

ANÁLISIS DEL USO DE LA TARJETA BINACIONAL DE SALUD DE TUBERCULOSIS EN USUARIOS Y PRESTADORES DE SERVICIO DE SALUD DE VERACRUZ.

Alumna: *Nesly Teresa Muñoz Cortés*

Directora de Tesis: *Dulce María Cinta Loaiza*

Asesor externo: *Fco. Javier Fuentes Domínguez*

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 Marco Contextual

1.1.1 Del Plan Nacional de Salud a las estrategias de salud para migrantes

Las naciones que tienen un gobierno representativo y democrático, se caracterizan por la toma de decisiones administrativas que responden a las necesidades que presenta su población, a través de lo que se conoce como política pública; la cual se constituye por líneas de acción emanadas del gobierno.

Para Joan Subirats (1989) citado por Aguilar Villanueva una política puede indicar varias cosas tales como:

Un campo de actividad gubernamental, un propósito general a realizar, una situación social deseada, una propuesta de acción específica, la norma o las normas que existen para una determinada problemática, el conjunto de objetivos y programas de acción que tiene el gobierno en un campo de cuestiones¹

La política pública al tener estos elementos indicativos requiere de una organización en sus recursos; así como la elaboración de procedimientos que permita realizar los objetivos que se propone alcanzar; como lo menciona Aguilar Villanueva "en primer lugar, una política es un comportamiento propositivo, intencional, planeado, no simplemente reactivo, casual. Se pone en movimiento con la decisión de alcanzar ciertos objetivos a través de ciertos medios: es una acción con sentido."¹

En México, la planeación de estas políticas se encuentra establecida en los artículos 25 y 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; el primer artículo hace referencia a la responsabilidad del Estado de la rectoría del desarrollo de la nación garantizando

que este sea integral y sustentable, el segundo artículo establece la facultad del Estado para proyectar el desarrollo nacional de una manera democrática y donde se encuentre la participación de los diversos sectores de la sociedad; así mismo establece que la ley facultará al Ejecutivo para que determine "los órganos responsables del proceso de planeación y las bases para que el Ejecutivo Federal coordine mediante convenios con los gobiernos de las entidades federativas e induzca y concierte con los particulares las acciones a realizar para su elaboración y ejecución"².

En Diciembre de 1982, durante la presidencia de Miguel de la Madrid Hurtado, el Congreso de la Unión decreta la Ley de Planeación donde se establecen las normas y principios básicos en los cuales se lleva a cabo la Planeación Nacional del Desarrollo, así como también que mediante la planeación se fijarán "objetivos, metas, estrategias y prioridades; se asignarán recursos, responsabilidades y tiempos de ejecución, se coordinarán acciones y se evaluarán resultados"³.

Como Planeación Nacional de Desarrollo se entiende la:

Ordenación racional y sistemática de acciones que, en base al ejercicio de las atribuciones del Ejecutivo Federal en materia de regulación y promoción de la actividad económica, social, política, cultural, de protección al ambiente y aprovechamiento racional de los recursos naturales, tiene como propósito la transformación de la realidad del país, de conformidad con las normas, principios y objetivos que la propia Constitución y la ley establecen³.

De acuerdo al capítulo IV de la Ley de Planeación, la categoría de plan queda reservada al Plan Nacional de Desarrollo; por lo que los objetivos, estrategias y prioridades, quedan delimitados en programas; en los que se establecen los lineamientos de política de carácter global, sectorial y regional.

Dentro del Plan Nacional de Desarrollo (2007-2012) se establece como premisa básica el Desarrollo Humano Sustentable para el desarrollo del país, así como los objetivos y prioridades bajo los cuales se rige la administración del Presidente Felipe Calderón; además consta de cinco capítulos correspondientes a los cinco ejes de política pública; donde se establecen sus objetivos y estrategias correspondientes, los cuales son:

1. Estado de derecho y seguridad
2. Economía competitiva y generadora de empleos
3. Igualdad de oportunidades
4. Sustentabilidad ambiental
5. Democracia efectiva y política exterior responsable⁴

Dentro de estos ejes de planeación, el apartado de igualdad de oportunidad abarca la materia de salud, para lo cual se desarrolló el Programa Nacional de Salud 2007-2012 denominado "Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud"; el cual consta de cinco objetivos prioritarios:

1. Mejorar las condiciones de salud de la población
2. Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente
3. *Reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables*
4. *Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal y*
5. *Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en México⁵*

Para poder cumplir con estos objetivos, se plantearon diez estrategias que ayudan al fortalecimiento de las funciones del Sistema Nacional de Salud; una de estas estrategias que ayuda a la rectoría efectiva del sector es la estrategia número cuatro referente a "Desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud" dentro de la cual en el planteamiento 4.9 establece que para lograr los objetivos del sector se debe realizar el aprovechamiento de la Cooperación Internacional en salud debido al incremento de la diseminación internacional de riesgos para la salud, lo cual se debe realizar a través de las siguientes acciones:

- a. Fortalecer la colaboración y cooperación con las Comisiones de Salud Fronteriza México- Estados Unidos y México-Guatemala en vigilancia y control

epidemiológico;

- b. Fortalecimiento de los vínculos multilaterales y bilaterales tanto para recibir como para dar ayuda;
- c. Promover la afiliación de familias de migrantes al Seguro Popular de Salud;
- d. Mejorar la atención otorgada a los connacionales enfermos en necesidad de ser repatriados;
- e. Fortalecer la participación activa de México en los principales organismos internacionales de salud⁵.

En relación con los retos que México enfrenta en su frontera norte se establece el diseño de estrategias que son de interés binacional tales como de promoción de estilos de vida saludable, establecimiento de iniciativas para la prevención, detección y control de riesgos emergentes, y eliminar enfermedades de rezago epidemiológico, dentro de las cuales, podemos encontrar el VIH/SIDA; tuberculosis y hepatitis.

La Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos/ Sección México para poder lograr esto, ha implantado tres estrategias importantes y dos de apoyo dentro de las cuales encontramos "el fortalecimiento de los sistemas de información sobre las condiciones de salud y los servicios de salud en la franja fronteriza y las iniciativas dirigidas a dar seguimiento y evaluar los programas binacionales desarrollados en la región".⁵

Esta política de cooperación binacional con los Estados Unidos, es resultado de los compromisos que México ha suscrito ante la Comunidad Internacional; así como de la fuerte relación que se ha dado por compartir una frontera común.

1.1.2 Migración mexicana hacia los Estados Unidos de América

México y Estados Unidos son los países donde la migración ha sido una constante de las relaciones entre ambas naciones desde hace más de un siglo y medio, sin embargo, dicho fenómeno se ha intensificado considerablemente en las últimas tres décadas. Los factores diversos como la vecindad geográfica, los estrechos lazos sociales y culturales, la creciente integración económica, y las intensas relaciones e intercambios entre ambos países hacen inevitable la generación de flujos migratorios⁶.

En 1909⁷, los presidentes de México y Estados Unidos, Porfirio Díaz y William Taft, firmaron un convenio para 1000 trabajadores para laborar en los campos de betabel; para

1917 se promulgó en Estados Unidos la ley Migratoria "Burnett" que buscaba detener el flujo de inmigrantes con bajo grado de escolaridad provenientes del este y sur europeo como consecuencia de la primera guerra mundial.

Entre los años 1942 a 1964, aproximadamente cinco millones de mexicanos⁸ llegaron a laborar a los campos agrícolas de los Estados Unidos; al instituir los Presidentes Manuel Ávila Camacho de México y Franklin Roosevelt de los Estados Unidos el "Programa Bracero"; siendo este uno de los programas más importantes en materia migratoria entre estas dos naciones.

Actualmente, para dicha relación bilateral, este es un tema sensible y de rezago, sin embargo, es uno de los más importantes debido a que en "Estados Unidos viven y trabajan alrededor de 10 millones de mexicanos, junto con otros 17 millones de ascendencia mexicana; por otro lado, 12 millones de indocumentados viven y trabajan en Estados Unidos, 56% son mexicanos, más de seis millones"⁹; por lo que México se ha visto en la necesidad de establecer acuerdos y de optar por una posición mucho más propositiva para buscar soluciones o medidas de acompañamiento para dicho fenómeno.

1.1.3 De acuerdos internacionales de salud migratoria a programas regionales de salud entre México-Estados Unidos

Existe una relación reconocida entre la migración y las enfermedades; debido a que los patrones de desplazamiento migratorio tienen impactos en la salud individual y en la salud pública; es por esto, que los países se han visto en la necesidad de instrumentar medidas y programas de salud a nivel de sujetos internacionales, organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales, legitimando en el contexto del derecho internacional medidas de atención en materia de salud y migración a través de la firma de tratados y acuerdos internacionales, dentro de los cuales podemos mencionar:

- Convención internacional sobre la protección de los derechos de los trabajadores migratorios y sus familias (1990)
- Plan de Acción de El Cairo (1994)
- Programa Interamericano para la promoción y protección de los Derechos de los Migrantes (2006)

En Materia subregional, encontramos que México ha signado:

- Conferencia Regional de Migración o Proceso Puebla (1996)
- Acuerdo entre el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno de los Estados Unidos de América para establecer una Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos (2001)
- Acuerdo entre el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno de la República de Guatemala para establecer una Comisión de Salud Fronteriza México-Guatemala (2006)

En el contexto nacional, vemos que las políticas públicas en materia de migración y salud, van mas hacia los connacionales radicados en el extranjero, entre los que podemos mencionar:

- Programa de Salud para el Migrante (2000)
- Programa de Repatriación de Connacionales (2000)
- Programa Vete Sano y Regresa Sano (2002)

Dentro de los esfuerzos binacionales realizados tenemos el programa "El estado de la salud a lo largo de la frontera México-Estados Unidos y soluciones alternativas a problemas de salud" firmado en 1978.

En el año 2000, el Secretario de Salud de México y la Secretaria de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos suscribieron la Declaración Conjunta Sobre Salud del Migrante; mediante la cual se busca desarrollar actividades de cooperación para atender las necesidades en salud que presentan los migrantes, a través de las siguientes actividades:

- Colaborar en la prevención y control de enfermedades y en la promoción de la salud.
- Reforzar el intercambio de información y de material bilingüe.
- Desarrollar programas de capacitación.
- Revisar la regulación vigente de cada país en materia de Salud Pública en ambos países que impacta directamente en los trabajadores migratorios¹⁰.

Estos instrumentos definen el marco dentro del cual trabajan los responsables de formular políticas interesados en los aspectos de salud de la gestión migratoria. A pesar de que algunos de estos instrumentos se aplican a las personas en general y no están específicamente diseñados para promover la salud de las poblaciones en desplazamiento, es importante asegurar que su aplicación incluya a las poblaciones en desplazamiento¹¹.

Como podemos observar, existen diversas políticas relacionadas con la salud y la migración, sin embargo, estas requieren una constante revisión y desarrollo con la finalidad de poder responder a los retos y cambios que la globalización ha marcado; por lo que se debe tomar en cuenta los perfiles y creencias de los migrantes para generar un acceso a los servicios de salud adecuados a ellos; ya que debemos recordar que muchos de estos ingresan al país de forma ilegal, por lo que se encuentran en una situación vulnerable y compleja.

1.4 La tuberculosis en la Frontera México-Estados Unidos

1.1.4 Situación de la tuberculosis a nivel internacional

La tuberculosis (Tb) es una enfermedad infectocontagiosa, la cual se transmite por vía aérea, al igual que el resfriado común; el agente causal de esta enfermedad es el bacilo conocido como *Micobacterium tuberculosis*. Sólo transmiten la infección las personas que padecen tuberculosis pulmonar. Al toser, estornudar, hablar o escupir, expulsan al aire los gérmenes de la enfermedad, conocidos como bacilos tuberculosos. Basta inhalar una pequeña cantidad de bacilos para contraer la infección¹².

De acuerdo a cálculos de la Organización Mundial de la Salud (OMS); en el año 2006 murieron entre 1,5 millones y dos millones de personas por Tb; se estima que ese mismo año se presentaron 9,2 millones de nuevos casos y 14,4 millones fueron casos prevalentes y 0,5 millones de casos presentaron Tb multiresistente¹³ donde la Región Africana reportó en morbilidad 1186800 casos y estimó 2529, sin embargo, fue la región que mayor número de muertes y mortalidad por habitante presentó¹³.

La región latinoamericana ocupa el tercer lugar en el número de infectados diagnosticando cada año 300 mil nuevos diagnósticos positivos, cada año con 25 mil muertes; siendo Brasil, Perú y México, los países que más casos nuevos reportan¹⁴.

