ISSN: 1870-2767

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO III Y Y SALUD PÚBLICA III:

PRODUCTO DE LOS MÓDULOS

(Generación 2005-2007, tercer semestre)

Elsa Ladrón de Guevara Morales
Francisco Domingo Vázquez Martínez
Roberto Zenteno Cuevas
Ma. Cristina Ortiz León
(Compiladores)

INSTITUTO DE SALUD PUBLICA / UV

COLECCIONES EDUCATIVAS 5 EN SALUD PÚBLICA

SALUD PÚBLICA III Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO III:
PRODUCTO DE LOS MÓDULOS

5

Universidad Veracruzana
Dr. Raúl Arias Lovillo
Rector
Dr. Ricardo Corzo Ramírez
Secretario Académico
Lic. Víctor Aguilar Pizarro
Secretario de Administración y Finanzas
Dr. Jesús Samuel Cruz Sánchez
Director General de Investigaciones
Dr. Agustín Aguirre Pitalúa
Director General del Área Académica de Ciencias de la Salud
Dr. Porfirio Carrillo Castilla
Director General de la Unidad de Estudios de Posgrado
Mtra. Ma. Cristina Ortiz León
Encargada de la Dirección del Instituto de Salud Pública

Comité Editorial
Mtra. S. Areli Saldaña Ibarra
Editor
Dr. Roberto Zenteno Cuevas
Co- Editor
Dr. Miguel Figueroa -Saavedra Ruiz
Dra. Elsa Ladrón de Guevara Morales
Dr. Jaime Morales Romero
Mtra. Ma. Cristina Ortiz León
Dra. Edit Rodríguez Romero

Coordinación Administrativa
C.P. Angélica Tapia Vázquez

Diseño Editorial
María Elena López Vázquez

Elsa Ladrón de Guevara Morales
Francisco Domingo Vázquez Martínez
Roberto Zenteno Cuevas
Ma. Cristina Ortiz León
(Compiladores)

ISSN: 1870-2767
Salud Pública III y Gestión del Conocimiento III:
Producto de los Módulos
(Generación 2005-2007, tercer semestre)

Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana
Primera edición, Xalapa, Ver. 2008.

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO III Y SALUD PÚBLICA III:

Producto de los Módulos

(Generación 2005-2007, tercer semestre)

Elsa Ladrón de Guevara Morales
Francisco Domingo Vázquez Martínez
Roberto Zenteno Cuevas
Ma. Cristina Ortiz León
(Compiladores)

2008

Elsa Ladrón de Guevara Morales. *elsaladron@uv.mx*
Francisco Domingo Vázquez Martínez. *dvazquez@uv.mx*
Roberto Zenteno Cuevas. *rzenteno@uv.mx*
Ma. Cristina Ortiz León. *cortiz@uv.mx*
(Compiladores)

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO III Y
SALUD PÚBLICA III:
Producto de los Módulos
(Generación 2005-2007, tercer semestre)

Instituto de Salud Pública
Universidad Veracruzana

Primera edición, Xalapa, Ver.
Se imprimió en los talleres de
DOCUMASTER S.A de C.V
Av. Coyoacán 1450 Bis Col. Del Valle
CP. 03220 México DF.

Diseño editorial
María Elena López Vázquez

Se admite la reproducción parcial o total
de esta publicación con la condición
de que sea mencionada la fuente.

Correspondencia:
Instituto de Salud Pública.
Universidad Veracruzana.
Av. Castelazo Ayala s/n. Col. Industrial Ánimas.
C.P. 91190. Xalapa, Ver.

presentación

PRESENTACIÓN DE LA COLECCIÓN 5

Dra. Edit Rodríguez Romero
Coordinadora del programa de la Maestría en Salud Pública

capítulo 1

ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Dra. Elsa Ladrón de Guevara Morales
Coordinadora del área disciplinar

capítulo 2

COMUNICACIÓN EN SALUD

Dr. Francisco Domingo Vázquez Martínez
Coordinador del área disciplinar

capítulo 3

EPIDEMIOLOGÍA

Dr. Roberto Zenteno Cuevas
Coordinador del área disciplinar

capítulo 4

INFORMÁTICA APLICADA A LA SALUD

Mtra. Ma. Cristina Ortiz León
Coordinadora del área disciplinar

PRESENTACIÓN DE LA COLECCIÓN 5

Dra. Edit Rodríguez Romero
Coordinadora del programa de la Maestría en Salud Pública

capítulo 1

ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Dra. Elsa Ladrón de Guevara Morales
Coordinadora del área disciplinar

CONTENIDO

PRESENTACIÓN 13
Dra. Elsa Ladrón de Guevara Morales
Coordinadora del Área Disciplinar Administración de Servicios de Salud

SISTEMA PENITENCIARIO: NECESIDADES DE SALUD 15
Christian Soledad Ortiz Chacha, José Antonio Montiel Domínguez
Tutor: Mtro. Gabriel Riande Juárez
Co-tutor: Mtro. Enrique Hernández Guerson

PROGRAMAS DE SALUD MENTAL: EN LA MIRA DE LOS ACTORES SOCIALES 43
Francisco Antonio Zubieta Vargas
Tutor: Mtro. Enrique Hernández Guerson
Asesor externo: Dr. Rubén Torres Martínez

EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN POSTERIOR A LA IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE DESARROLLO EN HOSPITALES DE LOS SESVER 73
María Elena Aguirre Pavón
Tutor: Mtra. María Cristina Ortiz León
Co-tutora: Mtra. Edit Rodríguez Romero
Asesora externa: Dra. Yolanda Jaramillo Cosme

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LAS ACTIVIDADES PRIORITARIAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN 95
Charbel Elizabeth Rosas López
Tutor: Dr. Gabriel Riande Juárez
Asesora externa: Lic. Teresa Pérez Domínguez

INFLUENCIA DEL NIVEL DE PARTICIPACIÓN DEL AVAL CIUDADANO EN LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO POR EL TRATO DIGNO 129
Oswall Johnny Marín Marín
Tutor: Dra. Elsa Ladrón de Guevara Morales
Co-tutoras: Dra. Elsa Fernández Gutiérrez y Lic. Alma Catalina Sustershik Hernández

ABASTO DE MEDICAMENTOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ 147
Claudia Patricia Laguna Martínez y María Luisa Sánchez Murrieta
Tutor: Dra. Edit Rodríguez Romero
Asesor externo: Dr. Jorge Luis Torres Díaz Barriga

SEGURO POPULAR: ESTRATEGIA DE TERCIARIZACIÓN EN EL ABASTO DE MEDICAMENTOS EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN 181
Esmeralda Bernal Aguilera
Tutor: Dr. Alejandro Escobar Mesa
Asesora externa: Dra. Lyzzi Elena García Ortiz

EVALUACIÓN DE COSTOS DEL SEGURO POPULAR 201
Nelson Ariel Riera Vázquez
Tutor: Dr. Gabriel Riande Juárez
Asesor externo: Dra. Lyzzi Elena García Ortiz

EQUIDAD DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD EN POBLACIÓN ABIERTA DE VERACRUZ 235
Gaudencio Gutiérrez Alba
Tutor: Dra. Elsa Ladrón de Guevara Morales
Asesores externos: CP. Teofila Mendo Castellanos y CP. David de Felipe Flores

PERFIL DE LOS RECURSOS HUMANOS QUE REALIZAN LA FUNCIÓN ESENCIAL DE SALUD PÚBLICA No. 5 255
Josefa Patricia Marín Lozano
Tutor: Manuel Salvador Luzanía Valerio
Co-tutor: Dr. Francisco Domingo Vázquez Martínez
Asesora externa: Dra. Norma Leticia Jiménez Illescas

ÁREA DISCIPLINAR: ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

PRESENTACIÓN

La *Colección Educativa 5 en Salud Pública*, recoge los productos del tercer semestre de la Maestría en Salud Pública, en este capítulo se integran los derivados del Área Disciplinar de *Administración de Servicios de Salud.* En esta nueva fase la Maestría se caracteriza por la adopción de un modelo educativo modular, que se desarrolla bajo la mística de aprender a aprender, a partir de la confrontación con los problemas cotidianos relacionados con la salud pública, de donde surgen las diversas temáticas que integran este capítulo, enmarcadas en las diferentes competencias profesionales que definen el quehacer del egresado de esta área disciplinar, las cuales se desprenden de algunas de las Funciones Esenciales de la Salud Pública.

Los trabajos son producto de la confluencia de dos módulos: Salud Pública III y Gestión del Conocimiento III y tienen el propósito de generar los protocolos de tesis a través de los cuales los alumnos pueden desarrollar en el siguiente semestre, los proyectos con los que estarán en posibilidad de aspirar a adquirir el grado académico que ofrece el Programa.

El desarrollo de los protocolos fue posible también gracias a la colaboración de expertos de las áreas normativas y aplicativas de la salud pública, los cuales contribuyeron a lograr la dirección correcta sobre las problemáticas vigentes y de interés para los servicios de salud, su incorporación permitió también facilitar el acceso a los formatos y sistemas de información imprescindibles para la construcción correcta de dichos protocolos; nuestro agradecimiento y reconocimiento por su invaluable colaboración.

La dirección específica de cada protocolo, constituyó también una tarea valiosísima, la cual recayó bajo la responsabilidad de la mayoría de los académicos adscritos al Instituto de Salud Pública; como se observa, los productos que aquí se presentan, representan no sólo el esfuerzo de los alumnos, sino también, la confluencia y buena voluntad de profesionales con diversos perfiles que garantizan el llevar a buen término el propósito de estos trabajos.

Los protocolos atienden diversas áreas de interés, así, los primeros dos se ubican en la identificación de necesidades de salud de cierto sector de la población, propone el primero como innovación, la integración de la metodología cuantitativa con el abordaje cualitativo, en el segundo -desde una perspectiva novedosa de representaciones sociales- se plantea el análisis desde la perspectiva de los mismos implicados, sobre la situación actual de las acciones programáticas que se desarrollan en torno a la salud mental.

Los siguientes tres trabajos se ubican en la perspectiva de la calidad de los servicios de salud; el primero de ellos representa un esfuerzo evaluativo sobre la implantación de un modelo de gestión hospitalaria, el segundo atiende también a la evaluación pero, centrada en las competencias técnicas y en la dimensión interpersonal del personal de enfermería en el primer nivel de atención; el tercer trabajo de este bloque, plantea evaluar en el primer nivel de atención, la participación ciudadana en la mejoría de la calidad de la atención, mediante la estrategia de Aval Ciudadano.

El siguiente bloque de trabajos, centra la preocupación en una problemática muy sentida por los usuarios y fuente de permanente preocupación de los responsables de los servicios de salud: el abasto de medicamentos. En el primer trabajo se plantea un análisis de la cadena de abasto en unidades de primer nivel de atención de cuatro Jurisdicciones Sanitarias, el planteamiento implica profundizar en el análisis y explicación de la problemática que caracteriza y rodea a cada uno de los eslabones de la cadena. El segundo trabajo analiza una nueva estrategia para resolver los problemas de abasto de medicamentos: la

terciarización; esta estrategia se ha instrumentado en unidades de primer y segundo nivel de atención que prestan servicios a los usuarios del Seguro Popular, es así, que el proyecto pretende analizar en ambos tipos de unidades de una Jurisdicción Sanitaria, la capacidad de respuesta, la eficacia y la oportunidad con la que los medicamentos son entregados a los usuarios de los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización.

Dos trabajos más centran el énfasis en la indagación sobre cuestiones financieras; el primero de ellos pretende estimar los costos reales en que incurren los servicios de salud al proporcionar las actividades detección, vacunación y consulta externa a los usuarios del Seguro Popular, en las unidades de primer nivel de atención de una de la Jurisdicciones Sanitarias que ofrece este servicio. El segundo de ellos plantea la necesidad de realizar un análisis sobre la distribución del gasto en salud entre las diferentes Jurisdicciones Sanitarias de la entidad, el planteamiento propone el abordaje del gasto de inversión y el gasto corriente, así como explorar la asignación en algunos programas específicos relacionados con muertes evitables, la finalidad es verificar si el patrón de asignación a través del tiempo ha contribuido a disminuir la inequidad en lo que a salud corresponde en el estado.

El último trabajo que se presenta, implica una propuesta de avanzada, ya que a través de él se pretende indagar en el personal directivo de una Jurisdicción Sanitaria con responsabilidades en la ejecución de la Función Esencial de la Salud Pública 5 (Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión) las características del perfil profesional que poseen; indudablemente que los resultados que arroje este trabajo serán de mutuo interés tanto para las instituciones formadoras de recursos humanos, como para los servicios de salud.

Esperando que la lectura de estas propuestas sirva para la retroalimentación de los alumnos y académicos implicados y constituyan también un recordatorio permanente de aquellas cosas que son mejorables, pero también de aquellas que aún bajo condiciones difíciles vale la pena intentar abordar.

Elsa Ladrón de Guevara Morales
Coordinadora del Área Disciplinar de
Administración de Servicios de Salud

SISTEMA PENITENCIARIO: NECESIDADES DE SALUD

Christian Soledad Ortiz Chacha, José Antonio Montiel Domínguez
Tutor: Mtro. Gabriel Riande Juárez
Co-tutor: Mtro. Enrique Hernández Guerson

INTRODUCCIÓN

Uno de los sectores sociales más vulnerables a los problemas de salud es la población interna en las prisiones. A menudo la salud, en estos espacios, es olvidada o bien considerada de baja prioridad. Sin embargo, el perder su libertad no significa la pérdida de otros derechos que mantienen, como lo es el derecho a la salud, por lo que el mantener una persona bajo custodia del Estado no debería ser perjudicial para su salud.

La salud de una persona privada de su libertad es responsabilidad de diferentes autoridades e instituciones. Estas deben brindar una atención médica adecuada y de la misma calidad que la que se brinda a la sociedad en general.

Actualmente, en el estado de Veracruz, la Dirección General de Prevención y Readaptación Social mantiene convenios con algunas instituciones de salud. Tal es el caso de los Servicios de Salud de Veracruz, que mantiene un convenio de colaboración para el mejoramiento de los servicios de salud que se proporcionan en los 22 Centros de readaptación social (CERESOS) del estado.

La salud en las prisiones es una cuestión de salud pública, en tanto que la prisión es un espacio de riesgo a causa de las condiciones de vida y salud que se extienden al interior y al exterior de éstas. A pesar de que los internos son una población privada de su libertad, ésta constantemente interactúa con el resto de la sociedad, por lo cual está sujeta a los infortunios de la salud que esta presenta, pero a diferencia de ella, aquí se ven reflejados de manera exponencial.

Es por ello que este trabajo estará orientado por una parte, al estudio y análisis de las condiciones de salud, factores que la condicionan y recursos para la salud, esto es realizar un diagnóstico de salud bajo un enfoque sanitarista y, por la otra, desde una perspectiva social que busca identificar la formación de las representaciones sociales de la experiencia del padecimiento de los internos del CERESO de Pacho Viejo, Ver.

Por lo anterior, el estudio de esta población conlleva una trascendencia social, pero además política en tanto que busca incorporar la palabra de los sujetos en la toma de decisiones.

ANTECEDENTES

Origen del sistema penitenciario

Las características fundamentales del actual sistema penitenciario tienen sus orígenes, en el siglo XVIII, aunque esto puede diferir entre autores. Si bien es cierto que antes de este periodo existían cárceles, estas no tenían las características ni el tipo de organización burocratizada que se conocen en la actualidad. Esas cárceles eran pequeñas dependencias locales donde se confinaban sin ninguna diferencia tanto a grandes criminales como pequeños ladrones, generalmente eran lugares de espera. La vigilancia y el control de las calles era únicamente un asunto local. Con la industrialización y el desarrollo de las sociedades todo esto se transformó. El control social se profesionalizó y burocratizó, y la administración central comenzó a jugar un papel más trascendental[1].

Para algunos autores las cárceles son lugares cerrados y por lo tanto están aislados y separados de la sociedad libre, aunque esta separación resulta más aparente que real, ya que la cárcel no hace más que revelar o llevar al paroxismo modelos sociales o económicos de organización que se intentan aplicar o que ya existen en la sociedad[2].

Así mismo, la prisión es el único lugar donde el poder se puede manifestar en sus dimensiones más excesivas y justificarse como poder moral. En las prisiones el poder no se oculta, se muestra como tiranía llevada hasta los más ínfimos detalles, enteramente justificado ya que puede formularse completamente en el interior de una moral que enmarca su ejercicio: su tiranía salvaje aparece entonces como dominación serena del bien sobre el mal, del orden sobre el desorden[3].

La cárcel como institución total

En un esfuerzo por desarrollar y combinar los aspectos burocráticos y comunales en un solo modelo surge el concepto de institución total, en donde la cárcel es una de sus diversas formas. Así, una institución total se ve como un instrumento especializado al servicio de la inhumanidad del hombre para con el hombre y es definida como un lugar de residencia y de trabajo donde individuos que se hallan en la misma situación, apartados de la sociedad por un tiempo determinado, llevan una vida de reclusión y que es administrada formalmente[4].

Los sistemas penitenciarios como instituciones totales, tienen un régimen de vida impuesto, que involucra aspectos como la sanción, el encierro, aislamiento, vigilancia permanente, hacinamiento, y con códigos propios. Y genera pérdidas de tipo familiar, de relaciones, del contacto con el mundo, y de la de la privacidad[5].

Como institución total los fines oficiales de la cárcel son la reclusión, la custodia y la rehabilitación. Es el espacio en el que los internos ingresan de manera voluntaria o no, para fines correctivos, cambio que implica entonces mayor fuerza moral, competencia social, salud emocional, etc. Por su parte, el objetivo del personal es la imposición de la obediencia y el objetivo del recluso aprender a ser lo que es sin tener problemas, o aprender su descarriada profesión[6].

La sociedad carcelaria es extensa y articulada de acuerdo a códigos, pautas y reglas propias. A partir de esto, el encierro en instituciones totales produce efectos en la convivencia diaria y en las concepciones de los sujetos respecto a la realidad y a su propia situación[7].

Por otra parte, la institución carcelaria, como problemática específica, aparece en una posición encumbrada dentro de los elementos propios del modelo de exclusión social hegemónico, complementario con la marginación económica y política. A excepción de que dentro de los procesos específicos de exclusión, la cárcel es uno de los espacios en torno al cual se ha construido una significación más que singular que se representa como un patrimonio de prácticas y discursos, necesaria para los propios separados y el resto de la sociedad, ahí los sujetos confinados podrán ser redisciplinados de modo tal que volverán en mayor o menor medida a participar del escenario social de manera normal[8].

Sistema penitenciario mexicano

Los establecimientos penitenciarios en el país de acuerdo al tipo de autoridad que está a su cargo se distribuyen en federales, estatales, municipales y del gobierno del Distrito Federal. La población de estos varía significativamente de un centro a otro. Los más poblados son los D.F. con casi 8,000 internos, le siguen los centros estatales con una población de entre 500 y 5,000 internos, los federales con 500 internos y con

menor población los municipales. Para el año 2003 existía una tasa de 175 presos por 100 mil habitantes, mientras que hace diez años era de 104 por 100 mil.

En cuanto a su nivel de seguridad, tres centros federales de México, Jalisco y Tamaulipas son de alta seguridad, existe uno de baja seguridad y los otros de mediana seguridad.

La composición de la población penitenciaria por sexo es de 96 por ciento hombres y cuatro por ciento mujeres, proporción que ha sido constante durante las últimas décadas. Del total de la población interna el 57 por ciento ha obtenido una sentencia mientras que un 43 por ciento son reos sin condena. En lo que respecta al fuero, un 26 por ciento de internos en el país están acusados por delitos de fuero federal y un 74 por ciento por delitos del fuero común.

Entre los factores que han incidido en el incremento que ha tenido la población penitenciaria del país son: el incremento en los índices delictivos, las reformas de los códigos que han endurecido las penas y las medidas administrativas que prolongan la estancia en prisión.

En términos generales, casi todos los establecimientos penitenciarios del país tienen marcadas carencias organizacionales y deficiencias funcionales. Muestran un deterioro y carencias importantes en lo que se refiere al acondicionamiento de sus espacios, estado de instalaciones e inmobiliario, acceso universal de los internos a bienes y servicios básicos.

Por su parte, frecuentemente los familiares asumen de diversas maneras parte importante de los costos de reclusión del interno, ya que abastecen de bienes y servicios que la institución no les proporciona. Así, las prisiones no son vistas como un renglón que en el que merece la pena invertir, sino como un gasto que sería deseable poder economizar[9].

Sistema penitenciario del estado de Veracruz

El sistema penitenciario del estado de Veracruz está constituido por 23 Centros de Readaptación Social (CERESOS), distribuidos a lo largo y ancho del estado. Los CERESOS están clasificados de acuerdo a su infraestructura y recursos en CERESO tipo, el cual cuenta con toda la infraestructura adecuada para atender a la población y separarla según el delito, conforme a la Ley, entre los que sen encuentran los CERESOS de Pacho Viejo, Tuxpan, Amatlán, Coatzacoalcos y Villa Aldama; CERESO mediano, tienen una capacidad para albergar de 200 a 500 internos, y éstos sólo pueden ser separados de acuerdo a su situación jurídica, estos son seis: CERESOS de Papantla, Poza Rica, Misantla, Cosamaloapan, San Andrés Tuxtla y Acayucan, y el resto son considerados CERESOS chicos, que por lo general, están adjuntos al municipio.

En cuanto a la población penitenciaria en el estado actualmente es de un total de 8 536 personas de privadas de su libertad[10].

Internos y establecimientos penitenciarios

Ante el contexto del sistema penitenciario, se impone la necesidad de definir al grupo social que resulta objeto de este trabajo, los internos. Este sector, está conformado por las personas que se encuentran recluidas en los establecimientos penitenciarios del país. Y para definirlos, cabe hacer mención sobre las circunstancias por las cuales una persona pueda estar recluida en una de esas instituciones así como las características de tales establecimientos.

Así, se tiene que son considerados internos “las personas que, en virtud de una decisión judicial, ven restringido su derecho de libertad personal y, por lo tanto, son recluidos en una institución penitenciaria,

hasta en tanto no se le rehabilita el derecho de libertad afectado.[11]

Por lo que se refiere a institución penitenciaria, aunque existen diversas instituciones detentivas, sólo aquéllas que son destinadas a la prisión preventiva y las destinadas a la ejecución de la pena de prisión son consideradas establecimientos penitenciarios, los cuales poseen una dimensión readaptadora ya que los requisitos que impone van más allá de un simple espacio para contener individuos[12].

Derechos de los internos

El sistema penitenciario ha sido uno de los espacios en donde la defensa de los derechos humanos ha implicado mayor esfuerzo y dedicación, aunque las razones pueden ser diversas, la cárcel es un espacio privilegiado para el abuso del poder por las condiciones de vulnerabilidad de los internos; y también ha sido un espacio olvidado, con frecuencia se piensa que un interno es una persona que hecho daño a la sociedad y que en consecuencia debe ser castigado. Sin embargo, la sentencia de privación de la libertad significa que a quienes se interna en la prisión no se les puede privar de todos aquéllos derechos civiles, económicos, sociales y culturales que son compatibles con la reclusión, es decir, esta privación de libertad sólo persigue afectar la libertad de deambular de manera libre y la privación de otros derechos[13].

La tradición penal en México, durante los últimos dos siglos, ha conservado el mismo estado de desprotección al interno a pesar de periodos de una manifiesta intención humanizadora, como la adopción en 1995 de las Reglas Mínimas de la ONU para el tratamiento de los reclusos, las cuales tienen por objeto establecer los principios y las reglas de una buena organización penitenciaria y de la práctica relativa al tratamiento de los reclusos. Este precepto incluye reglas concernientes a la administración general de los establecimientos penitenciarios la cual es aplicable a todas las categorías de reclusos, criminales o civiles, en prisión preventiva o condenados, incluso a los que sean objeto de una medida de seguridad o de una medida de reeducación ordenada por el juez, tales como: el registro de internos, locales destinados a los reclusos, higiene personal, ropas y cama, alimentación, ejercicios físicos, servicios médicos, disciplina y sanciones, medios de coerción, información y derecho de queja de los reclusos, contacto con el mundo exterior, biblioteca, religión, depósitos de objetos personales, notificación de defunción, enfermedades y traslados de reclusos, personal penitenciario e inspección. Así mismos, contiene las reglas que sólo son aplicables a las categorías de reclusos: condenados, reclusos alienados y enfermos mentales, personas detenidas o en prisión preventiva, sentenciados por deudas o a prisión civil y reclusos detenidos o encarcelados sin haber cargos en su contra [14].

