, empiezan a perder el establecimiento de una dieta como la llevaban, como que la empiezan a dejar y

es cuando vuelven a recaer, vuelven a caer en lo mismo y ahí da mas trabajo volverlos a controlar, como que de repente ya pues no me paso nada, tengo diabetes pero igual me siento bien, porque ellos, desgraciadamente la gente que se siente bien es la que mas trabajo nos da para poderla controlar porque como que no creen que están enfermos. (T13, 2006:291-302)

J. ¿Ud. establece metas de tratamiento en cada uno de sus usuarios?

Y. De hecho, nuestras metas del tratamiento es que necesitamos llevar a nuestros diabéticos a una cifra menor de 126, y de hipertensión a una cifra menor de 140 sobre 90 para poder decir que esta controlado nuestro paciente. (T13, 2006:303-306)

J. ¿Cada cuando se les suministra medicamento?

Y. Cada mes, cada vez que vienen a su consulta que es cada mes, se les esta dando. (T13, 2006:308-310)

J. ¿Y cuando no hay?

Y. Cuando no hay ellos lo compran en farmacias similares, ahí es mas económico y solo en enero y febrero nos falto. (T13, 2006:311-313)

J. ¿Ud, sabe cuanto cuesta un medicamento ahí ahorita?

Y. No, no tengo idea. (T13, 2006:314-315)

J. ¿Ud. considera que les da las explicaciones suficientemente claras, ellos entienden bien todo lo que les dice?

Y. Yo creo que he de ser lo mas clara pero hay pacientes que si entienden y hay pacientes que no. (T13, 2006:316-319)

J. ¿Por ejemplo con el paciente que no entendi?

Y. El paciente casi siempre dice que si entendi, es raro que diga que no, pero luego uno en ocasiones nota una la cara de duda que no entendi, se les explica y si de plano vemos que no entienden, yo les digo que traigan a su hijo, a la esposa, o el esposo o a alguien de su familia para que nosotros podamos explicarles a ellos, y al explicarles a ellos puedan entender mas, porque de repente hay pacientes que no entienden, o bien el trabajo que yo mas he visto, que de repente salen con diabetes e hipertensión y no lo creen, y no lo creen y como que se aferran a que no están enfermos y eso nos a dado mucho trabajo a nosotros, bueno a mi. (T13, 2006:320-329)

J. ¿En el caso de la toma de muestra también se hace cada mes?

Y. Ah, si cada mes, les estamos chocando su glucosa, cada mes de hecho la muestra capilar, cada tres meses por glucosa central, pero luego la mayoría de los usuarios son de muy bajos recursos y no traen dinero, de hecho pretendía mandarlos a hacerla pero me dicen es que no tengo dinero, bueno de que no vayan mejor se las hacemos capilar. (T13, 2006:330-335)

J. ¿Entonces la glucosa central la tendrían que hacer aquí en el laboratorio

Y. Si. (T13, 2006:336-337)

J. ¿Y cuanto pagan?

Y. 30 pesos, por lo menos se les toma capilar pero ahorita ni eso, pero ahorita que no tenemos glucómetro, tenemos que ir pedirlo, pero a veces se las checo nada mas a los puros diabéticos, entonces ahorita de plano esta mas estricto mi núcleo para poder hacer detección de diabetes. (T13, 2006:338-342)

J. ¿De esos 61 usuarios diabéticos cuantos están controlados?

Y. Son 14 diabéticos controlados. (T13, 2006:343-344)

J. ¿Esa es su cifra desde el año pasado o habrá tenido menos?

Y. Un poco menos. (T13, 2006:345-346)

J. ¿El año pasado tuvo pacientes que presentaron complicaciones, por ejemplo de esos 61?

Y. De esos 61 el año pasado tuvo que referirse uno con pie diabético, de hecho tuvo amputación de una pierna, ese es el único caso que tuve, el señor tiene como unos 52 años. (T13, 2006:347-351)

J. ¿Decesos?

Y. Decesos hubo uno nada mas, una mujer tendría como unos 75 años. (T13, 2006:352-353)

J. ¿Digamos la complicación que mas se les presenta es pie diabético, o que tipo de complicaciones se presentan?

Y. En este año tuve uno con cetoacidosis diabética y otro con pie diabético también. (T13, 2006:355-358)

J. ¿Ud, por qué cree que sean tan poquitos los casos, porque en el 2005 tenía 65 y 13 controlados?

Y. Una es que el paciente no cree en la enfermedad, otra es que difícilmente llevan su alimentación, difícilmente se apegan al tratamiento, como que ellos piensan que tanta medicina les va a hacer daño y la toman un tiempo se controlan y la dejan de tomar, piensan que se van a sentir bien, de hecho aunque se lleven el medicamento hay mucha gente que no se lo toma, el hecho de que no he tenido un grupo donde estemos y mas al pendiente de ellos, aquí estamos al pendiente de ellos pero yo considero que los descuidamos, talvez si estuviéramos mas apegados y decirles que la enfermedad está y se puede controlar, con el consejo de los otros que están controlados, porque de hecho ellos nos dicen que si llevan la alimentación y toman la medicina, pero la verdad yo siento que no se toman la medicina, no llevan una adecuada alimentación y sus medicamentos no se los toman a la hora como debiera ser. (T13, 2006:359-372)

J. ¿Ud. a que atribuye que no lleven la dieta, al asunto de no hacer conciencia de que están enfermos o tendrá que ver con otro cosa?

Y. La familia, de hecho hacemos hincapié en que la familia debe incluirse en la alimentación de ellos, porque realmente para ellos resulte un poco fácil decir ah el paciente diabético toma esto, esto y esto, para nosotros informarles, pero ya estando en casa ven que el familiar trajo una coca, un pastel, trajo galletas pues lógicamente se le va ha antojar y va a hacer perder la dieta, o si no la misma familia a veces tomate un poquito o come esto no te va a hacer daño, entonces como que de repente la misma familia no nos apoya, de adquirir la enfermedad como parte de la familia para que ellos también pudieran incluirse a la dieta que al fin de cuentas les ayuda, además tiene el riesgo de padecer la enfermedad, es lo que les informamos de hecho cada vez que vienen a consulta les decimos que vengan con un familiar, mas cuando son gente grande, ya que vienen con un familiar para decirles que si es importante la alimentación de todos en familia. (T13, 2006:373-386)

J. ¿Y esa por ejemplo es una practica que ahora ya se esta llevando acabo?

Y. Si mas en la gente grande, cuando es una mujer la que lleva eso como que es mas fácil, pero cuando es el hombre no, pues mas cuando es chofer y se va, o su tipo de trabajo no le deja o que son policías, gente que va de un lugar a otro y que va a comer en un lugar donde no sabe ni que cosa le van a dar de comer, entonces no puede llevar la alimentación que nosotras le estamos sugiriendo, siento que el trabajo, la familia, el hecho de que no apoyen la alimentación y aparte que no quieran, porque a veces la familia no quiere hacer caso en cuanto a una alimentación adecuada. (T13, 2006:388-396)

J. ¿En el caso de las personas que tuvieron complicaciones a donde son referidos?

Y. Al hospital general. (T13, 2006:397)

J. ¿Todos son referidos de manera igual independientemente que sean de Seguro Popular, Oportunidades, Población Abierta?

Y. Si a todos igual se les manda al Hospital general, nada mas la única diferencia es que hay veces que del Seguro Popular se van ellas y no les cobran nada, de ahí para allá se les da el mismo pase y se supone que todos van igual. (T13, 2006:399-403)

J. ¿Ud, considera que la proporción de gente que muere por esta causa en función de la edad promedio que tenían, es un problema o ya no lo es?

Y. Yo siento que si se considera un problema de muerte más temprana tal vez más que en la diabetes, de repente las complicaciones que están causando estas muertes como las de pie diabético, cetoacidosis, que si puede ocasionar la muerte, por ejemplo ahorita hubo uno que se le altero la glucosa muy feo y el muchacho tenía como 30 años. (T13, 2006:405-411)

J. ¿Es decir, la población que está sufriendo las complicaciones es cada vez mas joven?

Y. Es cada vez mas joven, es lo que preocupa. (T13, 2006:412-414)

J. ¿En función de esa complicación, como hacer para que un padecimiento de esta índole y que tiene sus complicaciones pueda irse manejando mas en estricto?

Y. Si considero que es muy importante formar grupos de ayuda mutua, pero necesita a alguien que este completamente dedicado a ellos, porque de repente nosotros damos todas las consultas y no nos da el tiempo para poderles dar mucha información, o puedo estar con ellos una hora que sería lo adecuado para poder estar bien platicando con ellos y visitarlos, considero que es bueno visitarlos, lo cual no nos da tiempo, nosotros hacemos visitas domiciliarias pero cuando tenemos tiempo y casi es raro, casi será cada tres meses o más, es muy raro o cuando nos están presionando que deben hacer esto y esto y no nos dan la oportunidad de salir entonces si hacemos las visitas domiciliarias. (T13, 2006:415-425)

J. ¿Es decir buena parte de este asunto a lo mejor podría mejorar si hubiese esto que le llaman clínica de diabéticos o por lo menos un modo de detención específico para este tipo de padecimiento?

Y. Si, yo siento que si mejoraría. (T13, 2006:427-430)

J. ¿Cuál es la productividad que se les exige?

Y. Para atender a consulta, tenemos un mínimo de 17 consultas por día que debemos de ver, pero la mayoría de veces estamos viendo 20, 25, 30 de repente se hace mas largo hasta 35, entonces depende mucho de como venga la gente en esos momentos, no podemos decir van a venir tantos. (T13, 2006:437-435)

J. ¿Digamos entonces en promedio cuantas consultas dan por día?

Y. Digamos de 25 más o menos. (T13, 2006:436-437)

J. ¿Por ejemplo más o menos al día de estos 25 cuantos eran diabéticos?

Y. Por día, habrá días que cito a los de Oportunidades son hasta 5, 6 y hay días que no viene ninguno, pongámosle como 1 o 2 por día. (T13, 2006:438-440)

J. ¿Y de Oportunidades cuantos más o menos serán al día en general?

Y. De Oportunidades 18. (T13, 2006:441-442)

J. ¿Ósea que de los 25, 18 son de Oportunidades?

Y. Si. (T13, 2006:443-444)

J. ¿Digamos más o menos si de sus 25 gentes que esta atendiendo más o menos por día si 18 son de Oportunidades, cuantos más o menos serán de Seguro Popular?

Y. Ahora que abrieron Seguro Popular y se unieron con los de Oportunidades casi la mayoría de Oportunidades tiene Seguro Popular, casi va coincidiendo con Seguro Popular, si acaso serán unos póngale que de 18, 13 tienen Seguro Popular, tenemos otros que no son de Seguro Popular, casi van saliendo igual. (T13, 2006:445-451)

J. ¿Entonces la diferencia de los 18 a los 25 que serian 7 usuarios son los que se llaman de Población Abierta?

Y. Si. (T13, 2006:453-455)

J. ¿Ud. que tipo de contrato tiene?

Y. De base, mi jornada es de ocho horas. (T13, 2006:456-457)

J. ¿Le molestaría si me dice cuanto es el monto de su salario?

Y. \$ 7,400 quincenales. (T13, 2006:458-459)

J. ¿Se siente satisfecho con su pago?

Y. Si. (T13, 2006:460-461)

J. ¿Se siente satisfecho en el desempeño de su trabajo?

Y. Si. (T13, 2006:462-463)

J. ¿Existe algún factor que la limite en el desempeño de sus labores?

Y. Que de repente no me alcanza el tiempo para hacer todas las actividades que queremos hacer, poderle dar mas tiempo al paciente, luego nos piden mucho papel acá. (T13, 2006:464-467)

J. ¿Por ejemplo de sus ocho horas de jornada cuanto tiempo, cuantas horas son para consulta?

Y. Desde que llega uno a las ocho de la mañana, hasta las dos y media tenemos destinado a consulta, tenemos media hora de desayuno, póngale que de ocho a dos es consulta y la hora que me sobra es para papelería, en ocasiones varia porque luego dan más fichas y estamos hasta las tres y media, pero por lo regular son ocho horas. (T13, 2006:468-474)

J. ¿Digamos la mayoría parte de su tiempo lo destina a consulta?

Y. A consulta y una parte para papelería. (T13, 2006:475-476)

J. ¿Papelería es la nota medica, el llenado de expedientes y la información estadística verdad?

Y. Si. (T13, 2006:477-479)

J. ¿Considera que su trabajo es reconocido por sus autoridades?

Y. Pues si en ocasiones. (T13, 2006:480-481)

J. ¿Qué considera que le hace falta para mejorar su trabajo?

Y. Bueno yo considero que mas capacitación personal para atender mejor al paciente, destinar un tiempo mas amplio para poder checarlos mejor y atender todas las dudas que tengan y que no hiciéramos tantísimo papeleo. (T13,2006:482-485)

J. ¿Entonces se podría decir que se siente satisfecha en su trabajo?

Y. Si. (T13, 2006:487-488)

J. ¿Ud. me decía que tiene cuantos años en el Centro de Salud?

Y. Aquí tres y trabajando para la Secretaria tengo 7 años. (T13,2006:489-490)

J. ¿Entonces ud. permanece acá porque se siente satisfecha?

Y. Si. (T13, 2006:491-492)

J. ¿No ha tenido intenciones de irse a otra parte?

Y. A otra parte ahorita no. (T13, 2006:493-494)

J. ¿Qué mas esperaría de su centro de trabajo?

Y. Digamos una mayor coordinación, tanto las enfermaras con nosotros, desde el que está recibiendo en la caja, que fuera mejor la atención que brindáramos a los pacientes, en cuestión de trato, que tanto nos han hecho hincapié en el trato digno al paciente, porque de repente yo veo que no es están real como debiera ser. (T13, 2006:495-499)

J. ¿Ud. a que lo atribuye, digamos porque cierto tipo de personal todavía no logra dar un buen trato?

Y. Yo considero que es la edad, como que ya esta cansado, y como la mayoría de acá ya son gente grande, hay algunas que son amables, pero hay algunas que no son tan amables o tal vez el hecho de ver a tantos pacientes las hace desesperarse, ponerse de mal humor, porque no es lo mismo ver aquí al paciente unos minutos, a estarlos viéndolos allá afuera durante horas, entonces no están muy contentos porque el paciente desesperados y ellos también. (T13, 2006:501-508)

J. ¿Ud. sabe cuando fue la ultima vez que se contrato personal en el Centro de Salud?

Y. De hecho fue ahora que salio el Seguro Popular, tendrá hace 2 años que fue cuando hubo contrato. (T13, 2006:509-512)

J. ¿Pero de ustedes en el Centro de Salud hay alguno que fue contratado por Seguro Popular?

Y. Si la doctora que esta aquí a lado. Ahorita de hecho el Seguro Popular se habría y llego un médico, una enfermera y dos personas administrativas mas, ya ahí pues toda la gente que ingresa esta trabajando a nivel de servicio social o vienen y lo están haciendo de manera voluntaria, porque también hay voluntarias trabajando y fuera del Seguro Popular no hay apertura de plazas. (T13, 2006:513-519)

J. Oiga me podría explicar un poco como opera Oportunidades.

Y. Los cobros que ellos hacen es en el Ayuntamiento donde hay una oficina especial de Oportunidades, ahí les arreglan problemas en cuestión de sus formatos de ellos, algunos cobros que tengan ello, o que de repente van o borrar a alguien porque ya emigro y van a ingresar aun niño, entonces todos los movimientos lo arregla la oficina que hay de Oportunidades que esta en el Ayuntamiento, entonces ahí hacen todos los movimientos. (T13, 2006:520-526)

J. Digamos el manejo administrativo se hace en el Ayuntamiento, el manejo de papelería en torno al componente de salud se hace en el Centro de salud.