1.1.4.1 La tuberculosis en México

De acuerdo a los datos proporcionados por el "Programa de acción para la prevención y control de la tuberculosis 2008"; en México en ese año se registraron 17143 casos nuevo de Tb en todas sus formas, 14455 fueron casos nuevos de Tb pulmonar, en el año 2008 (de manera preliminar) se registraron: 15386 casos de Tb pulmonar;

donde los estados con mayor incidencia fueron: Baja California (42.2), Chiapas (34.2), Tamaulipas (33.5), Aguascalientes (26.5), Nayarit (26.3), Sonora (25.9), Sinaloa (25.9), Baja California Sur (25), Guerrero (22.9), y Veracruz (22.6), y los estados con menor morbilidad fueron Estado de México (3.2), Tlaxcala (3.7), Quintana Roo (4.3), Guanajuato (4.6), Zacatecas (5.0)¹⁵.

En relación con la mortalidad, en el año 2007, se registraron 2176 defunciones, teniendo una tasa de 2 muertes por cada 100,000 habitantes, los estados que mayor mortalidad registraron fueron Baja California, Nayarit, San Luis Potosí, Oaxaca, Chiapas, Baja California Sur, Nuevo León y Veracruz¹⁵.

1.1.4.2 La tuberculosis en la frontera México-Estados Unidos

La Frontera entre México y Estados Unidos es de una longitud aproximada de 3200 kilómetros, donde cuatro estados de la Unión Americana (California, Arizona, Nuevo México y Texas) comparten este territorio con seis estados mexicanos (Baja California, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas); convirtiendo a esta zona en una de las más transitadas a nivel internacional debido a que aproximadamente 264 millones de personas la cruzan anualmente, teniendo un estimado de 1,1 millones de cruces al día.

Este cruce se da tanto por ciudadanos fronterizos (personas que viven en las ciudades fronterizas ya sea en Estados Unidos o en México) como por migrantes indocumentados, los cuales presentan un perfil socio demográfico de trabajadores de 20 a 35 años de edad, procedentes de estados expulsores tradicionales mexicanos como Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Zacatecas y Sinaloa; sin embargo, a este cruce de migrantes ilegales se han ido integrando nuevos estados a este fenómeno como lo son: Guerrero, Veracruz, Oaxaca, Chiapas, D.F., Estado de México, Hidalgo y Querétaro¹⁶.

Con el alto flujo de personas que esta frontera tiene; además con las condiciones de vida de los migrantes, así como la falta de acceso a los servicios de salud, consumo de alcohol y de drogas, el incremento de padecer enfermedades infectocontagiosas y de transmisión sexual, es muy alto; aunado a esto los factores sociales y económicos ayudan a que pacientes que se encuentran recibiendo algún tratamiento sean propensos a dejarlo; siendo éste el caso de la Tb, por lo que esta zona se

vuelve vulnerable ante ésta y otras enfermedades.

De acuerdo a datos de la Agenda Bilateral del Programa Frontera Saludable 2010 de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, la tuberculosis pulmonar es una de las principales enfermedades infecciosas de importancia para la salud pública en la frontera. La incidencia de tuberculosis en el periodo de 1995-2000 en México disminuyó 15 por ciento, mientras que en los estados fronterizos en el mismo periodo disminuyó cinco por ciento; por parte de los Estados Unidos, la tasa nacional en ese mismo periodo disminuyó 33 por ciento y 40 por ciento en la frontera¹⁷.

La Comisión de Salud Fronteriza menciona además, que la tasa de incidencia de Tb de ambos países en la frontera es más alta que la nacional ya que en México es de 15.7 mientras que en la frontera es de 33.4 casos por cada 100,000 habitantes; así mismo, en los Estados Unidos la tasa nacional fue de 5.8 mientras que la fronteriza fue de 10 casos por cada 100,000 habitantes¹⁷.

1.1.4.4 Programas Binacionales para control de la TB en la Frontera Norte

En el año 2003, por acuerdo de ambas naciones, se estableció el "Proyecto Binacional de los EUA y México para Referencia y Manejo de Casos de Tb"; sin embargo, este no es el único acuerdo existente entre las naciones para el control y manejo de TB.

Desde 1978, se han establecido programas para poder contrarlar la Tb en esta zona geográfica; un informe del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos denominado "Estado de la Salud a lo Largo de la Frontera México-Estados Unidos y Soluciones Alternativas a los Problemas de Salud" identificó entre sus áreas para acción intensiva el control de la tuberculosis¹⁸.

Así mismo, se han realizado diversas iniciativas tales como¹⁸:

- Creación de Diez contra la TB (1991).
- Creación de los proyectos binacionales de control de la tuberculosis en ciudades hermanas.
- Evaluación de proyectos binacionales de control de tuberculosis en ciudades hermanas por el Programa Nacional de Tuberculosis de México y el CDC.
- Implantación de CureTB, Proyecto binacional para el seguimiento y referencia de la tuberculosis (2002).
- Implantación del Proyecto TBNet de la Red de Clínicos

de Migrantes, proyecto binacional para el seguimiento y referencia de la tuberculosis (2000).

- Proyecto Binacional de los EUA y México para Referencia y Manejo de Casos de TB (2003).

1.1.4.5 Proyecto Binacional de los EUA y México para Referencia y Manejo de Casos de TB

El Proyecto Binacional de los EUA y México para Referencia y Manejo de Casos de TB fue creado en el año 2003 por iniciativa de ambos países con el fin de apoyar a los migrantes que se encuentran bajo tratamiento de tuberculosis activa; teniendo como objetivos¹⁸:

1. Demostrar que se puede proporcionar continuidad en la atención médica de pacientes que reciben tratamiento para tuberculosis activa durante sus traslados por la frontera México-Estados Unidos.
2. Fortalecer los resultados del tratamiento para los pacientes binacionales con tuberculosis iniciando tratamiento antes de trasladarse.
3. Mejorar la recolección de datos para pacientes en quienes se inició tratamiento antes de trasladarse.

Los organismos que se encuentran incluidos en este proyecto por parte de ambas naciones son: El Programa Nacional de Tuberculosis de México (PNT); Secretaría de Salud de México, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE); Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica (INDRE); Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC); Comisión Fronteriza de Salud México-Estados Unidos, Departamento de Servicios de Salud de California; Agencia de Servicios Humanos y de Salud del Condado de San Diego y su Programa CureTB; Departamento de Salud de Texas, División de Eliminación de la Tuberculosis; Distrito Ambiental y de Salud de la Ciudad-Condado de El Paso, Red de Clínicos de Migrantes y su programa TBNet; Programa Binacional de Prevención y Control de la Tuberculosis: "JUNTOS"; Centro de Salud Familiar La Fe, Departamento de Salud del Estado de Nuevo México; Instituto de Servicios de Salud de Baja California.

Para que los objetivos propuesto por el Proyecto Binacional de los EUA y México se puedan lograr, se estableció como herramienta la Tarjeta Binacional de Salud, la cual se utiliza en un sistema de información binacional más amplio para el manejo de los casos de Tb, el cual debe estar coordinado con ambos países; dicho proyecto se puso en marcha en el año 2003 teniendo

como puntos importantes: San Diego-Tijuana; El Paso-Las Cruces, Ciudad Juárez y Matamoros; así como otros siete estados mexicanos: Jalisco, Michoacán, Veracruz, Oaxaca, Coahuila, Sonora y Nuevo León.

Con el uso de la tarjeta binacional de salud, se busca contar con un análisis eficiente e integral proveniente de ambos países, esto ayudará a tener una detección efectiva de casos, así como un "seguimiento costo-efectivo a lo largo de la frontera, considerando el costo del tratamiento actual y la pérdida de horas de trabajo de una población en su edad más productiva".¹⁸

La Tarjeta Binacional de Salud es un documento que busca facilitar la continuidad en la atención de salud de pacientes que puedan cruzar la frontera México-Estados Unidos durante el tiempo de su tratamiento cuidando la confidencialidad y legalidad del intercambio binacional de la información.

La información con la que cuenta la tarjeta es la siguiente: en la parte frontal números de teléfonos gratuitos de los programas CureTB y TBNet en los Estados Unidos, así como el número telefónico gratuito del sistema de referencia binacional de Tb para el Programa de Tb en México, también cuenta con espacios para escribir números adicionales en caso de ser necesarios.

En el anverso, en la parte superior se encuentra el número de tarjeta, el cual incluye los códigos de los países, y un espacio en blanco el cual está destinado para el número de aquellas personas que hayan perdido la tarjeta o hayan cruzado la frontera en diversas ocasiones. Además cuenta con datos del lugar donde se recibió por primera vez el tratamiento (Unidad, Municipio, Estado, Jurisdicción y teléfono), fecha de inicio del tratamiento, fecha de la última dosis, esquema de tratamiento y si éste es un paciente que ha recibido el Tratamiento Estrictamente Supervisado (TAES).

Para que el paciente puede acceder a la Tarjeta Binacional de Salud es necesario que cumpla con varios requisitos, por lo que se han establecidos protocolos y flujogramas que ayudan a establecer los procedimientos para proporcionar la tarjeta:

1. Procedimientos estadounidenses para pacientes con Tb que se originan en los EUA y viajarán a México.
2. Procedimientos mexicanos para pacientes con tuberculosis que se originan en los EUA y viajarán a México.
3. Procedimientos mexicanos para pacientes con Tb que

se originan en México y viajarán a los EUA.

4. Procedimientos estadounidenses para pacientes con Tb que se originan en México y viajarán a los EUA.

En estos cuatro procedimientos se establecen los criterios de inclusión y exclusión para la distribución de dicha tarjeta, así mismo, se describen los pasos de acción a tomar para cada uno de los casos de manera detallada y formatos necesarios para obtener la mayor información sobre el paciente según sea el caso o procedimiento necesario.

La tarjeta ha sido diseñada para ofrecer atención médica y continuidad en el tratamiento de los pacientes migrantes con tuberculosis, así como evaluar el flujo migratorio de los pacientes. Por lo que su proceso de evaluación se divide en dos componentes:

1. Evaluación de los flujos migratorios a través de: la Tarjeta Binacional de Salud, Informe Semanal de Movimiento de la Tarjeta de Salud Mexicano y los Logbooks de los EUA; y la información proporcionada por EPI-TB^a en México, TIMS^b y CureTB en los Estados Unidos.
2. Medición del impacto de la atención médica proporcionada a los pacientes con tuberculosis a través de EPI-TB en México y TIMS en los Estados Unidos.

La evaluación se debe llevar a cabo cada tres meses, considerando que exista concordancia en los listados del Informe Semanal Mexicano, el logbook de los Estados Unidos y los sistemas formales de información (EPI-TB/CureTB/TIMS); la proporción existente entre el número de tarjetas distribuidas y el número total de pacientes atendidos con la tarjeta en México y Estados Unidos y finalmente, la situación epidemiológica de los pacientes migratorios con tuberculosis.

La información que arroja esta evaluación nos ayuda a conocer el funcionamiento de la tarjeta de acuerdo a las variables establecidas, así como el cumplimiento de los objetivos; sin embargo, no se analiza si esta es funcional o no funcional desde la perspectiva del usuario y del prestador de servicio.

1.2 Marco Teórico

a Actualmente Plataforma Única de Información

b Tuberculosis Information Management System: Programa utilizado para la Vigilancia y gestión de casos en los Programas de control de TB en los Estados Unidos, Distrito de Columbia y Diversas zonas de presentación de informes en el Pacífico y Caribe.

La metodología cualitativa, es aquella que utiliza la "observación y su propósito consiste en la reconstrucción de la realidad, se orienta hacia el proceso y desarrolla una descripción cercana a la realidad que se investiga"¹⁹

También se entiende como una "sucesión de operaciones y de manipulaciones técnicas intelectuales que un investigador hace experimentar a un objeto o fenómeno humano para hacer que surjan de él las significaciones tanto para él como para los demás"; su base proviene del paradigma comprensivo al considerar los fenómenos del ser humano como fenómenos de sentido "los cuales pueden ser comprendidos a través de la empatía;"²⁰, donde sus premisas fundamentales son el acceso al conocimiento de la realidad y comprender el punto de vista del informante .

Para Taylor y Bogdan, citados por Rodríguez *et al.* consideran a la investigación cualitativa como "aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable"²¹; la cual cuenta con varias características entre las que podemos mencionar²¹:

1. Es inductiva
2. El investigador ve al escenario y a las personas como un todo
3. El investigador es sensible a los efectos causados a las personas en estudio
4. Se trata de comprender a las personas dentro de su marco de referencia
5. El investigador aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones
6. Todas las perspectivas son valiosas
7. Los métodos son humanistas
8. Todos los escenarios y personas son dignos de estudio
9. Se da énfasis a la validez en la investigación

Cabe mencionar, que la investigación cualitativa surge en 1982 con Bogdan y Biklen, en el interés sobre una serie de problemas de sanidad, asistencia social, salud y educación, donde las causas fueron precisas de buscar en el impacto de la urbanización y la inmigración de grandes masas que se dio en esa época hacia los Estados Unidos²².