Por otra parte, cabe señalar que la protección de los derechos reconocidos a los internos está directamente relacionado con el estatus jurídico de la persona y con el establecimiento en donde se encuentre físicamente recluido. Los derechos de los internos pueden clasificarse en tres rubros: humanos, relativos a su calidad de persona humana; fundamentales, reconocidos constitucionalmente y en diversos documentos internacionales que siguen vigentes aún en su situación de reclusión y; específicos, los que adquieren por la especial circunstancia de reclusión[15].

Los derechos concretos de los que son titulares los internos del sistema penitenciario pueden ser agrupados con base en el bien jurídico protegido, entre los que encontramos los siguientes:

Derechos que protegen su persona[16]

- Derecho a la vida, el cual no se limita a su conservación, sino que se refiere a las condiciones en que en un medio de internamiento la vida se desarrolla y relaciona con factores externos al individuo, como las condiciones físicas, ambiente colectivo, acceso a satisfactores de necesidades básicas, entre otros.

- Calidad de vida, dado que el encierro representa una calidad de vida impuesta ésta debería contar por lo menos, con las condiciones mínimas para la sana convivencia de los internos, preservando cierta intimidad y condiciones habitables necesarias.
- Derecho a la salud, de gran importancia por estar ligado al derecho a la vida, por lo que se considera como factor de buena salud una alimentación suficiente en cantidad y calidad.
- Condiciones habitables, se requiere un espacio en el que se promueva el desarrollo positivo del interno, como el trabajo, capacitación, educación y, un espacio para el esparcimiento y promoción cultural, y que además se promueva la participación individual y colectiva de manera pacífica y creativa.
- Derechos de libertad, aun cuando la libertad ambulatoria ha sido restringida por la naturaleza de la pena de prisión no implica la suspensión del derecho genérico a la libertad en todas sus modalidad, sino que pervive su derecho a la libertad de pensamiento, de creencia, al libre desarrollo de su personalidad, a la asociación y reunión pacífica, pero siempre y cuando no altere el orden, ni interfiera con la libertad de otros.

Derechos que amparan su situación jurídica[17]

- Indiciados y procesados, gozan del derecho al debido proceso legal y presunción de inocencia, así como derechos que amparan la situación jurídica del procesado. Subsisten íntegramente sus derechos civiles, económicos, sociales y culturales.
- Sentenciados, los derechos que amparan su situación jurídica se relacionan con la garantía de legalidad ejecutiva, por lo que la pena impuesta debe ser ejecutada con apego a la ley de ejecución y sanciones.

Derechos que son titulares en virtud de la situación de internamiento[18]

- Seguridad jurídica, entendidos como el conocimiento preciso de la condición de procesado, la ubicación exacta y plena identificación, separación física de sentenciados, ubicación en centro femenil o varonil y todos los arriba mencionados.
- El derecho a la readaptación social, bajo una idea de reinserción productiva a la sociedad, incluye el derecho al tratamiento para su adecuada clasificación, así como la instrumentación de mecanismos readaptadotes como educación, capacitación y trabajo, las cuales deberán adecuarse a características, necesidades y capacidades de los internos.
- Beneficios penitenciarios, consisten en medidas incentivadas por el tratamiento para obtener la libertad anticipada, lo que permite a la autoridad ejecutiva reducir el tiempo de la condena a través de: libertad preparatoria, remisión parcial de la pena y preliberación.
- Contacto con el exterior, incluye la visita familiar, conyugal, de diversas instituciones de asistencia privada o pública, el acceso a publicaciones periódicas y prensa diaria, derecho de recibir y enviar correspondencia.
- Derecho al acceso a instancias internas y externas, como instancias de protección de sus derechos, organizaciones gubernamentales y medios de comunicación.

Servicios de salud

Para el Estado, la función de la cárcel como un espacio de privación de la liberta ambulatoria supone la obligación de garantizar que todos los derechos de los internos, de los cuales no ha sido legalmente privados sean garantizados, como lo es el derecho a la salud[19].

Así, el artículo 4º de la Constitución Mexicana establece en su tercer párrafo que "toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del articulo 73 de esta Constitución". Y en el párrafo siguiente señala que "toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar"[20].

Gozan de este derecho toda persona y colectividad que se encuentre en el territorio nacional. Esto es, el Estado está obligado a proveer leyes que garanticen una adecuada atención a los servicios de salud. En sí, con esto se protege la posibilidad de acceder a servicios dignos de atención a la salud en cualquier caso y bajo cualquier circunstancia[21].

En torno al derecho de protección a la salud, el pleno de la Suprema Corte de Justicia se ha expresado "el derecho a la protección a la salud tiene, entre otras finalidades el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfaga las necesidades de la población", y por servicios de salud se refiere a "las acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad". Los servicios de salud se clasifican en: de atención médica, de salud pública y de asistencia social. Son servicios básicos de salud: la atención médica, que comprende "actividades preventivas, curativas y de rehabilitación incluyendo la atención de urgencias, definiéndose a las actividades curativas como aquéllas que tienen por fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar un tratamiento oportuno", y a su vez "la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud para cuyo efecto habrá un cuadro básico de insumos del sector salud"[22].

Por su parte, la ley reglamentaria del párrafo 3º del artículo 4º constitucional es la Ley General de Salud, que en su apartado correspondiente a la Ley de Salud para el Distrito Federal, título segundo, capítulo VIII de los reclusorios y centros de readaptación, establece en su artículo 51 que corresponde al Departamento del Distrito Federal "integrar, conducir, desarrollar, dirigir y administrar en forma permanente los servicios médicos, quirúrgicos generales y las especialidades de psiquiatría y odontología que se presenten" en estas instituciones. Según el precepto indicado "los responsables de la aplicación de los servicios médicos, coadyuvarán a la elaboración y ejecución de programas nutricionales, de prevención de enfermedades y de accidentes", para lo cual "los Directores de dichas instituciones deberán proveer todos los elementos, equipos, y materiales para prevenir y en, su caso, contrarrestar los riesgos y daños en la vida y salud de los internos". En el artículo 52, señala que "tratándose de enfermedades de emergencia, graves o cuando así lo requiera el tratamiento, a juicio del personal médico de la institución, el interno podrá dar aviso para ser trasladado al centro hospitalario que determine el propio Departamento; en cuyo caso se deberá ser de conocimiento de la autoridad competente". Seguidamente marca que "las personas encargadas de los servicios médicos de los reclusorios y centros de readaptación deberán, a partir de que tengan conocimiento de alguna enfermedad transmisible, proceder a adoptar las medidas de seguridad sanitaria previstas en el capítulo I del título sexto de esta ley, para evitar su propagación, así como informar en un plazo no mayor de 24 horas al Departamento"[23].

En el estado de Veracruz, la Constitución Política del Estado en su artículo 4º, capítulo II de los derechos humanos, refiere "toda persona gozará de los derechos que establece la Constitución y leyes federales, los tratados internacionales, esta Constitución y las leyes que de ella emanen; así como aquéllas que reconozca el Poder Judicial del Estado". En lo que respecta a las atribuciones correspondientes a, este precepto establece además que, las autoridades del Estado "tienen el deber de generar las condiciones necesarias para que las personas gocen de los derechos que establece esta Constitución; así como proteger los que se reserve el pueblo de Veracruz mediante el juicio de protección de derechos humanos; la violación de los mismos implicará la sanción correspondiente y en su caso, la reparación del daño, en términos de ley[24].

La Ley de Salud del Estado de Veracruz que reglamenta el derecho a la protección de la salud establecido en la Constitución Mexicana, en su capítulo XI sobre reclusorios en su artículo 225 establece que estos "estarán sujetos al control sanitario del Gobierno del Estado, de conformidad con las disposiciones que se señalen en esta Ley y demás disposiciones aplicables." Y en su artículo 226 refiere "los reclusorios deberán contar, además de lo previsto por las disposiciones legales aplicables y las normas técnicas correspondientes, con departamentos de baño de regadera, retretes peluquería, dietología, enfermería para la atención de los recluso en los casos en que no ameriten hospitalización; áreas conyugales; servicios de psiquiatría, etc"[25].

La atención médica a internos de CERESOS

En materia de prestación de servicios de atención médica, el reglamento de la ley general de salud establece en el artículo 11, capítulo I de disposiciones generales, que "en todos los reclusorios y centros de readaptación social deberá existir un servicio de atención médico-quirúrgico, que permita resolver los problemas que se presenten." En lo concerniente a la prestación de servicios de hospitales en el artículo 86, capítulo IV se señala que "en los hospitales donde sean internados enfermos en calidad de detenidos, el hospital sólo se hará responsable de la atención médica, quedando a cargo de la autoridad correspondiente a la responsabilidad de su custodia"[26].

Asimismo, el artículo 100 capítulo V de este reglamento referente a la prestación de servicios de atención materno-infantil señala "los reclusorios para mujeres, deberán contar con las instalaciones necesarias para la atención del embarazo, parto y puerperio, así como de recién nacidos y establecer las medidas de protección tanto para la madre como para su hijo, de acuerdo con las Normas Técnicas que al efecto se emitan"[27].

Y en materia de servicios de salud mental el artículo 126 capítulo VII establece que "todo aquel establecimiento que albergue pacientes con padecimientos mentales deberá contar con los recursos físicos y humanos necesarios para la adecuada protección, seguridad y atención de los usuarios, acorde a las Normas Técnicas que emita la Secretaría." Igualmente, en el artículo 127 menciona que "las unidades psiquiátricas que se encuentren ubicadas en reclusorios o centros de readaptación social, además de la reglamentación interna, se ajustarán a la Norma Técnica de prestación de servicios que en materia de salud mental emita la Secretaría"[28].

Por otra parte, el reglamento de los Centros Federales de Readaptación Social en su artículo 49 capítulo VIII indica que los servicios médicos del centro "tendrán por objeto velar por la salud física y mental de los internos." El Titular del área de servicios médicos es quien deberá realizar "campañas permanentes para la prevención y erradicación de enfermedades y la planificación familiar, y proporcionará a los internos la atención necesaria". A su vez esta área "deberá contar, al menos, con los insumos del cuadro básico de medicamentos de la Secretaría de Salud"[29].

Con base en el artículo 50 de este reglamento, la atención médica de los internos se efectuará en las instalaciones del centro "por personal dependiente del área de servicios médicos" y sólo en los casos extraordinarios que por su gravedad lo amerite, con previo dictamen del área de servicios médicos, se podrá autorizar por escrito "el acceso de médicos de instituciones públicas del sector salud" al centro para brindar atención médica a los internos, o bien "el traslado de internos a instituciones públicas del sector salud para su atención médica". Así mismo, este documento considera como infracciones, en cuestiones de salud, cometidas por los internos "contravenir las disposiciones de higiene y aseo o negarse a realizar la limpieza de su estancia", además "negarse a tomar alimentos sin razón justificada" y "usar medicamentos con fines distintos para los que se hayan prescrito" [30].

Por su parte, el reglamento de los centros de readaptación social del Estado de Veracruz, en su artículo 34, fracción VI, establece que corresponde a la Dirección General de Prevención y Readaptación Social "autorizar

los traslados de internos a instituciones de salud cuando sean considerados casos urgentes, informando de ello a la Dirección." En lo concerniente a higiene y atención médica, el artículo 78 señala que "los internos recibirán atención médica en el centro y se gestionará en Instituciones del exterior, la que no pueda proporcionarse por el servicio médico interior. Los internos que deseen asistencia médica particular a su costa, se les brindará con la supervisión médica del establecimiento". Y su artículo 79, señala que ellos mismos "realzarán su aseo personal, bañándose diariamente, salvo prescripción médica en contrario, se rasurarán y se cortarán el cabello y las uñas con regularidad. Así también, están obligados a efectuar aseos diarios de su alojamiento"[31].

La ley número 350 de ejecución de sanciones para el Estado de Veracruz establece en materia de salud, en su artículo 10, título tercero, que entre las medidas para la prevención social se debe "fomentar la salud mental y física en la educación de la niñez y la juventud veracruzana". En su artículo 26 se señala que "los servicios médicos de los centros de readaptación social, otorgarán a los internos asistencia médica, sin prejuicio de que se les permita a su costo, atención médica particular. Igualmente, se les proporcionará asistencia psicológica y psiquiátrica". En el momento en que un interno obtiene su libertad, según el artículo 62 este "será examinado previamente por el médico de la institución y si resultare que se encuentra padeciendo alguna enfermedad que requiera hospitalización y carece de recursos para atenderse en forma particular, será remitido inmediatamente por cuenta del Estado al establecimiento que corresponda"[32].

Planeación de los servicios de salud

Diagnóstico de salud

La administración se constituye en pilar fundamental en la gestión de los servicios de salud, es concebida como el proceso mediante el cual se supervisa la producción de los servicios de salud. De acuerdo al enfoque funcional las funciones de la administración son: planeación, organización, dirección, coordinación y control. Cada función influye y da lugar a la otra, donde la retroalimentación permite una influencia recíproca entre ellas[33].

La planeación es la concepción anticipada de una acción, un proceso que se encarga de reunir información y utilizarla para desarrollar y elaborar acciones y actividades de la organización. Al igual que las demás funciones de la administración, la planificación es indispensable en las acciones de salud colectiva, y es aquí donde el diagnóstico de salud se sitúa como su etapa inicial[34], constituyendo así una herramienta de gran importancia en la toma de decisiones en los servicios de salud[35].

Partiendo de una idea global, el diagnóstico de salud es un ejercicio en salud pública que permite recolectar, procesar, almacenar y analizar la información necesaria para tener una visión real de la situación de salud de una comunidad. Se constituye en un proceso de investigación permanente, de interpretación y análisis de la situación de salud de una población, que conlleva a la acción, precisando los requerimientos y, contribuir así, a mejorar y orientar las intervenciones institucionales en beneficio de la salud de la población[36].

Según López, el diagnóstico de salud es resultado de una investigación que permite conocer las condiciones de salud de una comunidad a través del análisis de los daños a la salud, factores condicionantes, y los recursos que se disponen para controlarlos o resolverlos, en esto radica su utilidad. Se presenta como un documento cuyos datos permiten fundamentar las acciones para prevenir y controlar las enfermedades, y así mejorar los niveles de bienestar y utilidad social tanto individual como general de la población estudiada[37].

Así mismo, el diagnóstico de salud es un ejercicio que no se elabora únicamente como apoyo al accionar de los servicios de salud, sino también debe permitir integrar las percepciones comunitarias, involucrando así la

participación de sectores, sea de salud, educación, económico, etc., y de grupos sociales de la comunidad que se encuentren interesados por el bien común tanto de la salud individual como colectiva[38].
Según Álvarez, las características del diagnóstico de salud son[39]:

- Objetividad: los datos deben presentarse cuantitativamente para evitar subjetividad.
- Precisión: los datos deben estar referidos a la población en estudio y el medio donde se encuentra.
- Integridad: debe ser lo más completa posible para poder conocer y evaluar el estado de salud de la población.
- Temporalidad: referido a un tiempo determinado.
- Así, el diagnóstico de salud debe ajustarse en extensión y amplitud, al lugar y propósito de su uso posterior[40].

Su finalidad primordial es estimular la acción para mejorar la salud de una colectividad humana, y lo realiza proporcionando información precisa, actual e imparcial sobre la salud de la población y sus determinantes; analizando la información con base en su impacto sobre la salud; fijando objetivos para evaluar el progreso e; implicando a la comunidad en la planificación de su salud. Así, el desarrollo del diagnóstico de salud implica las siguientes fases[41]:

- Planeación, se debe determinar entre otros aspectos los objetivos, área de estudio, marco legal, recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros para su realización, así como la metodología a utilizar.
- Ejecución, se debe llevar a cabo la recolección y evaluación de los datos, el análisis de la información y definir entonces las prioridades en salud, y posteriormente elaborar el documento y llevara cabo su divulgación.
- Evaluación, se realiza a la par con el desarrollo del diagnóstico para así ir solucionando los problemas que se vayan presentando durante el transcurso del mismo.
- Integración del diagnóstico propiamente dicho, implica la participación de la comunidad en todo el proceso, para dar origen a la toma de responsabilidad de la situación de salud por la colectividad, determinando entonces un proceso de planeación concertado con representantes de los sectores involucrados y la comunidad.
- Priorización de los eventos en salud a atender, los elementos que integran el diagnóstico de salud establecen la coyuntura para determinar la intervención, recurriendo también a criterios que determinen las acciones según nivel de importancia e impacto potencial, conciliar necesidades detectadas y sentidas de la población.
- Formulación de las posibles intervenciones, implica todas las acciones emprendidas basadas en el conocimiento generado con el desarrollo del diagnóstico de salud.

Para la realización del diagnóstico de salud se requiere entonces tomar en cuenta la persona, el lugar y el tiempo en la distribución de las enfermedades, y sus condicionantes, puesto que ello permitirá identificar la manera como afectan tales enfermedades a los grupos de personas[42], permitiendo así transitar a la segunda etapa de la planificación correspondiente a la formulación del plan[43].

Aunque existen parámetros base y modelos de diagnósticos de salud, en este trabajo se retomará el esquema utilizado en la experiencia pasada del equipo de investigación, durante la Maestría de Salud Pública, en donde se realizaron diagnósticos de salud de los centros de salud de la Jurisdicción Sanitaria No. V de los Servicios de Salud de Veracruz. Dicho esquema se ajustará al contexto y población en la que se desarrollará el diagnóstico de salud, y que a grosso modo los datos que lo integrarán son:

- Daños a la salud: se refiere al estudio de los efectos que los riesgos o variables han causado en una población, se conocen a través de los datos de mortalidad y morbilidad.
- Factores condicionantes de la salud: incluye datos de ubicación geográfica, datos demográficos, socioeconómicos, y saneamiento del medio.

- Recursos para la salud: Se incluyen todos los recursos de que se dispone para hacen frente a cierta problemática de salud; recursos humanos, datos sobre instalaciones y servicios para la salud, actividades que se realizan en la unidad y programas específicos.

Representaciones sociales

La representación social es un concepto que está siendo utilizado en las diversas disciplinas de las ciencias sociales y humanas, la representación es la intercepción entre lo psicológico y lo social, la convergencia de estos dos polos.[44] El estudio del pensamiento, conocimiento de sentido común adquiere cada día mayor relevancia en las investigaciones que se realizan en diferentes tópicos: salud, política, cultura, entre otros[45].

El estudio de representaciones sociales (RS) permite indagar acerca de estas perspectivas, estudiar sus formas, saber cuál es la influencia del sistema social sobre nuestras formas de conocimiento social, posibilita la identificación de saberes comunes, además de conocer las modalidades de su imbricación específica en un sistema de relaciones simbólica y su relación con el cambio cultural. En suma, las RS posibilitan entender como la gente actúa en su vida, ver cual es el significado y comprender el sentido que le da a su vida cotidiana para dar sentido a su vida[46].

El concepto de RS tiene su origen en la noción de representación colectiva del sociólogo francés Emile Durkheim y en las ideas de otros sociólogos como Max Weber, Simmel y Maus. Retomado por el psicólogo Serge Moscovici y elaborado por la escuela francesa de psicología social fundada por este autor, el concepto de RS permite dar cuenta de una serie de fenómenos de integración de la novedad y de cambio cultural a partir de un cuerpo de nociones que se originan en la psicología social, pero que se han enriquecido con la contribución de otras ciencias sociales como la sociología, antropología, historia, entre otras[47].

La RS constituye la designación de fenómenos múltiples que se observan y estudian en varios niveles de complejidad individual y social. Las RS, en tanto fenómenos, se presentan bajo diversas formas: imágenes que concentran un conjunto de significados; como sistema de referencias que permite interpretar la realidad y darle sentido; categorías que se usan para clasificar los fenómenos y a los individuos con los que estamos involucrados; teorías que posibilitan establecer hechos sobre ellos; y dentro de la realidad social las RS son todo ello junto[48].

El término de RS hace referencia a una manera de interpretar y pensar la realidad, es una forma de conocimiento social que los individuos utilizan y por medio del cual actúan o toman posiciones respecto de acontecimientos, objetos y comunicaciones que les atañen. La intervención de lo social se manifiesta a través del contexto, la comunicación y los sistemas de creencias y valores en los que se ubican los individuos. Las RS constituyen una forma de conocimiento o pensamiento de sentido común socialmente elaborado y compartido que posee un fin práctico y que concurre a la construcción social de una realidad común a un conjunto de individuos.[49] Son un cuerpo organizado de conocimiento y una actividad mental por la cual los individuos, hacen inteligible la realidad, se integran en un grupo o en la dinámica de intercambios donde liberan los poderes de su imaginación[50].

En suma, las RS denotan una forma de conocimiento particular, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos, y funcionales socialmente caracterizados. En sentido amplio, designan una forma de pensamiento social. Constituyen modalidades de pensamiento práctico orientado hacia la comunicación, comprensión y dominio del entorno social, material e ideal. La caracterización social de los contenidos o procesos de representación hace referencia a las condiciones y contextos en los que se originan las representaciones, a las comunicaciones en las que circulan y a las funciones en las que sirven en la interacción con los demás y el mundo[51].

Una RS se conforma por un contenido, ya sea informaciones, imágenes, opiniones, etc., y que está relacionado con un objeto, sea una circunstancia o acontecimiento de la vida cotidiana de los individuos. Así mismo, es la RS de un sujeto en relación a otro sujeto. De esta manera, la representación es depositaria de la posición que ocupan los sujetos en la sociedad. Toda RS es representación de algo y de alguien, es un proceso por el cual se establece una relación con el mundo y las cosas[52].

El acto de representación es un acto de pensamiento mediante el cual un sujeto se relaciona con un objeto. Entonces, representar es sustituir a, estar en lugar de. Es el representante mental de algo, por ello, está emparentada con el símbolo, con el signo, remite a otra cosa. Así mismo, representar es re-presentar, esto es, hacer presente en la mente, en la conciencia. En la representación se tiene el contenido mental concreto de un acto de pensamiento que reconstruye simbólicamente algo ausente, que aproxima algo lejano[53].

Por todo lo anterior, la RS no debe ser entendida como simple reproducción y reflejo de la realidad, sino como construcción del objeto representado, lo cual nos señala que conlleva en la comunicación una parte de autonomía y de creación individual o colectiva[54].

En suma, del análisis del acto de representar se desprenden cinco rasgos fundamentales: siempre es la representación de un objeto; tiene un carácter de imagen y la característica de poder intercambiar lo sensible y la idea, la percepción y el concepto; tiene un carácter simbólico y significante; tiene un carácter constructivo; y además de un carácter autónomo y creativo[55].

Por otra parte, las RS efectúan dos procesos básicos que explican cómo un conocimiento es apropiado y transformado por lo social en representación y, cómo ésta a su vez transforma lo social. El proceso de objetivización convierte lo abstracto en concreto, es una operación formadora de imagen y estructurante, esto es, presenta en imágenes las nociones abstractas, les da una textura material y, cuerpo a las ideas y a los esquemas conceptuales. Es un proceso mediante el cual se reabsorbe un exceso de significados materializándolos. Lo social se traduce en el agenciamiento y la forma de los conocimientos relativos al objeto de una representación. Este proceso facilita la comunicación, al transformar los conceptos y enunciados de un marco científico que le dan un sentido completo, ya que construye una visión global de ese conocimiento, más o menos complejo. El proceso de anclaje se refiere al enraizamiento social de la representación y de su objeto, lo social se traduce en el significado y en la utilidad que le son otorgados. No se trata como en la objetivización de la constitución formal de un conocimiento, sino de su inserción orgánica dentro de un sistema de pensamiento constituido. La importancia de este proceso, situado en una relación dialéctica con la objetivización, yace en que éste articula tres funciones básicas de la representación: cognitiva, de integración de la novedad; de interpretación de la realidad; y de orientación de las conductas y las relaciones sociales[56].