Y. Si porque ya en cuestión del componente de educación los maestros son los que se encargan del papeleo, y en cuestión del manejo de adolescentes lo hace la enfermera encargada del modulo del adolescente aquí, porque en Oportunidades vienen adolescentes. (T13, 2006:527-532)

J. ¿Digamos en términos de papelería de salud cual de los programas como mas tiempo o del cual manejan mas formatos?

Y. Oportunidades, si porque de hecho Seguro Popular viene el paciente y nada más hacemos lo que se haríamos de rigor con otros, el expediente, la historia clínica y ya, pero con Oportunidades tenemos que llenar sus formatos, que son los AS1, que son los AS2, debemos llevar el control estricto de citas, checar el expediente con otros cuadernos y todo eso es muchísima papelería que hacemos con el programa Oportunidades y como es un programa que lo lleva SEDESOL algo así, pues ellos son los que vienen a supervisar para ver si estamos dando papilla, cuantas papilla, si estamos llevando las citas adecuadamente, porque ellos vienen checan como contraloría, para ver si estamos llevando bien el programa, como es manejo de dinero ahí, y va en relación de si tenemos las citas o faltas,

entonces si nos supervisan mucho y es que de repente hacemos mucha papelería. (T13, 2006:533-545)

J. ¿Y cada cuando es, este es un informe mensual?

Y. Nosotros del diario vamos haciendo papelería, entregamos cada mes un informe mensual y cada dos meses entregamos unos sobres que son S2 que son para el control de que si vinieron a sus pláticas, a sus citas o no, y cada dos meses los estamos haciendo. (T13, 2006:547-551)

J. Es decir con mucha frecuencia, no solo del diario si no mensualmente y bimestral necesitan estar haciendo información de Oportunidades

Y. Si, porque de Seguro Popular solo damos la consulta y en la hoja marcamos que es de Seguro Popular, ya la encargada del programa Seguro Popular es la que capta todas las consultas y ella manda un registro ya no nos piden a nosotros nada pero en Oportunidades si tenemos que entregar un registro nosotros. (T13, 2006:552-557)

J. ¿Por ejemplo la del Seguro Popular sabe cuantos de la gente que usted tuvo en consulta son, primero que sean Seguro Popular y además que sean diabéticos?

Y. Yo creo que si porque ella lleva un reporte, no se si mensual o bimestral de cuantas consultas dimos por padecimiento, entonces yo me imagino que ella lleva un control de cuantos diabéticos estamos viendo. (T13, 2006:559-563)

J. Pues ya no le quito más su tiempo, muchísimas gracias.

Anexo No. 3 Entrevista a usuaria U06

Entrevista No. U06

Sra. BHG

Edad: 35 años.

Ocupación: Ama de casa Ingreso:

Escolaridad: Analfabeta. Edo. Civil: Casada

Lugar y fecha: Localidad Santa Ana, 21 de febrero de 2005.

Hora: 11:00.

J- Para iniciar quisiera preguntarle ¿Hasta que estudio?

B- Hasta la primaria, nada mas que no se ni leer, ni escribir apenas nos están enseñando a leer y escribir vamos los viernes y los sábados. (U06, 2006:9-11)

J- ¿Usted sabe de que programas recibe atención médica?

B- De oportunidades. (U06, 2006:12-13)

J- ¿Ud. cuanto tiempo tiene que ingreso a Oportunidades?

B- Como dos años. (U06, 2006:14-15)

J- ¿Y como hizo para ingresar?

B- Pues vinieron a censar la gente y yo no estaba aquí ese día estaba en México y ya mi mamá dio los datos de todos, de mis hermanos, de mi papá, de mi esposo y mis dos hijos que tenia, en ese tiempo nada mas tenia dos y ya cuando llegue de México y vinieron otra vuelta y vinieron a anotar y traían papeles y todo y en esos papeles salí elegida yo como ama de casa pues y ahí salieron todos mis hermanos. (U06, 2006:16-21)

J- ¿Y que le pidieron, que requisitos le pidieron para ingresar?

B- Acta de nacimiento. (U06, 2006:23-24)

J- ¿Documentos?

B- Si. (U06, 2006:25-26)

J- ¿Ud. tiene atención médica por parte de Oportunidades?

B- Si. (U06, 2006:27-28)

J- ¿Y antes de Oportunidades que hacia, como le hacia para la atención medica?

B- Pues con particular. (U06, 2006:29-30)

J- ¿Solo con particular?

B- Si. (U06, 2006:31-32)

J- ¿Por tener Oportunidades nunca le han pedido algo a cambio, que vaya a hacer algún trabajo, que vaya a apoyar solo esas cosas de apoyo como esa vez?

B- No, ahorita ya no. (U06, 2006:33-35)

J- ¿En los dos años nunca les han pedido cosas de apoyo?

B- No. (U06, 2006:36-37)

J- ¿Cuánto dinero le dan del programa, porque les dan un apoyo económico no?

B- Si, ahorita están dando \$360 pero también como yo tenia todos mis hermanos, toda mi familia pues y como no están aquí, están fuera de aquí del lugar no asistían a las citas medicas, así que me daban \$120, \$160 ya hasta que los di de baja, apenas en estos meses pasados los di de baja ya saque a mis hermanos imagínese ya están casados, ya están fuera de mi casa nada mas esta mi familia mis papás, mi esposo y mis hijos. (U06, 2006:38-44)

J- ¿Y ahora ya le están pagando el completo o todavía no?

B- Si, ya ahorita me dan los 360. (U06, 2006:45-46)

J- ¿Y esos 360 cada cuando?

- B- Cada dos meses. (U06, 2006:47-48)
- J- ¿Entonces es por toda la familia?
- B- Si. (U06, 2006:49-50)
- J- ¿Que opina de ese programa, como lo considera usted?
- B- Pues yo siento que si es bueno, porque nos atienden en el Centro de Salud, me dan medicamento. (U06, 2006:51-53)
- J- ¿Conoce cual es el horario de servicio del centro de salud?
- B- Nos atienden de 8:00 a 11:00 de la mañana. (U06, 2006:54-55)
- J- ¿Y cuando se enferman fuera de ese horario, a donde acuden?
- B- Vamos ahí al Centro. (U06, 2006:56-57:)
- J- ¿Siempre hay servicio?
- B- Si, cuando enfermos ahí nos atienden, puede uno ir a la hora que sea. (U06, 2006:58-59)
- J- ¿Cuánto tiempo debe de esperar para pasar a consulta?
- B- Conforme llegue, si llegaste y ya hay unas cinco o seis personas, pues nos tenemos que esperar hasta que pasen todos. (U06, 2006:61-63)
- J- ¿Pero más o menos cuanto tiempo debe de esperar, 1 hora, 2 horas?
- B- Como media hora, como luego hay gente, pues me tengo que esperar. (U06, 2006:64-65)
- J- ¿Cuándo mucho es media hora es lo máximo que ha tenido que esperar?
- B- Si, porque como casi siempre nos vamos temprano somos de las primeras y cuando abren ya estamos. (U06, 2006:67-69)
- J- ¿Entonces si le dan consulta a cualquier hora?
- B- No, a cualquier hora no solamente les digo que de 8 a 11, ya si llegas después de las 9, llevas tu carné y si hay gente, te tienes que esperar hasta que pasan toda la gente que llego temprano y te reciben tu carné y ya hasta el último pasas a consulta. (U06, 2006:70-73)
- J- ¿Su consulta, cuanto tiempo dura?
- B- Unos 10 minutos, pero como cuando no estoy enferma me checa la doctora y nada mas. (U06, 2006:75-77)
- J- ¿Usted considera que hay suficientes médicos para atender a los pacientes o cree que hacen falta?
- B- Yo veo que nos atiende bien la doctora, porque como voy temprano ya no me quedo a esperar si va más gente, porque si va gente, de donde quiera, pero como nosotros siempre nos hemos ido temprano, cuando dan las siete nosotros ya estamos en Chilapa ya en la puerta del Centro. (U06, 2006:78-83)
- J- ¿Cuando no esta su médico, que otra persona la atiende ahí?
- B- Cuando no está nada más nos dice la enfermera que la doctora no está, nos pesa y ya. (U06, 2006:84-86)
- J- ¿Cuando no hay médico, no hay otro médico que la atienda?
- B- No. (U06, 2006:87-88)
- J- ¿Y lo que hace la enfermera solo es pesarla?
- B- Si, pesar, me toman la presión. (U06, 2006:89-90)
- J- ¿Le dan medicamento?
- B- Si. (U06, 2006:91-92)
- J- ¿Que le pregunta?
- B- Pues que como me siento, me siento bien, o me siento mal. (U06, 2006:93-94)

- J- ¿Ella le puede ajustar el medicamento si es necesario?
- B- Si, como ahorita apenas y ahí tengo mi medicamento. (U06, 2006:95-96)
- J- ¿Cómo se traslada para ir al Centro de Salud?
- B- De aquí hay combi o camionetas desde aquí. (U06, 2006:97-98)
- J- ¿Ud. cuanto paga de transporte para llegar al centro de salud?
- B- Siete pesos cuesta la combi, serian catorce pesos ida y vuelta. (U06, 2006:99-100)
- J- ¿Y de donde llega la combi se va caminando?
- B- Si. (U06, 2006:101-102)
- J- ¿Cuanto tiempo se tarda en llegar desde aquí de su casa al Centro de Salud?
- B- Como media hora. (U06, 2006:103-104)
- J- ¿Si tuviera oportunidad de escoger servicio cual preferiría usar, o si tuviera oportunidad de ir a un particular, o usted cree que esta bien el servicio que le ofrecen en el Centro de Salud?
- B- Pues si, esta bien. (U06, 2006:105-108)
- J- ¿Cuándo va a consulta le cobran?
- B- No, gracias a dios no me cobran nada. (U06, 2006:109-110)
- J- ¿Ósea, no paga ninguna cuota?
- B- No nada. (U06, 2006:111-112)
- J- ¿No apoya con actividades al Centro de Salud?
- B- No nada. (U06, 2006:113-114)
- J- ¿Ud. que piensa cree que el gobierno tiene obligación de darle atención medica para cualquier enfermedad que tenga y sobre todo para la diabetes?
- B- Pues yo pienso que si porque también pagamos impuestos, todo, me imagino pues y cuando no hay ahí nos receta la doctora. (U06, 2006:115-118)
- J- ¿Por ejemplo cuándo no hay medicamento ustedes no han hecho alguna queja?
- B- Si así hicimos la otra vez, que querían los doctores de ahí del centro de salud que fuéramos, que los apoyáramos porque ya no tenían medicamento, nada ya no les estaban dando nada y si se junto la gente y fue. (U06, 2006:119-122)
- J- ¿Eso cuanto tiempo tendrá como dos meses?
- B- No, ya tiene mas fue como en mayo nos pidieron que los acompañáramos a hacer como una manifestación. (U06, 2006:123-125)
- J- ¿Y por ejemplo era manifestarse contra la directora o contra quien?
- B- Pues no se, venían unos de Chilpancingo a mi no me toco porque como somos aquí ciento y tantas el montón de Oportunidades y así que iban de cinco en cinco y a mi no me toco fueron otras, pero si fueron. (U06, 2006:126-129)
- J- ¿Entonces ahí fue cuando vinieron gente de Chilpancingo y les pidieron que los acompañaran?
- B- Si. (U06, 2006:130-132)
- J- ¿Que opina de las instalaciones del Centro de Salud, tiene sala de espera?
- B- Si, pues para esperar a que te llamen cuando toca el turno de pasar. (U06, 2006:133-134)
- J- ¿Y Como es el espacio donde espera para recibir consulta?
- B- Es un pasillo con techo. (U06, 2006:136-137)
- J- ¿Considera que tiene privacidad?
- B- Si. (U06, 2006:138-139)
- J- ¿Cómo es el ambiente que hay en el Centro de Salud, hay algo que la incomode?
- B- No, me siento bien... (U06, 2006:140-141)

J- ¿Con respecto al medico como la trata?

B- Bien... (U06, 2006:142-143)

J- ¿Es amable, la trata con respeto?

B- Si, es una doctora... (U06, 2006:144-145)

J- ¿Es una doctora y la hace sentirse en confianza?

B- Si. (U06, 2006:146-147)

J- ¿Con respecto a la enfermera?

B- Esa si es un poquito corajudita, si nos regaña y es que la verdad yo siento que luego a veces nos amontonamos todos y es que como van de Santa Ana y de otros lugares, pues que ya se amontonaran, y nos dice, espérense, sálganse esperen allá afuera, así que debemos esperar hasta que ella ya arreglo todas sus cosas, ya entonces nos habla, haber tráiganme su carnet, pero a veces si se llega a molestar. (U06, 2006:148-153)

J- ¿Pero ella si las trata con respeto?

B- Si. (U06, 2006:155-156)

J- ¿Considera que el personal que la atiende esta capacitada, que son buenos médicos para tratar su padecimiento?

B- Que son buenos médicos porque la verdad si nos atienden bien. (U06, 2006:157-159)

J- ¿Y como le diagnosticaron que tiene diabetes o como se dio cuenta que tenia esa enfermedad?