Para poder comprender las características de los diversos enfoques que rodean a la investigación cualitativa, esta se divide en niveles²¹: *Ontológico*: el cual considera a la realidad como una dinámica, global y contraída en un proceso de interacción la misma realidad. *Epistemológico*:

son los criterios que nos ayudan a determinar la validez del conocimiento; *Metodológico*: Se refiere a las diversas formas de investigación de la realidad; *Técnico*: Técnica utilizadas para poder recabar los datos de la situación.

Este tipo de investigación cuenta con un repertorio de paradigmas, métodos y estrategias; como paradigmas podemos encontrar el paradigma interpretativo, paradigma positivista; dentro de las teorías podemos encontrar el interaccionismo simbólico, indagación naturalista, positivismo y pospositivismo, fenomenología, estructuralismo.

El paradigma interpretativo, es aquel que centra su estudio en los significados de las acciones del hombre y de la vida social; por lo que tiene la finalidad de profundizar en el conocimiento y comprensión del porqué una acción o problema se percibe en la manera en que ocurre²¹.

La fenomenología es aquella que busca estudiar la realidad no establecida; como lo menciona Bullington y Karlson citados por Tesch en la "metodología de la investigación cualitativa": "la fenomenología es la investigación sistemática de la subjetividad"²¹; esta busca además describir los significados de la vida diaria del individuo.

De acuerdo a Cabrera, la teoría de la Acción Racional (TAR) creada por Ajzen y Fishbein, fue desarrollada para explicar comportamientos del individuo donde estos y sus intenciones resultan de procesos racionales, ya que la intención del sujeto de ejecutar una acción es resultado de dos determinantes: la actitud de éste está relacionada a las creencias sobre los resultados de realizar el comportamiento; mientras que el segundo proceso, se refiere a la percepción que éste tiene sobre las presiones sociales hacia un determinado comportamiento²³.

La Teoría del Comportamiento Planeado, la cual es una expansión de la TAR, nos da la explicación de que en muchas ocasiones la manera de actuar del individuo se debe a una deliberación sea voluntario o no, por que se ha incorporado un control percibido por las actitudes y normas sociales; esto genera el comportamiento planeado ya que se ve la "valoración perceptual que la persona hace de la facilidad o dificultad involucrada en la ejecución de un comportamiento"²³

Para Azjen, la acción humana se llevo a cabo por tres aspectos²⁴:

1. Creencias de comportamiento: Consecuencias de un probable comportamiento.
2. Creencias normativas: Expectativas normativas de otros.
3. Creencias controladas: La presencia de factores que para desempeñar un comportamiento pueden ser facilitadores u impedimentos.

El Interaccionismo Simbólico es un modelo que busca explicar la interacción social que tiene el individuo a través de la naturaleza de su personalidad; Ritzer se basa en Blumer para mencionar que existen dos formas básicas de interacción social: La interacción no simbólica y la Interacción simbólica; es así que para los interaccionistas, la importancia del pensamiento radica en los objetos (físico, sociales y abstractos) en donde lo que importa es la manera en cómo es definido por los actores; por lo que pone en práctica métodos de investigación que obtengan la mirada o punto de vista del actor²⁵.

Las realidades sociales del individuo son parte del significado que se le da a través de la interacción que se tiene de uno mismo, de los otros y de la situación social; lo cual se entiende de que "... las realidades sociales son construcciones cuyo significado se ha establecido por la participación de los sujetos en la interacción simbólica. Así, las interpretaciones individuales y colectivas pasan a ser socialmente convenidas e individualmente internalizadas²⁶"

A partir de la imagen que uno tiene de sí mismo y de los demás, es que sale una construcción de significados donde el más importante es el self o el sí mismo; el cual surge de la interacción del sujeto y el ambiente social; otro elemento es el otro generalizado, donde el individuo hace suyas las actitudes de los demás²¹.

Toda esta interacción se da a través del proceso de comunicación interpersonal, la cual está relacionada con la necesidad interna del individuo, exigencias y oportunidades que ofrecen los demás, por lo que tiene diversas funciones: de control donde el sujeto puede conseguir que los resultados de la interacción coincidan con sus deseos; de intercambio de información: el individuo ofrece algún recurso y recibe algo; de negociación interpersonal; el individuo demanda recursos que no posee para la satisfacción de sus necesidades; y de desarrollo de la propia identidad: donde se da la presentación, desarrollo y validación del propio autoconcepto determinado por: la asunción básica de roles, asunción reflexiva de roles, asunción apropiadora de los roles y asunción sinésica de roles²¹.

Para la realización de este estudio se tomará como base al paradigma interpretativo y a la teoría del interaccionismo simbólico ya que este nos ayudará a comprender la manera en como el uso de la Tarjeta Binacional de Salud es percibido tanto por el usuario como por el Prestador de Servicio de Salud de Veracruz; ya que se basa en el análisis de los procesos subjetivo y dado a que este presenta creencias, valores y comportamientos de medio de cada individuo, es la que mejor nos podrá ayudar a comprender dicho fenómeno.

Ahora bien, para comprender la manera en cómo las cosas son percibidas por el individuo basándonos en esta teoría existen diversos diseños, métodos y técnicas que nos ayudan a conocer y evaluar la perspectiva de los actores, podemos mencionar: diseño emergente, diseño proyectado, diseños de caso único y casos múltiples, como métodos tenemos estudios de caso, métodos históricos, biográficos, métodos documentales, Fenomenología, Etnografía, Teoría fundamentada, Interaccionismo simbólico y como técnica se encuentran la entrevista cualitativa, observación y experiencia personal.

1.3 Marco empírico

En el contexto de esta investigación; el "Proyecto Binacional de los EUA y México para referencia y manejo de casos de tuberculosis"; es la ocasión para analizar la percepción del uso de la "Tarjeta Binacional de Salud" ; de esta manera, se presentan experiencias relacionadas con la de percepción de programas a través de la mirada de los participantes (usuarios y prestadores); ya que existen pocos casos en la realización de estudios que analicen un programa a través de una "herramienta" tal como la tarjeta.

En el año 2007²⁷, en la República de El Salvador, se realizó un estudio para evaluar el impacto del programa SIBASI (Sistema Básico de Salud Integral) en la calidad de la atención en salud en El Salvador, utilizando metodología cualitativa para conocer la percepción de los Stakeholders (grupos de interés relevantes). La información fue recabada a través de la investigación de campo la cual consistió en entrevistas semiestructuradas, teniendo cuatro categorías de participantes (formuladores de política, miembros de la sociedad civil, administradores y personal del servicio SIBASI y, pacientes o usuarios potenciales. Además, se utilizaron grupos focales con los miembros de la comunidad para poder conocer las percepciones de estos; así como entrevistas

donde pudieron comprender la percepción sobre el impacto del programa en la calidad de los servicios de los formuladores de políticas; además de que se obtuvo la percepción sobre los impedimentos para el éxito del programa.

Lozano Cortés²⁸, en 2006, realizó un estudio sobre la evaluación cualitativa de los impactos del Programa Oportunidades, en alimentación, salud y educación en los municipios del sur de Yucatán (2004-2005); a través de la investigación cualitativa con el objetivo de entender a mayor profundidad a los beneficiarios así como conocer los avances en educación, salud y alimentación de los beneficiarios del Programa Oportunidades. Este estudio se llevó a cabo a dos años y medio de ponerse en práctica dicho programa, y fue evaluado entre los meses de septiembre de 2004 a julio de 2005; donde además de buscar a los beneficiarios se llevó a cabo la asistencia a diversas Asambleas del "Programa Oportunidades".

La técnica llevada a cabo para conocer la percepción del programa y sus beneficiarios por parte de los médicos, profesores y vocales de enlace fue la de entrevistas semiestructuradas, mientras que para las evaluaciones sociales a partir de la perspectiva de los beneficiarios se dio a través de los relatos; además, se utilizaron entrevistas abiertas no estructuradas con el objetivo de comprender las experiencias de vida y profundizar en acontecimientos y actividades que no pudieron ser observadas directamente; para obtener como resultado tal como el estudio lo menciona, "información valiosa" debido a que se pudo observar "desde adentro" las cosas que esta población realiza así como sus creencias y cómo el programa oportunidades ha impactado en su educación, alimentación y salud; sin embargo, se pudo observar que se necesita la creación de programas efectivos que ayuden a elevar la cantidad y calidad de la oferta educativa; además de que no se toman en cuenta los aspectos culturales y psicosociales que inciden en las elecciones, preferencias y conductas de los sujetos.

En otro contexto, se encontró que en el 2007²⁹, en Argentina, se realizó un estudio sobre la percepción del proceso salud-enfermedad-atención, en familias pobres de la Ciudad de Salta; con el objetivo de conocer sobre los aspectos que influyen en la baja utilización del sistema público de salud por parte de las familias pertenecientes al programa de Atención Primaria en Salud (APS); donde se encontró que la percepción de los problemas de salud están fuertemente condicionados a la valoración de la salud en el contexto sociocultural. Para lograr este estudio,

se aplicaron entrevistas a profundidad a las familias.

En Colombia, Carvajal *et al*³⁰, realizaron en el año 2002 un estudio para conocer las percepciones que los individuos clave del control de la tuberculosis tienen acerca de los efectos generados por la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (SGSSS); para lo cual utilizaron como técnica de recolección la entrevista semi-estructurada a los responsables de las acciones de control de tuberculosis del personal de salud tanto a nivel nacional como departamental y local, en los niveles políticos, administrativos, operativos y de asesoría.

En España en el año 2006, se realizó un estudio con dos objetivos, el primero consistía en conocer la percepción de las cuidadoras de niños con gran discapacidad en relación a la atención que recibían dentro del Sistema Sanitario de Andalucía y, el segundo objetivo consistió en identificar propuestas de mejora para la atención integral tanto para el niño como para sus cuidadoras.

Dicho estudio, consistió en la realización de grupos focales como técnica de recolección de datos; con las madres y padres de los niños diagnosticados con enfermedades que generan dependencia; donde se analizaron las opiniones con el fin de identificar los puntos fuertes y débiles, por lo que obtuvieron como resultados que las repercusiones de la enfermedad de los niños tanto en los padres como en sus familias tuvo un impacto total.³¹

En la Isla de Cuba en 1995, se realizó un estudio cualitativo³², sobre los conocimientos, percepciones y prácticas de grupos de población respecto a la tuberculosis, con el objetivo de posteriormente ayudar y facilitar al desarrollo de un estudio cuantitativo y obtener de manera rápida información sobre grupos de población con características diferentes; para esto se utilizaron como técnica un grupo de discusión en el cual se llevaba una guía de preguntas.

Dentro de los resultados que se obtuvieron fue conocer que los grupos tenían idea de la disminución hacia 10 años de esta enfermedad y su reciente aumento, así como síntomas y formas de contagio; además se vio que esta enfermedad es considerada como penosa e indeseable por lo que algunos de los participantes en el estudio consideran que el enfermo debe ser aislado en el hospital, mientras que otros consideran que estos pueden seguir el tratamiento en casa.

En el año de 1999³³, en el Estado de Chiapas en las

regiones Centro, Los Altos y Frontera; se realizó un estudio para conocer las percepciones y las prácticas que las personas enfermas de tuberculosis tienen en relación a la enfermedad y su adherencia al tratamiento; para esto, se llevaron a cabo once entrevistas grupales a personas que fueron diagnosticadas con tuberculosis en los años de 1997 y 1998.

Se abordaron temas relacionados con la historia del paciente, el desencadenamiento de la enfermedad, relación que se da entre el padecimiento y las condiciones socioeconómicas; para después realizar un análisis sobre lo recabado en los grupos focales.

Las conclusiones a las cuales llegaron es que el desconocimiento a la enfermedad fue la que llevó a obtener un mayor contagio en la comunidad, así como a la toma de una elección para el tratamiento, de la misma forma, se concluyó que la inadecuada relación médico-paciente ayudó al retraso del diagnóstico de dicha enfermedad.

En el año 2003³⁴, Alicia Riley de la Universidad de Stanford, realizó un estudio cualitativo denominado "Assessing use of the Binational Health Card for tuberculosis among patients in the San Diego-Tijuana Border Region", el cual tuvo como objetivo conocer qué características presentan los pacientes de la zona fronteriza San Diego-Tijuana que utilizaban la Tarjeta Binacional de salud de tuberculosis; por lo que se realizaron 43 entrevistas estructuradas a pacientes con tuberculosis activa, que estuvieran llevando su tratamiento en la Ciudad de Tijuana, que fueran titulares de la tarjeta y cruzaran la frontera de forma continua; buscando que estos dieran a conocer su percepción en relación a los obstáculos en el tratamiento.