La experiencia del padecimiento

La experiencia del padecimiento (EP) ocupa un papel de gran relevancia en el análisis y propuestas para incorporar la perspectiva de los sujetos sociales y la subjetividad en el campo de la salud. Su estudio nos remite a los fenómenos subjetivos y existenciales, inmersos en los procesos en donde producen y se reproducen los sujetos enfermos[57].

Antes de desarrollar conceptualmente la EP, cabe hacer mención sobre la diferenciación entre el significado de enfermedad y padecimiento. La primera, es un término utilizado para hacer referencia a las anormalidades en la estructura y función de los órganos, así como los estados patológicos reconocidos o no culturalmente. Y el padecimiento, alude a dar cuenta de cómo los sujetos y miembros de su familia o red social más cercana, conciben, interpretan y responden a los síntomas y limitaciones derivadas de la enfermedad[58].

La EP es un concepto entendido como aquél fenómeno de naturaleza subjetiva, que incluye la percepción y organización que hacen los individuos en torno a tres aspectos íntimamente vinculados entre sí: los estados emocionales, sentimientos, sensaciones, estados corporales, cambios físicos y las alteraciones o trastornos corporales vinculados a la presencia de un padecimiento; los efectos o consecuencias ocasionadas en la vida diaria de quienes sufren tanto por el padecimiento, como por algunas de sus manifestaciones y; las formas de enfrentar el padecimiento y/o sus efectos en su vida diaria y en su red social más cercana[59].

Existen diversas dimensiones de la EP, a saber: la trayectoria del padecimiento, que refiere aquél proceso cambiante que abarca desde el inicio de los síntomas y llega hasta la muerte e incluye las percepciones, manifestaciones, evaluaciones y efectos, tanto en el individuo enfermo como en quienes lo rodean a causa del padecimiento; la carrera del padecimiento, es el proceso por medio del cual los sujetos buscas, seleccionan, usan y evalúan ciertas estrategias para la atención de su padecimiento; el manejo del tratamiento, da cuenta de la respuesta adoptada por los sujetos enfermos ante los pocos o variados tratamientos indicados para la atención de su padecimiento[60].

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Estado de la cuestión

Son escasos los estudios que se han hecho en torno al sistema penitenciario mexicano y en especial en cuestiones de salud, lo poco que se ha realizado se encuentra desarrollado en el ámbito internacional. En este sentido, no se ha encontrado, por ejemplo, un diagnóstico de salud sobre la población penitenciaria, y mucho menos trabajos que incorporen la perspectiva, el punto de vista o la palabra de los propios internos del sistema penitenciario respecto de su realidad, y aún menos en cuestiones de salud. Algunos de los estudios encontrados se mencionan a continuación.

Salud penitenciaria

En Colombia como parte de un Programa de Saneamiento Ambiental, el Instituto Nacional Penitenciario orientado a desarrollar acciones en la cárcel del distrito de Pereira como un Observatorio de Salud Pública realizó un diagnóstico sanitario de las instalaciones físicas de la cárcel, con la finalidad de diseñar proyectos de intervención que permitan prevenir enfermedades transmisibles y proporcionar una digna permanencia tanto a los internos, como al personal y los visitantes.

En este diagnóstico, con base en la morbilidad de la comunidad carcelaria: gastritis, infecciones de la piel, enfermedad respiratoria, parasitismo estados de ansiedad, entre otros, se midieron variables del saneamiento ambiental tales como: el abastecimiento de agua, el manejo sanitario de desechos líquidos y sólidos, higiene locativa, presencia de vectores y manejo sanitario de alimentos. Para ello realizó un instrumento de evaluación conforme a normas y reglamentos, incluyendo las variables sanitarias propuestas, permitiendo así registrar los hallazgos encontrados. Entre los resultados, se encontró que existe una estrecha relación entre la morbilidad de la comunidad carcelaria con: hacinamiento, deficiencias en el manejo de basuras y desechos líquidos, contaminación atmosférica, presencia de ratas, ratones, cucarachas, zancudos, gusanos, malos hábitos higiénicos y deficiente educación nutricional[61].

En un estudio realizado en establecimientos penitenciarios de Perú se establece que en los países de escasos recursos las personas privadas de su libertad suelen ser la última prioridad presupuestaria, son los extremos de la población marginada. Generalmente viven hacinadas en instalaciones que carecen de ventilación, higiene y saneamiento. Así mismo, la comida es escasa, poco nutritiva e inequitativamente distribuida. Por otra parte, existen comportamientos ilegales, como el consumo de alcohol y drogas, así como relaciones sexuales sin ningún control. Son estas condiciones un caldo de cultivo para las enfermedades infecciosas

crónicas, la tuberculosis, el virus de inmunodeficiencia adquirida, en conjunto con las enfermedades mentales y violencia. Así, los problemas de salud en los establecimientos penitenciarios son resultado de la convergencia entre la pobreza, el encarcelamiento, el conflicto, la discriminación y el desinterés. Este panorama destaca las condiciones de riesgo no sólo para los internos, sino para todas las personas que están en contacto con los internos, con los establecimientos penitenciarios. Los internos entran y salen de los penales, frecuentemente son trasladados de un establecimiento penitenciario a otro, tienen contando con personas que ingresan y salen de las cárceles, tales como trabajadoras sexuales, familiares, guardias, empleados, personal de salud, etc. Un interno al recobrar su libertad, si ha contraído una enfermedad crónica, entonces ésta es puesta en circulación en la ciudad, diseminándose en la población en general. Por todo esto, es de gran importancia controlar cualquier enfermedad contagiosa en tales establecimientos pare evitar su propagación al interior y resto de la sociedad. No obstante, el perder su libertad no significa perder otros derechos que mantiene, como lo es el derecho a la salud[62].

Representaciones sociales del proceso salud-enfermedad y la experiencia del padecimiento

En un estudio de corte cualitativo realizado en un sector popular de Guadalajara sobre la experiencia de una enfermedad crónica, la diabetes, se abordó la perspectiva de los sujetos y se profundizó en tópicos como el sufrimiento, la incapacidad, la forma como valoran, viven y enfrentan cotidianamente la enfermedad. Este trabajo estuvo centrado en la experiencia del padecimiento de los sujetos, con el propósito de trasladar el centro del análisis de la enfermedad desde aquéllas posturas biomédicas y macrosociales, hacia una perspectiva en donde se incorpore la dimensión personal y subjetiva de los propios enfermos. La experiencia del padecimiento es entendida como aquél fenómeno de naturaleza subjetiva, que incluye la percepción y organización que hacen los individuos en torno a tres aspectos íntimamente vinculados entre sí: a) los estados emocionales, sentimientos, estados de ánimo, sensaciones, estados corporales, cambios físicos y las alteraciones o trastornos corporales vinculados a la presencia de un padecimiento; b) los efectos o consecuencias ocasionadas en la vida diaria de quienes sufren tanto por el padecimiento, como por algunas de sus manifestaciones y; c) las formas de enfrentar el padecimiento y/o sus efectos en su vida diaria y en su red social más cercana[63].

Otro estudio realizado, de corte cualitativo, el cual tuvo como objetivo describir y comprender las representaciones sociales respecto del proceso salud-enfermedad en personas de 65 años y más, se centra en los saberes, creencias, conocimientos y practicas, de estas personas. Se indagó el punto de vista de este sector de la población. Para ello se elaboró un modelo con el propósito de cuidar el equilibrio entre un determinismo social y la apuesta a la capacidad creativa de las personas. Este modelo supone que las personas son un punto de encuentro de *redes de relaciones*, las cuales atraviesan a la persona, pero también trascienden la vida de estos, obteniendo una existencia independiente y un desarrollo propio. En este trabajo, la representación social alude a un conjunto de significados, sistema de creencias, conocimiento y discurso social; como proceso social designa una forma de pensamiento socialmente elaborado y compartido que guía la acción de los sujetos.

Entre sus resultados se destaca una dualidad entre salud y enfermedad, enfermedad débil y fuerte; y respecto de las representaciones sociales se enfatiza que la enfermedad débil no es mortal y que la enfermedad fuerte no le toca al individuo[64].

Por otra parte, otro estudio llevado a cabo con personas con un padecimiento crónico en un sector popular de Guadalajara México, se centró en la trayectoria del padecimiento. Dentro de sus hallazgos se tiene que, cada sujeto enfermo tiene experiencias específicas y singulares con su padecimiento, y perciben tanto cambios cualitativos como cuantitativos no sólo en su ámbito corporal, sino también en dimensiones de su vida laboral, social y emocional a causa de su padecimiento que se transforma con el tiempo. En estos sujetos se encontraron tres tipos de trayectorias: estables, oscilatorias y de deterioro continuo. Los que viven

con las primeras, por lo general se sienten bien y no perciben sus efectos; los segundos, oscilan entre el exacerbaciones y mejorías; y los últimos presentan un deterioro progresivo que altera completamente los aspectos de su vida[65].

Formulación del problema

Las prisiones han sido caracterizadas como espacios perjudiciales para la salud de las personas privadas de su libertad, y que al estar en esta situación pierden ciertos derechos como lo son los políticos, pero no así en lo que respecta a derechos sociales, y en especial el derecho a la salud.

Diversos estudios han evidenciado que las prisiones cuentan con las condiciones idóneas para la propagación de enfermedades, como: hacinamiento, mala alimentación, problemas de infraestructura, de suministro de agua, practicas que propagan infecciones, carencia de servicios médicos, entre otras, que ponen en riesgo a los internos, y a la población que interactúa con ellos, como el personal y familiares, por citar algunos.

Aunado a esto, se destaca el hecho que los diagnósticos de salud han sido realizados por diferentes instituciones de salud y educativas en diferentes sectores de la población, sin embargo, en poblaciones excluidas y marginadas como lo es la población penitenciara estos son prácticamente inexistentes.

Por otra parte, las investigaciones en representación social se han realizado en una gran variedad de temas, no obstante en lo que respecta a la salud penitenciaria estos estudios son inexistentes. Lo mismo sucede en investigaciones en torno a la experiencia del padecimiento, que ha sido explorada en enfermedades crónicas y en ciertos sectores de la población, pero no en la que encuentra privada de su libertad.

Por todo ello, uno de los propósitos de este trabajo es generar y aportar conocimiento sobre la población penitenciaria, así como ampliar el marco conceptual en lo que respecta a representaciones sociales y experiencia del padecimientos en la población penitenciaria, y de esta manera obtener una mejor comprensión del fenómeno que permita brindar una mejor toma de decisiones en lo que respecta a su salud.

De lo anterior se plantean las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuál es el diagnóstico de salud de la población interna en el CERESO Pacho Viejo?
- ¿Cuál es la representación social de la experiencia del padecimiento que los internos del CERESO Pacho Viejo poseen?

Por el estado de los hechos ambas preguntas son exploratorias, y por el tipo de respuesta la primera pregunta es de corte cuantitativo y la segunda de corte cualitativo.

Justificación

La prisión es un escenario de riesgo, debido a que las condiciones de vida y de salud trascienden tanto al interior como al exterior del penal, ya que aun siendo una población privada de su libertad no está aislada del resto de la sociedad, sino que mantiene una intensa interacción con esta. Así mismo, esta población es considerada un grupo pequeño comparado con el resto de la sociedad, sin embargo refleja de manera exponencial los problemas que la sociedad adolece: marginación, de salud, educación, etc., los cuales convergen en un riesgo mayor, tanto al interior como al exterior de este espacio.

Por ello es que la salud de la población penitenciaria es un problema de salud pública, y en este sentido es que el estudio de esta población tiene una trascendencia social, pero además política en tanto que busca incorporar la palabra de los sujetos en la toma de decisiones.

OBJETIVOS

- Caracterizar las condiciones de salud de los internos del CERESO Pacho Viejo para tener una visión real de su situación de salud que permita orientar la toma de decisiones y contribuir a su mejoramiento.
- Identificar los daños a la salud, factores condicionantes y recursos para la salud
- Comprender, desde la perspectiva de los internos, las representaciones sociales de la experiencia del padecimiento, la forma como lo valoran, viven y enfrentan, para ampliar el marco conceptual al respecto.
- Realizar un diagnóstico de salud de la población interna en el CERESO Pacho Viejo.
- Comprender, desde la perspectiva de los internos, las representaciones sociales de la experiencia del padecimiento, la forma como lo valoran, viven y enfrentan.

METODOLOGÍA

Este trabajo quedará inmerso en dos enfoques, uno epidemiológico sanitarista y otro social, que permitirán dar respuesta a las preguntas que guían esta investigación. Dado que cada uno de estos estudios tiene características que le son propias de su paradigma, su metodología se detallará de manera separada, sin que esto responda a un orden jerárquico, sino más bien a la forma específica del tratamiento que a cada uno corresponde.

Enfoque epidemiológico sanitarista

Tipo de estudio

El tipo de estudio en este enfoque será un estudio cuantitativo descriptivo, que busca especificar las propiedades importantes de los internos, factores de riesgo y recursos para la salud que determinen sus condiciones de salud.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información será un estudio prospectivo, en el donde la información se captará a partir del mes de febrero del 2007. Por el periodo y secuencia del estudio será transversal, ya que se estudiarán las variables simultáneamente en el mes de febrero del año referido. Y de acuerdo a la interferencia del investigador en el fenómeno a estudiar será observacional, ya que el investigador no puede modificar a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso, sólo puede describir o medir el fenómeno estudiado.[66]

Universo y selección de la muestra

El universo de este trabajo está constituido por los 748 internos del CERESO, el cual se ubica espacialmente en el CERESO de Pacho Viejo situado en la localidad con el mismo nombre, perteneciente al municipio de Coatepec, Ver. La ubicación temporal de esta población, para la aplicación del instrumento de recolección de información personal, será en el mes de febrero de 2007, y para la información respecto de los daños a la salud de los internos ésta se remitirá a partir del año 2001 a la fecha.

La unidad de análisis en este estudio, y también la unidad de muestreo, es el interno, ya que de ellos se recolectará la información requerida para el estudio.

Los criterios de inclusión para seleccionar las unidades de análisis serán: hombres y mujeres, independientemente de su edad, con situación jurídica de sentenciados y procesados. Como criterios de

exclusión, aquéllos internos con situación jurídica de indiciado, que presenten un deterioro cognitivo que les imposibilite dar información requerida en este estudio y aquéllos que no cumplan con los criterios de inclusión. Y como criterio de eliminación, aquellos internos que no respondan el 50% de las preguntas del instrumento aplicado, y cada eliminado será sustituido por otro interno con las mismas características y procedimientos de selección.

Para asegurar la representatividad muestral se realizará un muestreo estratificado, caracterizado por la probabilidad equitativa que tiene cada interno para ser incluido en la muestra.[67] Se considerarán como estratos: sexo y situación jurídica de sentenciado y procesado.

Para obtener el tamaño de la muestra se tomará como referencia la variable edad, la cual puede determinar variabilidad en las demandas de salud de los internos. Así, considerando la edad promedio de esta población se estimó el tamaño de la muestra con un 95 por ciento de confiabilidad, dando un total de X internos, que de acuerdo a los estratos establecidos quedará constituida de la siguiente manera:

Tabla 1. Distribución de la población interna y tamaño de la muestra por estratos

Situación jurídica	Hombre		Mujer		Total	
	N	n	N	n	N	n
Procesados	294		22		316	
Sentenciados	404		28		432	
Total	698		50		748	

Fuente: Elaboración propia, con base en el reporte semanal de la población interna en el CERESO Pacho Viejo, hasta la segunda semana de noviembre de 2006.

Para la selección de los internos se utilizará la información del área de criminología del CERESO, que consiste en un concentrado de la población interna según situación jurídica, sexo, y tipo de delito, esta información se actualiza diariamente con la personas que son recluidas por primera vez, por reincidencia o bien que son puestas en libertad. Este concentrado nos permitirá tener una lista del total de internos, de la cual se escogerán al azar el número de internos por cada estrato.

Especificación de variables, dimensiones, indicadores y escalas

En este enfoque la categoría rectora es diagnóstico de salud, y sus grandes variables son: daños a la salud, factores condicionantes y recursos para la salud. Los componentes *a priori* de cada variable se especifican en las siguientes tablas.

Tabla 2. Componentes de la variable daños a la salud

Dimensiones	Indicadores	Tipo de indicador	Tipo de fuente	Instrumento
Morbilidad	Tasa gral. de morbilidad.	Continua	Documental/ Expediente clínico criminológico	Cédula de concentración de información
	Tasa gral. de morbilidad por sexo y causa.			
Morbilidad sentida	% de internos según enfermedad aguda y crónica referida	Nominal	Personal/ interno	Cuestionario
Mortalidad	Tasa gral. de mortalidad	Continua	Documental/ Certificados de defunción	Cédula de concentración de información
	Tasa gral. de mortalidad por sexo			

Tabla 3. Componentes de la variable factores condicionantes

Dimensiones	Indicadores	Tipo de indicador	Tipo de fuente	Instrumento
Factores Demográficos				
Edad	Promedio de edad	Continua	Personal/ Interno	Cuestionario
	Edad min. y máx.	Discreta		
	Promedio de edad por sexo	Continua		
	Distribución por grupos de edad	Discreta		
Sexo	% de hombres y mujeres.	Dicotómica		
Estado civil	% de internos según estado civil	Nominal		
Núm. hijos	% de internos por núm. de hijos	Nominal		
Lugar de origen	% de internos por lugar de origen	Nominal		
Factores sociales y económicos				
Tamaño de la familia	% de internos según núm. de personas que integran el núcleo familiar primario del interno	Nominal	Personal/ Interno	Cuestionario
Alfabetismo	% de internos que sabe leer y escribir	Dicotómica		
Nivel de estudios (antes y después de ingresar al CERESO)	% de internos por nivel de estudios	Ordinal		
Actividad física	% de internos que realiza algún ejercicio o deporte por lo menos 30 min. 3 veces x semana.	Dicotómica		
Tabaquismo	% de internos que fuman	Dicotómica		
	% de internos que fuman según frecuencia semanal de consumo.	Ordinal		
Alcoholismo	% de internos que consume bebidas alcohólicas.	Dicotómica	Personal/ Interno	
	% de internos que ingieren bebidas alcohólicas según frecuencia semanal de consumo.	Ordinal		Cuestionario
Consumo de drogas	% de internos que consumen drogas	Dicotómica		
	% de internos que ingieren drogas según frecuencia semanal de consumo	Ordinal		
Hábitos higiénicos	% de internos según frecuencia semanal de baño y cambio de ropa	Ordinal		
	% de internos según frecuencia diaria de cepillado dental	Ordinal		
Estado nutricio	% de internos según índice de masa corporal	Continua		Báscula y cinta métrica
Actividad sexual	% de internos según frecuencia mensual de actividad sexual	Ordinal		Cuestionario
	% de internas que usan métodos anticonceptivos	Dicotómica		
	% de internos que usan preservativos como prevención de ITS	Dicotómica		
	% de internos que reportan haber padecido alguna ITS en los últimos 6 meses	Dicotómica		
Empleo	% de internos según fuente de ingreso	Nominal		
	Promedio mensual del monto de ingreso según su fuente	Continua		
	% de internos según estratos de ingresos	Ordinal	Personal/	

	% de internos que tienen dependientes económicos	Dicotómica	Interno	
Dependencia económica	% de internos que dependen económicamente para subsistir en el CERESO	Dicotómica		
Gasto promedio de un interno por día	Gasto promedio diario de internos para su subsistencia	Continua		
	Gasto promedio diario de internos según estratos de ingreso			
Factores culturales				
Religión	% de internos por religión que practica	Nominal	Personal/ interno	Cuestionario
Lengua	% de internos por lengua que habla	Nominal		
Factores del ambiente físico				
Agua	% de internos según procedencia del agua que consume	Nominal	Personal/ Interno	Cuestionario
	Calidad del agua que proporciona el CERESO para consumo de los internos	Nominal	Personal/ Administra-ción del CERESO	Cuestionario
Alimentos	% de internos según percepción de higiene y cantidad de los alimentos que proporciona el CERESO	Nominal	Personal/ interno	Cuestionario
Disposición de excretas	% de internos que cuentan con baño en su celda para la disposición de excretas	Nominal		
	% de internos según percepción del medio que utiliza para la disposición de excretas	Nominal		
Disposición de basura	% de internos según el medio por el cual elimina la basura	Nominal		
	% de internos según frecuencia con la que elimina la basura	Ordinal		
	Medio por el que se elimina la basura del CERESO	Nominal	Personal/ Administra-ción del CERESO	Cuestionario
	Frecuencia con la que se elimina la basura del CERESO	Ordinal		
Higiene de celdas	% de internos según frecuencia semanal de aseo en su celda	Ordinal	Personal/ interno	Cuestionario
Vectores	% de internos que reportan la existencia de animales que propician enfermedades (ratas, cucarachas, zancudos, gusanos)	Nominal	Personal/ Interno	Cuestionario
Contaminación	% de internos según percepción de contaminación de su entorno	Ordinal		
Hacinamiento	% de internos que cohabitan en su celda con más de 4 personas	Dicotómica		
	Proporción de población interna que rebasa la capacidad del CERESO	Discreta	Personal/ Administra-ción del CERESO	Cuestionario
Condiciones de instalaciones físicas del CERESO	% de internos según percepción de las condiciones en las que se encuentran actualmente las instalaciones físicas del CERESO	Ordinal		Cuestionario/ Guía de observación

Tabla 4. Componentes de la variable recursos para la salud

Dimensiones	Indicadores	Tipo de indicador	Tipo de fuente	Instrumento
Demanda de servicios de salud	% de internos según frecuencia de demanda de servicios en el último mes	Ordinal	Primaria/ Interno	Cuestionario
	% de internos según frecuencia de demanda de atención médica otorgada	Ordinal		
Recursos humanos	Personal de salud que labora en el CERESO según categoría de trabajo.	Discreta	Documental/ Plantilla laboral	Cédula de concentración de información
Infraestructura de servicios médicos	Disponibilidad y características de espacios para brindar servicios médicos a los internos	Nominal	Documental/ Inventario de infraestructura/ Programa de actividades de salud/ Convenios con instituciones de salud	Guía de Observación/ Cédula de concentración de información
Tipos de servicios de salud en el CERESO	Tipo de servicios de salud que se otorgan al interior del CERESO	Nominal		Cédula de concentración de información
	Tipo de serv. de salud que se otorgan al exterior del CERESO	Nominal		
Seguridad social	% de internos con afiliación al IMSS, ISSSTE u otras instituciones de salud.	Discreta	Personal/ interno	Cuestionario
Convenios con instituciones de salud u otros	Tipo de convenios en cuestiones de salud establecidos con instituciones de salud u otros	Nominal	Documental/ Convenios con instituciones de salud u otros	Cédula de concentración de información
Programas de salud	Tipos de programas de salud que se ejecutan en el CERESO.	Nominal	Documental/ Programa anual de actividades	
Presupuesto total ejercido el año anterior del CERESO	Monto anual destinado al ejercicio de las actividades del CERESO	Continua	Documental/ Administración del CERESO	
Presupuesto total ejercido de gasto en salud del año anterior del CERESO	Cantidad designada para brindar servicios de salud a la población interna	Continua	Documental/ Administración del CERESO	Cédula de concentración de información
Gasto directo en salud del interno	% de internos que ejercen un gasto directo en salud	Dicotómica	Personal/ interno	Cuestionario
	Cantidad mensual que designa el interno para su salud.	Discreta	Personal/ interno	Cuestionario

Métodos e instrumentos de recolección de datos

Los métodos de recolección de datos a utilizar serán la encuesta y la observación. El primero será por una parte, para obtener información de manera personal con los internos respecto de sus condiciones de salud mediante un cuestionario con preguntas cerradas, y por otra, para obtener información de personal administrativo que labora en el CERESO respecto de los recursos para la salud de los que se disponen. Ambos instrumentos serán probados antes de su aplicación para determinar su calidad y ajustes que ameriten.