B- Mas que nada deje de comer, luego me daba mucha se y quería seguir tomando agua y tomaba agua quería comer alguna galleta dulce y ya no hice caso y no quería comer, yo lo que no quería que me dijeran que es lo que tenia, porque me daba miedo, y mi esposo me decían vamos haber que tienes, y fuimos ahí al Centro de Salud y me dijeron pues tiene diabetes, y a mi esposo lo que no le gusta, es que no le dijeras que se hubiera ido y que me quedara yo para que me expliquen porque soy muy soy muy nerviosa y al enterarme que era diabética, sentía que el mundo se me caía. (U06, 2006:161-170)

J- ¿Se sentía mal por la noticia?

B- Si, si me sentía peor, yo me sentía muy mal, muy mal, si de por si la doctora te dice de sorpresa y pues me puse mas mal y me dice- no pues a lo mejor no tienes eso dijo mi esposo, el todavía me dijo, a lo mejor no es eso, mejor vamos con otro medico, para que me van a decir lo mismo de todos modos me van a decir lo mismo- vamos con un químico aquí particular en Chilapa. (U06, 2006:171-176)

J- ¿Le hicieron la prueba?

B- Si me tomaron una muestra. (U06, 2006:177-178)

J- ¿De donde le tomaron la muestra del dedo o de?

B- Si la del dedo, y no, pues si me sentí muy mal, yo sentía que pues ya mañana me muero, y ya después fui de vuelta con la doctora como a los 20 días y ya le dije que cuando me dio la noticia me sentí muy mal y ya me dice discúlpeme -es que la verdad si la regué- y ya me empezó a platicar que es una enfermedad que es controlable con medicamentos, que no se quita pero que si yo me cuido me voy a sentirme bien y ya me explico todo. (U06, 2006:179-185)

J- ¿Le dio tratamiento?

B- Si. (U06, 2006:186-187)

J- ¿Después de que le tomaron la muestra de dedo, le tomaron de la vena?

B- No. (U06, 2006:188-189)

J- ¿No se la tomaron de la vena?

B- No, le digo a la doctora que soy un poco nerviosa y que me digan de enfermedad ya siento que me voy a morir mañana. (U06, 2006:190-192)

J- ¿Para Ud. que es la diabetes?

B- Pues yo siento que es una enfermedad que te va acabando si no te atiendes, yo siento que te acaba rápido esa enfermedad. (U06, 2006:193-195)

J- ¿Ud. que siente de tener esta enfermedad?

B- Pues primero yo me sentía, ya ve que vinieron, el primer día yo me sentía mal sentía que me iba a morir no y me decía mi esposo no pues tienes que seguir adelante, hay que ponerse bien tu tienes que luchar y pues no, ahorita ya voy a consulta porque voy cada mes a chocarme. (U06, 2006:196-200)

J- ¿Pero digamos que sentimiento tiene hacia la vida por tener esa enfermedad?

B- a veces me siento mal, yo cuando me siento mal así yo creo que es por lo misma azúcar cuando la tengo elevada yo tengo sueño no quiero hacer nada, yo agarro y me voy a acostar y ya después me paro me tomo mi pastilla y ya me siento bien me voy a hacer mi quehacer y así hay días que me siento un poco mal y hay días que me siento bien y a veces hasta me voy al campo vamos a traer varas, leña pues para quemar y ya haya se me olvida y siento que no tengo nada si salgo afuera pero si estoy acá adentro también y me acuerdo que tengo esa enfermedad. (U06, 2006:201-208)

J- ¿Ósea que el estar en su casa de algún modo el encierro le afecta?

B- Si, si me voy al campo que voy a la cosecha de frijol, ni siquiera me acuerdo de nada y no me duele nada. (U06, 2006:209-211)

J- ¿Si trabaja?

B- Si, y no me duele nada pero si estoy aquí en la casa me siento mal luego me dicen que tienes, nada pues como me siento mal, ahora ya veo mejor me salgo voy que me alquilan vamos a tal parte y me voy que vamos a tirar abono para la milpa llego y ya tranquila hacemos de comer nos bañamos. (U06, 2006:212-216)

J- ¿Si se alquila en los trabajos del campo?

B- Si, en la siembra, el la cosecha de frijol, echar abono. (U06, 2006:217-218)

J- ¿Cuánto le pagan por día?

B- Me dan cuarenta pesos o el rato que voy nada más. (U06, 2006:219-220)

J- ¿Y como cuantas horas va?

B- Como unas tres o cuatro horas en la tarde más fácil cuando no viene el agua, de vez en cuando pero casi siempre estoy aquí en mi casa. (U06, 2006:221-223)

J- ¿Ud. aparte de ir al campo hace ejercicio?

B- No. (U06, 2006:224-225)

J- ¿Pero si sabe que es importante hacer ejercicio para controlar esta enfermedad, si se lo han explicado muy bien?

B- Si. (U06, 2006:226-228)

J- ¿Y porque no hace ejercicio?

B- Pues yo aquí siempre ando haciendo ejercicio, que hago quehacer de todo y por decir ¿como que enseñan aerobics todo eso? (U06, 2006:229-331)

J- No, ¿Nunca le han enseñado que tipo de ejercicios tiene que hacer?

B- No. (U06, 2006:232-233)

J- ¿Me podría decir que desayuno ayer?

B- Una taza de atole de maíz con una galleta. (U06, 2006:234-235)

J- ¿Luego almuerza? ¿Qué almorzó?

B- Ayer almorcé frijoles de la hoya con un jitomate reventado, chiles, cebolla. (U06, 2006:236-237)

J- ¿Y también consume tortilla, como cuantas tortillas se come?

B- Unas tres tortillas. (U06, 2006:239-240)

J- ¿Y en la comida?

B- Sopa de espagueti con su queso y crema, con agua de limón. (U06, 2006:241-242)

J- ¿Y comió algo de guisado?

B- No, tengo prohibido comer la carne de puerco, de vez en cuando vamos comprando pollo. (U06, 2006:243-245)

J- ¿Y por ejemplo otras verduras no comió ayer?

B- No. (U06, 2006:246-247)

J- ¿Ud. merienda, cena?

B- Si. (U06, 2006:248-249)

J- ¿Qué cenó?

B- Unos sopecitos. (U06, 2006:250-251)

J- ¿Cuántos sopos se comió en la cena?

B- Dos nada más. (U06, 2006:252-253)

J- ¿Por ejemplo hoy que va a comer?

B- Unos frijoles que se me antojo comerlos, como no hay quien vaya a Chilapa apenas me fui a curar que me dolía mi espalda y me pusieron unas ventosas y no puedo salir al aire y mi muchacho va a la escuela. (U06, 2006:254-257)

J- ¿Ya vi por ahí unos ejotes?

B- Ah si, le dije hija pon unos ejotitos aunque sea. (U06, 2006:258-259)

J- ¿Esto que me dijo es lo que mas come con frecuencia?

B- Si, un caldo de pollo o calabacitas tiernitas como ahorita que hay pues. (U06, 2006:260-261)

J- ¿Ud. sabe que una buena parte de este incremento de la azúcar que usted presenta es por la comida?

B- Si. (U06, 2006:263-265)

J- ¿Que le dijeron que tiene que comer preferentemente?

B- De comer verdura, caldo de pollo, así nada mas, que de todo podía comer pero menos cosas dulces. (U06, 2006:266-268)

J- ¿Y grasas y carne de cerdo?

B- No me dijo nada, pero le digo aquí nosotros en el campo casi no la comemos diario, así que aquí lo que comemos es frijoles de la olla una salsa pero así carne casi no pero de ves en cuando la comemos. (U06, 2006:269-272)

J- ¿Consume verdura, si le gustan?

B- Si. (U06, 2006:273-274)

J- ¿Ud. no hace mucho por llevar una dieta o si se esfuerza por llevarla?

B- Si hago un esfuerzo, inclusive no tomo refresco, café casi no y el té que tomo en la mañana es sin azúcar. (U06, 2006:275-277)

J- ¿Le cuesta trabajo llevar la dieta?

B- Pues la verdad si como ya estaba acostumbrada a tomar dulce y tomar simple pues no, pero por mi salud trato de tomármela. (U06, 2006:278-280)

J- ¿Entonces digamos que la dificultad mas grande de la dieta es eso, solo consumir azúcar o que?

B- Si, azúcar, refresco ya ve que luego no pues vamos a comer vayan por el refresco. (U06, 2006:281-283)

J- ¿Extraña la coca?

B- Si pues es la que mas me hace daño y trato de tomar agua de frutas. (U06, 2006:285-286)

J- ¿Por ejemplo el agua de limón se la puede tomar sin azúcar?

B- Si, me la tomo o a veces le pongo una poquita de azúcar porque es muy asida. (U06, 2006:288-289)

J- Ahí toca como que de otra frutita para que no se sienta tan fuerte.

B- Si. (U06, 2006:291-292)

J- O si no agua de plano sin nada, pasa mejor sin nada que con limoncito

B- Si mejor agua natural. (U06, 2006:293-294)

J- ¿Entonces digamos la dificultad mas fuerte que usted tiene de la dieta es la falta de consumir las cosas dulces?

B- Ándele si, la costumbre que tengo reconsumir. (U06, 2006:295-297)

J- ¿Fuera de ahí no hay otra cosa que usted diga ah esto, ni el costo, nada? Porque para algunas gentes es costoso llevar una dieta debidamente

B- Aja. (U06, 2006:298-300)

J- Pero bueno cada quien lo que siente y lo que piense.

B- No pues como ahorita nosotros no sembramos, pero hay otros lugares aquí que tienen ejotes y va mi hijo a comprar que ejotes, unas calabacitas y ya. (U06, 2006:301-303)

J- ¿Lleva su control de peso siempre que va a consulta y como le dicen, esta pasadita de peso o esta normal?

B- Si me pesan, a horita estoy normal porque si estaba yo pasada. (U06, 2006:305-307)

J- ¿Ósea que hace un años tenia sobre peso, la han estado bajando, y ya esta normal?

B- Si, hace un año pesaba yo 78 hace y horita peso 55, dice la doctora que de peso estoy bien. (U06, 2006:309-311)

J- ¿Y de la presión?

B- De eso estoy bien. (U06, 2006:312-313)

J- ¿Cada cuando va a consulta?

B- Cada, cuando me toca en mi carné y me dice la doctora si usted se siente mal y ya no tiene medicamento venga de todas maneras, usted puede venir. (U06, 2006:314-316)

J- ¿Le toca cada mes?

B- Si. (U06, 2006:318-319)

J- ¿De medicamento que toma?

B- Pastillas. (U06, 2006:320-321)

J- ¿Se acuerda como se llaman?

B- Aquí la tengo. (U06, 2006:322-323)

J- Gibenclamida ¿como se las toma, 1, 2,3, cuantas pastillas toma?

B- No me tomo una por día, como le digo que me dijeron que estaba yo mal y yo soy bien nerviosa luego me siento mal, dije a lo mejor ya tengo otra enfermedad más grave, ya no me quería parar, mi hija me decía mami levántate, que cosa tienes, no tengo que salir adelante por mis hijos, y si estaba aquí solita en la casa me sentía mal, ya me paraba y les decía vamos a hacer esto o esto otro y entonces se me olvidadaza,

J- cuando apenas me habían dicho de la enfermedad si me sentía mal, no ahora ya no, y luego la gente me dice, ¿oyes qué tienes, qué estás diabética? No, no tengo nada o ¿por qué ya quedaste así? Es que ya baje de peso, La gente es, luego te dicen. (U06, 2006:324-333)

J- ¿Usted que entendía de la diabetes?

B- Decía algo de que ya mañana me iba a morir, esa idea no me la podía quitar de mi mente, me decían –hay tu trata de olvidarte, vamos a ir a los bailes – y ya no tenía ganas de ir a las fiestas porque sentía que la gente me miraba como cosa rara, luego la doctora me dijo no se sienta así, trate de vivir bien. (U06, 2006:334-338)

J- ¿Cada vez que va le dan su medicamento?

B- Si, cuando no tengo, porque si tengo para que traigo. (U06, 2006:339-340)

J- ¿Pero no pasa tiempo sin medicamento, si se le termina a medio mes va y le dan otra vez?

B- Si. (U06, 2006:341-343)

J- ¿Entonces cada ve que requiere un medicamento se lo da?

B- Si. (U06, 2006:344-345)

J- ¿Usted queda satisfecha con lo que le explican con respecto a las enfermedades o le que da alguna duda?

B- No pues no, por que la verdad yo me sentía mal. (U06, 2006:346-348)

J- ¿Usted cree que ha mejorado?

B- Si. (U06, 2006:349-350)

J- ¿Cada mes que va le toman muestra de sangre?

B- Si. (U06, 2006:351-352)

J- ¿Del dedo o de la vena?

B- No, del dedito nada más. (U06, 2006:353-354)

J- ¿Como le han salido sus resultados?

B- A veces muy hasta arriba y a veces normal del azúcar. (U06, 2006:355-356)

J- ¿Podría decir que han sido variables?

B- Si. (U06, 2006:357-358)

J- ¿Cuándo no va a consulta la visitan aquí en su casa?

B- No. (U06, 2006:359-360)

J- ¿Por ejemplo le toca al mes y no va no la visitan para ver como va?

B- Ellos vienen a dar clases a dar pláticas. (U06, 2006:361-362)

J- ¿Cada cuando le dan las pláticas?

B- Cada mes. (U06, 2006:363-364)

J- ¿De que tratan las platicas?

B- Son de como cuidarte y como se puede transmitir el SIDA. (U06, 2006:365-366)

J- ¿Y sobre cómo llevar su dieta, les explican de las complicaciones que pueden surgir?

B- Si también. (U06, 2006:367-369)

J- ¿Que tipo de complicaciones usted sabe que se le pueden presentar?

B- ¿Como de qué? (U06, 2006:370-371)

J- ¿Por ejemplo si no se cuidara bien la diabetes que complicaciones puede tener como resultado del mal cuidado, si se lo han explicado?

B- Si también. (U06, 2006:372-374)

J- ¿De que es de lo que usted se acuerda?

B- Que nos cuidemos bien, si nos se corte que se pique con algo, porque con esta enfermedad no rápido sanan las heridas. (U06, 2006:375-377)

J- ¿Le han dicho que es el pie diabético, que pueden dañarse los riñones?

B- Si también pero se me olvida. (U06, 2006:378-379)

J- ¿Y las pláticas se las dan a usted sola o son varias personas?

B- No son como 100 personas o más como las pláticas nos las dan los de oportunidades ahora ya dividieron en dos grupos uno le toca como de 9 o 10 a 11 o 11 a 12, una hora. (U06, 2006:380-383)

J- ¿Y para prevenir la diabetes en los miembros de su familia?