Como resultado de este estudio, se obtuvo que dentro de los obstáculos para terminar el tratamiento se reportaba que para muchos de estos, la falta de dinero, sentimientos de timidez, calendario de trabajo, no estar dispuestos a tomar la cantidad de medicamentos establecidos para el tratamiento; eran los principales obstáculos para terminar el tratamiento, así mismo, reportaron que utilizaban la tarjeta binacional de salud de tuberculosis ya que esta les daba seguridad así como un estatus y una razón para realizar el cruce fronterizo.

En octubre de 2004, la epidemióloga Diana L. Schneider del Servicio de Salud Pública de los EEUU, Division of Immigration Health Services (DIHS) presentó en el Seminario

sobre migración y salud, la conferencia denominada "Continuidad de la terapia para tuberculosis (TB) para personas detenidas por U.S. Immigration and Customs Enforcement (ICE); en la cual hace mención a la Tarjeta Binacional estableciendo que de acuerdo a datos proporcionados por los Centros de EEUU del control y prevención de enfermedades (CDC) hasta el 30 de abril de 2004, 15% (42/274) de las tarjetas binacionales fueron expedidas en los centro de detención de IC; el 71% (30/42) de las personas que recibieron la tarjeta ha regresado a México³⁵.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La tuberculosis continúa siendo una importante causa de muerte a nivel internacional, ya que de acuerdo a datos de la OMS aproximadamente entre un millón y medio y dos millones de personas murieron por Tb en el año 2006, se estima que en ese mismo año se presentaron 9.2 millones de nuevos casos, 14.4 millones fueron casos prevalentes y 0.5 millones de casos presentaron Tb multiresistente¹².

En México, como se ha visto en el apartado 1.4.2, en el año 2008 se registraron de manera preliminar, 17 143 casos nuevos. En el estado de Veracruz, de acuerdo a datos presentados por el "Programa de Acción para la Prevención y Control de la Tuberculosis 2007"; se han presentado un promedio de 1907 casos de TB al año en los últimos cinco años.¹⁴

Con estos datos, Veracruz continúa siendo el estado con mayor número de casos detectados debido a las características heterogéneas de la población; además de ser una de las entidades que presenta mayor mortalidad por esta enfermedad, 3.5 muertes por cada 100 000 habitantes¹⁴.

En los últimos años Veracruz se ha convertido en un importante estado expulsor de migrantes hacia los Estados Unidos, lo que se puede observar de acuerdo a datos proporcionados por la Dirección General de Atención a Migrantes del Estado de Veracruz, basados en el Censo de Población y Vivienda del 2000, donde se reporta que Veracruz contaba con 390 600 migrantes; convirtiéndolo así en el quinto estado de la República Mexicana con mayor cantidad de emigrantes; se estima que al año expulsa alrededor de 25 mil migrantes, cada mes un total de 2083 y cada seis meses 12 500 migrantes³⁶.

Como se ha ido observando, la entidad veracruzana cuenta con una alto índice de casos de tuberculosis

y un alto flujo migratorio; este fue considerado para formar parte del "Proyecto Binacional de los Estados Unidos y México para Referencia y Manejo de Casos de Tuberculosis"; con la finalidad de establecer o facilitar la atención de salud de pacientes que puedan cruzar la frontera México-Estados Unidos durante el tiempo de su tratamiento, evaluando además el flujo migratorio de los paciente para así obtener una vigilancia epidemiológica; para llevar a cabo estos objetivos dicho programa utiliza como herramienta de control la "Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis".

De acuerdo a varias entrevistas y pláticas electrónicas realizadas con encargados, coordinadores y personal de programas de tuberculosis tanto en el estado de Veracruz como en estados fronterizos de Estados Unidos y México; estos han mencionado que la tarjeta ha sido incorporada a las actividades diarias por lo que no se mantiene un registro numérico, se sabe que varios veracruzanos afectados por la tuberculosis han sido referidos de San Diego a alguna entidad del estado de Veracruz; sin embargo, las autoridades estatales desconocen como es el trato que reciben los migrantes veracruzanos afectados por la tuberculosis en los Estados Unidos y en ciudades fronterizas tales como Tijuana, Mexicali y San Luis Río Colorado.

Por otro lado, mencionan que "no se conocen las actitudes y conocimientos hacia la tarjeta por parte de los proveedores y de los pacientes veracruzanos"; debido a que sólo se sabe por parte de los prestadores veracruzanos que el paciente simplemente desaparece al mencionar tener intenciones de migrar hacia los Estados Unidos, lo cual hace que muchos de estos, no concluyan su tratamiento y no se conoce si el migrante al llegar a los Estados Unidos reinicie el tratamiento.

En las ciudades de Mexicali y San Luis Río Colorado se está realizando el monitoreo de la tarjeta; sin embargo, se ha dejado de lado la percepción que estos tienen del uso de una herramienta como la tarjeta binacional de salud de tuberculosis.

2.1 Justificación

La tuberculosis es una enfermedad que ha estado presente en la historia del ser humano, sin embargo,

aunque existen formas de combatirla, ésta no ha podido ser erradicada o controlada.

Con el incremento de los flujos migratorios que se han venido dando a nivel mundial, dicha enfermedad se ha ido extendiendo y prevaleciendo en los individuos que conforman los flujos migratorios debido a que presentan muchos de los factores de riesgo que desencadenan y desarrollan la enfermedad, entre los que podemos mencionar: desnutrición, pobreza, y falta de apego al tratamiento; siendo este último, una de las medidas más útiles para controlar y disminuir las tasas de tuberculosis.

Países como México que tienen un alto flujo migratorio tanto nacional como extranjero, así como un alto índice de personas afectadas por tuberculosis, se ha visto en la necesidad de establecer programas que ayuden a disminuir o controlar dicha enfermedad.

Una de la zonas propicias para el incremento o desarrollo de la tuberculosis, es la zona fronteriza de México y Estados Unidos, esto debido al alto incremento de migración por parte de connacionales y extranjeros que buscan internarse en territorio norteamericano en búsqueda de trabajo; por lo que los sistemas de salud de ambas naciones se han visto en la necesidad de establecer programas que ayuden a la detención de esta enfermedad.

Uno de estos programas es el denominado "Proyecto Binacional de los EUA y México para Referencia y Manejo de casos de TB"; el cual utiliza la "Tarjeta Binacional de Salud" para poder obtener un mejor conocimiento del flujo migratorio de personas afectadas por la tuberculosis; sin embargo, este proyecto se ha visto en la necesidad de agregar a estados federativos de la República Mexicana que presentan alto índice de flujo migratorio.

En relación con lo anterior, para obtener un mejor funcionamiento de la Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis y poder así comprender la situación epidemiológica de los pacientes con tuberculosis y si ésta sirve al usuario para continuar con su tratamiento (apego al tratamiento), es necesario comprender el punto de vista de quienes son portadores de dicha herramienta así como de aquellos que son encargados de distribuirla.

Ante la falta de un mecanismo dentro del programa que evalúe los beneficios y efectos adversos de ésta a través de la mirada de los actores implicados, ya que son quienes le dan uso a esta tarjeta, es que se propone

c Comunicación electrónica con personal del "Binational Health Projects Tuberculosis Control and Refugee Health Services Branch County of San Diego Health and Human Services Agency

la realización de un estudio que nos dé a conocer dichas variables; todo esto con la finalidad de obtener información que nos ayude a conocer la perspectiva del usuario y prestador de servicio de salud de Veracruz sobre el uso de la tarjeta; así mismo; se hace necesario conocer la forma en cómo un migrante veracruzano afectado por la tuberculosis, es atendido en los Estados Unidos y en la zona fronteriza; así como, la manera en que este es referido al estado de Veracruz; lo cual ayudaría a comprender los factores por los cuales una parte de esta población podría no hacer uso de ésta, cuales son los obstáculos que este percibe o siente al tener en sus manos dicho instrumento; así como de aquellos beneficios que han visto en ésta; conociendo además el entorno en que los migrantes mexicanos afectados por tuberculosis se desarrollan ya que es el entorno en el cual estos veracruzanos afectados por la tuberculosis se desenvuelven y desarrollan que nos llevará a comprender de una manera integral esta percepción.

La comprensión de estos fenómenos contribuirá al planteamiento de mejores estrategias que permitan una baja en la tasa de prevalencia e incidencia de dicha enfermedad, así como en la reducción de costos para dicho tratamiento por parte de los Servicios de Salud de Veracruz, debido a que se continuará con el tratamiento evitando así un incremento, recaídas, y drogoresistencia ante dicha enfermedad, mientras que para el paciente, la continuidad en el tratamiento ya sea en México o en Estados Unidos, le permitirá poder seguir trabajando y no generar un mayor gasto ante el seno familiar.

2.2 Pregunta de investigación

¿Qué beneficios e impedimentos perciben los usuarios y prestadores de Servicios de Salud de Veracruz en relación a la "Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis"?

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Objetivo general

Identificar los beneficios e impedimentos que perciben los usuarios y prestadores de Servicio de Salud de Veracruz en relación a la "Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis".

3.2 Objetivos específicos

- Analizar desde la perspectiva del usuario y prestador de servicios de salud de Veracruz las limitantes de

la distribución de la "Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis".

- Analizar desde la perspectiva de los usuarios los elementos positivos que la "Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis" presenta.
- Analizar desde la perspectiva del prestador de servicios de salud de Veracruz los elementos positivos que la "Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis" presenta.
- Identificar los medios por los cuales el migrante veracruzano puede obtener la "Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis".
- Identificar los medios por los cuales se atiende el migrante veracruzano afectado por la tuberculosis cuando no cuenta con la Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis
- Proponer alternativas para incrementar el uso de la Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis en prestadores de servicios así como en los posibles usuarios.
- Proponer cambios a la Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis de acuerdo a lo que los resultados presenten.

4. METODOLOGÍA

4.1 Fundamentos del diseño metodológico

En este apartado se establecen los aspectos metodológicos planteados para este estudio puntualizando el tipo de estudio, los tipos sociales, las variables discursivas, muestreo teórico y categorías teóricas.

4.1.1 Tipo de estudio

Este trabajo se encuentra dentro del corte de estudio cualitativo ya que busca recuperar y comprender a través de las percepciones y sentimientos experimentados por los informantes; por lo que es abordado mediante el paradigma interpretativo debido a que centra su interés en recuperar la interpretación de los usuarios de la "Tarjeta Binacional de Salud" así como de los prestadores de servicio de salud veracruzanos en relación a esta; ya que como lo menciona Hernández el paradigma interpretativo o postura interpretativa, tiene como objetivo

La interpretación de las acciones humanas responde a un contexto histórico determinado, pero poseen una expresión particular. Para esta tradición, la interpretación tiene como objetivo captar las acciones con sentido subjetivo y determina que una acción con sentido es social

porque tiene como referencia los demás. Así, el interpretar significa entonces preguntarse porqué las personas actúan de una manera y no de otra, y cuales son los móviles que posibilitan las existencias y reproducción de esas acciones³⁷

En relación con la profundidad del análisis, este estudio se clasifica como descriptivo comprensivo ya que busca comprender lo que representa el uso de la "Tarjeta Binacional de Salud" tanto para el usuario veracruzano como para el prestador de servicios de salud de Veracruz; así como la perspectiva que estos tienen sobre los elementos positivos y negativos que la tarjeta presenta.

De acuerdo al conocimiento, este estudio se encuentra dentro del marco exploratorio, debido a los pocos estudios sobre este tema, partiendo de la perspectiva del usuario y prestador de servicios de salud veracruzanos.

La postura metodológica empleada para este estudio como ya se ha mencionado en el apartado de marco teórico, será el Interaccionismo Simbólico debido a que se tienen como punto central a las personas y los significados que estos le atribuyen a los hechos y los fenómenos mediante su experiencia en relación con otros, lo que nos permite explicar cómo es que las personas actúan sobre las cosas en función del significado que esto ha adquirido para ellos, lo cual se observa en la cita realizada por Cortés mencionando a Blumer:

El significado de una cosa para una persona surge de las formas en que otras personas actúan hacia la persona con respecto a la cosa. Sus acciones operan para definir la cosa para la persona; por tanto, el Interaccionismo Simbólico considera que los significados son productos sociales formados por medio de las actividades de la gente al interactuar³⁸

4.1.2 Tipo Social

Dentro de la investigación cualitativa en lo que se indaga es en la profundidad en el conocimiento del objeto, por lo que se busca profundizar más que generalizar, lo que nos lleva a averiguar en grupos o personas con características identificadas para recuperar información; por lo que se buscan un tipo social, es decir, a "aquellas personas o grupos con una característica identificada"³⁸. Para la presente investigación, los tipos sociales serán los usuarios de la "Tarjeta Binacional de Salud" y los prestadores de servicios de salud que distribuyen dicha tarjeta.