El segundo, será para la descripción de las condiciones de las instalaciones físicas del CERESO, en donde el investigador asumirá el papel de observador no participante, donde no se establece ningún tipo de relación con los internos para obtener la información necesaria. El instrumento de observación será de observación simple, en la que se establecerán lineamientos generales para observar los aspectos del fenómeno del cual se tiene interés por conocer[68].

Así mismo, se recabará información documental para obtener la información de daños a la salud (mortalidad y morbilidad) obtenida de fuentes propias del CERESO como el expediente clínico-criminológico, certificados de defunción, registro de consultas médicas; y también sobre el presupuesto total y gasto en salud ejercido del año anterior en el CERESO.

Métodos y procedimientos para el análisis de la información

Se diseñará y elaborará una base de datos con el Software Epi Info, versión 3.2, la cual será estructurada conforme a los cuestionarios a aplicar. Posteriormente a la captura de los datos, se realizará la limpieza de la base de datos y se procederá entonces a su análisis.

Para este análisis se utilizarán técnicas estadísticas descriptivas, tales como: distribución de frecuencias, medidas de tendencia central, gráficos de pastel y de barras.

Enfoque social

Tipo de estudio

El tipo de estudio en este enfoque será de corte cualitativo interpretativista, el cual se centrará en el interés por recuperar la representación social de los internos respecto de su enfermedad o padecimiento acaecido durante su internamiento.[69]

En cuanto a la profundidad del análisis será un estudio descriptivo comprensivo ya que se pretende comprender e interpretar las experiencias subjetivas del investigador y de los involucrados sobre lo que ocurre en el contexto del fenómeno a estudiar. Por el desconocimiento que se tiene sobre las categorías y el contexto de la investigación será exploratorio ya que no existen investigaciones desde la perspectiva de los sujetos respecto de las representaciones sociales de la experiencia del padecimiento[70].

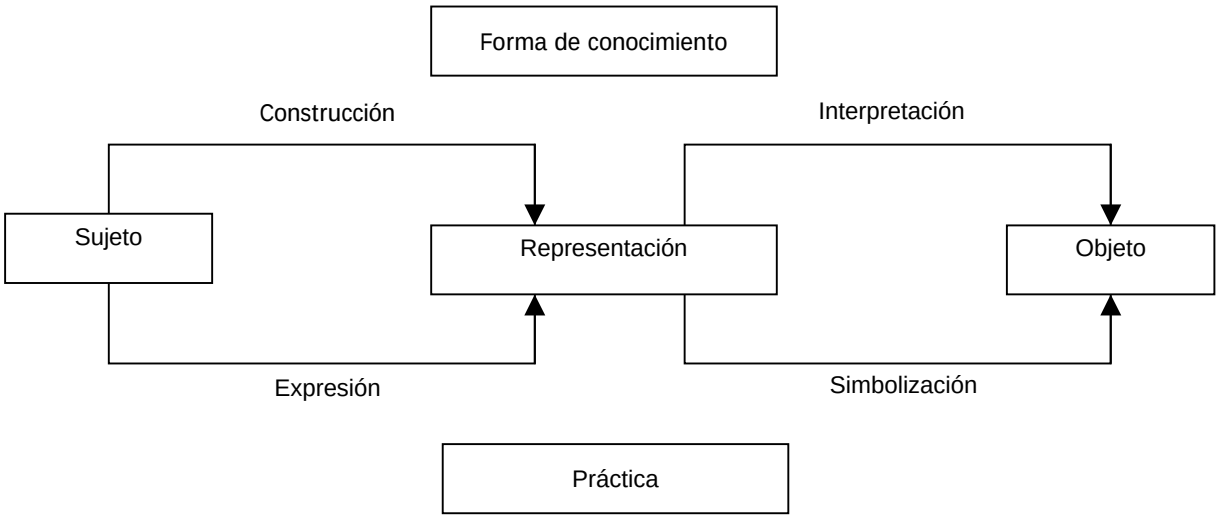
Postura paradigmática

Este estudio se centrará en la postura interpretativa la cual señala como objetivo fundamental la interpretación de las acciones humanas que responden a un contexto histórico determinado pero posen una

expresión particular. Para esta tradición la interpretación tiene como objetivo captar las acciones con sentido subjetivo y que se determina que una acción con sentido es social porque tiene como referencia a los demás. Así, el interpretar significa entonces preguntarse por qué las personas actúan de una manera y no otra, y cuáles son los móviles que posibilitan las existencia y reproducción de esas acciones[71].

Para captar el sentido de los personas, este estudio se apoyará por una parte, en la propuesta teórica de Jodelet sobre representaciones sociales, quien señala que las RS constituyen modalidades de pensamiento práctico orientadas hacha la comunicación, la comprensión y dominio del entorno social, así se destaca el carácter de reproducción de las RS, que no son reproducciones de un objeto sino construcciones de los sujetos sobre ese objeto[72]. Ver figura 1.

Figura 1. El campo de estudio de las representaciones sociales



Fuente: Spink M. Adaptado de Jodelet D.

Este esquema nos permite visualizar los dos planos principales del campo de estudio de las RS, en el primero: las representaciones constituyen formas de conocimiento práctico orientadas hacia la comprensión del mundo y para la comunicación; en el segundo, las representaciones emergen como elaboraciones de los sujetos sociales, al respecto de los objetos socialmente valorizados[73].

El otro enfoque en que se apoyará este estudio será la fenomenología, la cual supone que para comprender el sentido de la acción social de manera profunda se requiere captar los significados que adquieren las acciones cotidianas de las personas mediante la observación e interpretación de las condiciones que envuelven y orientan la vida de las personas[74].

Tipos sociales

Los tipos sociales son las características o atributos del las personas mediante los cuales son reconocidos como representantes de grupos y conglomerados que apoyan la recuperación de informantes[75] En este estudio se consideraran como tipos sociales: los internos del CERESO Pacho Viejo.

Variables discursivas

Las variables discursivas son aquellas personas que serán escuchadas en este estudio. En el diseño inicial se contemplan dos eventos por cada variable discursiva, y se considerarán los siguientes atributos: sexo, situación jurídica, que experimenten o hayan experimentado una enfermedad o padecimiento. Ver tabla 1.

Tabla 5. Diseño inicial

Tipos sociales	Variables discursivas			No. de eventos
	Sexo	Situación jurídica	Experimenten o hayan experimentado una enfermedad o padecimiento	
Internos	Hombres	Sentenciado		2
		Procesado		2
	Mujeres	Sentenciado		2
		Procesado		2

Muestreo teórico

El muestreo teórico responde a criterios estructurales, busca tener representadas en un estudio determinadas relaciones sociales que en cada caso sean consideradas *a priori.* Aquí el investigador selecciona nuevos casos a estudiar según su potencial que ayude a refinar o expandir los conceptos y teorías desarrolladas. En este estudio se utilizará el muestreo por estratos el cual permite hacer comparaciones entre las variables discursivas según los atributos considerados[76].

Categorías teóricas y empíricas

Las categorías teóricas son pensadas como conceptos que reúnen ciertos elementos con caracteres comunes y bajo un titulo genérico; las categorías empíricas se construyen con un propósito operacional a partir del trabajo de campo, tienen la posibilidad de obtener y aprehender determinaciones y especificidades que se manifiestan en la realidad empírica[77].

Para este estudio han sido consideradas las siguientes categorías teóricas y empíricas:

Tabla 6. Categorías teóricas y empíricas

Categoría teórica	Definición conceptual	Categoría empírica	Definición conceptual
Representación social	Constituye una forma de conocimiento o pensamiento de sentido común socialmente elaborado y compartido que posee un fin práctico y que concurre a la construcción social de una realidad común a un conjunto de individuos. Instituye modalidades de pensamiento práctico orientado hacia la comunicación, comprensión y dominio del entorno social, material e ideal, que orientan las conductas y las relaciones sociales.[78]	Trayectoria de padecimiento estable	Se refiere a cualquier expresión discursiva de los individuos en la que se pueda obtener información alusiva a sentirse bien y no percibir los efectos del padecimiento en su internamiento.
		Trayectoria de padecimiento oscilatoria	Se refiere a cualquier expresión discursiva de los individuos en la que se pueda obtener información que fluctúe entre la exacerbación y mejoría del padecimiento en su internamiento.
		Trayectoria de padecimiento de deterioro continuo	Se refiere a cualquier expresión discursiva en la que se pueda obtener información sobre el deterioro progresivo que altere la vida física, emocional, social, laboral, etc. del individuo en su internamiento.

Gestión para el acceso al campo de estudio

En relación al acceso institucional, con la Dirección de Prevención y Readaptación Social del estado de Veracruz, se originó con la presentación del proyecto a la dirección, previa cita realizada por los directivos del Instituto de Salud Pública, pactando así por primera vez una vinculación entre dichas instituciones.

A través de esta vinculación se obtuvo acceso a la Subdirección de Prevención y Readaptación Social con la finalidad de conocer las áreas que comprenden dicha institución.

En cuanto a la negociación con el personal a cargo de las áreas de: criminología, psicología, atención médica, educativa, terapia ocupacional, trabajo social de la Subdirección, se llevó a cabo mediante la jefa de atención médica, ya que fue el enlace asignado por la dirección. Esta consistió en la visita a cada una de las áreas antes mencionadas, haciendo una presentación del proyecto y del propósito de los investigadores, posteriormente el encargado de área realizaba una explicación general de lo que realiza el área a su cargo.
Posterior a este momento, se gestionó el acceso al campo de trabajo: el CERESO de Pacho Viejo. Los investigadores se reunieron con el director del CERESO exponiendo las razones de su presencia en dicho espacio y el propósito del proyecto. Se programó el acceso a las diferentes áreas del CERESO, y que a su vez, se desprenden de las áreas que integran la subdirección, con el objetivo de conocer la ejecución operativa de esas áreas con la población interna, y así tener los primeros acercamientos con los internos del CERESO.

Negociación de acceso

El CERESO de Pacho Viejo es uno de los 23 CERESOS que componen el sistema penitenciario del estado. Es en este espacio, en donde nosotros como alumnos de la maestría en Salud Pública de la Universidad Veracruzana desarrollaremos este trabajo de tesis.

La fase de negociación permitirá tener los registros de la atención médica a los internos, a través de la jefatura de atención médica del CERESO. A su vez, se buscará establecer contacto con los internos en los días de visita a los cuales los internos tienen derecho, siendo jueves y domingo de cada semana en horario de 9:00 a.m. a 1:00 p.m., de esta manera se podrá ir interactuando con ellos, con el propósito de que se vayan familiarizando con nosotros y exponerles las razones por las cuales estaremos ahí, con esto se buscará obtener su participación y, además acceder a la realidad de su universo.

Procedimientos para obtener información

Para realizar lo planteado en el diseño proyectado se utilizará técnica de persona, la entrevista, como forma de indagación y exploración del fenómeno, mediante la comunicación lingüística que permitirá obtener información.[79] El tipo de entrevista a utilizar será entrevista de profundidad, la cual se caracteriza por estar enmarcada en un proceso de conversación para la obtención de información. Se basa en los siguientes criterios: no dirección, que las respuestas sean espontáneas o libres; especificidad, procurar obtener respuestas concretas; amplitud, indagar la gama de evocaciones de los sujetos; profundidad y contexto personal, obtener las implicaciones afectivas y con carga valorativa para determinar si la experiencia del sujeto tuvo significancia central o periférica.[80] Esta se materializará en una guía temática a desarrollar, y se llevará a cabo haciendo uso de una audiograbadora para grabar la entrevista con previo consentimiento del entrevistado, y recuperar así la información que arroje la entrevista, que posteriormente será transcrita.

A su vez, como técnica de contexto se utilizará la observación, con la cual se buscará acercarse al fenómeno e indagar en torno él. El tipo de observación a utilizar será ordinaria o no participante, es decir, será exploratoria, de poca profundidad y desde fuera del fenómeno. Como puntos generales a considerar serán: la atención al contexto, las observaciones repetidas, la planeación y realización sistematizada y, el registro riguroso. El observador estará libre para buscar las categorías o conceptos que tengan significado para los sujetos. [81] Para esto, se elaborará una guía de observación.

Procedimientos para analizar la información

El análisis de la información se hará en un segundo nivel de profundidad, que implicará la descripción y comprensión del fenómeno.[82] Una vez transcritas las entrevistas, se procederá a la lectura minuciosa del texto, y se buscarán los datos que se orienten hacia los conceptos planteados para la identificar las RS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Macionis, J. y Plumier, K. Desviación, delito y control. En Sociología. Madrid: Prentice Hall, 2002. P.225-234.
[2] Melossi, D. y Pavarini, M. Cárcel y fábrica. Los orígenes del sistema penitenciario. México: Siglo XXI. p. 7.
[3] Minello, M. A modo de silabario. Para leer a Michael Foucault. México: Colegio de México, 1999. p.163-161.
[4] Levinson, D. y Gallagher, E. Sociología del enfermo mental. Argentina: Amorrortou, 1964. p. 34, 35.
[5] Scarfó, F. Aproximación al perfil del educador de escuelas con sede en cárceles. [en línea] Revista de pensamiento y cultura. Año V, No. 7, (julio-agosto) 2005. [citado 18 marzo, 2006]. Disponible en Internet: http://www.revistacontratiempo.com.ar/gesec2.htm
[6] Levinson , Op. cit., p. 42, 43.
[7] Scarfó, F. Op. cit., p. 34, 35.
[8] Causullo, F. La cárcel como fenómeno de exclusión social: formas de abordaje desde el pensamiento de Michel Foucault. [en línea] Universidad Nacional del Comahue, 2001. [consultado 14 marzo, 2006]. Disponible en Internet: http://www.lacavernadeplaton.com/index.htm
[9] Azaola, E. y Bergman, M. El sistema penitenciario mexicano. México: USMEX, 2003. 23 p.
[10] Subdirección de Prevención y Readaptación Social del estado de Veracruz. Reporte de población penitenciaria. 10 octubre, 2006.
[11] Peláez, M. Derechos de los Internos del Sistema Penitenciario Mexicano. México: Cámara de Diputados. LVIII Legislatura, UNAM, 2001. p. 6.
[12] Ibid, p. 6,7.
[13] Comisión Nacional de Derechos Humanos. Manual de derechos humanos del interno en el sistema penitenciario mexicano. México: CNDH, 1995. p. 11
[14] Organización de las Naciones Unidas. Reglas Mínimas para el tratamiento de los reclusos. Ginebra: ONU, 1995.
[15] Peláez, Op. cit., p. 7, 8.
[16] Ibid, p. 8-18.
[17] Ibid, p. 18-20
[18] Ibid, p. 20-25
[19] Comisión Nacional de Derechos Humanos. Manual de derechos humanos del interno en el sistema penitenciario mexicano. México: CNDH, 1995. p. 11.
[20] Gobierno Federal. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México: SISTA, p. 16.
[21] Poder Judicial de la Federación. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Las garantías sociales. México: Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2005, p. 69, 70
[22] Ibid., Poder Judicial de la Federación. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Las garantías sociales. México: Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2005, p. 69, 70.
[23] Gobierno Federal. Ley General de Salud. Ley de salud para el Distrito Federal y disposiciones complementarias. México: Porrúa, 1996, p. 123.
[24] Gobierno del Estado de Veracruz. Nueva Constitución Política del Estado L. y S. de Veracruz-Llave. México, Puebla: Cajica, 2006, p. 14.
[25] Gobierno del Estado de Veracruz. Ley de Salud del Estado Libre y Soberano de Veracruz. Puebla, Pue., México: ACD, 2006, p. 68.
[26] Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. México, D.F.: SSA, 1983.
[27] Ibid.
[28] Ibid.
[29] Gobierno Federal. Secretaría de Seguridad Pública. Reglamento de los Centros Federales de Readaptación Social. [en línea] México: DOF, 2006, p. 10. [consultado 28 noviembre, 2006]. Disponible en Internet: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n274.doc
[30] Ibid, p. 10, 13.

[31] Gobierno del Estado de Veracruz-Llave. Dirección General de Prevención y Readaptación Social. Reglamento de los Centros de Readaptación Social del Estado de Veracruz. México, Xalapa, Ver.: Gaceta Oficial, núm. 69, 1992, p. 11, 26.
[32] Gobierno del Estado de Veracruz-Llave. Dirección General de Prevención y Readaptación Social. Ley núm. 350 de Ejecución de Sanciones para el Estado de Veracruz. México, Xalapa, Ver.; Gaceta Oficial, 1992. p. 11, 15, 28.
[33] Dever, A. Epidemiología y administración de servicios de salud. E.U.A.: OPS, OMS, 1991.p. 52-55.
[34] Álvarez, R. Salud Pública y medicina preventiva. México: Manual Moderno, 2002. p. 95-103.
[35] González, M, Bermeo, A, Morales, S y Ruilova, D. Gestión en los servicios de salud. Quito, Ecuador: Serie Educación Permanente en Salud, OPS/OMS, 2001. p. 61-70.
[36] Mendoza, F y Cardeña, M. Diagnóstico de salud. Generalidades. Monografía. México, Xalapa, Ver.; Instituto de Salud Pública, U.V. 9 p.
[37] López, F. El diagnóstico de salud. En Epidemiología. Enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas. México: Manual Moderno, 2003. p. 63-70.
[38] Mendoza F y Cardeña M. Diagnóstico de salud. Generalidades. Monografía. México, Xalapa, Ver.; Instituto de Salud Pública, U.V. 9 p.
[39] Álvarez, Op. cit., p. 95-103.
[40] López, Op. cit., p. 63-70.
[41] Mendoza, Op. cit., 9 p.
[42] González, Op. cit., p. 61-70.
[43] Álvarez, Op. cit., p. 95-103.
[44] Jodelet, D. Entrevista a Denise Jodelet. Realizada el 24 de Octubre de 2002 por Óscar Rodríguez Cerda. Colegio de Michoacán, Revista Relaciones, invierno, Vol. 93, 2003. p. 117-132.
[45] Doise, W, Clémence, A. y Lorenzi, F. Representaciones sociales y análisis de datos. México: Antologías Universitarias, 2005 p. 9-17.
[46] Jodelet, Op. cit., p. 117-132.
[47] Doise, Op. cit., p. 9-17.
[48] Jodelet, D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. España: Paidós, 1993. p.469-472.
[49] Ibid., p 473.
[50] Moscovici, S. El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires: Huemuel, 1979.
[51] Jodelet, D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Psicología social II. Pensamiento y ida social. Psicología social y problemas sociales. España: Paidós, 1993. p 474, 475.
[52] Ibid., p 475.
[53] Ibid., p 475, 476.
[54] Ibid., p 476.
[55] Ibid., p 478.
[56] Ibid., p 486-494.
[57] Mercado, F., Robles, L, Ramos, L, Moreno, N y Alcántara, E. La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. [en linea] Río de Janeiro: Cuadernos de Saúde Pública, 1999. Vol. 15, No. 1, p. 179-186. [consultado 16 julio, 2006]. Disponible en Internet: http: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000100018&lng=es&nrm=iso
[58] Mercado, F. Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano. México: Universidad de Guadalajara, 2002. p.23
[59] Ibid., p. 68-69.
[60] Mercado, F., Robles, L, Ramos, L, Moreno, N y Alcántara, E. La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. [en linea] Río de Janeiro: Cuadernos de Saúde Pública, 1999. Vol. 15, No. 1, p. 179-186. [consultado 16 julio, 2006].

Disponible en Internet: http: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000100018&lng=es&nrm=iso

[61] Valencia, R. Diagnóstico sanitario de la cárcel el Distrito de Pereira, Colombia. Abril 2002. Revista Médica Rizadla Vol. 8, No. 2, 2002, p 18-23.

[62] Zárate, E., Lobón, I., Saavedra, C. y Castañeda, M. Tuberculosis en nuevos escenarios: establecimientos penitenciarios. Perú: Anales de la Facultad de Medicina. Vol. 66, No. 002, 2005, p.148-158.

[63] Mercado, F. Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano. México: Universidad de Guadalajara, 2002. p.23.

[64] Hernández E. y Saldaña S. Representaciones sociales de los ancianos sobre el proceso salud-enfermedad. Revista Altepepaktli. Salud de la comunidad. Vol. I, No. 1 y 2, 2005, p. 3-10.

[65] Mercado, F., Robles, L, Ramos, L, Moreno, N y Alcántara, E. La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. [en linea] Río de Janeiro: Cuadernos de Saúde Pública, 1999. Vol. 15, No. 1, p. 179-186. [consultado 16 julio, 2006]. Disponible en Internet: http: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000100018&lng=es&nrm=iso

[66] Hernández, E. y Saldaña, S. Perspectiva cuantitativa: guía práctica para su realización. México, Xalapa, Ver: ISP, UV. 2002 p. 120-123.

[67] Canales, M. Citado por Hernández E. Perspectiva cuantitativa: guía práctica para su realización. México, Xalapa, Ver: ISP, UV. 2002 p. 159-172.

[68] Ibid., p. 159-172.

[69] Hernández E. Investigación cualitativa: guía práctica para la elaboración del proyecto. México, Xalapa, Ver: ISP, UV. 2002 p. 27.

[70] Ibid., p. 36-52.

[71] Ibid., p. 27

[72] Jodelet, D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. España: Paidós, 1993. p 474-476.

[73] Spink, M. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. Río de Janeiro: Cad. Saúde Púb., Vol. 9 No. 3, jul/sep., 1993. p. 300-308.

[74] Jodelet, Op. cit., p 474-476.

[75] Canelón, citado por Hernández E. Investigación cualitativa: guía práctica para la elaboración del proyecto. México, Xalapa, Ver: ISP, UV. 2002 p. 40.

[76] Hernández, Op Cit., p. 40,41.

[77] De Souza, M. citado por Hernández E. Investigación cualitativa: guía práctica para la elaboración del proyecto. México, Xalapa, Ver: ISP, UV. 2002 p. 43.

[78] Jodelet, Op. cit., p 462-486.

[79] Mercado, M., Villaseñor, M. y Lizardi, A. Situación actual de la investigación cualitativa en salud. Un campo en consolidación. México, Guadalajara: Revista Universidad de Guadalajara, Núm. 17, 1999-2000, p. 8-14.

[80] Valles, M. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica personal. España: Editorial Síntesis, 2003. p.185.

[81] Mercado, Op. cit., p. 8-14.

[82] Hernández, E. Investigación cualitativa: guía práctica para la elaboración del proyecto. México, Xalapa, Ver: ISP, UV. 2002 p. 36-52.

PROGRAMAS DE SALUD MENTAL: EN LA MIRA DE LOS ACTORES SOCIALES

Francisco Antonio Zubieta Vargas
Tutor: Mtro. Enrique Hernández Guerson
Asesor externo: Dr. Rubén Torres Martínez

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades mentales han sido comprendidas de formas diferentes a lo largo de la historia y es posible que estas formas de entenderlas convivan simultáneamente en el presente; un adecuado manejo de este grupo heterogéneo de enfermedades representa un reto para la salud pública.

Los programas de salud emanados del gobierno tienden a enfocarlas por su magnitud dando prioridad a estrategias y metas para abatirlas concentrándose en objetivos relacionados a indicadores de morbilidad y mortalidad, cuando teóricamente éstos deberían de conformarse además de elementos derivados de la auscultación a la población.

Por la complejidad multifactorial de las enfermedades, los programas de salud mental requieren ser analizados por los actores sociales directamente involucrados, ya que en ellos recae en primera instancia la carga de las enfermedades mentales, es importante contemplar los puntos de vista de aquellos encargados en la ejecución y usufructo de los programas.