B- Si ya me han dicho que no coman cosas dulces. (U06, 2006:384-385)

J- ¿Ahora usted como se siente?

B- Pues me siento bien, cuando me siento bien ya no tomo la pastilla, sólo cuando me siento bien ya no tomo la pastilla, ahorita me tomo una cada tercer día. (U06, 2006:386-388)

J- ¿Entonces no se la toma diario?

B- No me tomo una cada tercer día, porque me dijeron también que es malo tomar mucho medicamento, que así una señora perdió la vista rápido, aunque el doctor le dijo que no dejara de tomar la pastilla perdió la vista rápido aunque la llevaban a un particular, dicen que a lo mejor por eso por tanto medicamento que le daban. (U06, 2006:390-394)

J- ¿Que opina de la atención, se siente satisfecha con el servicio que les dan en el Centro de Salud?

B- Si. (U06, 2006:396-398)

J- ¿Espera algo mas del servicio?

B- No se, yo siento que esta bien. (U06, 2006:399-400)

J- ¿La atienden bien?

B- Si. (U06, 2006:401.402)

J- Eso es todo muchas gracias, muy amable.

CONDICIONES DE VIVIENDA

La vivienda se ubica en la localidad rural de Santa Ana a 20 minutos de la ciudad de Chilapa y a 5 minutos en camioneta de la desviación de la carretera federal Chilpancingo-Chilapa. El tramo de carretera de la desviación a Santa Ana es de carretera de terracería. (U06, 2006:409-412)

La casa está en proceso de construcción, forma parte de un grupo de casas de familiares. Sus paredes son de tabicón en rustico, piso de tierra, espacios para ventanales y puertas sin herrería, techo de concreto y un patio familiar compartido. El espacio al interior de la vivienda está distribuido en un comedor, un área de cocina, pero fuera de la vivienda hay una cocina rústica con fogón de leña. Su esposo se dedica a la albañilería y maneja trabajadores y ella se dedica al hogar. (U06, 2006:414-419)

Anexo No. 4

Objetivos, estrategias y líneas de acción del plan nacional de salud 2001-2006

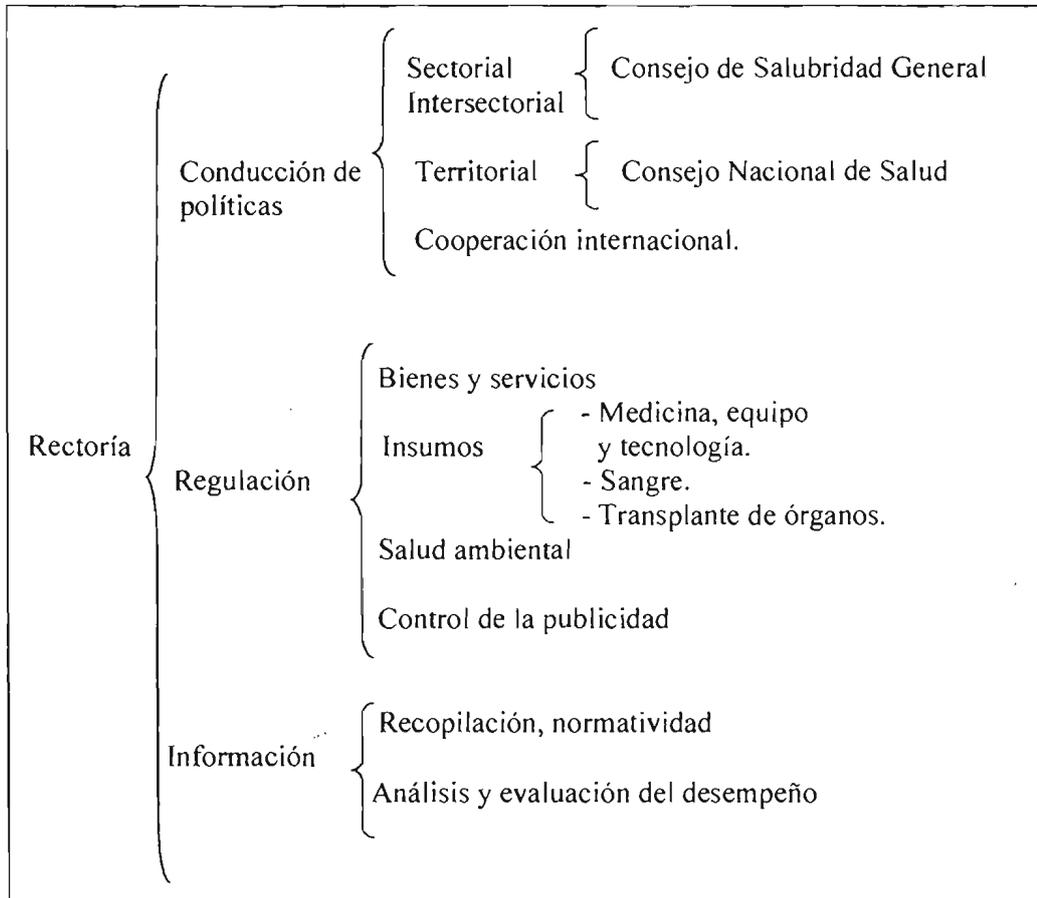
Objetivos	Estrategias	Líneas de acción
<p>1. Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos.</p> <p>2. Abatir las desigualdades en la salud</p> <p>3. Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud.</p> <p>4. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.</p> <p>5. Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas.</p>	<p>1. Vincular la salud con el desarrollo económico y social.</p>	<p>1.1. Fortalecer la acción comunitaria a favor de la salud.</p> <p>1.2 Promover la educación saludable.</p> <p>1.3 Promover la perspectiva de género en el sector salud.</p> <p>1.4 Impulsar políticas fiscales saludables</p> <p>1.5 Fortalecer la salud ambiental.</p> <p>1.6 Mejorar la salud laboral.</p>
	<p>2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres.</p>	<p>2.1 Garantizar un arranque parejo en la vida.</p> <p>2.2 Mejorar la salud y la nutrición de los miembros de los pueblos indígenas.</p> <p>2.3 Controlar la tuberculosis.</p> <p>2.4 Controlar las enfermedades transmitidas por vector: dengue y paludismo.</p> <p>2.5 Disminuir los casos de cáncer cérvico-uterino.</p> <p>2.6 Atender otros problemas relacionados con el rezago.</p>
	<p>3. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades.</p>	<p>3.1 Disminuir la prevalencia de diabetes.</p> <p>3.2 Controlar las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión.</p> <p>3.3 Fortalecer la prevalencia y tratamiento de la insuficiencia renal crónica.</p> <p>3.4 Promover el transplante como una alternativa accesible.</p> <p>3.5 Racionalizar la atención de las lesiones accidentales e intencionales.</p> <p>3.6 Disminuir la adicción al tabaco, alcohol y drogas.</p> <p>3.7 Atender los problemas de salud mental.</p> <p>3.8 Atender las neoplasias malignas.</p> <p>3.9 Prevenir y controlar las ITS y el VIH-SIDA.</p> <p>3.10 Garantizar la disponibilidad de sangre humana segura.</p> <p>3.11 Fortalecer la prevención y rehabilitación de las discapacidades.</p>
	<p>4. Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud.</p>	<p>4.1 Definir códigos de ética para los profesionales de la salud</p> <p>4.2 Definir y hacer explícitos los derechos de los usuarios de los servicios de salud y de los prestadores de servicios médicos.</p> <p>4.3 Establecer un sistema de seguimiento y respuesta a quejas y sugerencias.</p> <p>4.4 Establecer sistemas del reconocimiento del buen desempeño.</p> <p>4.5 Desarrollar un sistema de información</p>

		por productos hospitalarios y tarjetas de indicadores.
		4.6 Promover el uso de guías clínicas. 4.7 Promover la certificación de los profesionales y establecimientos de salud. 4.8 Reforzar el arbitraje médico.
	5. Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población.	5.1 Consolidar la protección básica y promover un seguro de salud popular. 5.2 Promover y ampliar la afiliación al seguro social. 5.3 Ordenar y regular el prepago privado. 5.4 Articular el marco de aseguramiento en salud.
	6. Construir federalismo cooperativo en materia de salud.	6.1 Establecer nuevos mecanismos para la asignación equitativa de recursos. 6.2 Culminar la descentralización de la SSA. 6.3 Consolidar la desconcentración de los servicios de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social. 6.4 Fortalecer la cooperación interestatal en servicios de salud pública y servicios de especialidad. 6.5 Reforzar el papel coordinador del Consejo Nacional de Salud. 6.6 Municipalizar los servicios de salud.
	7. Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud.	7.1 Fortalecer el papel coordinador del Consejo de Salubridad General. 7.2 Fortalecer la coordinación intra e intersectorial. 7.3 Promover la cooperación internacional. 7.4 Reforzar la política de acceso y consumo razonado de medicamentos. 7.5 Proteger a la población contra riesgos sanitarios. 7.6 Fortalecer el Sistema Nacional de información en Salud. 7.7 Crear un Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales. 7.8 Fortalecer la capacidad de evaluación del Sistema Nacional de Salud.
	8. Avanzar hacia un Modelo Intregado de Atención a la Salud.	8.1 Reorientar a las acciones de salud al medio familiar y comunitario. 8.2 Fortalecer la capacidad resolutive del primer nivel de atención. 8.3 Promover la autonomía de gestión hospitalaria y la gestión por contrato. 8.4 Crear mecanismos de compensación entre el gobierno federal y las entidades federativas. 8.5 Optimizar la capacidad instalada. 8.6 Crear redes virtuales para la prestación de servicios de salud.
	9. Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención.	9.1 Ampliar la participación de los ciudadanos en los órganos de desición. 9.2 Ampliar la libertad de elección en el primer nivel de atención. 9.3 Garantizar la atención a los grupos de

		autoayuda y grupos representantes de la sociedad civil.
		9.4. Propiciar la rendición de cuentas haciendo accesible de información pública a los ciudadanos.
	10. Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.	10.1 Fortalecer la calidad de la educación de los profesionistas de la salud. 10.2 Fortalecer la capacitación de los recursos humanos para la salud. 10.3 Diseñar y promover un servicio civil de carrera en el sector salud. 10.4 Fortalecer la investigación y el desarrollo tecnológico en salud. 10.5 Diseñar planes maestros de infraestructura y equipamiento en salud. 10.6 Telemedicina: invertir en redes. 10.7 Utilizar los avances de la internet y el proyecto e-Salud para mejorar y hacer más eficiente la práctica médica

Anexo No. 5

Actividades de la rectoría de la Secretaría de Salud



Fuente: Programa Nacional de Salud 2001-2006” La democracia de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud, primera edición, México, pp. 129.

Anexo No. 6

Aspectos técnico administrativos que regulan la operación de las unidades de primer nivel, y descripción del funcionamiento del Centro de Salud de Chilapa, Guerrero.

Este apartado está dividido en dos partes, la primera consignan las reglamentaciones que se utilizan tanto en el estado como a nivel municipal sean estas federales o de elaboración estatal, que norman a las unidades de atención médica de primer nivel, es decir constituye el deber ser. La segunda presenta los resultados de la investigación cualitativa realizada en el Centro de Salud de Chilapa, Guerrero, durante diferentes momentos del período comprendido de diciembre del 2005 a diciembre del 2006. Se refiere al conjunto de acciones, procedimientos y recursos observados, es decir el ser, algunos de los cuales remiten a las características generales de operación de la unidad médica y otros están vinculados específicamente con la atención a usuarios por diabetes mellitus y las prácticas e intervenciones que les brinda el personal a cargo.

Lo normativo.

Las condiciones estructurales y organizativas de las unidades para la atención médica.

Para la Secretaría de Salud el marco rector para la organización y funcionamiento de los servicios de primer nivel de atención lo constituye el denominado “Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta” (MASPA), definido a partir de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 y del programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 (SSA, 1997:1).

El primer nivel de los tres en que está organizado el sistema de salud comprende los servicios de consulta externa y acciones dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente. Este tipo de servicios busca preservar la salud a través de la detección temprana, tratamiento oportuno y rehabilitación en caso necesario de las enfermedades más frecuentes (SESA, s/f:8)¹.

La instancia responsable de operar los servicios de salud entre lo estatal y lo municipal es la Jurisdicción Sanitaria (JS) y hace posible la vinculación y coordinación entre estos dos niveles. La Jurisdicción Sanitaria es el componente principal del Sistema Estatal de Salud. De acuerdo con el “Manual de organización tipo de Jurisdicción Sanitaria” (MO) una JS es aquellas unidades técnico-administrativa desconcentrada por región, que cuenta con recursos humanos materiales y financieros para planear y coordinar la atención médica de

¹ El segundo nivel se conforma por los servicios de consulta externa especializada y hospitalización para pacientes referidos del primer nivel y urgencias médicas que requieren atención especializada en los Hospitales Generales (SS, s/f:1). El tercer nivel son servicios curativos y de rehabilitación de alta especialización en los Hospitales de Especialidades e Institutos Nacionales (SS, s/f:1).

la población abierta (ISEM, 2006:5, DGPS, 2007: s/p).

Su función es garantizar la prestación de servicios de calidad, e incrementar constantemente los índices de salud a través de la educación, capacitación, fomento y promoción de la salud (Gov. Edo. NL, 2007: s/p). Esta instancia agrupa a un número determinado de municipios tanto del área rural como urbana. La jurisdicción sanitaria es la responsable de (ISEM, 2006:5).

- Planear, programar, dirigir y controlar la prestación de los servicios de atención médica a la población en su área de circunscripción.
- Coordinar y promover los programas institucionales de salud pública, las acciones intersectoriales con instituciones y autoridades del sector público, privado y social, y con todas aquellas que pueden contribuir al mejoramiento de la salud de la población.

La JS se conforma por una jefatura jurisdiccional, coordinación municipal y la administración. La jefatura jurisdiccional es la encargada de la planeación, programación, dirección y evaluación de los servicios de salud, en las diferentes áreas y niveles que la integran conforme a las políticas, normas y lineamientos de los planes y programas nacionales y estatales de salud (ISEM, 2006:19). La Coordinación municipal asegura los servicios de fomento sanitario y atención médica de calidad a la población usuaria de la localidad proporcionando información, orientación, apoyo y coordinación de las acciones técnico administrativas necesarias (ISEM, 2006:62). La administración se encarga del manejo adecuada de los recursos humanos, materiales, financieros y los servicios generales necesarios para el desarrollo de los programas en los servicios de salud (ISEM, 2006:68).