4.1.3 Variables discursivas

Los tipos sociales que se han mencionado, se convierten en variables discursivas, las cuales son "aquellas personas o grupos con una característica identificada y que constituyen aquellos discursos que son distintivos para el trabajo³⁸". Para la presente investigación, las variables discursivas son:

- a. Usuarios de la "Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis" de origen veracruzano que hayan ido a los Estados Unidos y regresado con la " Tarjeta Binacional de Salud"
- b. Migrante Veracruzano afectado por la tuberculosis que no cuente con la "Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis" con tratamiento en Estados Unidos
- c. Prestador de servicio de salud de Veracruz, que participe en programas de prevención de tuberculosis, programa binacional de salud

4.1.4 Muestreo Teórico

A diferencia de la investigación cuantitativa que realiza un muestro con la intención o finalidad de "escoger una parte de la población en forma probabilística, que sea representativa de la misma y que permita hacer generalizaciones de la muestra al universo³⁹", en la investigación cualitativa y en el paradigma interpretativo, se refiere a un procedimiento mediante el cual se "seleccionan conscientemente casos a estudiar de acuerdo al potencial para el desarrollo de nuevas intelecciones o para el refinamiento y expansión de las ya adquiridas⁴⁰", por lo que el tamaño de la muestra no es importante desde la perspectiva de la estadística, ya que no se busca generalizar, sino profundizar, por lo que se toman tres factores importantes⁴⁰:

- 1) Capacidad operativa de recolección y análisis
- 2) Entendimiento del fenómeno
- 3) Naturaleza del fenómeno bajo análisis

Existen diversos tipos de muestreo teóricos que comparten características tales como el interés de contar con casos que contengan y brinden información importante y requerida; así como la terminación del muestreo al momento en que deja de aparecer información nueva; dentro de estos tipos tenemos, por mencionar algunos: Muestreo de casos extremos o inusuales, muestreo de casos que manifiestan con intensidad lo que se estudia,

muestreo de máxima variabilidad, muestras homogéneas, entre otros.

Para esta investigación se utilizará el muestreo por conveniencia, el cual al igual que en la investigación cuantitativa, consiste en la selección de los casos disponibles o "por comodidad del investigador"⁴⁰. Para los usuarios se considera a aquellos que utilicen la tarjeta binacional de salud y que se encuentran en el estado de Veracruz; mientras que por parte de los prestadores de servicios de salud veracruzanos, se considerarán a aquellos que pertenezcan a algún programa de tuberculosis.

4.1.5 Diseño

En la investigación cualitativa el diseño "adquiere un significado distinto al que se posee dentro del enfoque cuantitativo, particularmente porque las investigaciones cualitativas no se planean con detalle y están sujetas a las circunstancias de cada ambiente o escenario particular"⁴¹.

En el análisis elaborado por Balcázar¹⁹ en relación a la investigación cualitativa, nos menciona que "los diseños de investigación cualitativa tendrán un carácter emergente, se constituye en la medida que se avanza en el proceso de investigación, a través del cual se puedan recabar las distintas visiones y perspectivas de los participantes".

Es así que para poder realizar un diseño para la investigación cualitativa no se debe perder de vista que este debe ser flexible, por lo que se debe tener una capacidad de adaptación en cada momento y circunstancia; de tal manera que existen dos tipos extremos de diseños cualitativos: Emergente y proyectado; Marshall y Rossman, los cuales son citados por Valles, recomiendan que se elabore un "plan de investigación que incluya muchos de los elementos de los planes tradicionales, pero reserve el derecho a modificar, alterar y cambiar durante la recogida de datos"⁴², de acuerdo a esta recomendación, se hace referencia al modelo emergente; mientras que el modelo proyectado es de acuerdo a lo especificado por Miles y Huberman, referidos en "Técnicas Cualitativas de investigación social"⁴², es aquel en donde la mayor parte de los estudios demandados se realizan en corto plazo, son llevados a cabo en equipo y requieren de una mayor coordinación y comparabilidad y no se parte de cero, debido a que el investigador conoce la literatura y existen

cuestionamientos que lo llevan a investigar dicho tema.

Para poder comprender la flexibilidad y decisiones en el diseño del estudio cualitativo, Valles nos presenta el siguiente cuadro:

Cuadro 1. Decisiones de diseño en la investigación cualitativa

Al principio del estudio	Durante el estudio	Al final del estudio
-Formulación del problema -Selección de casos y contextos -Acceso al campo -Marco Temporal -Selección de la (s) estrategia (s) metodológica (s) -Relación con teoría -Detección de sesgos e ideología del investigador -Aspectos éticos	-Reajuste cronograma de tareas -Observaciones y entrevistas a añadir o anular -Modificación de protocolos de observación y de guiones de entrevista -Generación y comprobación de hipótesis	-Decisiones sobre el momento y manera de abandono del campo -Decisiones finales de análisis -Decisiones de presentación y escritura del estudio

Fuente: Basado en Janesick (1994) Presentado por Valles MS. *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. España. Editorial Síntesis, S.A. 1997. p. 78

Dentro del diseño cualitativo, la palabra diseño toma el siguiente significado. "...ante todo, tomar decisiones a lo largo de todo el proceso de investigación y sobre todas las fases o pasos que conlleva dicho proceso"⁴², de tal manera, que una parte de las decisiones serán tomadas en el inicio de la investigación, sin embargo, estas podrán ir cambiando o surgiendo nuevas durante la investigación.

Valles nos refiere a Morse para explicar que existen diversas etapas que se deben tomar en cuenta para la realización de un diseño, diversas fases y tareas, las cuales son representadas en el siguiente cuadro⁴²:

Cuadro 2. Secuencia de fases y tareas en el diseño y realización de un estudio cualitativo.

Fases	Tareas
1. Fase de reflexión	1.1 Identificación del tema y preguntas a investigar 1.2 Identificación de perspectiva paradigmática

2. Fase de planeamiento	2.1 Selección de un contexto 2.2 Selección de una estrategia (incluida la triangulación metodológica) 2.3 Preparación del investigador 2.4 Escritura del proyecto
3. Fase de entrada	3.1 Selección de informantes de caso 3.2 Realización primeras entrevistas y observaciones
4. Fase de recogida productiva y análisis preliminar	
5. Fase de salida del campo y análisis intenso	
6. Fase de escritura	

Fuente: Basado en Morse (1994). Presentado por Valles MS. *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. España. Editorial Síntesis, S.A. 1997. p. 79

Debido a que el diseño metodológico en la investigación cualitativa es flexible, sin significar que este sea improvisado, se parte de un diseño inicial en donde se está consciente de que el método escogido tal vez no será el único:

Cuando se diseña el estudio, hay que estar consientes de que los métodos que se escogen al comienzo tal vez no serán los únicos que se emplearán. Aún cuando ya esté en marcha el estudio, el investigador cualitativo debe tener la flexibilidad para modificar el diseño, seguir nuevos indicios, agregar nuevas preguntas o volverse hacia los subgrupos de la población para obtener perspectivas diferentes⁴³

Para esta investigación el diseño inicial^d, será de tres etapas, la primera correspondiente a la elaboración de marco contextual y conceptual, negociación para el acceso a los actores sociales principales del estudio (usuarios veracruzanos de la Tarjeta Binacional de Salud y prestadores de servicios de salud), preparación de instrumentos para pilotear; la segunda etapa aplicación de instrumentos pilotos hasta la recolección de la información y una tercera etapa que será aquella donde se analizará la información recolectada, para poder establecer conclusiones y recomendaciones.

Para este diseño se tiene contemplado entrevistar a 5 usuarios de la Tarjeta Binacional de Salud que han regresado al estado de Veracruz y que cumplen con las

características establecidas en las variables discursivas; la forma de localización de estas personas será a través del responsable del programa en el estado de Veracruz; por el otro lado, tenemos a los prestadores de servicio de salud Veracruzanos en los que ha contemplado la entrevista a 6 prestadores, personal de apoyo a este programa, y responsables de los centros de salud en los cuales se ha proporcionado la tarjeta y se encuentran en tratamiento los usuarios, dentro de los cuales se tiene contemplado personal de la jurisdicción de Córdoba y Orizaba.

4.1.6 Categorías teóricas

En este apartado se describen las categorías teóricas, teniendo como entendido que una categoría es “un instrumento privilegiado del analista en el análisis cualitativo de teorización. A través de la categoría la teorización comienza a emerger, el investigador, sin detenerse, maneja, desarrolla, relaciona, subdivide, etc.²⁰¹¹”.

El desarrollo de las categorías es algo importante ya que es el punto de partida para la definición conceptual y adecuación empírica, por lo que se debe definir con claridad.

La categoría teórica tal como lo menciona Souza, citado por Hernández³⁷

Las categorías teóricas son pensadas como conceptos que reúnen ciertos elementos, con caracteres comunes y bajo un título genérico; las categorías

^d Proceso de indagación que se planea antes de la recolección de la información¹.

empíricas se construyen con un propósito operacional, a partir del trabajo de campo, tiene la posibilidad de obtener y aprehender determinaciones y especificidades que se manifiestan en la realidad empírica

Las categorías utilizadas en este estudio, de manera a priori se presentan a continuación:

Cuadro 3. Categoría teórica y empírica: percepción

Categoría Teórica	Definición Conceptual	Categoría Empírica	Definición Empírica
Percepción	Proceso complejo y subjetivo que forma parte del conocimiento que el individuo aplica al interactuar con el mundo objetivo al percibirlo, los cuales concurren con una serie de eventos que pueden comprenderse textualizando en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona así como de las condiciones materiales de vida.	Simbólica	Aquella ligada a un concepto o significado positivo o negativo hacia la "Tarjeta binacional de salud de tuberculosis"
		Emocional	Aquella que dé lugar a algún sentimiento o emoción tanto agradable como desagradable hacia la "tarjeta binacional de salud de tuberculosis"
		Social	Aquél elemento que refiera una interacción con otros individuos en la misma condición en relación a la "Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis"

Fuente: Elaboración Propia

Cuadro 4. Categoría teórica y empírica: Ausencia de la tarjeta binacional

Categoría Teórica	Definición Conceptual	Categoría Empírica	Definición Empírica
Ausencia de la Tarjeta Binacional	Falta o desconocimiento del uso de la tarjeta binacional de salud de tuberculosis por parte de la persona afectada por la tuberculosis	Simbólica	Aquel concepto ligado a un significado positivo o negativo relacionado a la falta o desconocimiento de la Tarjeta Binacional de salud, que lleve al usuario a buscar otro medio de tratamiento para la tuberculosis; así como al prestador de servicio que lleve a la búsqueda de un medio de tratamiento para el paciente en los Estados Unidos
		Emocional	Aquel ligado a un sentimiento o emoción tanto agradable como desagradable del usuario o prestador de servicio sobre la necesidad en la búsqueda de un tratamiento para la tuberculosis en Estados Unidos.
		Social	Aquél elemento que refiera una interacción con otros individuos en la misma condición en relación a un tratamiento para la tuberculosis en centros de salud de los Estados Unidos.

Fuente: Elaboración propia

4.2 Técnica, instrumento y procedimiento cualitativos para recolección de información

En este apartado se establece la forma en como se llevará a cabo la investigación, es decir, la manera en como serán recolectados los datos.

4.2.1 Procedimiento y técnica de recolección de datos

La recolección de datos es un proceso en el cual se busca la realidad natural y compleja que se pretende estudiar a través de una representación o modelo que nos resulte más comprensible y fácil de tratar²¹.

Rodríguez²¹ en su libro "Metodología de la investigación cualitativa" nos presenta una clasificación de los procedimientos y técnicas de recolección de datos de acuerdo a quiénes lo solicitan y aportan la información; los cuales se presentan en el siguiente cuadro:

Cuadro 5. Recolección de la información

La información se recoge a partir de:			
La forma en que el investigador percibe e interpreta la realidad	La perspectiva de los demás participantes en la investigación	La respuesta de los participantes a la perspectiva del investigador	La perspectiva que investigador o participantes tienen de sí mismos
Observación (listas de control, sistemas de categorías, sistemas de signos, observaciones no estructuradas, documentos y diarios, fotografías y videos)	Entrevistas no estructuradas, documentos, diarios	Entrevistas estructuradas, cuestionarios, test, técnicas proyectivas	Diarios, cuestionarios autoaplicables, técnicas de grupo

Fuente: Rodríguez, GG, Gil FJ, García JE. Metodología de la investigación cualitativa. España: Ediciones Aljibe. 1999. 114 p.