El estudio de los servicios de salud puede y debe usarse para guiar los esfuerzos sanitarios considerando desde la prestación del servicio hasta las políticas de salud específicas, se constituye así como una indispensable actividad continua si se pretende solucionar las necesidades de salud.

La investigación de corte cualitativo como herramienta cuyo objetivo primordial es la comprensión y entendimiento de los múltiples factores que inciden en una realidad social determinada, puede representar una oportunidad para enriquecer las perspectivas de los servicios sanitarios que atienden la salud mental.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Argumentación teórica

De los Planes a los Programas de Salud en México

Toda nación cuyo gobierno sea representativo y democrático, responde a las necesidades de su población por medio de la herramienta llamada política pública; ésta simplemente se constituye por líneas de acción emanadas del gobierno, cuando la política obedece a prioridades sociales podemos denominarla política social. Para México es válido aceptar el concepto de Política Social como aquella "Política a través de la cual, el Estado se propone en forma prioritaria, restablecer las bases que permitan fortalecer y avanzar en la mejoría de los niveles de vida de la población. En el marco de política social, se definen los objetivos de empleo y distribución del ingreso; se planea asimismo los propósitos y las líneas de acción correspondientes en los renglones de las necesidades básicas fundamentales: educación, alimentación, salud, medio ambiente y desarrollo urbano y vivienda"[1].

La política pública requiere de organización de los recursos y recomendaciones para conseguirla, para cumplir sus objetivos se requiere de formular el método o plan que nos permita alcanzarla. La planeación en el país tiene una serie de pasos y puntos clave, estos pasos permiten satisfacer las necesidades de la población y cumplir entre otras cosas, con la obligación del Estado. Para el Estado Mexicano el proceso de planeación se entiende como el "Desarrollo secuencial de las actividades que conforman la planeación nacional y que comprende cuatro etapas interrelacionadas: formulación, instrumentación, control y evaluación"[2].

La planeación en México en primer instancia reposa en los Artículos 25 y 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; dichos artículos hablan de las facultades y obligaciones del gobierno, donde el primer artículo citado puntualiza entre otros elementos la exclusividad del sector público a través de Estado para hacerse cargo de las áreas estratégicas, y el segundo artículo establece en lo general las facultades del Estado para planear el desarrollo nacional[3].

La planeación en el país no siempre ocurrió de esta forma, sin embargo dada la experiencia y dificultades encontradas, fue necesario formular la legislación que permitiera sistematizar y coordinar los esfuerzos de los diferentes sectores de la nación. En diciembre de 1982 el Congreso de la Unión expidió la Ley de Planeación, sustento jurídico de la planeación nacional del desarrollo[a].

Así de acuerdo con ese ordenamiento, "la Planeación Nacional de Desarrollo se lleva acabo mediante el Sistema Nacional de Planeación Democrática. La ley establece las normas de funcionamiento del Sistema Nacional de Planeación Democrática y el proceso al que deberán de sujetarse las actividades de formulación, instrumentación, control y evaluación del Plan y programas sectoriales, institucionales, regionales y especialmente señala que las dependencias y entidades forman parte del Sistema a través de las unidades administrativas que tiene asignadas las funciones de planeación dentro de las propias dependencias y entidades" [4].

Conforme la Ley de Planeación la categoría de Plan queda reservada al Plan Nacional de Desarrollo. Por tanto la especificación de objetivos, prioridades y políticas que regirán el desempeño del resto de las actividades componentes del Sistema Nacional de Planeación, quedarán integrados en Programas[5].

Como podemos observar diferentes conceptos y entidades emanadas del Estado confluyen en esta figura del Plan Nacional de Desarrollo (PND), cobrando relevante importancia el Sistema de Planeación Democrática, por tanto que permite teóricamente una verdadera interacción entre las necesidades de la sociedad y la conformación del sistema de gobierno en sus diferentes componentes. "El establecimiento del Sistema Nacional de Planeación Democrática se fundamenta en los fines de la rectoría del Estado que derivan del propósito de garantizar que el desarrollo sea integral, que fortalezca la soberanía de la Nación y su régimen democrático."[6] Se prevé que en el ámbito del Sistema Nacional de Planeación Democrática (SNPD) tiene lugar la participación y consulta de diversos grupos sociales a través de la consulta popular, en la que se manifiestan las necesidades sociales que deben servir de guía a la acción del Estado. De esta manera se instruye la participación social en la elaboración de PND y sus programas y se prevén procedimientos que pueden ser entendidos como administrativos para extenderla a su ejecución, evaluación; puntualmente se definen las responsabilidades de quienes intervienen en el proceso de planeación, y se pretende impulsar el fortalecimiento de la capacidad de planeación en los tres órdenes de gobierno: federal, estatal y municipal[7].

[a] Se observa que se reformaron los artículos constitucionales 25 y 26 el 2 de febrero de 1983, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el día 3 del mismo mes, mismo año.

El proceso de planeación del sector salud se ubica en el contexto de la planeación nacional del desarrollo por ser éste plena representación de las necesidades de la sociedad, corresponder a un sector clave y una prioridad del Estado para responder a las necesidades de la sociedad. En este sentido el sector salud formula el programa con que atenderá las necesidades a que está llamado; surge así el Programa Nacional de Salud. Una vez más es necesario precisar el concepto que se tiene en el país; donde al programa se le concibe como: "[…] el conjunto de actividades que producen resultados homogéneos, cuantificables y significativos. Se expresa en un documento que pormenoriza su contenido y que señala las metas por alcanzarse, los plazos y los itinerarios a cumplirse, los recursos y los mecanismos administrativos necesarios para desarrollar las acciones y controlar su ejecución"[8].

Para que este programa de salud sea resultado de un verdadero diagnóstico de las necesidades de salud de la nación, es preciso apegarse a lo establecido por la legislación y seguir la lógica que le dio origen; es necesario conocer la realidad nacional en el contexto de la salud a través de la consulta popular, recordando que ésta es un componente sustancial del SNPD. Si entendemos a la consulta popular para la planeación democrática de la salud como el instrumento que sirve de base para la planeación del Sistema Nacional de Salud, y a través del cual participan activamente los diversos sectores sociales, donde se hacen patentes sus criterios y perspectivas sobre los aspectos de salud, y se facilita el proceso de participación ciudadana, es sensato reconocer, que la consulta puede proporcionar información clave, dando como resultado la mejor identificación de los problemas y retos, de tal forma que se pueda enriquecer el Programa Sectorial de Salud;[9] entonces podemos inferir que teóricamente el resultante Programa Nacional de Salud, es reflejo de las necesidades salubres de la nación, y asoma las complejidades de su resolución.

Como se ha mencionado dentro del SNPD, los programas deben de consultarse para su construcción, en este contexto se realizó la consulta de planeación democrática para el periodo sexenal 2001-2006, en cinco foros en las ciudades de Tijuana, Veracruz, Monterrey, León y el Distrito Federal, en donde se presentaron un total de ciento un ponencias de salud mental y adicciones, y se recibieron mil quinientas sugerencias de la ciudadanía, que se expresa fueron tomadas para la formulación del Programa de Acción en Salud Mental (programa sectorial destinado a la salud mental).

Conclusiones principales de la consulta ciudadana en salud mental.

1. Destinar mayores recursos para los sistemas de vigilancia epidemiológica
2. Disponer de estudios e investigaciones para conocer el impacto de las intervenciones
3. Utilizar modelos preventivos de mayor eficacia en el ámbito educativo
4. Disponer de centros regionales de tratamiento vinculados a los sistemas estatales de salud
5. Fomentar en la educación formal la prevención de la violencia familiar
6. Realizar una campaña nacional educativa para atender la depresión
7. Fomentar la salud mental infantil, estableciendo la definición "niño en riesgo"
8. Establecer las redes estatales para la atención ambulatoria de salud mental[10]

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se reconoce a los padecimientos mentales como una de las principales causas de pérdida de vida saludable en el país, y prevé que en "unos años la demanda de servicios de salud mental en México constituirá una de las principales presiones para el sistema de salud."[11]

Este programa establece en su estrategia número tres denominada: enfrentar problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades; consigna en su línea de acción 3.7 denominada: Atender los problemas de salud mental; las tres metas fundamentales con que se planteaba alcanzar siete actividades básicas para la atención de este rubro de problemas en salud.

Metas para el 2006:

a) Incrementar 20% los servicios proporcionados a la población con padecimientos mentales
b) Ampliar en 20% la capacidad de recursos para la atención de salud mental y
c) Mantener bajo control epidemiológico las tasas de suicidio consumado[12].

Se dice que para México en la actualidad se iniciaron y mantienen esfuerzos para contribuir en la construcción de la salud mental, mediante acciones de promoción de la salud mental, poniendo énfasis en la prevención y control de padecimientos en un marco de servicios comunitarios, que se reconocen además como eficaces y participativos[13].

De la enfermedad mental a la salud mental

En el mundo de lo biológico a los albores de la corriente puramente biologicista u organicista, podemos ver a Franz Joseph Gall quien intenta establecer correlaciones entre los rasgos físicos y rasgos de la personalidad, especula acerca de los sustratos anatómicos del comportamiento, formula la teoría de la frenología que se transformaría en la búsqueda de regiones cerebrales específicas o localización funcional; fue el francés Paul Broca quien en el S. XVIII arroja la primera prueba convincente de la localización funcional demostrando en autopsias correlación entre lesión cerebral circunscrita y pérdida de la función específica. [14] Wilhelm Griesinger padre de la psiquiatría clínica; se le atribuye el término mismo de *psiquiatría*, le debemos el cambio de ver en el enfermo que sufre a una persona convaleciente y no a una pecadora, y a la enfermedad mental como un trastorno cerebral; realiza el planteamiento más serio contra del dualismo mente-cuerpo de la época.[15] En el mundo de la psique Jean Martín Charcot uno de los neurólogos más influyentes de la época, desde su servicio hospitalario de especialidad Salpétrière en París se interna en el tratamiento de la *histeria*, el más típico de los síndromes neuróticos de la época, sin embargo, tras buscar respuesta con el armamento médico convencional, recurre a la hipnosis para resolver el problema; refiere en 1882 que la hipnosis es el único tratamiento capaz de ofrecer esperanza de mejoría en estos pacientes[16].

En el mundo de lo biológico el médico Eduaard Hitzing y el anatomista Gustav Fritsch crean electrodos de precisión que son implantados directamente en el cerebro para provocar movimientos de garra, pierna y cuello en un perro experimental, evidencian *in vivo* la localización funcional; hecho que les permitió especular que algunas funciones psicológicas y tal vez todas ellas precisaban áreas definidas en el cortex cerebral.[17] El norteamericano Roberts Barlow insertó dos electrodos a través de una úlcera del cuero cabelludo que dejaba expuesta la masa encefálica, a una joven mujer enferma de cáncer dos semanas antes de que ella muriera, mostrando los mismos resultados de localización funcional de sus antecesores; esto abrió las puertas y posibilidades a la neurología hasta entonces clínica, en consecuencia los cirujanos podían guiarse del mapeo de localización funcional elaborado por teóricos y resolver problemas tumorales, controlar síntomas físicos como dolor y entumecimiento; pronto el gremio médico comenzó a preguntarse si también podría aliviar con este tipo de tratamiento la depresión, la angustia o las alucinaciones; incluso se especulo de que la cirugía podía controlar la agitación y agresividad que a menudo caracteriza la enfermedad mental[18].

En el mundo de la psique Pierre Janet discípulo de Charcot acuña la noción del inconsciente, y asevera el vinculo de las experiencias tempranas de la vida con los síntomas neuróticos, dice que la hipnosis permite el fluyo al conciente de estas experiencias, flujo indispensable para la psicoterapia; Janet sostiene que la histeria no es la más frecuente de las neurosis, y que existen muchas otras formas de ésta, las cuales dependen del *surmenage* o (mal de la *época*) y la fatiga[19].

Contemporáneo y también discípulo de Charcot, Sigmund Freud realiza su práctica médica usando hipnosis; sistematiza el conocimiento contemporáneo conformando el sustrato del psicoanálisis con su teoría de la personalidad. El psicoanálisis tiene una evolución propia de tales dimensiones que constituye en la actualidad una profesión en si misma; requiere de muchos años de preparación y ha dado lugar a gran cantidad de ramificaciones que ya sólo pueden ser discutidas por expertos[20].

Wilhelm Wundt fisiólogo y filósofo en 1879 funda el primer laboratorio de psicología en Leipzig, Alemania, *nace la psicología científica*; sostiene que la mente deberá de ser estudiada con métodos científicos, y afirma que el pensamiento es un proceso natural como cualquier otro; se concentró en encontrar métodos para descubrir las leyes naturales que gobiernan la mente; junto a Edward Bradford Titchener, británico de nacimiento y uno de los principales exponentes de la psicología norteamericana, representan los cimientos de la escuela psicológica llamada *estructuralismo*, ésta señala que las emociones y pensamientos pueden reducirse a elementos simples, y la psicología consiste en identificarlos y ver las combinaciones de estos para explicar la experiencia mental[21].

El desarrollo del psicoanálisis es paralelo al desarrollo de las psicoterapias, existiendo tantas de éstas como autores importantes en la materia han existido; destacan como ejemplo Jung, Horney, Sullivan, Klein, Fromm, Adler, Rannk, Rogers, Goldstein etc[22].

En el mundo de lo biológico; el neurocirujano portugués Egas Moriz y su colega Pedro Almeida Lima, intentan el control de la enfermedad mental a través de un procedimiento quirúrgico, realizando dos agujeros en la frente de una paciente con depresión aguda inyectan suficiente alcohol para matar el tejido cerebral expuesto, tras el éxito aparente del procedimiento, lo modifican y afinan diseñando un bisturí especial llamado leucotomo; los pacientes perturbados y deprimidos parecían tener buena respuesta al procedimiento llamado leucotomía prefrontal, y en un mundo donde poco se tenía por ofrecer a los enfermos mentales el procedimiento se propago y se popularizo, no obstante el cuestionamiento de estudios que daban seguimiento a los pacientes a mediano y largo plazo; los norteamericanos Walter Freeman y James Watts modificaron el procedimiento de Moriz abriendo el cráneo por las sienes y describiendo un amplio arco con el bisturí que cortaba los bucles de retroalimentación frontales, renombraron el procedimiento a lobotomía; tras la segunda guerra mundial miles de veteranos pusieron en crisis los servicios de salud mental, naciendo así un mercado para la lobotomía[23]. “Entre 1942 y mediados de 1950, la lobotomía *liberó* como mínimo a unos cuarenta mil paciente psiquiátricos norteamericanos de la tiranía de su pasado; más de tres mil quinientos fueron *curados* por las manos del propio Freeman”[24].

Con el paso del tiempo las investigaciones evidenciaron el fracaso del procedimiento al reportar daños semejantes a los observados con el procedimiento de Moriz; el precio que pagaban los pacientes por el procedimiento era una pérdida de la motivación, intuición, organización y una incapacidad para mantener el interés aun en las tareas más sencillas, los médicos simplemente le denominaron síndrome prefrontal.[25] Resultado de la investigación quimioterapéutica en la enfermedad mental con el litio como tratamiento para la excitación maniaca en 1949, el advenimiento de la clorprozamina en 1957 y la evolución de la psicofarmacología, el procedimiento cayó en desuso[26] y se abre una nueva puerta para la salud mental.

Así en la búsqueda de la salud mental surgen propuestas y contra propuestas, pugnas entre los abordajes teóricos y metodológicos; como ejemplo reciente dentro de la propia psiquiatría, encargada de los trastornos mentales, vemos psiquiatras que la cuestionan y formulan propuestas que caen en la llamada antipsiquiatría; como muestra el reconocido Thomas Szasz; húngaro de origen y norteamericano por migración desde su adolescencia escribe en 1961 su libro: *el mito de la enfermedad mental* donde fragua veinte años de debate, pone de manifiesto las contradicciones entre función real y social así como las instituciones psicoanalíticas y psiquiátricas, fundamenta su crítica en el materialismo histórico, basado en

un análisis de perspectiva triple: epistemológica (la del positivismo lógico), sociológica (funcionalista) y semiótica (comunicacional y de la teoría de los juegos).[27] Para asomarnos a esta corriente antipsiquiátrica y como ejemplo de su obra se cita: "El punto de vista orgánico está dictado por la conveniencia social, en cuanto las reglas de juego de la medicina se definen de modo que se recompense la adhesión a dicho enfoque. La identificación o empatía del médico con el paciente exige adherirse al punto de vista psicológico."[28] Es decir, de acuerdo al modelo teórico utilizado, (el orgánico o el psicológico con la consecuente dificultad teórico-práctica de realizar diagnóstico diferencial) se le exige al paciente la confianza ciega en el saber del profesional de la salud tratante. "Esta dicotomía se refleja en los dos métodos científicos contemporáneos básicos, o sea, el fisicoquímico y el psicosocial. En tiempos de Charcot y de Freud, se consideraba que sólo el primer campo pertenecía a la ciencia. El interés por el segundo era sinónimo de charlatanería."[29] Pone en tela de juicio directamente el quehacer de la psiquiatría al cuestionar la dicotomía a que obedece y su *obstinación* por encontrar enfermedad mental, aun donde, desde su perspectiva y análisis, ésta no existe como entidades, si como procesos aprendidos de comunicación.

En este mismo orden de ideas que cuestionan y buscan ofrecer alternativas para la salud mental, parece se entrecruzan las visiones y se lanzan renovadas concepciones, por ejemplo de la psicoterapia; en estas reformulaciones existen contradicciones, pero también se amalgaman conocimientos, expectativas y si especulamos hasta ilusiones.

Se acepta en lo general que la psicoterapia es un tratamiento exclusivo para la neurosis; en parte y en sus orígenes, esto es cierto, pero también se reconoce su utilidad para conocer todo lo referente a la enfermedad y a las necesidades de tratamiento, ayuda mediante la orientación, la discusión y la interpretación de otro tipo de problemas, y también en algunas situaciones donde toda la familia vive de forma patológica, como en casos de niños o adolescentes con trastornos de conducta y/o aprendizaje, y que se benefician con un tratamiento de grupo o familiar; aunque también se le ve con reserva por considerarles un intento por *formalizar el papel bienhechor* que la comunicación oral entre el médico y sus pacientes puede ofrecer[30].

No es difícil entender el por qué de estas escisiones terapéuticas ofrecidas al paciente con enfermedad mental, si recordamos que antes de los tiempos de Griesinger se recurría al fraccionamiento de la realidad para explicarla, parece importante observar los constructos que transitan por los enfoques biológicos, psicológicos o sociales como los de, Janet o James, e igualmente importante es señalar que estos paradigmas confluyen y coexisten en la forma de entender la enfermedad y por tanto la salud mental.

Persiste el debate entre la biología funcionalista, la aproximación psicológica y las corrientes sociales para explicar la enfermedad y por tanto la salud mental; el reto presente es tomar los conocimientos y experiencias existentes, cuestionar la realidad desde sus diferentes puntos de vista y *reconocerla,* no sólo en el sentido de profundidad, también en el de volver a conocerle; observar el pasado, los aciertos y errores, las prácticas cotidianas y su significación en las sociedades y formular conceptos y soluciones de forma conjunta.

Debemos construir el concepto de salud mental, que también ha servido para avanzar de forma gradual a la comprensión holística de la psiquiatría en su amplia acepción; es decir para transmitir la necesidad de un acercamiento multidisciplinario a las enfermedades mentales[31].

De la Salud Pública a la investigación cualitativa

Con la finalidad de enriquecer la práctica de la salud pública en el año 2000 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) retoma los estudios previos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) mejor

conocido como Delphi (1997) y el Proyecto Nacional de Medición de Estándares y Desempeño de la Salud Pública (1988, NPHPSP) para fortalecer las acciones de salud pública en América, así la OPS sugiere la iniciativa de *La salud pública en las Américas* dirigida a la definición y medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) y el fortalecimiento del liderazgo de la autoridad sanitaria a todos los niveles del Estado.[32]
De entre las doce FESP por su importancia para el presente se destacan las funciones:

> 5. Desarrollo de políticas y planes que apoyen los esfuerzos individuales y colectivos en salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional.
> 10.-Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública.

Si entendemos a la investigación entre otras cosas, como el proceso sistemático y estructurado para recoger, analizar, sintetizar e interpretar información con la finalidad de explicar o describir la realidad al utilizar marcos teóricos existentes o categorías aparentemente no existentes, pero que se construyen a partir de la investigación misma, con el propósito de ampliar el conocimiento mismo y la intención de aplicarlo, entonces aceptaríamos que "La investigación es, también un sistema de comunicación estructurado para compartir conocimientos"[33].

Y es en esta acepción de investigación que podemos entender su utilidad en el campo de la salud, pues a mayor capacidad de generar y compartir conocimientos dentro de un sistema de comunicación eficiente, mayor será la capacidad de los sistemas de salud, de afrontar los retos que enfrentan las sociedades.

El hombre como ente social, está llamado a compartir su saber para resolver sus necesidades, es en este contexto que la organización del hombre en sociedad adquiere la dimensión política. Cuando el hombre a definido la forma de organizarse y confiere la capacidad de toma de decisiones a unos cuantos, ha confiado en la conformación de un gobierno, entidad de donde emanan las directrices para la convivencia social, organización y reparto del trabajo, y consecuentemente los bienes que se derivan del mismo; es decir estructura la conformación política de la sociedad. Dicha conformación es importante por cuanto establece las directrices para la coexistencia pacífica. Los lineamientos de organización obedecen a la elección entre posibilidades, es decir, entre una gama de opciones se toman las que convengan; la definición de conveniencia obedece a múltiples influencias de la sociedad, necesidades, expectativas, racionalidad etc. y no menos importante obedece a las ideologías que guían a los tomadores de decisiones, la definición de lo conveniente es por tanto auto definida por la actividad social misma en que se enmarca, es una actividad política.

Podemos aceptar entonces que "Las Políticas, por su parte, son lineamientos gubernamentales u organizacionales que atañen a la distribución de recursos y a los principios de comportamiento deseado."[34] Como se ha expuesto las políticas públicas pueden convertirse en los lineamientos que solventen las necesidades de la sociedad, y si estos son electos con base al conocimiento generado por la investigación, teóricamente se definirían políticas públicas efectivas; sin embargo el contenido racional de las investigaciones no necesariamente es considerado en la conformación de las mismas, a ésta disociación aparente se le atribuye el distanciamiento entre la investigación y la toma de decisiones en el campo de la salud.

Por lo anterior se reconoce como necesario buscar modelos o prácticas que tiendan a iluminar acerca de los contenidos, procedimientos y resultados del intercambio o las relaciones entre la investigación y las políticas de salud, pues las investigaciones no sólo deben suscribirse al avance técnico, deben tender a reconocer y comprender las contribuciones específicas de éstas en la formulación de políticas; es decir, saber como una puede influir en la otra; sólo así se comprenderá el por que "gran parte de la política de salud se centra, erróneamente, en el contenido de las reformas, ignorando a los actores involucrados en

los cambios de política, los procesos contingentes de desarrollo e implementación de los cambios, y el contexto en el cual se desenvuelve la política."[35] De acuerdo a Walt, (1994) las categorías de *contenido, actores, proceso y contexto*, son indispensables para comprender las relaciones entre investigación y políticas de salud.

El abordaje de estas categorías orientadoras permiten una aproximación de la realidad, facilita la comprensión de los elementos macro y microsociales que convergen en la investigación y la aplicación de resultados de las investigaciones en las políticas, mismas que dependen de factores que intervienen desde lo macrosocial hasta lo individual, con la inminente comprensión del ambiente donde los actores sociales se forman y socializan.