El objetivo básico de los servicios de primer nivel es otorgar a la población atención integral con énfasis en la entrega del Paquete básico de Servicios de Salud (PABSS) (SSA, 1997:1,11). La Ley establece que la atención médica en primer nivel debe desarrollar actividades básicas de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud (PE, 2007:12) de los habitantes, y para ello las unidades deben estar dotadas de los medios personales y materiales necesarios para el cumplimiento de estas acciones.

La atención en este tipo de servicios tiene las siguientes características, es ambulatorio, con un esquema de atención médica familiar, con sistema de referencia a pacientes, fomento de la participación comunitaria y el autocuidado, educación para la salud, saneamiento básico y vigilancia epidemiológica (SSA, 1997:1,11).

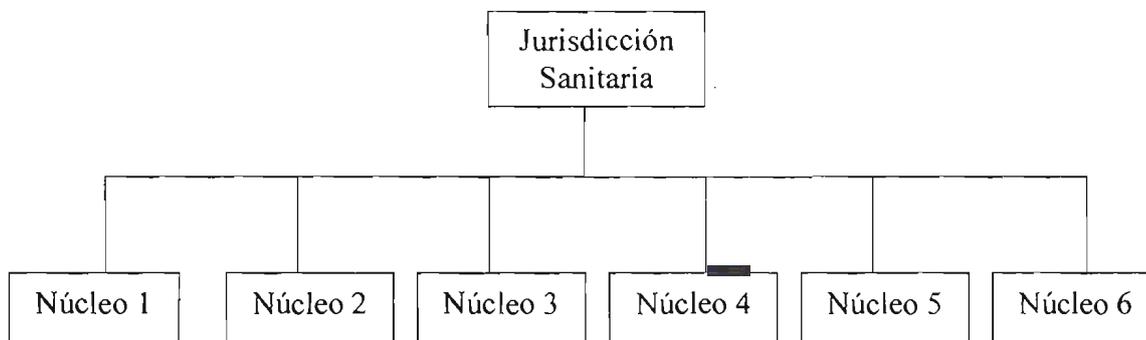
En centro de salud es una de las unidades básicas para la atención médica en el sistema de salud. El sistema de salud es el conjunto de elementos interrelacionados e intervenciones que tienen como propósito la atención a la salud de una sociedad. Según la Ley el Sistema Nacional de Salud tienen como objetivo proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas (PE, 2007:3). Se define en la Ley por servicios de salud “todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad” (PE, 2007:11).

Forman parte del primer nivel de atención las unidades médicas como Centros de Salud de Uno a Doce Núcleos Básicos de Servicios de Salud (NBSS) entre los que se encuentran los rurales de población dispersa, los rurales de población concentrada, y los centros de salud urbanos, los hospitales básicos, las casas de salud y las unidades móviles (SSA, 1997:1). Los lineamientos generales para la operación de estos servicios se encuentran descritos en el “Manual de Organización del Centro de Salud de Uno a Doce Núcleos Básicos de Servicios de Salud”.

Los centros de salud urbanos de 5 a 12 núcleos básicos dependen funcional y organizacionalmente de las Jurisdicciones Sanitarias. La unidad esencial responsable de la atención médica en primer nivel es el núcleo básico de servicios de salud. Su función es brindar atención integral. Cada núcleo básico tiene a su cargo 3,000 personas o 500 familias residentes en un área geográfica dada (SSA, 1997:9).

El incremento en el número de núcleos básicos en un centro de salud está en función del incremento de la población, de la demanda de atención y del promedio de consulta diaria por médico. De este modo es posible distinguir fácilmente por el número de núcleos básicos, si se trata de un centro de salud rural (menor de cinco núcleos) o de un urbano (mayor de cinco) como se muestra en el organigrama siguiente.

ORGANIGRAMA AREA URBANA



El número de núcleos básicos determina los servicios que ofrece cada centro de salud. Las unidades con dos núcleos pueden contar además de la consulta externa con atención odontológica. En el caso de las unidades con 6 núcleos básicos debe proporcionar consulta externa, atención odontológica, curaciones, vacunación y servicios de laboratorio (SSA, 1997:11-12).

El personal de las unidades puede ser médico, paramédico y administrativo. El personal administrativo comprende a los trabajadores de comunicaciones, educación, de servicios y técnicos. El personal médico integra a los trabajadores que a su vez se clasifican en médicos y paramédicos (SNTSA, 2006:24-27).

La atención por núcleo básico se basa en equipos de salud. Cada núcleo básico debe estar

integrado por un médico general, una enfermera de clínica y una enfermera de campo. Y en algunos casos puede contar con una sola enfermera la cual se encargara de realizar tanto las tareas en consultorio como de campo. Los centros de salud de uno y dos núcleos básicos pueden no contar con personal de base, el cual se sustituirá por pasantes de medicina o de enfermería (SSA, 1997:9-10).

El centro de salud con 6 núcleos básicos debe tener como personal básico 6 médicos generales o familiares, 1 cirujano dentista, 6 enfermeras para consultorio, 15 enfermeras comunitaria, para vacunación y para curaciones, cirujano dentista, un jefe de unidad o director, 1 administrador, 1 auxiliares de almacén y farmacia, 2 auxiliares administrativos, 2 auxiliares de intendencia, 1 técnico en estadísticas de salud, 2 taquimecanógrafas, 1 chofer, 1 técnico en laboratorio, 3 vigilantes y 1 trabajadora social (SSA, 1997:12).

La jornada de trabajo puede ser de tres tipos diurna, mixta y especial, de conformidad con las necesidades de cada una de las unidades de atención. La duración puede ser de 7, 7.5, 8 y 12 horas, dependiendo del tipo de jornada y trabajador que la cubra (SNTSA, 2006:22-31).

El salario o retribución que se debe pagar al trabajador se asigna de acuerdo con los tabuladores oficiales en función del código del puesto asignado (SNTSA, 2006:19).

La carga laboral para el personal médico y de enfermería con jornada de 7.5 horas, debe distribuirse en los siguientes rubros y porcentajes, 85% actividades de clínica, 10% en actividades de campo y 5% administrativas (SSA, 1997:30).

La productividad exigida al personal médico según las autoridades de la Jurisdicción Sanitaria y del centro de salud es de 20 consultas por día (TT06, 2006:625-627, TT04, 2006:574-577). El manual de organización señala 3 consultas por hora para cada médico por unidad (SSA, 1997:30)

Los trabajadores tienen derecho al salario que corresponde por el desempeño de sus labores, a gozar de las prestaciones que otorga la Ley del ISSSTE, y todas las prestaciones de Ley y las que se establecen en "Las Condiciones Generales de Trabajo" pactadas entre el Sindicato Nacional de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Salud.

El horario oficial de servicios para los centros de salud debe estar dividido en dos turnos; el matutino de 8:00 a.m. a 3:30 p.m. y el vespertino de 2:30 p.m. a 10:00 p.m. de lunes a viernes.

La infraestructura de cada centro de salud depende del número de núcleos básicos que lo conformen, para un centro con 6 núcleos los espacios mínimas de que debe disponer son: área para dirección, área administrativa, área para curaciones, para vacunación, consulta externa, estomatología, sala de espera, sala de juntas, sanitarios, laboratorio clínico, área para trabajo social, área de farmacia y almacén, patio para vehículo, y área de CE y E.

La Norma técnica 166 establece que para operar un laboratorio clínico se deben tener ciertas condiciones sanitarias, de luz, drenaje, equipamiento y personal, así como áreas específicas para la toma de muestras para flebotomía, exudados vaginales, bacteriología,

hematológica, parasitología y urianálisis, por lo menos de seis a siete áreas.

De acuerdo con la Ley en el primer nivel de atención se dispone de un Cuadro Básico de Insumos elaborados por el Consejo de Salubridad General al que deben sujetarse todas las instituciones públicas. La Secretaría de Salud es la responsable de garantizar su existencia permanente y disponibilidad para la población que los requiera, en coordinación con las autoridades competentes (PE, 2007:12).

La base para el cálculo del suministro de medicamento para diabetes es el informe mensual que entrega el centro de salud a la Jurisdicción Sanitaria, en él se señala el número de usuarios en consulta, más una cantidad extra para los pacientes de nuevo ingreso (TT04, 2006:337-341, T05, 2006:120-122).

Para la atención de un usuario diabético se requiere equipo e instrumentos como baumanómetros, estetoscopios, glucómetros y básculas. La instancia responsable del mantenimiento, reparación, reposición y dotación de cualquiera de los instrumentos es la Jurisdicción Sanitaria (TT06, 2006:141-147). Cada unidad médica se encarga de hacer el conteo de material señalando las condiciones en que se encuentran, en caso necesario se reporta por oficio a la Jurisdicción.

Desde el punto de vista de la Secretaría de Salud en los servicios existen aspectos organizativos que pueden mejorarse para facilitar el acceso de la población, para ello se han establecido modificaciones que se refiere a los tiempos de espera, la duración de la consulta, el costo de la consulta, el horario del servicio, el tiempo de espera para recibir consulta externa de especialidad.

La meta a alcanzar en cuanto a tiempo de espera para recibir consulta en todas las unidades de primer nivel es de media hora (TT14, 2006:245-250). La meta establecida por la Dirección del centro de salud es lograr un tiempo de espera menor de 15 minutos (Figuroa, 2006:4).

Por normatividad la duración de la consulta debe ser de 15 a 20 minutos para usuarios subsecuentes (TT06, 2006:625-627, TT12, 2006:653-654, TT04, 2006:109-116). Para usuarios de primera vez la consulta debe durar de 20 a 30 minutos para hacer el expediente de un paciente que incluya en el interrogatorio antecedentes familiares.

Financiamiento.

La Ley establece que es responsabilidad de la federación y los gobiernos de las entidades, aportar los recursos materiales, humanos y financieros que sean necesarios para la operación de los servicios de salud en general (PE, 2007:10). Pero como con la descentralización las entidades federativas se facultaron para poder recaudar fondos a través de un sistema de cuotas de recuperación normadas para operar y vigilar su cumplimiento (PE, 1997:50). También las unidades médicas adquirieron autonomía parcial o total respecto a la generación y manejo de fondos, así como en la elaboración y manejo de los programas para la atención de la salud (Ugalde, 2002:19).

El manual de organización de los centros de salud establece que cada unidad debe elaborar su presupuesto anual y vigilar su ejecución (SSA, 1997:25). Sin embargo a nivel estatal existe la disposición de que los presupuestos y los recursos se manejen directa y centralizadamente a través de las Jurisdicciones Sanitarias (TT04, 2006:369-377).

El costo de la atención para los usuarios está fijado en una cuota de recuperación por consulta que se establece con base en tabuladores oficiales (TT06, 2006:104-105). La Ley establece que para determinar el monto de las mismas debe tomarse en cuenta las condiciones socioeconómicas del usuario. Las cuotas deben fundarse en principios de solidaridad social debiendo eximir del pago a los usuarios que carezcan de recursos para cubrirlas, o a los usuarios residentes en las zonas de menor desarrollo económico y social conforme a las disposiciones de la Secretaría de Salud (PE, 2007:13).

Por disposición federal varios programas están exentos de pago como son diarreas, infecciones respiratorias, atención del embarazo, diabetes e hipertensión, y aquello que la Secretaría de Salud considera como prioritarios (TT04, 2006:233-242).

Aspectos básicos de la atención en diabetes mellitus de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (NOM).

La Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, sobre el tipo II señala que los aspectos esenciales que deben atenderse a través de la consulta externa son: el control de peso, alimentación y ejercicio en población adulta y en riesgo, educación para la salud con niños y jóvenes, detección de casos individual y por campañas, diagnóstico, tratamiento y control.

La NOM especifica que el médico de primer nivel debe ser suficientemente capacitado para prescribir un adecuado programa de ejercicios, alimentación y en educación para personas con diabetes de acuerdo a las características de la región donde se vive.

Según la NOM el control de peso es una de las metas básicas para la prevención de la diabetes, lo recomendable es conservar un IMC >18 y <25 . Los médicos deben promover un tipo de alimentación útil para la prevención de la enfermedad, basado en esquemas congruentes con sus costumbres y estilos de vida, de fácil comprensión y difundirse entre la población. A las personas sedentarias se les debe recomendar la práctica de ejercicio aeróbico, en especial la caminata, durante periodos de 20 a 40 minutos, la mayor parte de los días de la semana.

La detección de la diabetes tipo 2 debe realizarse en personas mayores de 20 años de edad y particularmente en aquellas con sobrepeso y obesidad, sedentarismo, con familiares de primer grado con diabetes, ≥ 65 años de edad y mujeres con antecedentes de productos de mas de 4 kg., o con diabetes gestacional. La detección permite identificar a las personas en riesgo, a los diabéticos no diagnosticados, así como a los individuos con alteración de la glucosa.

La detección debe hacerse aplicando primero la escala de factores de riesgo. A los

individuos clasificados en la EFR como de alto riesgo, se les debe practicar una glucemia capilar en ayuno o, una glucemia capilar casual. Si en el primer caso la glucemia es >110 mg/dl o, en el segundo, es >140 mg/dl, se solicita confirmación diagnóstica.

La confirmación se da a partir de los siguientes criterios: presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual ≥ 200 mg/dl ($11,1$ $\mu\text{mol/l}$); glucemia plasmática en ayuno ≥ 126 mg/dl (7 $\mu\text{mol/l}$); o bien glucemia ≥ 200 mg/dl ($11,1$ $\mu\text{mol/l}$) a las dos horas después de carga oral de 75 g de glucosa disuelta en agua.

La Guía para la Detección Integrada de Diabetes e Hipertensión Arterial emitida por la Secretaría de Salud del Estado (S/f:3-4), establece que el procedimiento de detección consiste en dos etapas: 1) la aplicación del cuestionario sobre factores de riesgo "Tiene diabetes y no lo sabe" a todo la población mayor de 20 años. A los individuos con calificación menor a 10, se recomienda su aplicación nuevamente en dos años. 2) A los individuos con calificación mayor a 10 se les aplica glucemia capilar de tipo casual. Quienes obtienen valores mayores o iguales a 110 mg/dl en glucemia capilar pasan a confirmación de diabetes.

El tratamiento tiene el propósito de aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones. El médico debe elaborar un plan de manejo integral para el paciente que debe incluir tratamiento no farmacológico y farmacológico. Se recomienda que el manejo inicial sea con tratamiento no farmacológico aplicándolo de manera estricta durante por lo menos 6 meses. En caso necesario utilizar tratamiento farmacológico combinado con no farmacológico y posteriormente dependiendo del curso clínico utilizar los fármacos de manera auxiliar y, en la medida de lo posible, controlar exclusivamente con medidas no farmacológicas.