Para Garrido⁴⁴, citando a González Casanova, las técnicas sociales son aquellas que nos ayudan a enriquecer nuestro instrumento teórico y metodológico ya que nos permiten conocer un fenómeno, por lo que ésta es importante para la aprehensión de un "conocimiento de la realidad objeto de estudio más o menos congruente dependiendo del modelo y de las técnicas de investigación que utilicemos en nuestros estudios"⁴⁴. Es así que los procedimientos técnicos para recolectar información, se basan a partir del nivel de profundidad que se desea ya sea a través de las técnicas para trabajar con personas (lugar de los acontecimientos) o con el contexto (donde se registra el acontecimiento).

Los procedimientos y técnicas utilizados para la recolección de datos se adaptan a los objetivos del investigador basado en la intencionalidad de éste al determinar "su carácter más o menos estructurado o el grado en que se guía la respuesta de los sujetos"²¹, por lo que, un mismo procedimiento se puede utilizar para la descripción de un evento, interpretar lo que las personas hacen o piensan o contrastar una explicación, etc.

Cuadro 6. Procedimientos y técnicas para recolección de información

Objetivos	Procedimientos y técnicas
Describir una situación	Cuestionarios, observación no estructurada, entrevista no estructurada
Contrastar una explicación	Tests, lista de control, sistema de categorías, sistema de signos
Interpretar lo que otros piensan	Diario, documento, biografía, entrevista no estructurada
Analiza lo que pienso	Autobiografía, diario, observación no estructurada
Ayudar a que otros tomen conciencia	Diario, unidades narrativas, triangulación

Fuente: Rodríguez, GG, Gil FJ, García JE. Metodología de la investigación cualitativa. España: Ediciones Aljibe. 1999. 114 p.

Con lo anterior, nos damos cuenta que en la investigación cualitativa existen diversos procedimientos y técnicas que nos ayudan a recoger o solicitar información desde la perspectiva de los participantes. Existen algunos procedimientos tales como la observación y la encuesta que tienen un mayor nivel de estructuración, así mismo, encontramos aquellos procedimientos que presenta un nivel más bajo de estructuración como por ejemplo las entrevistas no estructuradas o etnográficas; sin embargo, ambas nos facilitan la recogida de información.

Como se puede observar, existen diversos tipos de procedimientos para la recolección de datos, para este estudio el

procedimiento de recolección de datos se llevará a cabo mediante la entrevista a profundidad ya que como se describirá más adelante, esta técnica nos ayudará a obtener información sobre la percepción del entrevistado respecto a la Tarjeta binacional de salud.

4.2.1.2 La entrevista a profundidad como técnica para la recolección de datos

Como técnica se entiende a aquel "conjunto de reglas y procedimientos que le permiten al investigador establecer la relación con el objeto o sujeto de la investigación"³⁹, dentro de la investigación cualitativa una de las técnicas con las que cuenta el investigador es la entrevista, la cual es una técnica donde se da una "comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto"³⁹.

Para Balcázar, la entrevista es "una técnica donde se tiene una interacción cara a cara con la otra persona, mediante preguntas a través de las cuales se obtienen algunos datos"¹⁹, por lo que nos presenta una lista de características que hacen a esta técnica importante para la recolección de datos:

- Está basada en la comunicación verbal
- Es estructurada, metódica y planificada
- Se complementa con un guión o cuestionario
- Es un procedimiento de observación
- Su fin es la recogida de datos
- Su uso es para selección, diagnóstico, terapéutico, encuesta, etc.
- Se da una relación asimétrica entre el entrevistador y entrevistado
- Existe una influencia bidireccional entrevistado-entrevistador.

Dentro de la investigación cualitativa, la entrevista de acuerdo a Aguirre-Baztán citado por Balcázar³⁹ es entendida como una técnica que se utiliza para obtener información verbal de uno o varios sujetos a partir de un cuestionario o guión de temas.

La entrevista cualitativa "exige precisamente la libre manifestación por los sujetos entrevistados de sus intereses informativos (recuerdo espontáneo), creencias (expectativas) y deseos (motivaciones conscientes e inconscientes)".¹⁹

La entrevista en profundidad es la técnica en donde:

El entrevistador desea obtener información sobre determinado problema y a partir de él establece una lista de temas en relación con los que se focaliza la entrevista, quedando ésta a la libre discreción del entrevistador, quien podrá sondear razones y motivos, ayudar a establecer determinado factor, pero sin sujetarse a una estructura formalizada de antemano²¹.

Para Spradley, citado por Rodríguez, la entrevista en profundidad se entiende como "una serie de conversaciones libres en las que el investigador poco a poco va introduciendo nuevos elementos que ayudan al informante a comportarse como tal"²¹, por lo que nos presenta elementos "diferenciadores" de esta técnica:

- a. Existencia de un propósito explícito
- b. Presentación de explicaciones al entrevistado
- c. Formulación de cuestiones
- d. Dialogo asimétrico
- e. Se busca deliberadamente la repetición de lo que ha afirmado el informante
- f. Implica expresar interés e ignorancia por parte del entrevistador

La entrevista requiere de un diseño flexible, por lo que el número o tipo de informantes no es especificado desde un principio. Para iniciar una entrevista, el investigador debe tener una idea general de la o las personas a entrevistar así como la manera de encontrarlas, consciente de que el curso de la entrevista inicial puede cambiar, por lo que debe tener muy claro de que:

El entrevistado o informante es una persona que le da sentido y significado a la realidad. Desde esta perspectiva, la entrevista se concibe como una interacción social entre personas gracias a la que va a generarse una comunicación de significado: una persona va a intentar explicar su particular visión de un problema, la otra va a tratar de comprender o de interpretar esa explicación³⁹.

La entrevista a profundidad se realiza en varias etapas, las cuales son de acuerdo a Taylor y Bogdan así como Aguirre Baztán, citados por Balcázar:

1. Selección de informantes
2. Realización de una guía de entrevista
3. Realización de la entrevista

Los elementos que una entrevista en profundidad requiere para obtener los aspectos más destacados de la interacción social son:

- a. Relación entrevistador-entrevistado: donde se busca obtener la confianza y entendimiento mutuo, a través de un fase de exploración
- b. Comienzo de la entrevista: Se debe asemejar a una conversación libre, por lo que se recomienda hablar de modo relajado con el objetivo de ir introduciendo poco a poco aquellas preguntas cuya respuesta es lo que se busca. Además se debe dejar en claro cuáles son los propósitos del estudio
- c. Situación de la entrevista: Esta se debe llevar a cabo en un clima que respete la interacción de ambas personas, por lo que se debe dejar hablar al entrevistado sobre el tema de modo que pueda expresar libremente sus ideas. Algunos elementos que ayudan a conseguir un clima de naturalidad y libre expresión son: No emitir juicios sobre la persona entrevistada, permitir que la persona hable, prestar atención, ser sensible.

Para Garrido⁴⁴, la utilización de la entrevista a profundidad se debe realizar de la siguiente manera:

1. Conceptos y generalidades
2. Metodología de aplicación: arranque arbitrario, guía temática, nuevas líneas, saturación del habla.
3. Constitución del equipo cualitativo
4. Desarrollo de la entrevista: tipología de las preguntas cualitativas, hipótesis de trabajo, muestreo teórico.
5. Criterios de selección de la variable discursiva: Inferencia personal, inferencia profesional.
6. Análisis de la información cualitativa
7. Contexto del análisis del discurso de la variable discursiva

4.2.2 Instrumentos para la recolección de datos en la entrevista a profundidad

Para la realización de una entrevista a profundidad se requiere la utilización de diversos instrumentos:

1. Grabadora o videgrabadora: La cual nos permitirá registrar con fidelidad todas las interacciones verbales, así como prestar mayor atención a lo que el informante nos comenta. Sin embargo, no siempre se puede hacer uso de este instrumento ya que la persona entrevistada se puede negar.
2. Recursos humanos: El cual se refiere a las personas que formarán parte de la entrevista, en este caso: entrevistado, entrevistador y observador.
3. Guía tema o Guía temática.

4.2.2.1 Guía tema para la entrevista a profundidad

La guía tema es aquella conformada por una lista donde se establecen los temas a tratar con el entrevistado en forma esquemática y de manera que lleve al investigador a establecer o generar un diálogo y a no omitir información importante al establecer preguntas para cada objetivo buscado.

Para poder realizar una guía tema es necesario la realización de los siguientes pasos:

1. Generación de lluvia de ideas: La cual consiste en establecer todas aquellas preguntas, frases, conceptos que se vengan a la mente, aunque estos no tengan relación con la investigación.
2. Desarrollo de categorías: Una vez que realizada la lluvia de ideas, las ideas similares se agrupan para obtener así temas o subtemas a tratar dentro de la entrevista.
3. Elección de formato: En este punto, el investigador decide si se realizará un guía más estructurada o un poco más abierta, es decir, establecer la categoría a tratar. Esta decisión de formato, depende de la experiencia del investigador.
4. Preguntas para realizar la entrevista: Existen diversos tipos de preguntas las cuales se realizan dependiendo de la variable discursiva, dentro de esta clasificación podemos encontrar⁴²:
 - a. Pregunta introductoria: En la cual se busca identificar el potencial discursivo y argumentativo del entrevistado.
 - b. Pregunta específica: Se busca conocer aspectos centrales y específicos
 - c. Pregunta directa: Caracterizada por introducir dimensiones sociales
 - d. Preguntas Indirectas: Con esta pregunta se busca obtener la información que se requiere cuando el entrevistado no contesta una pregunta directa.
 - e. Pregunta silenciosa: Esta se realiza cuando el entrevistado responde algo que interesa ser profundizado, dicha pregunta se realiza generando una expresión de extrañeza y confusión.

4.2.2.1 Guía tema como instrumento de recolección de información

El instrumento para la recolección de información en esta investigación es la guía tema; para esto, se han elaborado dos guías: una para el usuario de la Tarjeta binacional de salud y otra guía para el prestador de servicios.

La guía destinada al usuario de la Tarjeta binacional de salud consta de cuatro apartados:

El primer apartado consta de información general de la entrevista, el segundo está dedicado a la presentación del investigador, así como a la autorización para poder grabar o no la entrevista, en el tercer apartado se recaba algunos datos generales del entrevistado y por último las preguntas construidas, las cuales se presentan a continuación:



Universidad Veracruzana Instituto de Salud Pública



Maestría en Salud Pública

GUÍA DE ENTREVISTA

Usuario

Entrevista no. _____

Lugar: _____ **Fecha:** _____

Hora de inicio: _____ **Hora de término:** _____

Duración de la entrevista: _____

Entrevistador: _____

Instrucciones:

Realizar las siguientes preguntas al usuario con previa autorización del mismo.

Buenos días/tardes/noches, mi nombre es Nesly Teresa Muñoz Cortés, soy estudiante de la Maestría en Salud Pública.

Estoy realizando un estudio acerca de la Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis, como parte de este estudio me encuentro efectuando una serie de encuentros como este.

Me permite entrevistarle para conocer su perspectiva sobre la Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis.

En este espacio usted, podrá hablar todo lo que desee con respecto a la Tarjeta Binacional de Salud; sus datos y comentarios serán confidenciales.

Con el propósito de favorecer este estudio, el cual tiene fines académicos, si no tiene usted ningún inconveniente y para efecto de tener una información mas apegada a la realidad, me es necesario grabar la entrevista pero necesito hacerlo con su consentimiento. ¿Me permite?

Antes de continuar me gustaría me proporcionara algunos datos:

Nombre:	Edad:
Lugar de residencia:	Estado Civil:
Ocupación:	
Tiempo de radicar en EUA:	
Tiempo de haber regresado:	

1. ¿Me podría hablar sobre los motivos que lo llevaron a tomar la decisión de ir a los Estados Unidos?

- Económicos
- Sociales
- Culturales
- Educación
- Otro ¿Cuál ha sido este motivo?

2. Cuando usted decidió irse a los Estados Unidos, ¿sabía que estaba enfermo?

SI	NO
Necesidad de llegar a EUA Búsqueda de atención médica en el trayecto hacia EUA	Forma de darse cuenta (síntomas)
Búsqueda de Centro de Salud en EUA para ayuda Forma de llegar al centro de salud	Aspectos que llevaron a buscar atención en un Centro de Salud
Actividades en el centro de salud	

3. Una vez que le dijeron que usted padecía tuberculosis, ¿Cómo se sintió cuando se enteró?

- Emociones (positivas/negativas)
- Conocimiento de la enfermedad
- Aceptación de la enfermedad

4. ¿Qué implica para usted padecer tuberculosis?

5. ¿Conoce usted la Tarjeta binacional?

6. ¿cómo se enteró de la existencia de la Tarjeta binacional?

- Descripción de la tarjeta
- Personal de salud en EUA/ Personal de Salud en México
- Amistades

7. ¿Qué me puede decir acerca de la tarjeta?