Es aquí donde el concepto de Jodelet de las representaciones sociales nos ayuda a explicar la realidad:

> *"[...] una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social[...]Lo social interviene ahí de varias maneras: a través del contexto concreto en que se sitúan los individuos y los grupos; a través de la comunicación que se establece entre ellos; a través de los marcos de aprehensión que proporciona el bagaje cultural; a través de los códigos, valores e ideologías relacionadas con las posiciones y pertenencias sociales específicas. Así pues, la noción de representación social nos sitúa en el punto donde se intersectan los psicológico y lo social. Antes que nada concierne a la manera cómo nosotros, sujetos sociales aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. En pocas palabras, el conocimiento <espontáneo>, <ingenuo> que tanto interesa en la actualidad a las ciencias sociales, ése que habitualmente se denomina conocimiento de sentido común, o bien pensamiento natural, por oposición al pensamiento científico"[36].*

La herramienta para obtener a este conocimiento puede ser la investigación cualitativa, por ser un tipo de investigación que ofrece técnicas especializadas para obtener respuestas a fondo acerca de lo que las personas piensan y sienten. Es investigación de índole interpretativa y se realiza en grupos pequeños de personas cuya participación es activa y tiene como meta la trasformación de la realidad[37].

El enfoque cualitativo puede ayudar y para algunos tiene como fin comprender el sentido y la dirección de las acciones que contribuyen al éxito o fracaso de las políticas de salud, enfatizando en los programas y su ejecución. La metodología cualitativa en este sentido, trata de captar el proceso por el cual los distintos actores sociales establecen una relación, desde sus mundos sociales para producir conocimientos, acciones y relaciones exitosas o no en la ejecución de los programas de salud[38].

Se busca explorar y describir el flujo de información a través de experiencias y puntos de vista de los actores sociales en un ambiente específico que posee características propias (el entorno institucional o sistema de salud) y otro ambiente diferente que puede tener formas de comunicación, códigos y reglas diferentes (el entorno de los usuarios de los servicios de salud).

ARGUMENTACIÓN EMPÍRICA

En el Reino Unido se propone una metodología para revisar estudios no experimentales y cualitativos para crear oportunidades informativas para las personas encargadas de las políticas de salud, al permitir les informarse de las perspectivas de las personas y sus experiencias para promover salud; en el contexto de investigación en salud pública acuñan el concepto de estudios de puntos de vista como aquellos que colocan las perspectivas y experiencias, la voz de las personas en el centro del análisis[39].

En Norteamérica inmerso en el marco de la investigación de los servicios de salud mental y las intervenciones comunitarias con este propósito, se plantea que las investigaciones de los servicios médicos usualmente tienen los propósitos de evaluar en torno a la calidad, el cuidado o el acceso y para el desarrollo y evaluación de las intervenciones, pero se reconoce que a largo plazo se requiere la investigación de las políticas de salud, donde también se reconoce hay datos limitados[40].

En Brasil un equipo de investigadores nos dice que el ministerio de salud reconoce que son poco comunes los grupos de investigación que vinculan salud mental, contexto social y salud pública; este mismo equipo dice entre otras cosas, que la investigación cualitativa permitiría la inclusión de diferentes puntos de vista de los involucrados en los servicios de atención psicosocial, construiría ó ampliaría el cuadro del uso de los resultados de las investigaciones-evaluaciones empoderando a los involucrados en el servicio; e identifican al menos dos grupos para esto, trabajadores y usuarios[41].

Se reconoce para México a partir de los setentas un incremento gradual en la publicación de artículos especializados de salud pública, que reconocen en los métodos cualitativos formas efectivas que permiten la mayor comprensión de los aspectos culturales que determinan o condicionan las enfermedades y su atención como fenómenos colectivos, además de que estas metodologías permiten incorporar al diseño de los servicios de salud los puntos de vista de usuarios enfermos y sanos[42].

Existe un interés por saber cualitativamente de los servicios de salud, particularmente en la salud mental, y se han empleado diversas estrategias y recursos técnicos de corte cualitativo.

En el contexto de desinsitucionalización psiquiátrica se propone la técnica de análisis de contenido temático al reconocerla cómo una de las mejores formas de investigación cualitativa en salud a partir de las representaciones sociales establecidas en lo cotidiano, entendiendo que estas se conforman por comportamientos, comunicación interpretación y conocimiento social: se formulan tres categorías temáticas, el tratamiento, el cuidado/descuido y la actividad[43].

En el contexto rural para la búsqueda de atención de salud mental, partiendo de que la experiencia en la salud mental es resultante del experiencia social donde sufrimiento y padecimiento se determinan culturalmente; en el contexto del investigación de corte cualitativo, los conceptos claves y los temas, sirvieron como categorías analíticas para las técnicas de análisis de notas etnográficas y entrevistas a profundidad[44].

En el contexto urbano marginal un estudio multi métodos realizado entre el año 2000 y 2003 con 16 entrevistas a profundidad y 204 cuestionarios permitió que el uso de la teoría de las representaciones sociales y el empleo de estrategias cualitativas, facilitar el vaciado de los resultados en dos grandes categorías: búsqueda de ayuda en padecimientos emocionales y expectativas de atención[45].

Como podemos ver la investigación cualitativa puede y debe utilizarse para mejorar los servicios de salud, y la salud mental no es la excepción; y si la información de este tipo en el contexto nacional es escasa, la revisión de los programas en lo particular parece obligada.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Importancia

Para el año 2020, la depresión unipolar será la segunda causa de enfermedad más importante en el mundo, en términos de su peso global; además cuando se utilizan indicadores compuestos, los trastornos mentales que

tienen una larga duración, una edad de inicio más temprana, naturaleza crónica, alta prevalencia, pocos tratamientos eficaces y alto riesgo de producir discapacidad, incrementan su importancia como problemas de salud pública[46].

De acuerdo a la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México, solamente uno de cada diez que padece algún trastorno mental recibe atención; son escasos los servicios que den atención en salud mental, cuando los hay, prácticamente no se recurre a ellos ya sea por desconocimiento de la población de los trastornos emocionales o por que los profesionales en salud no satisfacen las expectativas de atención; por tanto podemos decir que el grupo poblacional que padece algún trastorno mental es un grupo vulnerable.[47]

Planteamiento

Entre los resultados de la consulta ciudadana originados por el SNPD donde se reflejan las preocupaciones de la población, la escucha a diversas fracciones involucradas en la materia, la preocupación por una reorientación al ámbito de la prevención y promoción, y las metas con que se traducen las políticas gubernamentales expresadas en el PNS, tras el análisis de congruencia entre propuestas y metas, se puede decir que no hay correspondencia en lo relativo a la atención de la salud mental.
Dada la coexistencia de concepciones diferentes de la enfermedad mental que es de suponer permean los programas de atención sanitaria, pero sobre todo en quienes se involucran directamente en ellos, parece relevante realizar dada la poca disponibilidad de investigaciones de corte cualitativo, que se considere pertinente estudios que permitan abordar las visiones de los diferentes Actores Sociales (AS) institucionales (prestadores del servicio y personal de salud en general) o usuarios (pacientes, familiares o potenciales usuarios) respecto de los Programas de Salud Mental (PSM), para favorecer el enriquecimiento de los mismos.

Pregunta de investigación

El presente proyecto busca la ampliación del conocimiento de los puntos de vista de los involucrados directamente con la atención de la salud mental; es decir pretende enriquecer el conocimiento cabal que se tiene de la comunidad y los factores que determinan dicha salud; para en la medida de lo posible, contribuir con la generación de conocimiento que permita mejorar el desarrollo de las acciones y el control de la ejecución del programa de salud; en lo particular, el Programa de Acción de Salud Mental.

Pregunta: ¿Cuáles son los puntos de vista de los AS con respecto a los PSM sectoriales?

Respuesta Anticipada
Los puntos de vista de los AS son divergentes con respecto a los PSM sectoriales.

Clasificación de la pregunta por el estado de los hechos
Es una pregunta exploratoria.

Clasificación de la pregunta por la respuesta esperada
Es una pregunta tema o de gran recorrido, de corte cualitativa.

OBJETIVO

Caracterizar los puntos de vista de los AS con el propósito de valorar sus aportaciones a los PSM sectoriales.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Diferenciándose de la antropología, sociología, educación y la comunicación, entre otras, la investigación cualitativa se difunde en el área de la salud hasta la década de los noventa; sin dejar de reconocer ciertas disciplinas cuyo interés y temáticas son semejantes a las de hoy en la salud como: la antropología médica, algunas ramas de la sicología social, la medicina social, sociología médica y algunas propuestas de modelos de investigación-acción[48].

La investigación cualitativa es una herramienta que difícilmente se consigna a sólo una área profesional o especialidad del conocimiento, de sólo un objeto de estudio u orientación teórica; es un campo de reunión trasndisciplinario que reúne académicos de diversas disciplinas que incorporan herramientas distintas de ciencias y conocimientos, que lejos de limitarlas, le confiere su riqueza[49].

La investigación cualitativa en salud (ICS) tiene sus orígenes de fuentes diversas, empezando con el origen de la propia investigación cualitativa.

Su genealogía y encuadre histórico es diverso según del autor que la aborde; se remonta a la época de Platón y Aristóteles (aproximación al estudio de la naturaleza de forma idealista, abstracta, formalista y matematizable versus sustantiva, sensible y empírica respectivamente) en el clásico griego, la encontramos en la afirmación que versa: los datos en la ciencia natural o social no se recogen sino se crean a partir de los instrumentos que los investigadores diseñan, frase que dirime las posiciones entre Newton y Galileo, sigue su camino por Descartes y el objetivismo apuntado por Kant (para darle paso a la interpretación y comprensión como fuentes de conocimiento), hace un recorrido obligado en la Antropología, en Weber y la Sociología para encuadrarse en los momentos históricos de la Etnografía (temprana, de mentalidades coloniales, del otro cívico, de la asimilación y posmoderna) entre otras disciplinas y métodos[50] para finalmente llegar a nuestros tiempos.

Para la investigación cualitativa en Iberoamérica en el campo de la salud según Mercado y Torres (2000) no deja de sentirse la influencia de autores anglosajones con las necesarias traducciones o lecturas en ingles que se convierten en referente obligado de los investigadores, destacando Taylor y Bogdan, Schwartz y Jacobs, Festinger y Katz, Hammersley y Atkinson, Krippendorff entre otros, y sus difundidas aplicaciones metodológicas y propuestas como la teoría fundamentada; además de las referencias de profesionales de diversas áreas cuyos objetos de estudio no están centrados en la salud, si no en otras áreas como: educación, cultura, sociedad y comunicación entre otras, destacando para Iberoamérica: Valles, García Manzanedo, Martínez, Galindo etc. entre otros[51].

En la investigación cualitativa podemos englobar a todas las investigaciones con sus características diferenciadas, que surgen como alternativas al enfoque positivista dominante.[52] Aunque también se reconoce que ésta ofrece un enfoque complementario más que antagónico de la investigación cuantitativa, ya que el proceso investigativo en lo general ofrece fases o etapas que permiten el acercamiento al objeto de estudio desde éstas posturas investigativas; así, el enfoque por el que se opte, dependerá del problema por investigar y el nivel de análisis a que se pretenda llegar[53].

Así, sin contar con una definición universalmente aceptada por sus orígenes, y enfoques, es posible reconocer su complejidad en la definición de su objeto de estudio.

Denzin y Lincoln publicando en el año 1994 señalan las dificultades al intentar definir el tema. En sus palabras:

> *"El "campo" de la investigación cualitativa está lejos de ser un conjunto unificado de principios promulgados por grupos de académicos relacionados [...] este campo se define a partir de una serie de tensiones esenciales, contradicciones y dudas [...] tensiones que van y vienen entre las definiciones y concepciones que compiten en este campo [...] [más aún] los temas y preocupaciones de la investigación cualitativa en enfermería son completamente diferentes a los de la antropología cultural"*.[54]

Para estos mismos autores, pero referidos por Rodríguez y colaboradores en su trabajo publicado en 1999, se entiende que: a) los momentos históricos de la investigación cualitativa están vigentes y operan en el presente en las prácticas de los investigadores, b) la investigación cualitativa se caracteriza por un conjunto de elecciones desconcertantes por la riqueza de paradigmas, métodos, instrumentos y técnicas de análisis, c) transcurrimos un momento histórico que permite descubrir y redescubrir con nuevas formas de ver, interpretar, argumentar y escribir la investigación cualitativa y d) la investigación cualitativa no puede verse desde una perspectiva positivista, neutral y objetiva, la clase, la raza, el género, configuran el proceso de indagación convirtiendo el proceso investigativo en un producto multicultural[55].

Al reconocer tales circunstancias, debemos aceptar no sólo la imposibilidad, sino también la poca utilidad de una definición única y universal, [56] no obstante sea posible identificar una serie de elementos que la caracterizan.

Haciendo referencia de Taylor y Bogdan en su obra publicada en 1987 al castellano [que trata de Investigación sociológica], reconocen diez características de la investigación cualitativa:

1. La investigación es inductiva.
2. En la metodología cualitativa el investigador ve el escenario y las personas en una perspectiva holística, escenarios, grupos y personas no son variables, son parte de un todo.
3. Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio.
4. Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas del marco de referencia de ellas mismas.
5. El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.
6. Para el investigador cualitativo, todas las perspectivas son valiosas.
7. Los métodos cualitativos son humanistas.
8. Los investigadores cualitativos ponen de relieve, dan énfasis a la validez de su investigación.
9. Para el investigador cualitativo, todos los escenarios y personas son dignos de estudio.
10. La investigación cualitativa es un arte. [57]

Haciendo referencia de Miles y Huberman (1994) [Investigación naturalista], hay autores que reconocen ocho características de la investigación cualitativa:

1. Se realiza a través de un prolongado e intenso contacto con el campo o situación de vida. Estas situaciones son típicamente banales o normales, reflejo de la vida diaria de los individuos, grupos, sociedades y organizaciones.
2. El papel del investigador es alcanzar una visión holística (sistémica, amplia, integrada) del contexto objeto de estudio: su lógica, sus ordenaciones, sus normas explícitas e implícitas.
3. El investigador intenta capturar los datos sobre las percepciones de los actores desde dentro, llevando un proceso de profunda atención, de comprensión empática y de suspensión o ruptura de las preconcepciones sobre los temas objeto de discusión.
4. Leyendo a través de estos materiales, el investigador puede aislar ciertos temas y expresiones que pueden revisarse con los informantes, pero deben mantenerse en su formato original a través del estudio.
5. Una tarea fundamental es la de explicar las formas en que las personas en situaciones particulares comprenden, narran, actúan y manejan sus situaciones cotidianas.
6. Son posibles muchas interpretaciones de estos materiales, pero algunas son más convincentes por razones teóricas o consistencia interna.
7. Se utilizan relativamente pocos instrumentos generalizados o estandarizados. El investigador es el principal instrumento de medida.
8. La mayor parte de los análisis se realizan con las palabras. Las palabras pueden unirse, subagruparse, cortarse en segmentos semióticos. Se pueden organizar para permitir al investigador contrastar, comparar, analizar y ofrecer modelos sobre ellas. [58, 59]

Así, dibujado un panorama general del laberinto en la riqueza y complejidad de la investigación cualitativa se explicitarán algunos elementos básicos para su mejor comprensión.

"La investigación cualitativa se basa en una posición filosófica, que es en términos generales *interpretativa* en el sentido de que se ocupa de cómo se interpreta, se entiende, experimenta o produce el mundo social."[60]

El presente se inscribe en los estudios denominados cualitativos, ya que su postura filosófica es interpretativita.

Diseño del estudio

Estas interpretaciones de la realidad por abordar, buscan ser entendidas a través de cuerpos teóricos que le den sentido. En su obra publicada en 1987 al castellano, al buscar la explicación del fenómeno social en la interpretación hecha por Taylor y Bogdan de los autores Glaser y Strauss (1967) nos dicen que se trata de evaluar las teorías, proceso que consiste en ver si se ajustan y funcionan, entendiendo por ajuste a que las categorías sin forzarlas se apliquen a los datos que se estudian y que funcionen siendo capaces de explicar (el objeto de estudio) la conducta estudiada[61].

Pero las explicaciones de los fenómenos estudiados son diversas, por ello se presenta una clasificación que se reconoce no exhaustiva de los principales marcos, cuerpos teóricos y opciones metodológicas con que se suele hacerse frente a la búsqueda de la comprensión del objeto de estudio en la investigación de corte cualitativo.

Cuadro 1. Principales fuentes y métodos de los abordajes cualitativos

	Tópico de investigación	Disciplina/Teoría (Fuente)	Método	Referencia de autores
1.	Significado. Explicar la esencia de la experiencia de los actores	Filosofía (Fenomenología)	Fenomenología	Heshusius 1986; Mèlich 1994; Van Manen 1984,1990.
2.	Descripción. Interpretar valores, ideas, prácticas de los grupos sociales	Antropología (Cultura)	Etnografía	Erickson 1975; Mehan 1978, 1980; García Jiménez 1991; Fetterman 1989; Grant y Fine 1992; Hammersley y Atkinson 1992; Spradley 1979; Werner y Shoepfle, 1987.
3.	Proceso. Experiencia al paso del tiempo o el cambio	Sociología (Interaccionismo Simbólico)	Teoría fundamentada	Glaser 1978; Glaser y Strauss 1967; Straus 1987; Strauss y Corbin 1990.
4.	Interacción verbal y Diálogo	Semiótica	Etnometodología	Atkinson 1992; Benson y Hughes 1983; Circourel y cols 1974; Coulon 1995; Denzin 1970, 1989; Heritage 1984; Rogers 1983.
5.	Mejora y Cambio social	Teoría crítica	Investigación – Acción	Kemmins 1988; Elliot 1991.
6.	Subjetividad de los actores	Antropología, Sociología	Biografía	Goodson 1985, 1992; Zabalza 1991.

Cuadro adaptado del presentado por Rodríguez G., Gil J., García E. Metodología de la investigación cualitativa. [2da edición.] Málaga. Aljibe. 1999. p. 41

En el campo de la ICS para muchos estudios es imposible definir la postura teórica que utilizan para el análisis de lo encontrado, pues usualmente se centran en la descripción del propio estudio, suscribiendo únicamente: se hizo un análisis cualitativo de los datos; sin embargo se reconocen como posturas teóricas utilizadas el construccionismo, teoría feminista, teoría crítica y de entre las más socorridas la teoría fundamentada y la fenomenología[62].

A partir del mundo externo al convertirlo en objeto de estudio, Galindo publicando en 1997 nos refiere que el mundo externo se constituye en el plano *fenomenológico*, es decir que aparece y va siendo percibido; advierte que el investigador necesita volver cuantas veces necesite a la fuente de información para representar los acontecimientos indagados en condiciones óptimas de registro y análisis; insiste además en que la percepción (del exterior) también es un componente importante en la metodología cualitativa. Nos señala que además del dominio exterior en la configuración del objeto de estudio, el mayor peso en la exterioridad-interiorización es la significación, que es donde el mundo del lenguaje y de los símbolos adquiere toda importancia. En sus palabras a forma de síntesis: “Todo trabajo sobre exterioridad pretende ir más allá de lo evidente y, al tiempo, que eso sea comprensible y comunicable; es decir, la interiorización y la intersubjetividad son las auténticas guías del proceso”[63].

Para que el resultado de la investigación se haga comprensible y comunicable apegándose a los cuerpos teóricos existentes, en ocasiones los investigadores usan dos o más cuerpos teóricos en sus análisis, Taylor y Bogdan nos hablan de que se puede desarrollar o verificar teorías sociales, hecho que permite explicar los fenómenos estudiados, en sus palabras:

> *"[...] aunque la mayor parte de los investigadores adoptan en sus estudios elementos de ambos enfoques, [desarrollo o verificación de teoría social] al considerar el análisis de los datos cualitativos resulta útil diferenciar la generación de la teoría por una parte, de la verificación de la teoría, por la otra, con los respectivos recursos de la teoría fundamentada y la inducción analítica [...] Al generar teoría fundamentada, los investigadores no tratan de probar sus ideas, sino sólo de demostrar que son plausibles"*[64].

Es decir, se pretenden descubrir teorías, conceptos e hipótesis partiendo de los datos y no de supuestos, investigaciones o teorías previas. "La teoría fundamentada es una metodología general para desarrollar teoría que está fundamentada en una recogida y análisis de los datos. La teoría se desarrolla durante la investigación, y esto se realiza a través de una continua interpelación entre análisis y la recogida de datos."[65]

Se ha dicho hasta ahora la importancia de la descripción de la experiencia de los actores de su entorno al ser percibido, de la generación de explicaciones en el transcurso de la investigación, ahora es necesario hacer evidente que la investigación sucede en un contexto social específico, mismo que deber ser explicitado y descrito con la finalidad de dar luz comprensiva del objeto de estudio.

Cuando se intenta construir un esquema teórico que recoja y permita responder lo más fielmente posible a las percepciones, acciones o normas de juicio de una determinada unidad social, se dice se realiza *etnografía*[66].

Sin embargo es pertinente señalar que como en muchos conceptos relacionados a la investigación cualitativa no existe una definición universalmente válida. "El uso y justificación de la etnografía está marcado por la diversidad antes que por el consenso. Más bien, hay que reconocer diferentes posiciones teóricas o epistemológicas, cada una de las cuales confirma una versión del trabajo etnográfico"[67].

El diseño de la investigación es un momento clave del proceso indagatorio, este nos permitirá acceder a cierto nivel de profundidad en el conocimiento de la realidad, éste se determina en gran medida por la pregunta que se quiere responder. En palabras de Galindo: "De la pregunta vital deriva todo lo demás, de la pregunta de investigación deriva todo el programa metodológico. En una el contacto con el sentido es necesario, en la otra se configura el deseo"[68].

Así la profundidad pretendida en el estudio se hace patente en el diseño investigativo.

Ulin, Robinson y Tolley en su obra publicada en el año 2006, en el campo de la investigación cualitativa en salud pública distinguen que cuando el propósito de una investigación es generar o guiar decisiones prácticas acerca de un programa o intervención, ésta se convierte en investigación exploratoria o formativa, afirman que en esta categoría (de profundidad) hay muchos estudios en el campo de la salud pública aun cuando no se les llame así. Las mismas autoras dicen que la investigación formativa o exploratoria es toda indagación realizada con el propósito de crear programas o procedimientos de investigación apropiados, asegurando que el programa o estudio se ejecute de forma pertinente y aceptable desde el punto de vista cultural de la comunidad inmersa, así las decisiones sobre aspectos de las políticas con frecuencias se orientan por la investigación exploratoria, ya que ayuda a los encargados de formular las políticas a prever y comprender las implicación de estas políticas para la población, sea

que prepare el camino para una intervención de salud, oriente las políticas o creé una base de datos para una investigación (subsiguiente), la investigación formativa o exploratoria puede generar información valiosa para las decisiones [69].

Galindo al publicar en 1997 propone un programa metodológico donde existen tres momentos guiados por tres objetivos, los momentos son: exploración, descripción y significación.

El primero, el de la exploración es un momento que se caracteriza porque el investigador se pone en contacto con el mundo-objeto en el intercambio de expresiones e impresiones; reconoce la interiorización del mundo exterior y la exteriorización de las percepciones que el sujeto tiene de ese mundo (el entorno), aquí el instrumento privilegiado para Galindo, es el diario de campo.

Para el segundo momento nos dice que se trata de elaborar y detallar mapas del mundo objetivo en todas las dimensiones posibles, supone que el acercamiento al exterior desde el interior cobra precisión y claridad; refiere que para este trabajo configurador los instrumentos básicos son la etnografía y la estadística.

El tercero y último, el de la significación, es el de más intensidad y complejidad; se regresa al mundo interior (del investigador) lo que con profundidad se ha hecho del contacto exterior; para Galindo aquí, lo cualitativo cobra todo su peso, el lenguaje es instrumento y los límites son la imaginación y creatividad, es el punto de síntesis, el acto configurador por excelencia, el lugar donde surge la teorización y comunicación[70].