La atención médica para usuarios por diabetes.

De acuerdo con la norma en cada consulta médica se debe registrar en el expediente clínico datos como complicaciones cardiovasculares, alimentación habitual, actividad física, e incluso actividad laboral, tratamiento, presencia de complicaciones agudas, infecciones en piel, pies, dentales, genitourinaria, exploración de fondo de ojo, pulsos en miembros inferiores, soplos carotídeos, examen de los pies (buscando cambios en sitios de apoyo, micosis, forma de las uñas), neuropatía alteraciones en la sensibilidad profunda, neuropatía, búsqueda de otros factores de riesgo cardiovascular, antecedentes gineco-obstétricos y participación en programas de educación en diabetes.

La evaluación del usuario se completará con pruebas como glucemia de ayuno, colesterol, triglicéridos, colesterol HDL, albuminuria (en caso negativo microalbuminuria), creatinina, examen general de orina y electrocardiograma.

La base del tratamiento no farmacológico es la dieta y el ejercicio. Respecto a la dieta se señala que debe ser variada, suficiente en consumo de verduras y frutas, hidratos de carbono complejos, fibra y restrictiva en el consumo de grasas y azúcares simples (miel,

jaleas, dulces), permitir los edulcorantes no nutritivos, como aspartame, acesulfame de potasio, sucralosa y sacarina. Se recomiendan comidas complementarias (colaciones), con el propósito de mantener normales las concentraciones de glucosa en la sangre.

La restricción del consumo de alcohol es recomendable en todos los pacientes, pero principalmente en aquellos sin control metabólico, obesos, e hipertensos o con hipertrigliceridemia.

Con respecto al ejercicio debe tenerse especial cuidado con los casos más de 10 años de evolución clínica y cuando están presentes otros factores de riesgo cardiovascular, complicaciones microvasculares, enfermedad vascular de miembros inferiores, neuropatía autonómica o historia de hipoglucemias severas, Retinopatía proliferativa con el fin de evitar la precipitación de una hemorragia vítrea. No se recomienda ejercicio moderado a intenso en sujetos con albuminuria. Con lesiones en los pies, puntos de apoyo incorrectos, hipotensión postural, taquicardia persistente.

Se recomienda la realización de caminata, natación o andar en bicicleta. Si se detecta una glucemia >250 mg/dl o cetosis, debe controlarse esta glicemia a fin de incorporarse al ejercicio.

El paciente con diabetes debe portar una identificación al momento de realizar ejercicio fuera de su domicilio y traer consigo alguna fuente de carbohidratos simples para tratar rápidamente una hipoglucemia. El horario de ejercicio debe ser acorde al tratamiento hipoglucemiante.

El control de la diabetes requiere una modificación de los estilos de vida, por lo que la educación del usuario es parte indispensable del tratamiento. La educación debe incluir aspectos relativos a la enfermedad y sus complicaciones, factores de riesgo, metas del tratamiento, el automonitoreo, la prevención y vigilancia de complicaciones. La educación debe extenderse a los familiares, no sólo para que apoyen al paciente a efectuar los cambios necesarios en su estilo de vida, sino porque comparten factores de riesgo.

Para el manejo del paciente diabético obeso, se recomienda utilizar preferentemente la metformina; e iniciar el tratamiento con una dosis de 500 a 850 mg al día, ajustando la dosis de acuerdo con la respuesta sin exceder de 3 g al día.

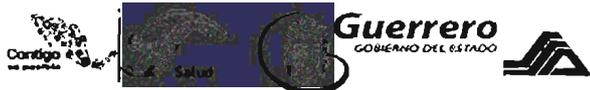
Para el paciente no obeso. Se usa tolbutamida (tabletas de 0,5 a 1,0 g), con una dosis inicial de 250 a 500 mg ajustandola de acuerdo con la respuesta, máximo de 3 g al día. Cloropropamida (tabletas de 250 mg), dosis inicial de 125 a 250 mg, ajustándola sin exceder 500 mg al día. Glibenclamida (tabletas de 5 mg), inicialmente 2.5 a 5.0 mg, hasta 20 mg al día como límite. Glimepirida (tabletas de 2 mg), su rango es de 1 a 8 mg en una sola toma al día. La dosis inicial es de 1 mg y se ajusta de acuerdo con el nivel de control metabólico.

La norma señala que para lograr una participación activa de las personas diabéticas en su autocuidado una vía para lograrlo son los grupos de ayuda mutua. Estos grupos deben ser la instancia que sirva para estimular en los diabéticos y sus familiares la adopción de estilos de vida saludable, realizar la actividad física, reafirmar la alimentación adecuada y

cumplimiento de las metas del tratamiento, los cuales deben de contar con el apoyo del personal de las instituciones de salud.

Los resultados esperados de la atención médica en usuarios por diabetes.

A nivel normativo la “Guía para la detección integrada de diabetes” (SSA, s/f:11) especifica como logros aceptables los siguientes porcentajes: 80% en detecciones, 10% en detecciones positivas los cuales a su vez “dependen de la prevalencia local de la enfermedad en los grupos de edad examinados”, y el 80% de casos ingresados para establecer el tratamiento correspondiente.



Carta de Derechos y Obligaciones de los Afiliados



PRESENTACIÓN

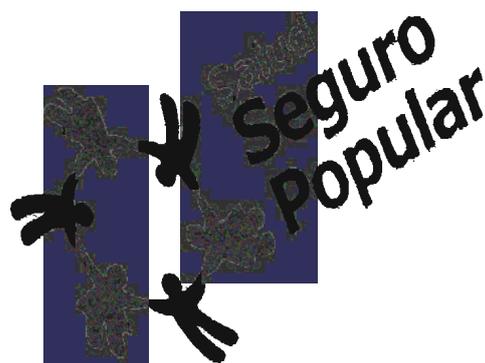
1.- LOS BENEFICIARIOS

2.- LOS DERECHOS

3.- LAS OBLIGACIONES

4.- EL CÁTALOGO DE SERVICIOS ESENCIALES DE SALUD

5. UBICACIÓN DE LAS UNIDADES DE SALUD



“Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la Ley aplicable y ante autoridad competente”.

Estimado Titular:

La Secretaría de Salud te felicita por la decisión que tomaste al afiliarte al Seguro Popular ahora, tu familia podrá recibir atención médica oportuna en el centro de salud y en el hospital de la región donde vives, sin desembolso al momento de la utilización, durante el periodo de vigencia de tu Seguro.

El Seguro Popular considerado como el brazo operativo del Sistema de Protección Social en Salud, tiene la finalidad de garantizar gradualmente el derecho a la protección sociales salud a todos los mexicanos que no cuenten con esta y decidan afiliarse voluntariamente.

El Gobierno Federal, los gobierno estatales y las familias beneficiarias, aportan los recursos necesarios para financiar de manera solidaria la atención médica que se brinda a las familias afiliadas.

El monto de las cuotas familiares se establece en función al ingreso de cada familia, sin embargo, la insuficiencia o carencia de este no será limitada para tener acceso al Sistema, ya que estas familias quedan exentas de pago.

El Seguro Popular garantiza que las familias afiliadas reciban consultas médicas en el centro de salud, o en caso necesario, consultas de especialidad, cirugía y atención hospitalaria, así como, medicamentos, estudios de laboratorio y gabinete, incluidos en el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES).

Por eso, es importante que cada integrante de tu familia conozca con detalle las acciones médicas incluidas en el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES), así como los derechos y obligaciones que tienen como afiliados al Seguro Popular y, de esta manera, colaboren con el personal médico aplicando las medidas preventivas, tratamientos y recomendaciones que les indique.

1.- LOS BENEFICIOS

La inscripción al Seguro Popular garantiza la protección en salud a los integrantes de la familia; es decir, el padre, la madre, los hijos menores de 18 años de algunos de los padres o de ambos. También incluye al padre y a la madre del titular o de su cónyuge, mayores de 64 años que vivan en el mismo hogar. Además, a los menores de 18 años que tengan parentesco de consanguinidad con el titular, a los hijos que sean discapacitados y dependan económicamente de sus padres o familiares, siempre y cuando vivan en el mismo hogar, tales como nietos, hermanos y sobrinos.

Se podrán incluir también a los hijos solteros de 18 a 25 años, que comprueben ser estudiantes de nivel medio superior o superior.

A las familias afiliadas se les hará entrega de la constancia de inscripción, que incluye los nombres de los integrantes de la familia afiliada y el periodo de vigencia. El titular podrá dar de alta a los hijos que nazcan durante el periodo de vigencia del Seguro, presentando en el Modulo de Afiliación y Orientación la CURP o el acta de nacimiento del recién nacido.

2.- LOS DERECHOS

Los beneficiarios del Seguro Popular tienen derecho a:

1. Recibir servicios integrales de salud especificados en el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES).
2. Recibir atención médica con trato digno, respetuoso y de manera igualitaria.
3. Recibir atención médica en el centro de salud, donde el personal médico podrá canalizar al paciente para su atención especializada, en caso necesario.
4. Ser atendido en caso de urgencia en cualquier de los hospitales del Sistema.
5. Recibir de acuerdo al diagnóstico, los medicamentos, estudios de laboratorio y de gabinete que correspondan al Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES).
6. Contar con la orientación sobre:
 - Las acciones médicas que incluye el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES).
 - Los procedimientos para recibir atención médica de los servicios incluidos en el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES).
 - Ubicación, funcionamiento y horarios de las unidades médicas.
7. Recibir información suficiente sobre el estado de salud y los padecimientos de manera veraz, oportuna y en un lenguaje comprensible.
8. Solicitar una segunda opinión, emitida por personal médico del Sistema, acerca del diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.
9. Decidir libremente sobre su atención médica.
10. Otorgar o no su consentimiento, suficientemente informado, a fin de aceptar o rechazar tratamientos o padecimientos médicos.
11. Contar en el Sistema con un expediente clínico, en el que se especifiquen de manera clara y precisa las acciones y el nombre de los profesionales que lo atendieron en cada uno de los servicios médicos, garantizando el uso confidencial y restringido de su expediente.
12. Presentar por escrito sus quejas o sugerencias ante el Módulo de Afiliación y Orientación, mismas que deberán ser atendidas en el plazo no mayor a 30 días.
13. Recibir la Tarjeta Única de Salud (TUSALUD) que lo identifica como beneficiario del Sistema y le proporciona acceso pleno a todos los servicios cubiertos por el mismo.
14. Recibir la Cartilla Nacional de Salud que les corresponda, de acuerdo a su edad y sexo.
15. No pagar cuotas de recuperación por las acciones de salud incluidas en el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES).

3.- LAS OBLIGACIONES

1. Los titulares del Seguro Popular deberán proporcionar, a través de la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH), los datos fidedignos y

complejos de los miembros de su familia, para integrar el padrón de beneficiarios y presentar copias del original de los documentos de identificación del titular y de cada integrante de su familia.

2. Los beneficiarios deberán solicitar para su conocimiento, la información detallada y precisa de las acciones que se incluyen en el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES). Al personal de los Módulos de Afiliación y Orientación.
3. También deberán solicitar la orientación acerca de la unidad de salud que les corresponde; así como de su ubicación, horario y procedimientos para otorgar las consultas y los servicios de farmacia, laboratorios, estudios y referencia al hospital, así como, colaborar para conservar las instalaciones en buen estado.
4. Los beneficiarios deberán hacer uso responsable de los servicios de salud.
5. Los beneficiarios deberán dar trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo de los servicios de salud.
6. Los beneficiarios deberán colaborar con el personal de salud para facilitar la prestación del servicio médico, ajustándose a los horarios, procedimientos establecidos y proporcionando la información veraz sobre los antecedentes de sus padecimientos, necesidades y problemas de salud, para facilitar su oportuno diagnóstico y tratamiento.
7. Los beneficiarios serán responsables de participar activamente en el cuidado de su salud, llevando a las prácticas las actividades que les indique el personal médico para desarrollar conductas saludables y para prevenir enfermedades.
8. Los beneficiarios deberán cumplir con los tratamientos y recomendaciones que el personal médico les indique.
9. Los beneficiarios deberán presentar su credencial TUSALUD para identificarse como afiliados al Sistema y comprobar la vigencia de sus derechos.
10. Los beneficiarios deberán presentar su Cartilla Nacional de Salud en toda atención médica que soliciten.
11. Los líderes de las familias beneficiarias deberán continuar participando en las actividades establecidas de manera conjunta para apoyar al funcionamiento de las unidades de salud.
12. Los titulares de las familias beneficiarias del Programa Desarrollo Humano Oportunidades, al momento de afiliarse al Seguro Popular, deberán continuar cumpliendo con todas las acciones de corresponsabilidad relativas al componente de salud para recibir los apoyos que ese programa les ofrece.
13. Los titulares del Seguro Popular avisar cuando alguno de los miembros de la familia se incorpore a alguna de las instituciones federales o estatales de seguridad social.
14. Los beneficiarios deberán solicitar al personal médico información acerca de los riesgos y alternativas del tratamiento o intervención quirúrgica correspondiente.

15. El titular deberá solicitar al personal de los Módulos de Atención y Orientación la información para presentar alguna consulta o queja sobre los servicios del Seguro Popular.
16. El titular deberá notificar al personal de los Módulos de Atención y Orientación el nacimiento de un miembro de la familia cuando este ocurra en fecha posterior al inicio del periodo de vigencia, presentando la CURP o el acta de nacimiento correspondiente.
17. Las complicaciones de padecimientos podrán generar pagos (cuotas de recuperación) que deberá cumplir el asegurado.
18. Los titulares de las familias beneficiarias deberán acudir a los Módulos de Atención y Orientación para solicitar información acerca de los procedimientos de reafiliación treinta días antes del vencimiento de la vigencia de su seguro y entregar la cuota familiar correspondiente para el siguiente periodo.
19. Los beneficiarios deberán cumplir con las obligaciones establecidas, en caso de que realicen acciones que afecten el desarrollo del Seguro Popular, hagan mal uso de la credencial TUSALUD, se afecten los intereses de la institución o cuando proporcionen información falsa en el estudio socioeconómico, se le cancelaran los beneficios del Seguro Popular.

4. EL CATÁLOGO DE SERVICIOS ESENCIALES DE SALUD (CASES)

El Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES) contiene la relación de acciones médicas que tú y tu familia recibirán sin tener que pagar ninguna cuota en el momento de recibir la atención médica. En el catálogo también se describen los medicamentos necesarios y se especifican los exámenes de laboratorio y de gabinete que el médico podrá indicarte si lo considera necesario.