- Aspectos positivos
- Aspectos Negativos
- Facilidad o no del tratamiento en ambos países
- Conocimiento de personas que utilizan la Tarjeta
- Consideraciones del uso de la tarjeta
- Medios de distribución

8. Si no cuenta con la Tarjeta Binacional, ¿Qué tratamiento lleva?

9. ¿Quién le está proporcionando el Tratamiento?

En relación con la guía tema para el prestador de servicio, en los tres primeros apartados se mantienen de la misma forma, cambiando únicamente en la estructura de las preguntas, a continuación se presenta la guía tema para el

prestador de servicio



Universidad Veracruzana

Instituto de Salud Pública



Maestría en Salud Pública

GUÍA DE ENTREVISTA

Prestador de servicio

Entrevista no. _____

Lugar: _____ Fecha: _____

Hora de inicio: _____ Hora de término: _____

Duración de la entrevista: _____

Entrevistador: _____

Instrucciones:

Realizar las siguientes preguntas al prestador con previa autorización del mismo.

Buenos días/tardes/noches, mi nombre es Nesly Teresa Muñoz Cortés, soy estudiante de la Maestría en Salud Pública.

Estoy realizando un estudio acerca de la Tarjeta Binacional de Salud, como parte de este estudio me encuentro efectuando una serie de encuentros como este.

Me permite entrevistarle para conocer su perspectiva sobre la Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis.

En este espacio usted, podrá hablar todo lo que desee con respecto a la Tarjeta Binacional de Salud; sus datos, comentarios serán confidenciales.

Con el propósito de favorecer este estudio, el cual tiene fines académicos, si no tiene usted ningún inconveniente y para efecto de tener una información mas apegada a la realidad, me es necesario grabar la entrevista pero necesito hacerlo con su consentimiento. ¿Me permite?

Antes de continuar me gustaría me proporcionara algunos datos:

Nombre:	Edad:
Cargo que desempeña:	
Tiempo laborando en el cargo:	

1. ¿Cuál es su opinión sobre la migración?

- Aspectos positivos
- Aspectos negativos
- Relación migración-salud
- Situación actual de la migración en su entidad

2. ¿Me podría mencionar algunos programas de detección de tuberculosis?

- Programa de acción par la prevención y control de la tuberculosis
- Programa binacional de salud

3. ¿Qué me puede decir sobre el programa binacional de salud?

- Aspectos generales del programa
- Existencia de la Tarjeta Binacional

4. ¿Qué me puede decir acerca de la Tarjeta Binacional de Salud?

- Conocimiento de la Tarjeta Binacional
- Aspectos positivos
- Aspectos negativos
- Mecanismos de empleo

5. ¿Considera que la Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis, ayuda a la continuidad del tratamiento del paciente?

- Aspectos positivos
- Aspectos económicos
- Aspectos de salud
- Aspectos administrativos
- Dificultades
- Medios de distribución

6. ¿Cuál es el procedimiento para manejar a un migrante afectado por la tuberculosis que no cuenta con la tarjeta binacional?

4.3 Validación y confiabilidad del instrumento

En la investigación cualitativa, la cual busca explorar, descubrir y comprender, los términos validación y confiabilidad son reemplazados por los criterios de credibilidad, confiabilidad, confirmabilidad y transferibilidad, los cuales son las "pautas para evaluar el rigor de los estudios cualitativos"⁴⁵

La **credibilidad**, (Validez interna cualitativa) este término es el correspondiente a validez en la investigación cualitativa, el cual es el "valor de autenticidad, es el criterio correspondiente para la investigación cualitativa, este se concentra en la confianza, en la autenticidad de los resultados, incluida una interpretación exacta del contenido"⁴⁴

La definición que Mertens, citado por Hernández, utiliza para comprender la credibilidad es "la correspondencia entre la forma en que el participante percibe los conceptos vinculados al planteamiento y la manera como el investigador retrata los puntos de vista del participante"⁴¹.

Este criterio puede tener amenazas tales como la reactividad, tendencias y sesgos tanto del investigador como de los participantes; es por esta razón que Hernández nos presenta las recomendaciones para incrementar la credibilidad que Coleman y Unrau efectúan⁴¹:

- Evitar que las creencias y opiniones propias afecten la claridad de las interpretaciones de los datos
- Todos los datos deben ser considerados importantes
- Privilegiar a todos los participantes por igual
- Buscar evidencia positiva y negativa por igual

- Estar conciente de la influencia que se da entre los participantes y el investigador.

Por otro lado, de acuerdo a Franklin y Ballau, citados por Hernández, la credibilidad se logra mediante⁴¹:

- Corroboración estructural: Proceso mediante el cual varias partes de los datos se "soportan conceptualmente" entre sí.
- Adecuación referencial: Un estudio la posee cuando nos proporciona cierta habilidad para visualizar características que se refieren a los datos y que no hemos notado por nosotros mismos.

Por otro lado, también se nos presentan algunas medidas para poder incrementar esta credibilidad:

1. Estancias prolongadas en el campo
2. Muestreo dirigido o intencional: Elegir ciertos casos, analizarlos y para posteriormente, confirmar o no los primeros resultados. La riqueza de estos datos es mayor debido a que expresan múltiples puntos de vista.

Transferencia (validez externa cualitativa), la cual se refiere a la aplicación de una parte o la esencia de los datos se puede aplicar en otros contextos, es decir:

Las lecciones aprendidas en los estudios cualitativos pueden ser aplicadas a otros contextos si las muestras han sido cuidadosamente seleccionadas para representar puntos de vista y experiencias que reflejen aspectos fundamentales del problema investigado⁴⁵

Ya que la repetición del estudio, con resultados similares, ayuda a dar credibilidad de estos ayudando además a especificar mejor las circunstancias en los que se producirán los resultados.

Confirmabilidad: Es un criterio vinculado con la credibilidad, el cual se refiere a demostrar que los sesgos y tendencias del investigador han sido minimizados.

En relación a la **confiabilidad** (dependencia cualitativa) esta se entiende como "la medida en que se pueden reproducir los datos"⁴⁵; es decir, que diversos investigadores pueden recolectar datos similares en el campo, efectuar el análisis y generar datos similares, por lo que los nuestros deben tener interpretaciones coherentes, ser revisados

por varios investigadores, así como grabar y reportar todos los detalles de estos.

Existen dos clases de confiabilidad²⁹:

- a. Interna: Por lo menos dos investigadores generan temas similares
- b. Externa: Diversos investigadores generan temas similares en el mismo ambiente y periodo

Así mismo, para obtener una mayor confiabilidad se deben seguir las siguientes medidas, las cuales han sido proporcionadas por Hernández citando a Franklin y Ballau⁴¹:

- Examinar las respuestas de los participantes a través de preguntas "paralelas" o similares.
- Establecer procedimientos para registrar sistemáticamente la información
- Incluir chequeos cruzados (codificaciones del mismo material por dos investigadores)
- Introducir auditoría externa (revisión de proceso por un experto)
- Establecer cadenas de evidencia

Para Garrido⁴⁴, el instrumento de recolección de datos para contar con confiabilidad y validez debe atravesar por un proceso de construcción riguroso:

1. Su construcción se debe realizar con responsabilidad así como con la asesoría de investigadores expertos (conocedores del tema)
2. Consulta de literatura pertinente
3. La redacción de las preguntas, sin caer en el simplismo académico, se deben realizar en términos coloquiales, procurando que éstas sean entendibles
4. No se deben perder de vista los objetivos del estudio ni los apartados que lo constituyen
5. En medida de lo posible registrar información vigente, pertinente y contextual

De acuerdo, a lo establecido anteriormente, la validez y confiabilidad para el instrumento de recolección de datos para esta investigación, se dará a través de la asesoría y ayuda de los expertos en el tema con el objetivo de establecer coherencia y entendimiento de las preguntas; así como la que será utilizada para el usuario como para el prestador de servicios, así mismo, se realizará una prueba piloto a algunos prestadores de los Servicios de Salud de Veracruz. Cabe aclarar, que no se realizará una prueba piloto con los usuarios debido a las limitantes que se tienen para poder contactar con ellos, es así que

por eso nos limitaremos como se ha mencionado líneas arriba a validar con expertos en el tema.

4.4 Técnicas y procedimientos para el análisis de la información

En este apartado se establece la forma en como se llevará a cabo el análisis de los datos obtenidos a través del trabajo de campo.

4.4.1 Análisis de datos cualitativos

En todo estudio de investigación, de manera sistemática se deben examinar los datos obtenidos para poder descubrir patrones, aciertos, fracasos; por lo que el proceso de recolección y análisis debe ser documentado de la mejor manera posible, esto con el objetivo de que en un futuro otros puedan continuar el estudio, comprender las decisiones tomadas o verificar los datos de forma independiente.

De acuerdo a Rodríguez, el análisis de datos se define como “un conjunto de manipulaciones, transformaciones, operaciones, reflexiones, comprobaciones que realizamos sobre los datos con el fin de extraer significado relevante en relación a un problema de investigación”;²¹ por lo que debemos tener claro que esto supondrá examinar de manera sistemática el conjunto de elementos informativos para delimitar partes y descubrir las relaciones entre las mismas y las relaciones con el todo.²¹

El análisis de los datos cualitativos, comienza desde las primeras actividades a realizar durante el trabajo de campo que nos pueden llevar a revisiones o correcciones a medida en que nuestro estudio progresa; es por esto, que Ulin en su libro “investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos”⁴⁵ nos menciona algunos principios que guían el análisis cualitativo:

1. Las personas difieren en cuanto a sus experiencias e interpretaciones de la realidad
2. Es preciso conocer y estar conscientes de las propias perspectivas durante la recolección y el análisis de datos.
3. Tomar nota de lo que podrían ser explicaciones incipientes y verificarlas comparándolas con los datos brutos.
4. No se puede comprender un fenómeno social fuera de su contexto.
5. La teoría guía la investigación cualitativa y es también un resultado de esta.
6. El plan de análisis debe comenzar con los conceptos

y las categorías que han guiado el diseño de la investigación.

4.4.2 Tipos de análisis de datos cualitativos

Para Amezcua⁴⁶, tomando en cuenta a Hammersley y Atkinson, existen estudios que van desde la descripción de datos hasta aquellos que buscan interpretar a partir de proposiciones teóricas; entre los que nos menciona:

1. Estudios descriptivos: que responden a la clasificación de Taylor y Bogdan de etnográficos, los cuales tratan de responder a las preguntas ¿qué está sucediendo? y ¿cómo?, y pretenden proporcionar una imagen fiel de lo que la gente dice y el modo en que la gente actúa, por lo que se da una mínima interpretación y conceptualización, a manera de que, se permita que sean los propios lectores quienes extraigan sus propias conclusiones y generalizaciones.
2. Estudios Interpretativos: los cuales utilizan los datos para ilustrar teorías o conceptos, pretenden comprender o explicar rasgos de la vida social que van más allá del sujeto de estudio. Dentro de esta clasificación podemos encontrar el Análisis de Contenido, el cual se basa en la formulación de inferencias y pruebas de hipótesis para su verificación o rechazo, para lo cual utiliza la teoría fundamentada al generar conceptos, proposiciones e hipótesis a partir de datos.

Por otro lado, tenemos el análisis del discurso; el cual surge del análisis de contenido, sin embargo, se encuentra caracterizado por un enfoque crítico de los problemas sociales, de poder y desigualdad; pretende formular teorías sobre las tres dimensiones que lo componen: el uso del lenguaje, la comunicación de creencias y la interacción en situaciones de índole social.

Un punto característico en este tipo de análisis consiste en “proporcionar descripciones integradas en sus tres dimensiones: ¿Cómo influye el uso del lenguaje en las creencias y en la interacción, o viceversa?, ¿Cómo influyen los aspectos de la interacción en la manera de hablar?, ¿Cómo controlan las creencias el uso del lenguaje y la interacción?”.⁴⁷

4.4.3 Procedimiento del análisis de datos cualitativos

Para Rodríguez,⁴⁸ el análisis de datos se encuentra configurado en torno a tres grandes áreas:

1. Reducción de datos: Con la cual se busca la simplificación de los datos, es decir hacer una selección

de la información para hacerla más abaricable y manejable.

Por lo que el proceso de categorización y codificación, se convierten en las decisiones más inmediatas en el proceso general de reducción de datos; por lo que se establece una secuencia a seguir de tres pasos:

- a. Separación de unidades de contenido, que determina criterios de separación especial, temporal, temática, gramatical, conversacional y social.
- b. Identificación y clasificación de unidades que conllevan a una categorización y una codificación: Una vez que se han separado las unidades de análisis, se necesita identificar y etiquetar cada una, es decir, categorizar y codificar.