En un camino cronológico Valles en su obra publicada en 1997 apuntando las posiciones de diferentes autores recorre conceptos y posturas que hablan de la contraposición del diseño tradicional o convencional (cuantitativo) al diseño emergente (del diseño cualitativo naturalista que se hace sobre la marcha) [Erlandson (1993)], Valles nos habla del diseño emergente con la clave en la *flexibilidad* del diseño [Lincoln y Guba (1985)], se detiene en la planeación de la investigación cualitativa con el derecho de modificar, alterar y cambiar éste (el diseño) entendiendo a la flexibilidad como crucial [Marshall y Rossman (1989)], nos explicita que los diseños cualitativos continúan siendo emergentes aún en la recogida de datos [Patton (1990)], madura su recorrido en el reconocimiento de que toda investigación cualitativa se basa en un conjunto de elecciones o diseño inicial y otros (elementos del diseño) emergentes, [Morgan (1992)], en su interpretación de Miles y Huberman (1994) sintetiza al decir que de forma simplificada tenemos dos tipo extremos de diseños cualitativos: el proyectado y el emergente, porque el investigador debe de ceñirse a un tiempo delimitado, buscar comparar sus resultados, y seguir su atracción por algunas de las perspectivas teóricas, y por último Valles reconoce la posibilidad de tener presentes cambios en el diseño en todo el proceso de indagación apuntando tres momentos: al principio, durante y final del estudio [Janesick (1994)] [71].

De lo anterior expuesto se presenta una síntesis en el cuadro 2, para facilitar al lector la comprensión de la flexibilidad y decisiones de diseño en el estudio.

Cuadro 2. Decisiones de diseño en la investigación cualitativa

Al principio del estudio	Durante el estudio	Al final del estudio
1. Formulación del problema. 2. Selección de casos y contextos. 3. Acceso al campo. 4. Marco temporal. 5. Selección de la(s) estrategia(s) metodológica(s). 6. Relación con teoría. 7. Detección sesgos e ideología del investigador. 8. Aspectos éticos.	1. Reajuste de cronograma de tareas. 2. Observaciones y entrevistas a añadir o anular 3. Modificación de protocolos de observaciones y de guiones de entrevista. 4. Generación y comprobación de hipótesis	1. Decisiones sobre el momento y manera de abandono del campo. 2. Decisiones finales de análisis. 3. Decisiones de presentación y escritura del estudio.

Cuadro basado en Janesick (1994) presentado por Valles M.S. [2da reimpresión 2000] Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid. Síntesis. 1997. p.78
No obstante el diseño metodológico en la investigación cualitativa sea flexible esto no significa que sea improvisado.

Para responder a la pregunta indagatoria se determinará si el diseño debe concentrarse en las experiencias, acciones y comportamientos de las personas; en sus opiniones y valores; en sus sentimientos o respuestas emocionales, o en lo que saben o piensan cierto de determinadas situaciones; un marco conceptual cuidadosamente construido es un excelente instrumento orientador que ayudará a mantener el trabajo enfocado en un problema central de la investigación y al tiempo asegurará flexibilidad y resultados creíbles[72].

El mundo de lo posible se configura antes de llegar a él, ya sea tanto para el objeto de estudio en la formulación de la pregunta como para los pasos proyectados con el propósito de alcanzarlo.

Arrojando luz acerca de lo expresado una cita larga de Galindo:

> *"La configuración a priori del objeto es un momento de interacción entre el sentido común y la teoría en el sujeto indagador. Otra cosa es la configuración a priori del proceso de indagación. Ambos unidos y son dos caras de la misma moneda. En el caso del objeto se tomó la primera distancia sobre el mundo por comprender y se definió alguna representación significativa. En el caso del proceso se toma distancia de movimiento que como actor especial se verificará a lo largo de un tiempo previsible, limitado, en tanto objeto por configurar a posteriori. Ambos casos se confunden en el momento anterior a iniciar el trabajo de interacción con el objeto en directo.*
> *La configuración a priori se realiza sobre guías de conocimiento e interacción aprendidas, actualizadas al asunto y circunstancia particular. La síntesis de esta configuración es el conocimiento posible antes de la relación directa con el objeto, sobre el objeto mismo y sobre las formas de conocerlo"[73].*

Como se ha mencionado el diseño metodológico *configura el deseo*, hace posible responder la pregunta; permite llegar a los diferentes niveles de profundidad en el conocimiento del objeto de estudio. Responder la pregunta en el contexto de la vida cotidiana de las personas, grupos, sociedades u organizaciones, mediante métodos humanistas, con una perspectiva holística no necesariamente es tarea previsible.

Tal vez por ello Ulin, Robinson y Tolley nos advierten que

> *"Cuando se diseña el estudio, hay que estar concientes de que los métodos que se escogen al comienzo tal vez no serán los únicos que se emplearán. Aun 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 otros subgrupos de la población para obtener perspectivas diferentes"*[74].

Con el propósito de hacer una forma integral de la investigación cualitativa, se juega con una doble perspectiva, por un lado la percepción hacia lo posible se ajusta a cada paso y cada momento, y por el otro la percepción de limite de que todo ajuste corresponde a lo que se puede o no en cada momento de la investigación; el diseño va aparejado de la movilidad estratégica, el resultado es el ajuste constante al esquema inicial según las circunstancias concretas de la investigación[75].

En lo que respecta al diseño *a priori* del análisis de los datos que se apunta hacia lo posible, se puede mencionar que el análisis cualitativo de las representaciones sociales (la vida cotidiana y la forma en como las personas se expresan de ella) puede tener diferentes niveles de profundidad.

Hernández y González publicando en el 2000 proponen con fines didácticos el análisis de contenido y discurso mediante tres niveles de profundidad; los dos primeros identifican actitudes y cargas reactivas entendiéndolas como el análisis de contenido de las representaciones (entendiendo representaciones a las conceptualizaciones del informante frente al fenómeno del que habla) y el tercer nivel dirigido a la reconstrucción social de las representaciones entendiéndola como análisis del discurso.

El primer nivel implica la reproducción fiel y recuperación de la información mediante grabaciones y transcripciones facilitando el análisis de comunicación no verbal y nuevos caminos de investigación abriendo la posibilidad de modificar los instrumentos y temas guías.

El segundo nivel, descriptivo, mediante el análisis de contenido permite identificación, codificación y categorización de segmentos discursivos transcritos, permitiendo un mapeo y entramado de códigos que le dan espectro al discurso.

El tercer y último nivel, comprensivo-interpretativo, mediante el análisis de discurso se concentra en la subjetividad recuperada a partir de categorías y el cruce de información contextual recuperada de la observación participante, anecdotarios e historias de vida dimensionadas; este último nivel permite la formación de proposiciones permeadas de subjetividad del investigador[76].

Esta propuesta particulariza tres niveles de análisis con la idea de continuidad y fusión, con lo cual se recorre el camino de la generalidad y la singularidad[77].

Se refiere que la propuesta ha madurado permitiendo que el primer nivel llegue a un nivel de análisis *interpretativo* mediante el análisis de los contenidos temáticos, el segundo a un nivel *reinterpretativo* mediante el análisis del discurso social, y por último el tercero a una profundidad de la *reconstrucción* de la realidad mediante el análisis del discurso crítico; conservando los mismos elementos metodológicos de identificación, categorización, observación participante, notas etc, en un continuo[78].

Para la presente se pretende explicar el significado, la esencia de la experiencia de los actores, por tanto su perspectiva teórica es la fenomenológica, apoyada en sus recursos técnicos y en los de la Etnografía y Teoría fundamentada.

La profundidad de conocimiento que se pretende es la exploratoria y bajo el modelo propuesto por Hernández E. (2006) se pretenderá llegara un segundo nivel de análisis o de reinterpretación, otorgando validez empírica, de análisis discursiva y contextual.

Universo

Ya que la investigación cualitativa pone el acento en la profundidad (nivel de profundidad en el conocimiento del objeto) más que en la amplitud (generalización de resultados debido a técnicas estadísticas), pues busca profundizar más que generalizar (estadísticamente hablando), mediante el esclarecimiento del significado en el comportamiento humano, los investigadores para definir sus muestras observan consideraciones conceptuales antes que numéricas; en consecuencia, el reto es seleccionar participantes que puedan proporcionar la información más significativa sobre el tema; determinar el tamaño de la muestra es menos claro que en la investigación cuantitativa, se parte del supuesto de producir datos ricos a partir de la muestra escogida por su capacidad para referirse al problema estudiado; por tanto el investigador conduce su muestreo por el grado en que los datos obtenidos responden adecuadamente a la pregunta de investigación, regla que en lo general es ambigua[79].

En la búsqueda de la comprensión de una realidad social se determinan *a prior*i los actores sociales, en palabras de Galindo, "El conocimiento de lo social se trama en el conocimiento de lo particular socializado, empezando por la situación de conocimiento de sujetos en interacción en un proceso de investigación inducido, en principio, por un actor con intención de conocer *a priori*"[80].

El universo de estudio se fija en aquellos actores sociales (AS) que se ubican en el contexto de los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER).

Muestra

Así la definición del muestreo y los sujetos que se consideran informantes significativos del tema de estudio puede tomar vertientes diferentes.

Cuando el objetivo principal de la investigación es generar una teoría sustantiva, con la recolección gradual de datos y análisis y la interpretación a medida que se establece la teoría, se habla de un *muestreo teórico*; cuando antes de la recolección de los datos se definen las características y la estructura de la muestra, esperando distintas perspectivas y comportamientos de la población se escogen participantes que difieran en este sentido, definiendo las características y cantidad de participantes que ayudarán a interpretar sus respuestas, se habla de *muestreo a priori*, que es el método de muestreo más familiar para quienes realizan investigaciones aplicadas en salud pública[81].

Existen diferentes técnicas para realizar el muestreo, con independencia de la intención en la definición del muestreo, estas técnicas son:

- Los casos típicos sirven para determinar el perfil de un grupo, la definición de lo típico es subjetivo pero es posible acequiarla mediante informantes clave, familiarizados o altamente especializados en el fenómeno.
- El muestreo extremo selecciona los casos extremos con el fin de destacar o conocer las condiciones o características de situaciones mas atípicas, se debe tener cuidado de no distorsionar la realidad y presentar casos extremos como casos normales.
- El muestreo intensivo se concentra en ejemplos excelentes pero no necesariamente extremos del fenómeno, en la indagación exploratoria intensiva de algunos aspectos con unas cuantas personas o grupos bien informados puede agregar interesantes perspectivas e información profunda.

- Las muestras homogéneas hacen hincapié en las similitudes o las diferencias que dependen del propósito del estudio, aquí las personas básicamente presentan características similares ideal para grupos de investigación a profundidad.
- El muestreo heterogéneo puede ser útil para estudiar problemas con variaciones individuales o de programas, se quiere destacar las variaciones del fenómeno por las diferentes posturas.
- EL muestro por bola de nieve o multiplicador es una técnica para localizar informantes con un conocimiento especial del fenómeno, se piden las sugerencias de las personas con atributos o capacidades similares para abordar el problema.
- El muestro oportunista se basa en tomar la decisión de incluir sobre la marcha nuevos informantes aprovechando oportunidades inesperadas una vez iniciado el trabajo sobre el terreno. [82]

Como pude verse, la técnica de muestreo facilita la selección de actores sociales que son de interés por su potencialidad en proporcionar información relevante del objeto de estudio permitiendo de forma flexible adaptarse a las necesidades y recursos del investigador.

Para el presente en el muestreo se utiliza el muestro a priori de tipo heterogéneo, pues se buscan las variaciones individuales destacando las variaciones del fenómeno desde las diferentes posturas que se ocupan en el sitio de estudio; en una segunda fase se utilizará el muestro por técnica de bola de nieve pidiendo a los AS prestadores de servicio identifiquen a los AS usuarios o potenciales usuarios.

Los AS de interés son aquellos involucrados en los programas de salud mental sectoriales, puntualmente en SESVER.

Los tipos sociales derivados de las diferentes posturas del fenómeno son dos: Los AS prestadores del servicio (programas de salud mental) y AS usuarios, familiares o potenciales usuarios del servicio.
Las variables discursivas (AS) son: dos a nivel central, dos a nivel jurisdiccional, dos a nivel operativo, dos usuarios, dos familiares y dos potenciales usuarios (doce variables discursivas, dos por cada sitio o postura respecto del fenómeno de estudio).

Categoría

Galindo publicando en el año 1997 tratando de introducirnos a la investigación cualitativa reconoce en la tradición metodológica a la descripción como "la base para cualquier especulación, teorización o acción tendiente a operar sobre un sentido específico. En ese momento el exterior se presenta en un marco de *categorías* que configuran lo posible, con lo cual queda interiorizado en forma explícita el tejido configurativo de lo que se quiere conocer"[83].

Es pertinente ver entonces en el campo de la salud ¿cómo podría abordarse esta configuración de la realidad?

La Dra. Gro [b] nos dice en el año de 1999 que si las decisiones sanitarias aspiran a salvar vidas, entonces idealmente esas decisiones deben basarse en un análisis lo más riguroso posible de los factores técnicos y científicos implicados; pero también está claro para ella que deben basarse igualmente en la manera en que la gente ve las cosas. "Para tomar la decisión correcta se deben tener en cuenta distintos tipos de información y diferentes puntos de vista"[84].

[b] Gro H B. Secretaria General de la OMS en 1999 publica el artículo editorial: Cambiar la situación.

Los estudios de puntos de vista, son aquellos que colocan las *perspectivas y experiencias, la voz de las personas* en el centro del análisis[85].

La categoría considerada a priori es la propuesta por Harden A. y colaboradores en el trabajo publicado en el 2004 que será los puntos de vista de los actores sociales que participarán en el estudio.

La categoría referida es constituida a su vez por los conceptos de: perspectivas, experiencias y la voz de las personas.

Para el presente los subconceptos que se desprenden de los conceptos son: a) Perspectivas: actitudes, sentimientos y significados, b) Experiencia: cómo se han involucrado y c) Voz de las personas: tendencia a los estereotipos o las ideas propias.

Definiciones conceptuales y operacionales

Es pertinente que todo investigador defina lo que entenderá para el trabajo los conceptos que servirán para configurar la investigación, en ese contexto se expone.

Cuadro 3. De la categoría a la operacionalización de los subconceptos

Puntos de vista	Perspectivas	Actitud	Disposición de ánimo manifestada de algún modo. *Ejemplo*: lo favorable o no, pro actividad o apatía respecto contribuir con mejoras a los PSM.
		Sentimiento	Estado afectivo del ánimo producido por causas que lo impresionan vivamente. (expresado verbalmente) *Ejemplo*: rechazo, aceptación, enojo, satisfacción respecto los PSM.
		Significado	Conjunto de valores formado por las representaciones sociales del AS, condicionado por el sistema y por el contexto. *Ejemplo*: el juicio de adecuado, ineficiente, burocrático, preventivo de los PSM.
	Experiencias	Cómo se han involucrado	Conocimiento de vida adquirido por circunstancias, acontecimientos o situaciones vividas o presenciadas en el pasado por el AS. *Ejemplo*: lo vivido como paciente o los cambios vistos en los PSM como personal de salud.
	Voz de las personas	Estereotipo	Imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad en que se ubica el AS con carácter inmutable. *Ejemplo*: la verticalidad en la formación de los PSM, lo ajeno de los PSM al AS, el enfoque de enfermedad antes que de salud mental de los PSM.
		Ideas propias	Convicciones, creencias, concepto, opinión o juicio formado por el AS respecto de los PSM. *Ejemplo*: la idea personal ¡desde el fondo de su corazón!

Cuadro construido de operacionalización. de los subcoceptos

Técnicas y procedimientos para la recolección de la información

Es necesario que todo el material producto de la información se recoja ordenadamente, por ello se recurre a los métodos o *técnicas*.

Para la ICS de entre las técnicas para la obtención de la información encontramos la observación participante, las entrevistas individuales, con cédulas, familiares, grupales, técnicas de conversación, cuestionarios, grupos focales, historias de vida, narrativas, estudios de caso; pero destacan la entrevista parcialmente y no estructurada y la observación; encontrando con cierta frecuencia la combinación de dos o más técnicas[86].

Cuando se utiliza la entrevista para reconstruir la realidad de un grupo social, se le pide a los entrevistados que asuman la identidad de un miembro de su grupo al formular contestaciones, se les pide que hablen en nombre de la gente de su grupo, que trasciendan su persona misma, su vida personal; los entrevistados son tratados como fuentes de información general.[87] En la investigación cualitativa, la entrevista busca el entendimiento del mundo desde la perspectiva del entrevistado, busca desmenuzar los significados y sus experiencias acerca del fenómeno objeto de estudio[88].

Schwartz y Jacobs 1984 nos dicen que en cualquier clase de entrevista existe la posibilidad de que haya discrepancia entre lo que la gente dice y lo que quiere decir, sin embargo el entrevistador informal (entrevista parcialmente estructurada o no estructurada) en interacción de persona a persona, tiene un grado mayor que los que utilizan entrevistas estructuradas o cuestionarios; esta retroalimentación puede utilizarse para evaluar la posición de los entrevistados. En consecuencia el entrevistador está destinado a interpretar lo que dice el entrevistado en cualquier forma que está acostumbrado a comprender las expresiones del idioma, sin acceder a los significados y matices distintivos del fenómeno social y los tipos de entrevistados que participan en el estudio.[89] Por ello es necesario comprender el entorno en que la entrevista se realiza.

Como parte del armamento metodológico más utilizado en la investigación social que se privilegia para observar sistemática y controladamente lo observado se reconocen al diario, el cuaderno de notas y los cuadros de trabajo (guías de observación); se entiende por diario de campo al relato escrito cotidianamente de los hechos observados y experiencias vividas, usualmente se redacta al final de la jornada o al final de una tarea importante, en cualquier caso es conveniente procurar objetividad, síntesis y claridad así como orden en las anotaciones; puede enriquecerse con las notas del cuaderno de campo, donde se consignan sobre el terreno todas las informaciones, expresiones, opiniones, hechos croquis etc. que puedan ser de interés para la investigación, el propósito es complementar el diario de campo y enriquecer con datos objetivos disminuyendo el riesgo de olvidarlos o perderlos[90].

Descripción de los instrumentos:

- Guión para entrevista focalizada parcialmente estructurada.
- Diario de campo.

Guión para entrevista focalizada parcialmente estructurada

Consta de dos secciones claramente definidas, la primera (con letras mayúsculas) que corresponde a la presentación que permite establecer un clima de confianza y caracterización del informante, y la segunda (con letras minúsculas) que se constituye por una pregunta primaria y un conjunto de preguntas secundarias (de apoyo).

Las preguntas son preguntas tema. Se les puede considerar como preguntas de recorrido ya que aluden características significativas de algo, actividad o escenario social, aluden a espacios, tiempos, hechos, personas, acciones etc. La pregunta primaria es de gran recorrido

La pregunta primaria corresponde a la categoría, las preguntas secundarias corresponden a los subconceptos (enmarcadas en un recuadro).

Las respuestas que se esperan son abiertas cualitativas.

Diario de campo

El formato construido permite la identificación de siete componentes para clasificar el elemento compilado en el diario de campo.

Para las notas de campo se construye un formato para la trascripción de las mismas.
Identificación del elemento compilado para el diario de campo.

Para facilitar el almacenamiento de los elementos recolectados se generó una ficha de identificación de elementos que permite recuperar:

1. Tema o frase de identificación: recuerda el contenido general
2. Tipo de Material:
    - Notas de la observación directa, interpretativas, temáticas, personales, de reactividad de los participantes.
    - Mapas del contexto y croquis de los lugares.
    - Diagramas, esquemas, cuadros explicativos, secuencias, cronologías, redes sociales, organigramas, etc
    - Objetos o artefactos recogidos en el sitio de la investigación, fotografías, videos, audio grabaciones, documentos, etc
3. Motivo de inclusión al diario: ¿Por qué? se considera importante para la compresión del fenómeno de estudio.
4. Tipo de elemento: recolectado, construido con información de campo o deducido.
5. Fecha: momento de levantamiento del elemento.
6. Sitio de recolección: lugar de levantamiento del elemento.
7. Num. de elemento: número seriado.

Identificación de las notas de campo compiladas en los escenarios.

Para facilitar el almacenamiento de las notas de campo recolectadas se generó un cuadro de vaciado que permite el almacenamiento ordenado y sistemático, así como la recuperación de los diferentes tipos de notas y los comentarios del investigador y otros lectores para el análisis subsecuente.

Claves para las notas de campo:

- OD Observación Directa.
- IN Interpretativas.
- TM Temáticas.
- PE Personales.
- RP Reactividad de los participantes

Validación de los instrumentos

Validez de contenido

En el caso del guión para la entrevista se construyó entendiendo necesaria la congruencia entre la categoría, los conceptos y subconceptos que la conforman y la reciprocidad en los enunciados del guión. Para formular los enunciados del guión, se recurrió a las definiciones de los subconceptos descritas en el sitio web del diccionario de la Real Academia de la Lengua Española versión on-line, partiendo de estas definiciones se realizaron los ajustes pertinentes que facilitaran su comprensión en términos de formular los enunciados de forma interrogativa.

El ejercicio se realizó por el investigador poniendo a consideración de su tutor esta adaptación, ya que se consideró pertinente debido a la traducción ingles al castellano (la categoría y sus componentes son propuestos en Reino Unido). Los enunciados interrogativos de las preguntas secundarias sólo son un apoyo a la memoria en caso de que no fuese posible obtener del discurso del entrevistado los conceptos de la categoría puestos a prueba con la pregunta primaria (la inicial).

En el caso del diario de campo se partió de obtener sus elementos procurando retratar la realidad que experimentaba el investigador, partiendo de elementos desconocidos a otros que resultaban más significativos que otros en el transcurso del proceso investigativo, permitiendo que el investigador incluyera todos los elementos encontrados aunque no fuesen significativos hasta momentos ulteriores.

Validez de construcción

En el caso del guión para la entrevista esta validez se abordó entendiéndola como la que se obtiene al confrontar el enunciado a la realidad u opinión de otros investigadores, procurando que la sintaxis y redacción permitieran el entendimiento en el universo de estudio representado por la muestra de AS seleccionados. Atendiendo a una de las recomendaciones realizadas por lectores (integrantes del cuerpo académico del ISP) durante la construcción de protocolo de la presente, en fase previa de la construcción de instrumentos), se buscó esclarecer el concepto de *programas* retomando la definición que para México se tiene de éstos; con la intención de que programas no resultara convertirse en una abstracción para los AS no institucionales, el cambio consistió en explicitar programa por: “Actividades a las que se les asignan recursos y tiempo para desarrollar acciones”. Sin embargo esta adecuación de redacción y sintaxis del constructo, se revirtió a su propuesta original (utilizar la palabra programas) en la fase de confiabilidad.

En el caso del diario de campo se inició la recolección de los elementos que lo conforman partiendo de un sistema de almacenamiento por orden cronológico y sitio de recolección, sin embargo en el transcurso de la investigación fue necesario apegarse a una sistematización derivada de la revisión teórica que permitiera además reconocer otro tipo de características de clasificación que favorecieran el subsiguiente análisis.

De la capacidad para que el instrumento permitiese obtener los datos buscados (confiabilidad) se explicita que los instrumentos

En el caso de la entrevista, el guión fue sometido a consideración a observadores voluntarios que otorgaban consulta médica en la institución objeto del universo de estudio (compañeros estudiantes del ISP), así como al ejercicio realizado con el cuerpo académico del ISP-UV. En lo que respecta a la pregunta primaria, se selecciono entre otras considerando que el conservar la categoría “puntos de vista” permitiría apoyarse en el cuerpo teórico que la respalda al elegirla (decisión del investigador resultante de los cuestionamientos orientadores de su tutor). Los ajustes relacionados a la confrontación del guión con la

realidad para las preguntas secundarias, se basan como se ha expuesto ya, en la opinión de cuatro médicos generales (caso típico de AS institucional) quienes afirmaron que la palabra programas sería comprendida por cualquier entrevistado, fuera AS institucional o usuario.

Para el diario de campo el almacenamiento de los elementos que lo conforman puede ordenarse y presentarse de diferentes formas con este formato; para las notas de campo, se puede ahora clasificar las notas en momentos ulteriores permitiendo al investigador, concentrarse en relatar la experiencia cotidiana sin distraerlo de la interacción con los participantes, por temor a perder la clasificación inicial de notas objetivas y subjetivas.