El catálogo está integrado actualmente por 154 servicios de salud que incluyen tanto el diagnóstico y tratamiento de algunas enfermedades, así como la rehabilitación en casos específicos, la orientación para prevenir enfermedades y accidentes, y la consulta para apoyar a las familias a mejorar su salud.

Al final de este documento se incluye la relación de estas acciones que como beneficiario del seguro recibirá tu familia en las unidades de salud a las que perteneces, según la región donde vives y que corresponden a los siguientes aspectos.

Servicios de Detección y Prevención

Se incluyen acciones dirigidas a prevenir enfermedades durante la línea de vida, a través de una serie de programas específicos en las Cartillas Nacionales de Salud del niño(a), adolescentes, de la mujer, del hombre y del adulto mayor, que incluyen entre otros servicios; vacunación, planificación familiar, detección de diabetes, hipertensión arterial y tuberculosis, así como promoción a la salud.

Servicios de consulta externa:

Las acciones de medicina general y de especialidades corresponden al diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas que se presentan en niños y adultos, también se incluyen la atención de algunas enfermedades crónico-degenerativas.

También comprenden los servicios de salud reproductiva ya que son muy importantes para la salud de las mujeres y de los recién nacidos; por lo tanto, contribuyen a lograr el bienestar familiar además de favorecer la posibilidad de una vida sexual y reproductiva satisfactoria y sin riesgo.

Las acciones de rehabilitación corresponden a los casos de fracturas no complicadas y parálisis facial así como la estimulación temprana del recién nacido prematuro.

Los servicios de odontología se dirigen a todos los miembros de la familia, niños y adultos para favorecer la formación de hábitos de higiene y la prevención de enfermedades dentales.

La atención de urgencias considera, entre otras, el manejo de lesiones en tejidos blancos, el tratamiento de esguinces y la atención a las fracturas de huesos largos. También incluye la atención médica en situaciones que pueden poner en riesgo la vida como intoxicaciones, picaduras o mordeduras de animales.

Se cuenta con servicios de cirugía y hospitalización programada, para la cual su Médico General deberá de solicitar la evaluación del especialista, con el objeto de confirmar su diagnóstico y programar los estudios o cirugía que correspondan.

Relación de acciones médicas:

El Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES) se encuentra a tu disposición, para su consulta, en los Módulos de Afiliación y Orientación.

A continuación se especifican las acciones médicas a que tiene derecho tu familia al estar afiliada al Seguro Popular.

CATÁLOGO DE SERVICIOS ESENCIALES DE SALUD

I. DETECCIÓN Y PREVENCIÓN

- 1 Vacuna oral tipo Sabin (contra la poliomielitis) 99.41 Administración de vacuna contra la poliomielitis
- 2 Vacuna pentavalente DPT, HB, Hib (contra difteria, tosferina, tétanos, hepatitis B, e infecciones invasivas por H. influenzae tipo B) 99.39I Administración de vacuna pentavalente (DPT, HB, Hib)
- 3 Vacuna triple viral SRP (contra sarampión, rubéola y parotiditis) 99.48 Administración de vacuna contra sarampión-parotiditis-rubéola
- 4 Vacuna Td (contra difteria y tétanos) 99.39I Administración de vacuna combinada de difteria-tétanos
- 5 Vacuna BCG (contra tuberculosis) 99.33 Vacunación contra tuberculosis
- 6 Detección y diagnóstico de tuberculosis Z11I Examen de pesquisa especial para tuberculosis respiratoria
- 7 Línea de vida: acciones preventivas para niñas, niños y adolescentes Z000 Examen médico general
- 8 Línea de vida: acciones preventivas para el hombre Z000 Examen médico general
- 9 Línea de vida: acciones preventivas para la mujer Z000 Examen médico general
- 10 Línea de vida: acciones preventivas para el adulto mayor Z000 Examen médico general
- 11 Examen físico para mujeres mayores de 40 a 49 años (cada 3 años) Z000 Examen médico general
- 12 Examen físico para hombres mayores de 40 a 49 años (cada 3 años) Z000 Examen médico general

II. MEDICINA AMBULATORIA

- 13 Diagnóstico y tratamiento de sarampión B059 Sarampión
- 14 Diagnóstico y tratamiento de varicela B019 Varicela
- 15 Diagnóstico y tratamiento de rubéola B069 Rubéola
- 16 Diagnóstico y tratamiento de esofagitis por reflujo K21 Enfermedad del reflujo gastroesofágico

- 17 Diagnóstico y tratamiento de gastritis aguda K291 Gastritis aguda
- 18 Diagnóstico y tratamiento de úlcera péptica K25 Úlcera gástrica
- 19 Diagnóstico y tratamiento de colitis no infecciosa K52 Colitis y gastroenteritis no infecciosas
- 20 Diagnóstico y tratamiento del síndrome de colon irritable K58 Síndrome de colon irritable
- 21 Diagnóstico y tratamiento farmacológico de amebiasis intestinal A06 amebiasis
- 22 Diagnóstico y tratamiento farmacológico de giardiasis A71 Giardiasis (lambliasis)
- 23 Diagnóstico y tratamiento farmacológico de equistosmiasis (bilharziasis) B65 Equistosmiasis (bilharziasis)
- 24 Diagnóstico y tratamiento farmacológico de equinococosis B67 Equinococosis
- 25 Diagnóstico y tratamiento farmacológico de teniasis B68 Teniasis
- 26 Diagnóstico y tratamiento farmacológico de filariasis B74 Filariasis
- 27 Diagnóstico y tratamiento farmacológico de triquinosis B75 Triquinosis
- 28 Diagnóstico y tratamiento farmacológico de anquilostomiasis y necatoriasis B76 Anquilostomiasis y necatoriasis
- 29 Diagnóstico y tratamiento farmacológico de ascariasis B77 Ascariasis
- 30 Diagnóstico y tratamiento farmacológico de estrongiloidiasis B78 Estrongiloidiasis
- 31 Diagnóstico y tratamiento farmacológico de tricuriasis B79 Tricuriasis
- 32 Diagnóstico y tratamiento farmacológico de enterobiasis B80 Enterobiasis
- 33 Diagnóstico y tratamiento de rinofaringitis aguda (resfriado común) J00 Rinofaringitis aguda (resfriado común)
- 34 Diagnóstico y tratamiento de faringitis aguda J02 Faringitis aguda
- 35 Diagnóstico y tratamiento de amigdalitis aguda J03 Amigdalitis aguda
- 36 Diagnóstico y tratamiento de laringitis y traqueitis agudas J04 Laringitis y traqueitis agudas
- 37 Diagnóstico y tratamiento de diarrea aguda A09 Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
- 38 Diagnóstico y tratamiento de gastroenteritis infecciosa A09 Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
- 39 Diagnóstico y tratamiento de fiebre tifoidea A010 Fiebre tifoidea
- 40 Diagnóstico y tratamiento de fiebre paratifoidea A014 fiebre paratifoidea
- 41 Diagnóstico y tratamiento de celulitis L03 Celulitis A46 Erisipeta
- 42 Diagnóstico y tratamiento de micosis superficiales B36 Micosis superficiales
- 43 Diagnóstico y tratamiento de dermatitis atópica L20 Dermatitis atópica
- 44 Diagnóstico y tratamiento de dermatitis seborreica L21 Dermatitis seborreica
- 45 Diagnóstico y tratamiento de dermatitis del pañal L22 Dermatitis del pañal
- 46 Diagnóstico y tratamiento de dermatitis alérgica de contacto L23 Dermatitis alérgica de contacto
- 47 Diagnóstico y tratamiento de dermatitis de contacto por irritantes L24 Dermatitis de contacto por irritantes
- 48 Diagnóstico y tratamiento de dermatitis exfoliativa L26 Dermatitis exfoliativa
- 49 Diagnóstico y tratamiento de pediculosis y phthiriasis B85 Pediculosis y phthiriasis
- 50 Diagnóstico y tratamiento de escabiasis B86 Escabiasis
- 51 Diagnóstico y tratamiento de conjuntivitis H10 Conjuntivitis
- 52 Diagnóstico y tratamiento de otitis media no supurativa H65 Otitis media no supurativa
- 53 Diagnóstico y tratamiento de otitis media supurativa H66 Otitis media supurativa y la no especificada
- 54 Diagnóstico y tratamiento de sinusitis aguda J01 Sinusitis aguda
- 55 Diagnóstico y tratamiento de infección de cistitis N30 Cistitis
- 56 Diagnóstico y tratamiento de infección de uretritis y síndrome uretral N34 Uretritis y síndrome uretral
- 57 Diagnóstico y tratamiento de vaginitis aguda N760 Vaginitis aguda
- 58 Diagnóstico y tratamiento de vaginitis subaguda y crónica N761 vaginitis subaguda y crónica
- 59 Diagnóstico y tratamiento de vulvitis aguda N762 Vulvitis aguda
- 60 Diagnóstico y tratamiento de sífilis A50 Sífilis congénita A51 Sífilis precoz A52 Sífilis tardía
- 61 Diagnóstico y tratamiento de gonorrea A54 Infección gonocócica
- 62 Diagnóstico y tratamiento de candidiasis B37 Candidosis
- 63 Diagnóstico y tratamiento de infecciones por clamidia A55 Linfogramuloma venéreo por clamidias
- 64 Diagnóstico y tratamiento de infecciones por trichomona A59 Tricomoniasis
- 65 Diagnóstico y tratamiento farmacológico (**ambulatorio**) de diabetes mellitus 2 E11 Diabetes mellitus no insulino dependientes
- 66 Diagnóstico y tratamiento farmacológico (**ambulatorio**) de diabetes mellitus 1 E10 Diabetes mellitus insulino dependientes
- 67 Diagnóstico y tratamiento del hipertiroidismo E05 Hipertiroidismo
- 68 Diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo congénito E039 Hipotiroidismo congénito
- 69 Diagnóstico y tratamiento farmacológico (**ambulatorio**) de hipertensión arterial Z013 Examen de la presión sanguínea Hipertensión esencial (primaria)
- 70 Diagnóstico y tratamiento de gota M10 Gota
- 71 Diagnóstico y tratamiento de anemia ferropriva D50 Anemia por deficiencia de hierro
- 72 Diagnóstico y tratamiento de osteoartritis M15 Osteoartritis
- 73 Diagnóstico y tratamiento de artritis reumatoide M05 Artritis reumatoide
- 74 Diagnóstico y tratamiento del asma en niños J45 Asma
- 75 Diagnóstico y tratamiento del asma en adultos J45 Asma

76 Diagnóstico y tratamiento farmacológico de epilepsia G40 Epilepsia

III. ODONTOLOGÍA

77 Prevención de caries (curetaje, odontoxesis y aplicación tópica de flúor) Z012 Examen odontológico

78 Sellado de fosetas y fisuras dentales K02 Caries dental

79 Eliminación de focos de infección, abscesos y restos radiculares K02 Caries dental, K05 Gingivitis y periodontitis

80 Extracción de piezas dentarias (no incluye tercer molar) K02 Caries dental

IV. SALUD REPRODUCTIVA

81 Métodos temporales de planificación familiar: dispositivo intrauterino Z301 inserción de dispositivo anticonceptivo (intrauterino)

82 Métodos definitivos de planificación familiar: vasectomía 63.73 Vasectomía

83 Métodos definitivos de planificación familiar: salpingoclasia 66.3 Oclusión bilateral de las trompas de Falopio

84 Diagnóstico y tratamiento de dismenorrea N944 Dismenorrea primaria

85 Atención del climaterio y menopausia N951 Menopausia y trastornos postmenopáusicos

86 Diagnóstico y tratamiento de displasia cervical leve (NIC-I) N870 Displasia cervical leve (NIC-I)

87 Diagnóstico y tratamiento de displasia cervical moderada (NIC-II) N871 Displasia cervical moderada (NIC-II)

88 Diagnóstico y tratamiento de displasia cervical severa (NIC-III) N872 Displasia cervical severa (NIC-III)

89 Diagnóstico y tratamiento de carcinoma in situ del cuello del útero D06 Carcinoma in situ del cuello del útero

V. PARTO Y RECIÉN NACIDO

90 Examen y prueba del embarazo Z32 Examen y prueba del embarazo

91 Atención del embarazo normal (atención prenatal) Z34 Supervisión de embarazo normal

92 Atención del parto normal 080.9 Parto espontáneo

93 Atención del puerperio normal Z39 Examen y atención del posparto

94 Atención del recién nacido normal Z370 Recién nacido vivo

95 Atención del parto por cesárea y del puerperio quirúrgico 082.9 Cesárea Z39 Examen y atención del posparto

96 Estimulación temprana del recién nacido normal y del prematuro Z50 Atención por el uso de procedimientos de rehabilitación

VI. REHABILITACIÓN

97 Rehabilitación de fracturas Z50 Atención por el uso de procedimientos de rehabilitación

98 Rehabilitación de parálisis facial Z50 Atención por el uso de procedimientos de rehabilitación

VII. URGENCIAS

99 Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por benzodiazepinas Y471 Efectos adversos de benzodiazepinas

100 Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por fenotiazinas Y493 Efectos adversos de antipsicóticos y neurolepticos fenotiazínicos

101 Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por alcaloides T543 Efectos tóxico de sustancias alcaloides

102 Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda alimentaria A05 Intoxicación alimentaria bacteriana A050 Intoxicación alimentaria estafilococcica

103 Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda por salicilatos Y451 Efectos adversos de salicilatos

104 Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda por alcohol metílico T51 Efecto tóxico de alcohol

105 Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por organofosforados T600 Efecto toxico de insecticidas organofosforados y carbamatos

106 Diagnóstico y tratamiento de mordedura de serpiente T630 Efecto tóxico del veneno de serpiente

107 Diagnóstico y tratamiento del alacranismo T632 Efecto tóxico por veneno de escorpión (alacrán)

108 Manejo de lesiones traumáticas de tejidos blandos (curación y suturas) S01 Herida de la cabeza, S11 Herida del cuello, S21 Herida del tórax, S31 Herida del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis, S41 Herida del hombro y del brazo, S51 Herida del antebrazo y del codo, S61 Herida de la muñeca y de la mano, S71 Herida de la cadera y del muslo, S81 Herida de la pierna, S91 Herida del tobillo y del pie

109 Manejo de mordedura y prevención de rabia en humanos W.54 Mordedura o ataque de perro

VIII. HOSPITALIZACIÓN

110 Diagnóstico y tratamiento de pielonefritis N10 Pielonefritis aguda

111 Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis J21 bronquiolitis aguda