Como categorización entenderemos aquella herramienta importante en el análisis de datos cualitativos que hace posible clasificar conceptualmente las unidades que son cubiertas por un mismo tópico; ya que soporta un significado o tipo de significados; por lo que pueden referirse a situaciones y contextos, actividades y acontecimientos, relaciones entre personas, comportamientos, opiniones, sentimientos, perspectivas sobre un problema, métodos y estrategias, procesos.

El proceso de construcción de las categorías puede ser de diversos tipos: **Inductivo**, el cual consiste en elaborar las categorías a partir de la lectura y examen del material recopilado sin tomar en consideración categorías de partida; **deductivo**: las categorías están establecidas a priori, siendo función del investigador adaptar cada unidad a una categoría ya existente; y **mixto**: a través del cual el investigador tomaría como categorías de partida las existentes, formulando alguna más cuando este repertorio de partida se muestre ineficaz, es decir, que no contenga dentro de sus sistema de categorías ninguna capaz de cubrir con alguna unidad de registro.

Por codificación, se entiende como la operación concreta por la que se asigna a cada unidad un indicativo propio de la categoría en la que consideramos está incluida.

- c. Síntesis y agrupamiento: Una vez identificado y clasificada la información, esta se ubica en diferentes unidades de datos bajo un mismo tópico o concepto.
2. Disposición y transformación de datos: El objetivo en este paso, es tener una idea general de los datos y distinguir los temas centrales y los secundarios; por

lo que se necesita establecer un procedimiento de disposición y transformación de datos que nos ayude a su examen y comprensión, a la vez que condicione las posteriores decisiones que se establecerán tras los análisis pertinentes; para esto se pueden utilizar: gráficos (que permiten presentar datos y ver relaciones y descubrir su estructura profunda), diagramas y matrices o tablas de doble entrada (las cuales permiten reunir una cantidad de fragmentos de textos conexos en un solo lugar y abreviar los comentarios de las categorías de codificación para reducir un conjunto complicado de datos a un tamaño más manejable).

3. Obtención de resultados y verificación de conclusiones: Para la realización de este punto es necesario el establecimiento de metáforas y analogías, así como la inclusión de viñetas donde aparezcan fragmentos narrativos e interpretaciones del investigador.

El proceso de obtención de resultados se divide en dos: a) Para datos textuales; el cual consiste en la descripción e interpretación, recuento y concurrencia de códigos, comparación y contextualización y, b) Para datos transformados en valores numéricos: Técnicas estadísticas, comparación y contextualización.

El proceso para alcanzar conclusiones se divide en dos: a) Para datos textuales; el cual consiste en la consolidación teórica, aplicación de otras teorías, uso de metáforas y analogías y, b) Para datos transformados en valores numéricos: Uso de reglas de decisión.

Para este estudio el procedimiento de análisis de datos que se utilizará será a través del discurso interpretativo; ya que se busca mediante una deconstrucción del discurso basado en el interaccionismo simbólico explicar la percepción que los usuarios y prestadores de servicio de salud tienen sobre la Tarjeta binacional de salud de tuberculosis; así mismo, se buscará llegar a un tercer nivel de análisis al revisar las categorías y subcategorías que se definirán en el segundo nivel de análisis para así poder llegar a la interpretación de dicha percepción

Para la organización de la información, se utilizará el criterio temático, ya que está en función de un tema en específico; la clasificación de las categorías será a través del proceso de construcción deductivo debido a que nuestras categorías han sido establecidas a priori; para así llegar a la elaboración de la matriz que nos ayudará a la reducción y futuro análisis de datos.

Dicha matriz consta de 9 columnas, en donde en cada una de las columnas se establecerá la categoría empírica, subcategoría, si estas se encuentra presente o ausente en el discurso; transcripción fiel del fragmento del discurso donde la categoría o subcategoría esté presente, el número de párrafo, tema emergente, contexto en el cual fue dicho y comentario del entrevistador.

Se realizará una matriz por cada una de las categorías teóricas; por lo que para cada entrevistado se realizarán tres matrices de análisis de información; a continuación se presenta dicha matriz:

Cuadro 6. Matriz de análisis de información

Entrevista No. _____

Variable Discursiva: _____

Categoría Teórica: _____

Categoría empírica	Subcategoría empírica	Presente	Ausente	Discurso	Discurso	Número de párrafo	Tema emergente	Contexto	Comentario

Fuente: Elaboración Propia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguilar VL. La hechura de las políticas. México: Miguel Ángel Porrúa editor; 2007. 23-24 p.
2. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México: Anaya Editores; 2007. 77-79 p.
3. Ley de Planeación. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de enero de 1983. Texto Vigente. Última reforma publicada DOF 13-16-2003. [Consultado 26 Sep 08] Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/59.pdf>
4. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Texto vigente en línea. [Consultado 28 Sep 08] Disponible en: <http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/index.php?page=home>
5. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: Construyendo alianzas para una mejor salud. Texto vigente en línea. [Consultado 28 Sep 08] Disponible en: http://www.alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf
6. CONAPO. Migración mexicana hacia Estados Unidos: La migración mexicana hacia la Unión Americana tienes sus raíces en la segunda mitad del siglo XIX. Consultado: 26 Ago 08. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/mig_int/03.htm
7. Durand J. Braceros: Las miradas mexicana y estadounidense. Antología (1945-1964). México: Miguel Ángel Porrúa Editores. 2007. 12 p.

8. Movimiento Masivo de los Braceros. [Consultado 26 sept. 08]. Texto en línea Disponible en: <http://www.farmworkers.org/pbracero.html#anchor399949>
9. Cabrera E. Desafíos de la migración: Saldos de la Relación México-Estados Unidos. México: Editorial Planeta Mexicana. 2007. 13 p.
10. Salud del Migrante. Objetivos de la Dirección General Adjunta de Salud y Apoyo al Migrante. Texto en línea [Consultado: 18 sep 08] Disponible en: <http://www.saludmigrante.salud.gob.mx/interior/objetivos.html>
11. Organización Internacional para las Migraciones. Migración y Trabajo. Sección 2.6. [Consultado: 26 Ago. 08]. Disponible en <http://www.iom.int/jahia/Jahia/lang/es/pid/532>
12. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis. [Consultado: 20 Sep 08]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/index.html>
13. Organización Mundial de la Salud. Control mundial de la tuberculosis 2008. [Consultado: 20 Sept 08]. Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2008/key_points/es/index.html
14. Zenteno CR. Tuberculosis: Realidades y perspectivas. Tópicos selectos de la salud pública. México: Universidad Veracruzana. 9 p.
15. Secretaría de Salud de Veracruz. Programa de Acción para la Prevención y Control de la Tuberculosis 2007-2008. Archivo electrónico.
16. Universidad Iberoamericana. El Bordo. Retos de frontera. Migración en la Frontera Norte. [Consultado: 20 Sept 08]. Disponible en: http://www.tij.uia.mx/elbordo/vol04/bordo4_norte1.html
17. Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos. Agenda Bilateral del Programa Frontera Saludable 2010. Texto en línea. [Consultado: 20 Sep 08]. Disponible en: http://www.borderhealth.org/files/res_819.pdf
18. Proyecto Binacional de los EUA y México para Referencia y Manejo de Casos de Tuberculosis. 2003. Archivo Electrónico.
19. Balcázar NP. Investigación Cualitativa. México: Ciencias Sociales: sociología. 2007. 7 p.
20. Mucchielli A. Diccionario de Métodos cualitativos en ciencias humanas y sociales. España. Editorial Síntesis. 1996. 67 p.
21. Rodríguez, GG, Gil FJ, García JE. Metodología de la investigación cualitativa. España: Ediciones Aljibe. 1999. 33 p.
22. Magalhaes BML, Mercado FJ. Investigación cualitativa en los Servicios de Salud. Argentina: Lugar Editorial. 2007. 63 p.
23. Cabrera AGA. Teorías y modelos en salud pública. Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez". Colombia. 2007. Documento Electrónico.
24. Ajzen. Teoría del Comportamiento Planificado. 12Manage. Texto en línea. [Consultado 01 oct. 08] Disponible en: http://www.12manage.com/methods/ajzen_theory_planned_behaviour_es.html
25. Ritzer G. Teoría Sociológica Moderna. España. Mc Graw-Hill. 2002. 247-277 p.
26. Cáceres M. Introducción a la comunicación interpersonal. Madrid: Síntesis; 2003
27. Murphy J. La importancia de la percepción de los Stakeholders en la comprensión del impacto: El programa del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) y la calidad del servicio de la salud primaria en El Salvador. Texto en línea. [Consultado: 20 Sep 08]. Disponible en: http://scienti.colciencias.gov.co:8084/publindex/EnArticulo/queryDetalle.do?sessionId=E41FC30409F2812D0C1FCC42A87DCE2D?secuencial=4&cod_revista=257&cod_articulo=32&cod_fasciculo=4
28. Lozano CM. Evaluación cualitativa de los impactos del Programa Oportunidades, en alimentación, salud y educación en los municipios del sur de Yucatán (2004-2005). Texto en línea. Consultado: 20 Sep 08]. Disponible en: evaluacion.oportunidades.gob.mx:8010/es/publicaciones.php
29. Sachii M. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de

- la Ciudad de Salta. Texto en línea (consultado 25 sep 08) Disponible en: <http://dialnet.uniroja.es/servlet/articulo?codigo=2492753>
30. Carvajal R.; Cabrera GA. Percepciones de los efectos de la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud sobre las acciones de control de tuberculosis en el Valle del Cauca, Colombia. Texto en línea. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol35No4/BODY/CM35N4A3.HTM>
 31. Cruz-Escobosa María Isabel, Sorroche-Rodríguez Juan Francisco, Prados-García Francisco. Percepción y expectativas de cuidadoras de niños con gran discapacidad: Sobre la atención sanitaria recibida. *Index Enferm.* [periódico en Internet]. 2006 Nov. [citado 2008 Sep. 20]; 15(54): 15-19. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200003&lng=pt&nrm=iso.
 32. Corona AAE, Morales CG et Al. Conocimientos, percepciones y prácticas de grupos de población respecto a la tuberculosis. 1994-1996. Texto en línea. [Consultado 09 Sep 08] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mtr/vol52_2_00/mtr06200.pdf
 33. Álvarez-Gordillo GC, Álvarez-Gordillo JF, Dorantes-Jiménez JE, Halperin-Frisch D. Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México. *Salud Pública México*: 2000; 42:520-528. [Consultado 09 Sep 08] Texto en Línea. Disponible en: www.insp.mx/rsp/files/File/2000/num_6/426_6_percepciones_prac.pdf
 34. Riley A. Assessing use of the Binational Health Card for Tuberculosis among patients in the San Diego-Tijuana Border Region. 2003. Documento electrónico
 35. Schneider D. Continuidad de la terapia para tuberculosis (TB) para personas detenidas por U.S Immigration and Customs Enforcement (ICE). Documento Power Point Electrónico. Disponible en: www.crmsv.org/Presentaciones/Diana_Schneider-Programa_medico.ppt
 36. Datos proporcionados por la Dirección General de Atención a Migrantes del Estado de Veracruz. 29 sept. 08
 37. Hernández GE, Saldaña ISA. Investigación Cualitativa: Guía práctica para la elaboración del proyecto. México, Documento electrónico. 2003
 38. Cortés REI. Género y envejecimiento: Una aproximación a los significados de la salud y la enfermedad-padecimiento en las ancianas". México: Tesis para obtención de grado. Universidad Veracruzana. Instituto de Salud Pública. 2006
 39. Pineda EB, De Alvarado EL, de Canales FH. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Estados Unidos. Organización Panamericana de la Salud. OPS. 1994
 40. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Argentina. Paidós Básica. 1996
 41. Hernández SR, Fernández HC, Baptista LP. Metodología de la Investigación. México. McGraw Hill. 2006
 42. Valles MS. Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional. España. Editorial Síntesis, S.A. 1997
 43. Zubieta VFA. Programas de Salud Mental: en la mira de los Actores sociales (caso Xalapa, Ver.). México: Tesis para obtención de grado. Universidad Veracruzana. Instituto de Salud Pública. 2008
 44. Garrido C. Manual de Investigación e intervención social en las Ciencias Sociales: el caso de la migración de veracruzanos a Estados Unidos. Documento en proceso. 2008
 45. Ulin PR, Robinson ET, Tolley Elizabeth. Investigación aplicada en salud pública: Métodos Cualitativos. Estados Unidos. USAID, OPS, Family Health International.
 46. Amezcua M, Gálvez TA. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2002; 76. No. 5 Sep-Oct. 2002. 423-436
 47. Van Dijk, TA. El estudio del discurso. Copias proporcionadas en clase.
 48. Rodríguez SC. Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades., SocioTAM*. Julio- Diciembre. Año/