112 Diagnóstico y tratamiento de meningitis G00 Meningitis bacteriana G03 Meningitis debida a otras causas

113 Diagnóstico y tratamiento de neumonía de comunidad en niños J13 Neumonía debida a Streptococcus pneumoniae

J14 Neumonía debida a Haemophilus influenzae, J18 Neumonía no especificada

114 Diagnóstico y tratamiento de neumonía de comunidad en el adulto mayor J13 debida a Streptococcus pneumoniae

J14 Neumonía debida a Haemophilus influenzae, J18 Neumonía no especificada

115 Diagnóstico y tratamiento del absceso hepático amebiano K750 Abscesó del hígado

- 116 Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria N71 Enfermedad inflamatoria pélvica
 117 Diagnóstico y tratamiento del aborto incompleto (no complicado) 003 Aborto espontáneo, 006 aborto no especificado
 118 Diagnóstico y tratamiento de la litiasis renal y ureteral N20 Cálculo del riñón y del uréter
 119 Diagnóstico y tratamiento de la litiasis de vías urinarias inferiores N21 Cálculo de las vías urinarias inferiores

IX. CIRUGÍA

- 120 Colectomía abierta 51.22 Colectomía abierta
 121 Colectomía laparoscópica 51.23 Colectomía laparoscópica
 122 Apendicectomía K35 Apendicitis aguda 47.0 Apendicectomía
 123 Hernioplastia crural 53.0 Reparación de hernia femoral unilateral 53.1 Reparación de hernia femoral bilateral
 124 Hernioplastia inguinal 53.0 Reparación de hernia inguinal unilateral 53.1 Reparación de hernia inguinal bilateral
 125 Hernioplastia umbilical K42 Hernia umbilical
 126 Hernioplastia ventral K43 Hernia ventral
 127 Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del absceso rectal K61 Absceso rectal
 128 Diagnóstico y tratamiento de quirúrgico de fistula y fisura anal K60 Fisura y fistula de las regiones anal y rectal
 129 Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de mioma uterino D259 Leiomioma de útero
 130 Histerectomía total abdominal 68.4 Histerectomía total abdominal
 131 Histerectomía vaginal 68.5 Histerectomía vaginal
 132 Plastia vaginal anterior N81 Prolapso general uterino
 133 Prostatectomía abierta N40 Hiperplasia de la próstata 60.0 Operaciones sobre próstata
 134 Resección transuretral de próstata N40 Hiperplasia de la próstata 60.0 Operaciones sobre próstata
 135 Cirugía de cataratas para uno o ambos ojos (Con extracción y colocación de lente intraocular) H25 Catarata senil
 H26 otras cataratas 13.19 Extracción de catarata 13.7 Extracción de catarata con inserción de cristalino protésico
 136 Cirugía de alargamiento muscular para estrabismo H49 Estrabismo 15.21 Operación de alargamiento sobre un músculo extraocular
 137 Cirugía de acortamiento muscular para estrabismo H49 Estrabismo 15.21 Operación de acortamiento sobre un músculo extraocular
 138 Resección de pterigión H 110 Pterigión
 139 Cirugía reconstructiva para fisura de paladar (palatoplastia) Q35 Fisura del paladar Q37 Fisura del paladar con labio leporino 27.54 Reparación de labio fisurado
 140 Cirugía reconstructiva para labio leporino
 141 Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la hipertrofia congénita de piloro Q400 Estenosis hipertrófica congénita de piloro
 142 Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del pie equino en niños Q660 Pie equino
 143 Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la luxación congénita de cadera Q65 Deformidades congénitas de la cadera
 144 Diagnóstico y tratamiento de esguince cervical S134 Esguince y torcedura de la columna cervical
 145 Diagnóstico y tratamiento de esguince de la rodilla S836 Esguince y torcedura de la rodilla
 146 Diagnóstico y tratamiento de esguince de muñeca y mano S637 Esguince y torcedura de muñeca y mano
 147 Diagnóstico y tratamiento de esguince de codo S534 Esguince y torcedura de codo
 148 Diagnóstico y tratamiento de esguince de hombro S434 Esguince y torcedura de la articulación del hombro
 149 Diagnóstico y tratamiento de esguince de tobillo y pie S934 Esguince y torcedura de tobillo y pie
 150 Diagnóstico y tratamiento de fractura de clavícula S420 Fractura de clavícula
 151 Diagnóstico y tratamiento de fractura de húmero (incluye material de osteosíntesis) S422 Fractura de epifisis superior de humero
 152 Diagnóstico y tratamiento de fractura de cúbito y radio (incluye material de osteosíntesis) S52 Fractura del antebrazo
 153 Diagnóstico y tratamiento de fractura de tibia y peroné (incluye material de osteosíntesis) S82 Fractura de la pierna
 154 Diagnóstico y tratamiento de fracturas diafisarias de fémur (incluye material de osteosíntesis) S72 Fractura de fémur

5.- Ubicación de las unidades de salud

Centro de salud _____
 Nombre _____
 Domicilio _____
 Horario _____
 Hospital General _____
 Nombre _____
 Domicilio _____
 Horario _____

Anexo No. 8

Numero de casos referidos al Hospital General de Chilapa por diabetes mellitus en 2005

Mes	Total	Por Diabetes	%
Enero	19	0	0
Febrero	29	0	0
Marzo	15	0	0
Abril	33	0	0
Mayo	36	1	2,78
Junio	27	1	3,70
Julio	34	2	5,88
Agosto	35	2	5,71
Septiembre	42	3	7,14
Octubre	78	4	5,13
Noviembre	90	3	3,33
Diciembre	82	0	0
Total	419	16	3,82

Fuente: Informe mensual de actividades del registro de referencias y contrareferencias de pacientes 2005 departamento de estadística del Hospital General de Chilapa

Características de los usuarios referidos a 2 nivel por Diabetes Mellitus 2005

Mes	Sexo	Edad	Motivo	Observaciones
Enero	0	0	No hubo referencias	
Febrero	0	0		
Marzo	0	0		
Abril	0	0		
Mayo	M	63 años	DM. Descompensado	
Junio	M	26 años	Cetoacidosis diabetica	
Julio	M	60 años	Pie diabetico	
	F	60 años	Transtorno metabolico	
Agosto	F	70 años	DMT2 descompensacion met.	
	F	53 años	DM Politraumatizada	
Septiembre	F	38 años	DMT2/24SG	Embarazada
	F	50 años	DMT2/ Descompensado	
	F	65 años	DMT2 Descompensado	
Octubre	F	38 años	DM/24SG Alto Riesgo	Embarazada
	M	60 años	Pie diabetico	
	M	62 años	Descompensación met.	
	M	47 años	DMT2 Litiasis renal	
Noviembre	F	27 años	Cetoacidosis diabetica/23SG	Embarazada
	F	70 años	DMT2 Descom. Hiperten. Art	
	F	25 años	DM/9SG Alto Riesgo	Embarazada
Diciembre	0	0	No hubo referencias	

Fuente: Informe mensual de actividades del registro de referencias y contrareferencias de pacientes 2005 Departamento de estadística del Hospital General de Chilapa

Anexo No. 9

Total de muertes registradas en el Municipio de Chilapa por Diabetes Mellitus, 2005.

Registro civiles del Municipio	No de muertes	No. Muertes por Diabetes Mellitus	%
Chilapa	191	21	7,64
Atzacualoya	5	0	0
El Jaguey	10	1	0,36
El Epazote	2	0	0
El Refugio	1	0	0
Hueycamtenango	2	0	0
Acatlan	4	1	0,36
Tlamixtlahuacan	2	0	0
Zelocotitlan	8	0	0
Cuonetzingo	8	2	0,73
Mexcalzingo	13	0	0
Ayahualulco	29	0	0
Total	275	25	9,09

Fuente: Departamento de estadística del Hospital de Chilapa

ANEXO No. 10

Características de la población adulta que falleció por diabetes mellitus en la ciudad de Chi

De la ciudad de Chilapa						
Sexo	Edad	Años de Padecimiento	Escolaridad	Estado Civil	Ocupacion	Causa de muerte
M	49	10 años	Prim. Incom.	casado	Campesino	Descompensación metabólica
F	65	4 años	S/Escol	casada	Ama de casa	Sangrado de tubo digestivo alto
M	65	5 años	S/Escol	casado	Campesino	Insuficiencia renal crónica
F	54	3 años	S/Escol	casada	Artesana	Edema agudo pulmonar
F	79	2 mese	S/Escol	viuda	Campesino	Cetoacidosis diabética
F	80	4 años	S/Escol	viuda	Campesino	Insuficiencia renal aguda
M	54	20 años	Profesional	casado	Profesor	Insuficiencia renal aguda
F	73	2 años	S/Escol	viuda	Ama de casa	Insuficiencia renal crónica
F	72	2 años	Prim. Incom.	casada	Ama de casa	Cetoasidosis diabética
F	61	25 años	Prim. comp.	casada	Ama de casa	Cetoasidosis diabética
F	57	12años	Prim. Incom.	casada	Trab. Domest	Descontrol metabólico
M	45	14 años	Sec. incom.	se ignora	Carpintero	Cetoacidosis diabética
F	70	10 años	Prim. Incom.	viuda	Comerciante	Cetoacidosis diabética
F	84	5 años	S/Escol	casada	Ama de casa	Diabetes descontrolada
F	54	6 meses	S/Escol	casada	Campesino	Cetoasidosis diabética
M	59	S/D	S/Escol	casado	Campesino	Falla orgánica múltiple
F	83	7 años	Prim. Incom.	casada	Ama de casa	Descompensación metabólica
F	64	1 años	S/Escol	viuda	Ama de casa	Descontrolado
M	51	5 años	Profesional	viuda	Licenciado	Edema agudo pulmonar

F	57	12 años	Prim. Incom.	casada	Ama de casa	Choque Séptico
M	62	2 años	Prim. Com.	casado	Empleado	Enfermedad vascular cerebral
Del resto del municipio						
M	75	5 años	S/Escol	viudo	Campesino	Enfermedad Vascular cerebral Hemorrágica
M	52	1 año	S/Escol	casado	Campesino	Diabetes Mellitus II Descompensada
M	56	S/D	S/Escol	casado	Campesino	Descontrol Metabólico
F	89	1 año	S/Escol	casado	Ama de casa	Falla orgánica múltiple

Fuente: Certificados de defunción del año 2005

Anexo No. 11

Características generales de los funcionarios entrevistados, 2006.

Funcionarios	Edad	Sexo	Profesión	Inst. de formación	Puesto	Ingresos por quincena	Años de servicio	
							CS	SS
TT04	38	F	Medica General	Instituto Politécnico Nacional	Medica Gral. de urgencias	3,500	CS 5	SS 9
TT05	38	F	Lic. en derecho	UAG	Jefa de farmacia	3,000	CS 20	SS 20
TT06	29	F	Lic. en Informática	Tecnológico de Chilpancingo	Admón. Centro de Salud Chilapa	3,000	CS 3m	SS 15
TT12	34	F	Médico General	1 año UAEM, resto UAG	Coord. Municipal de Salud.	6,400	CS 4m	SS 8
TT14	29	F	Medica General.	UAG	Medico Gestor del módulo de enlace del 1 y 2 nivel		CS 2	SS 2
TT15	54	M	Mtro. en Ciencias matemáticas	Universidad Nacional en Colombia	Subdir. Operación y Afiliación de la Dirección Estatal de Protección Social en Salud en Gro.		CS	SS 21
TT16	33	F	Medica General.	UAG	Coord. del programa de salud de adulto y adulto mayor a nivel Jurisdiccional	7,800	Juris 5	SS 9
TT17	50	M	Maestría en salud pública	Politécnico	Responsable del programa de adicciones	6,400	CS	SS 25
Total de años de servicio en la SS: 109= 13.6% años de servicio Promedio de edad 38								

Anexo No. 12
Características generales de los trabajadores entrevistados en el Centro de Salud de Chilapa, Guerrero, 2006.

Trabajadores	Edad	Sexo	Profesión	Inst. de formación	Puesto	Ingresos por quincena	Años de servicio	
T01	36	M	Q.B.P.	UAG	Jefe de laboratorio	\$3,200	CS 3	SS 7
T02	67	F	Enfermera	Cursos en Centro de Salud de la Secretaría de Salubridad en Cuernavaca	Enfermera General	\$4,500	CS 25	SS 42
T03	43	F	Médica General con especialidad en ultrasonografía	UAG	Médica General		CS 4	SS 18
T07	27	F	Enfermera General	Conalep de Chilapa	Enfermera General	\$3,800	CS 6	SS 6
T08	28	M	Médico General	UAG	Médico General	\$4,000	CS 2	SS 4
T09	52	F	Enfermera General	Conalep, Técnico en Enfermería General	Enfermera General "A"	\$3,700	CS 8	SS 20
T10	61	F	Enfermera General	Cursos en unidades médicas de la Secretaría en Chilpancingo	Enfermera General	\$4,900	CS 42	SS 42
T11	28	F	Médica General	UAG	Médico General	\$3,400	CS 8	SS 12
T13	32	F	Médica General	UAG	Médica General		CS 3	SS 7
Total de años de servicio en la SS: 17.5% Promedio de edad 41.5%								

Anexo No. 13

Características generales de los usuarios diabéticos entrevistados que reciben atención en el Centro de Salud de Chilapa, Guerrero, 2006.

Usuario	Sexo	Edad	Años Enf.	Lugar de Residencia	Escolaridad	Estado Civil	Ocupación	Ingreso diario
U01	F	59	9	El calvario (Chilapa)	Analfabeta	Casada	Ama de casa	S/I
U02	M	45	5	Acazacatla	S/E	Casado	Campesino	S/I
U03	F	60	3	14 Sur No. 812 Chilapa	Analfabeta	Casada	Ama de casa	S/I
U04	F	47	3	El terrero	Normal básica	Casada	Profa primaria	233
U05	F	47	8	Xochimilco	3ro. Prim	Casada	Ama de casa	S/I
U06	F	35	1	Santa Ana	Analfabeta	Casada	Ama de casa	40 temporada de siembra
U07	F	52	2	Barrio de San Juan Chilapa	2do. Prim	Casada	Ama de casa	S/I
U08	F	51	2	11 Oriente No. 1817 Chilapa	Primaria completa	Divorciada	Hace tortillas a mano	120
U09	F	45	6	La providencia Barrio San Juan Chilapa	Analfabeta	Casada	Empleada	58
U10	M	43	2	Barrio San Juan Chilapa	1ro. Prim	Casado	Taxista	105

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de a través de entrevistas a los usuarios.