Pre-prueba

Guión de la entrevista focalizada parcialmente estructurada

Participante. Se aplica a un coordinador de atención médica, que es por sus características propias un caso típico que puede representar a los AS institucionales,

Reseña. Se inició la negociación de acceso quince días antes de la misma, el contacto con el informante se realizó en el sitio donde labora, el investigador fue presentado por un profesor del ISP; el informante sabía del desarrollo del presente y el objeto de investigación del mismo, el corte cualitativo del estudio y otras generalidades. Se solicita al informante la entrevista con el objeto de hacer una pre-prueba del guión y accede definiendo su lugar de trabajo como sitio para la aplicación.
La entrevista se realizó iniciando con la presentación, el establecimiento de un clima de confianza y el permiso de audio grabación del material.

Al comenzar la grabación se realiza la pregunta principal que reposa en la categoría de puntos de vista, el discurso del sujeto permite obtener tres de los seis subconceptos de forma libre, se requiere utilizar el discurso del propio entrevistado para conocer otros dos subconceptos, y uno de éstos requiere detonarse utilizando explícitamente el guión.

La entrevista tuvo una duración aproximada de 45 minutos, es interrumpida en dos ocasiones, una de éstas requiere por su demora la interrupción con pausa de la audio grabación.

Producto obtenido. El guión puede detonar el discurso del entrevistado cuando éste se agota o interrumpe y el silencio prolongado marca la pauta para reestablecer el flujo del habla del informante.

Conclusiones. Resulta útil marcar el guión en los subconceptos cuando estos son abordados espontáneamente por el informante, anotar algunas ideas que expresa el informante como anclas para retomar e invitar la continuación del habla, e identificar con claridad los vacíos del discurso en los subconceptos no abordados, para detonarlos con el uso de la guía como recurso técnico de apoyo a la memoria del investigador.

Recomendaciones. Los datos de caracterización del informante deben de anotarse en físico para permitir etiquetar la grabación en momento posterior.

Se aprende durante la entrevista de prueba que se requiere procurar que el sitio de la entrevista sea en lo posible un lugar donde las interrupciones sean las menores, ya que éstas cortan la fluidez de ideas y discurso que el informante aportaba.

Se requiere de formular otra entrevista ahora con un caso típico de AS no institucional.

En caso de no aceptar el informante la grabación de la entrevista, continuar con ella y anotar las ideas principales y discurso en la medida de lo posible, en cuaderno para entrevistas, para su ulterior trascripción y análisis.

Técnicas y procedimientos para el análisis de la información

Se refieren varias escuelas o influencias del análisis del material derivado de la IC, entre ellas apara el análisis crítico del discurso destacan la escuela francesa, la lingüística crítica, la semiótica social, estudios sociocognitivos, método histórico discursivo, análisis de la lectura, la escuela de duisburg.[91]
Para la presente se plantea tentativamente un análisis de tipo socio cognitivo.

Se realizará un análisis de contenido (en el sentido de evitar la imprecisión que se conoce en lo general[92]) y discurso mediante dos niveles de profundidad.

El primer nivel requiere la transcripción de las notas de la entrevista en caso de no video grabarse, o la transcripción fiel de la entrevista video grabada como material de insumo del espectro discursivo, llega a un nivel de análisis interpretativo mediante el análisis de los contenidos temáticos, permite un mapeo del espectro discursivo de los informantes; el segundo nivel de análisis llega a un nivel reinterpretativo mediante el análisis del discurso social, invitando para ello al investigador, posicionarse en el lugar del informante, hacer uso de su empatía para la comprensión del fenómeno, y elucidar una reinterpretación del mismo con apoyo de las teorías que lo permitan.
Se requerirá del software Ethnograf para facilitar como recurso técnico el análisis del discurso de las entrevistas. Así como los recursos propios del ISP.

CRONOGRAMA

Cronograma de actividades generales

Actividad	FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO	
	15	30	15	30	15	30	15	30	15	30	15	30
1.Corrección de observaciones del trabajo												
2.Trabajo de campo Entrevistas												
3.Visita asesoría sede UDG												
4.Visita asesoría sede UAM-X												
5.Traslado a otras sedes en Veracruz												
6.Créditos académicos faltantes												
7.Lectura selectiva permanente												
8.Escrito del reporte final												
9.Entrega reporta final												

Las fechas marcadas están sujetas a la disponibilidad de las actividades en otras sedes, y a los requerimientos de flexibilidad de la propia investigación.

1. Se refiere a la incorporación de los elementos observados del presente, a las fechas de reingreso escolar que se determinen; está sujeta a los recursos del investigador y recursos institucionales.
2. Se plantea una carga de entrevistas de 3 a 4 por mes, distribuida en cada quincena, para llegar a las 12 planteadas; se hará uso de los recursos del investigador y la institución, se requerirá del software Ethnograf para abalizar el discurso de las entrevistas, se requerirá del apoyo institucional en cuando a equipo de video grabación y 15 mini DVD's.
3. Se planea una reunión de asesoría en la UDG respecto a la investigación cualitativa con Francisco Mercado; se requerirá del apoyo institucional en cuanto a transportación y viáticos, una estancia programada de 3 días. Monto aproximado 3000 pesos.
4. Se planea una reunión de asesoría en la UAM-X respecto a la investigación con Edgar Jarillo; se requerirá del apoyo institucional en cuanto a transportación, estancia programada de 3 días. Monto aproximado 600 pesos
5. De acuerdo a las necesidades y siguiendo la orientación de la investigación, se plantea el traslado a otras sedes en el estado de Veracruz; se plantean fijar a priori 3 entrevistas; se requerirá del apoyo institucional en cuanto a transportación y viáticos, una estancia programada de 3 días. Monto aproximado 3000 pesos, equipo de video grabación y 4 mini DVD's
6. Se refiere a la incorporación del investigador a la disponibilidad de talleres o diplomados que le permitan concluir los créditos académicos necesario, se plantean 3 créditos, Monto aproximado desconocido.
7. Se plantea con recurso del investigador y de la institución.
8. Se plantea con recurso del investigador y de la institución.
9. Se plantea con recurso del investigador y de la institución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] SSA Coordinación de estudios y proyectos. Cuadernos técnicos de planeación. Vol. 1 Num. 2. México. Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1984. (a) p.88

[2] Ibídem SSA 1984.p.92

[3] Delgado R. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Comentada. México. Sista. 1989

[4] SSA Coordinación de estudios y proyectos. Cuadernos técnicos de planeación. Vol. 1 Num. 1. Secretaría de Salubridad y Asistencia. México 1984 (b). p.37-38

[5] Op Cit SSA 1984 (a). p.93

[6] Op Cit SSA 1984 (b). p.35-36

[7] Ibidem SSA 1984. p.38

[8] Op Cit SSA 1984 (a). p.93

[9] Ibidem SSA 1984. p.26-27

[10] Secretaría de Salud [Frenk J. Secretario de Salud]. Programa de Acción en Salud Mental. México. Secretaría de Salud. 2000 (a) p.20

[11] Secretaría de Salud [Frenk J. Secretario de salud]. Programa Nacional de Salud 2001-2006 La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud. México. Secretaría de Salud. 2000 (b) p.105

[12] Ibídem Secretaría de Salud. 2000 p.106

[13] Belsasso, Guido. Enfermedad mental. En Urbina-Fuentes, Manuel; Moguel-Ancheta, Alba; Muñiz-Martelón, Melba E.; Solís-Urdaibay, José A. [coordinadores] La experiencia mexicana en salud pública oportunidad y rumbo para el tercer milenio. Secretaría de Salud-Fondo de Cultura Económica, México. 2006. p.288

[14] Niehof D. Biología de la violencia. 1 ed. España: Ariel; 2000 p23-24, 44

[15] Garnica R. Nacimiento y evolución de la psiquiatría. México. Trillas. 1991 p.29

[16] Ibídem Garnica 1991; p.45

[17] Op Cit Niehof 2000; p.45

[18] Ibidem Niehof 2000; p.46-47

[19] Op Cit Garnica 1991; p.46

[20] Ibidem Garnica 1991; p.52

[21] Morris C.G. Psicología un nuevo enfoque. 5 ed. México: Prentice-Hall Hispanoamericana; 1987. p.1-25

[22] Op Cit Garnica 1991; p.123

[23] Op Cit Niehof 2000; p.48-50

[24] Valenstein E. S. Brain control: a critical examination of brain stimulation and Psychosurgery. Wiley, New York, 1973; citado por Niehof, Debra. Biología de la violencia. España: Ariel; 2000. p.50

[25] Op Cit Niehof 2000; p.50

[26] Ibídem Niehof 2000; p.50-51

[27] Suárez A. y cols, Razón, locura y sociedad. México: Siglo veintiuno; 1986. p.1-199

[28] Szasz T. El mito de la enfermedad mental. Argentina: Amorrortu; 1968. p.43

[29] Op Cit Szasz 1968. p.43

[30] Op Cit Garnica 1991; p.123

[31] Saraceno B. La liberación de los pacientes psiquiátricos de la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible. 1ª ed. Pax, México 2003 p.114

[32] OPS/OMS, Funciones Esenciales de Salud Pública, Washington DC. 2000

[33] Brofman, Mario; Langer, Ana; Trostle, James. De la investigación en salud a la política: La difícil traducción. México. Instituto Nacional de Salud Pública-Manual Moderno. 2003 pX

[34] Ibídem Brofman 2003 p.X

[35] Walt, G. Health Policy:An introduction to prcess and power. London: Zed Books, 1994 citado en Brofman, Mario; Langer, Ana; Trostle, James. De la investigación en salud a la política: La difícil traducción. México Instituto Nacional de Salud Pública-Manual Moderno. 2003

[36] Jodelet, Denis. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Moscovici, Serge. Psicología social II Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Paidos; España 1948.

[37] Pineda Elia B., de Alvarado Eva L., Hernández de Canales Francisca. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. OPS/OMS, Washington D.C., 1994.

[38] Op Cit Brofman 2003

[39] Harden A. Garcia J. Oliver S. Rees R. Shepherd J. Brunton G. Oakley A. Applying systematic review methods to studies of people's views: an example from public health research. J Epidemiol Community Health 2004;58:794–800

[40] Wells K Miranda J. Bruce M L. Alegría M. Wallerstein N. Bridging Community Intervention and Mental Health Services Research. Am J Psychiatry 2004;161:955–963.

[41] Onocko RT. Pereira J. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicosocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública, 2006; 22 (5):1053-1062.

[42] Fuentes M. López S. La investigación social en salud: comunicaciones recientes en SPM. Salud Pub Mex. 2005;47:5-7.

[43] Rodríguez R. Ratner DI. Usuários de um centro o de atenção psicossocial: um estudo de su suas representações sociais acerca de tratamentamento psiquiátrico. Rev Latino-am Enfermagem, 2003; 11(6):786-91.

[44] Salgado VN, Díaz MJ, González T. Modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en la población rural de México. Salud Pub Mex. 2003;45:19-26.

[45] Mora J. Ito ME. Padecimientos emocionales, búsqueda de ayuda y expectativas de atención en una comunidad urbano marginal. Salud Pub Mex. 2005;47:145-154.

[46] Borges G. Medina ME. López S. El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. Salud Pub Mex. 2004;46:451-463

[47] Medina ME. Borges G. Lara C. Benjet C. Blanco J. Fleiz C. Villatoro J. Rojas E. Zambrano J. et all. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental 2003; 26 (4):1-16 .

[48] Mercado F. J., Villaseñor M., Lizardi A. Situación actual de la investigación cualitativa en salud. Un campo en consolidación. [Dossier. Investigación cualitativa en salud.] Revista Universidad de Guadalajara. 2000;17:19-30 Disponible en http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/1situacion.html Consultado octubre 2006

[49] Mercado F. J., Torres T. M. [Compiladores] [1ra edición]. Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica. México. Plaza y Valdés. 2000. p.14

[50] Valles M.S. [2da reimpresión 2000] Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid. Síntesis. 1997. p.21-46

[51] Op Cit Mercado F. J., Torres T. M. 2000. p.14

[52] Rodríguez G., Gil J., García E. Metodología de la investigación cualitativa. [2da edición.] Málaga. Aljibe. 1999. p. 24

[53] Op Cit Mercado F. J., Torres T. M. 2000. p.15

[54] Denzin, N. K., Lincoln Y. S. Handbook of qualitative research. Oak Park-London: Sage. [1994] Citado por: Mercado F. J., Villaseñor M., Lizardi A. Situación actual de la investigación cualitativa en salud. Un campo en consolidación. [Dossier. Investigación cualitativa en salud.] Revista Universidad de Guadalajara. 2000;17:19-30 Disponible en http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/1situacion.html Consultado octubre 2006

[55] Op Cit Rodríguez G., Gil J., García E. 1999. p.32

[56] Op Cit Mercado F. J., Villaseñor M., Lizardi A. 2000. p.20

[57] Taylor S. J., Bogdan R. [1ra. edición 1987] [3ra. reimpresión 1996] Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona. Paidós. 1987. p.20-23

[58] Álvarez-Gayou J. L. [1ra edición.] [reimpresión 2006] Cómo hacer investigación cualitativa Fundamentos y Metodología. México. Paidós. 2003. p.28

[59] Op Cit Rodríguez G., Gil J., García E. 1999 p.33-34

[60] Mason J. Qualitative researching. London: Sage; 1996, p.4 Citado por Ulin P., Robinson E., Tolley E. [1ra edición] Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud. 2006. p.25

[61] Op Cit Taylor S. J., Bogdan R. 1987. p.155-156

[62] Op Cit Mercado F. J., Torres T. M. 2000. p.17

[63] Galindo L. J. [1ra edición]. Sabor a ti. Metodología Cualitativa en investigación social. México. Universidad Veracruzana. 1997. p.94-95

[64] Op Cit Taylor S. J., Bogdan R. 1987. p.154-155

[65] Strauss A., Corbin J. Grounded thory methodology. En Denzin N.K., Lincoln Y.S. (Eds), Handbook of qualitative research. Thousands Oaks. CA: Sage. 1994. p.273 Citado por Rodríguez G., Gil J., García E. Metodología de la investigación cualitativa. [2da edición.] Málaga. Aljibe. 1999. p. 49

[66] Op Cit Rodríguez G., Gil J., García E. 1999. p. 44

[67] Atkinson P., Hammersley M. Ethnography and participant obsrvation. En Denzin N.K., Lincoln Y.S. (Eds), Handbook of qualitative research. Thousands Oaks. CA: Sage. 1994. p.257 Citado por Rodríguez G., Gil J., García E. Metodología de la investigación cualitativa. [2da edición.] Málaga. Aljibe. 1999. p. 44

[68] Ibídem Galindo L. J. 1997. p.75

[69] Ulin. P., Robinson. E., Tolley E. [1ra edición.] Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud. 2006. p.35,48

[70] Op Cit Galindo L. J. 1997. p.79

[71] Op Cit Valles M.S. 1997. p.76-77

[72] Op Cit Ulin. P., Robinson. E., Tolley E. 2006. p.37

[73] Op Cit Galindo L. J. 1997. p.81

[74] Op Cit Ulin. P., Robinson. E., Tolley E. 2006. p.42

[75] Op Cit Galindo L. J. 1997. p.74

[76] Hernández E., González A. Cáncer cervicouterino: una mirada desde la perspectiva de género. p. 253-266. En Mercado F. J., Torres T. M. [Compiladores] [1ra edición]. Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica. México. Plaza y Valdés. 2000. P. Tot. 288

[77] Ibidem Mercado F. J., Torres T. M. 2000. p.25

[78] Hernández E. noviembre 2006 Comunicación directa

[79] Op Cit Ulin. P., Robinson. E., Tolley E. 2006. p.51-52

[80] Op Cit Galindo L. J. 1997. p.78

[81] Op Cit Ulin. P., Robinson. E., Tolley E. 2006. p.51

[82] Ibídem Ulin. P., Robinson. E., Tolley E. 2006. p.53-54

[83] Op Cit Galindo L. J. 1997. p.28

[84] Gro H B. Cambiar la situación. Boletín de la Organización Mundial de la Salud.[editorial] Recopilación de artículos 1999, 77 (1): 1 Disponible en http://whqlibdoc.who.int/boletin/1999/RA_1999_1_3_spa.pdf Consultado septiembre 2006

[85] Op Cit Harden A et all 2004

[86] Op Cit Mercado F. J., Torres T. M. 2000. p.17

[87] Schwartz H., Jacobs J. [Qualitative sociology a method to madness, The free press,1979] [1ra ed. Español 1984] [reimpresión 1995] Sociología cualitativa. Método para la reconstrucción de la realidad. México. Trillas. 1984. p.62

[88] Op Cit Alvarez-Gayou J. L. 2003 p.109

[89] Op Cit Schwartz H., Jacobs J. 1984. p.66-67

[90] Ander-Egg E. Técnicas de investigación social. Argentina. Lumen. 1995 p.204-205

[91] Fairclough N., Wodak R. Análisis del discurso. p.373-380 En Teun A. Van Dijk [compilador] El discurso como interacción social. Barcelona, Gedisa 2000

[92] Teun A. Van Dijk. El estudio del discurso. En Discurso como estructura y proceso. Barcelona. Gedisa. 2001 p 31-34

EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN POSTERIOR A LA IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE DESARROLLO EN HOSPITALES DE LOS SESVER

María Elena Aguirre Pavón
Tutor: Mtra. María Cristina Ortiz León
Co-tutora: Mtra. Edit Rodríguez Romero
Asesora externa: Dra. Yolanda Jaramillo Cosme

INTRODUCCIÓN

La nueva administración pública propiciada por la modernización del Estado producto de las tendencias globales del desarrollo de la democracia participativa y de la liberación de la economía, las cuales demandaron que al interior de cada país se modificaran sus estructuras tradicionales transformando el funcionamiento del aparato del Estado por una gerencia pública y por ende el desarrollo de políticas públicas, para dirigir e integrar acciones conjuntas, exigiendo a esto, un equilibrio entre intereses de los participantes: de la iniciativa privada, de la sociedad civil y de la propia administración pública en conformación de las políticas públicas, las cuales para los países de América Latina dieron como resultados los cambios en una nueva forma de gestión hospitalaria[1,2]. Estos procesos de reforma se concentraron principalmente en cambios estructurales y financieros y los relacionados con la eficiencia económica y la gestión en la atención, además de la prestación de los servicios a las personas[3], en esta reforma la Salud Pública toma un papel preponderante pues se reinserta tomando como base las Funciones Esenciales de Salud Pública[4].

Los cambios en la gestión hospitalaria han contribuido tanto en los hospitales asistenciales (públicos) como en los institucionales (seguridad social) para que agilicen la disponibilidad de recursos, la eficiencia en su administración, así como la pertinencia y calidad de los servicios que ofertan y la eficacia de sus resultados[5], para cumplir con tres objetivos fundamentales: a) satisfacer alguna necesidad de la sociedad; b) responder a las necesidades de sus integrantes; y c) garantizar su perdurabilidad en el tiempo más allá de las personas que lo integren en el presente según el investigador Sebastián Tobar cita en Méndez (2001)[6].

Dentro del cambio es necesaria la adopción de una gestión moderna, con cultura gerencial y una ética médica para hacer eficiente los procesos clínicos y administrativos, basado en modelos de gestión de calidad; y con apego a la reglamentación aplicable[7]; la gestión como componente hospitalario durante el siglo que concluyó cobra importancia, pues aborda un enfoque sistémico y la estandarización de procesos hospitalarios que probadamente han transformado la imagen y funcionamiento de los mismos[8].

En el Plan Veracruzano de Desarrollo (2005-1010) se reconoce la calidad, la eficiencia, procesos alineados, la certificación de hospitales[a], y transformación de los Servicios de Salud de Veracruz SESVER lo que hace necesario un cambio en la gestión actual de los hospitales y por esto adopta un Modelo de Desarrollo Hospitalario (MDH), "como experiencia iniciada en el Hospital Regional de Río Blanco e implantada en los últimos tres años bajo la premisa de que dicho modelo mejora la gestión de los procesos que se llevan a cabo en los hospitales de los SESVER". Este modelo cuenta con una serie de criterios sujetos de verificación, lo que da una evaluación con evidencia de la mejora de la gestión[9].

[a] Certificación: Proceso por el cual, una organización con autoridad para ello, garantiza que un proveedor de servicios de salud cumple de manera satisfactoria, o aceptable, una serie de requisitos de calidad que deben de tener las estructura y los procesos de atención para generar los mejores resultados posibles para el paciente. Ley general sobre Metrología y Normalización DF. 1º. de julio de 1992.

Los criterios del modelo abarcan conceptos de auditoria del Consejo de Salubridad General, así como de las regulaciones de Normas Oficiales Mexicanas, reglamentaciones, programas y líneas estratégicas aplicables a las actividades, procedimientos y procesos de un hospital; está organizada su institucionalización en cuatro etapas, siendo la primera una autoevaluación de la estructura que contiene el sistema hospitalario con la ratificación o rectificación del cumplimiento de los criterios. La aplicación del modelo en los hospitales de SESVER se ha realizado en dos momentos: el primero en cinco hospitales sujetos de certificación en 2006-2007, y en una segunda etapa se seleccionaron 16 hospitales donde a partir de febrero del 2006 se inició su implantación[10].

El propósito de esta investigación es conocer la mejora en la gestión, en los 16 hospitales donde se encuentra en su fase de operación el MDH, haciendo una cotejo del porcentaje de criterios cumplidos en la primera evaluación, contra los cumplidos de una segunda evaluación; a fin de reconocer que el MDH es una herramienta administrativa que sirve de medio eficaz no sólo para llevar a los hospitales a certificar, sino que sea utilizado con la finalidad de llevar a cabo el desarrollo gerencial en cada uno de los hospitales del estado de Veracruz.

MARCO TEÓRICO

La tendencia de la nueva Gestión Pública

Las condiciones que derivan de los procesos de reforma del Estado, en la administración pública y especialmente en el sector salud hacia una nueva gestión tienen como base las tendencias globales de desarrollo, la democracia participativa y la liberación de la economía a los que fueron sometidos los países de América Latina[11],[12].

“El eje fundamental de estas propuestas de modernización del Estado consiste en la redefinición de las relaciones de las estructuras de gobierno frente a la economía y la sociedad civil, para encontrar el adecuado balance entre las funciones de las instituciones públicas, como instrumentos para ejecutar la voluntad nacional y, la participación de todos los demás actores sociales con el fin de asegurar que el Estado ejerza las acciones y las responsabilidades que debe y no puede dejar de cumplir con eficiencia y eficacia” [13].

La Reformas en Salud en América Latina

En el redimensionamiento de la salud como proceso y producto social, y como componente sustantivo del desarrollo humano debe estar implicado la comprensión de que la salud tiene un enfoque más integral y con ello se amplían las fronteras de la atención en el llamado sector salud. Dentro de la reforma sectorial se busca el cambio en los sistemas de organización, financiación y gestión de la atención médica para adecuarse a los cambios epidemiológicos, demográficos, tecnológicos, económicos y políticos. En este sentido América Latina en los últimos diez años ha dirigido esfuerzos en la introducción de cambios y financiación de los sistemas de salud conocido como reformas del sector, y forman parte de la transformación económica, social y política de los países y de la modernización de sus Estados[14].

El principal impulso a estas reformas se centra en algunos rubros de la mejora en la gestión y en ciertos aspectos relacionados con la eficiencia económica y la sustentabilidad financiera dirigidos a los sistemas de salud, así como ajustes en la organización y administración de la atención medica individual y colectiva de los ciudadanos[15].

Con esta reforma se pretende ampliar el número y variedad de proveedores públicos y privados con y sin ánimo de lucro, encontrando mecanismos que mezclen el quehacer público y el privado contratados por el sector salud, aumentando con esto la posibilidad de elección de financiadores y usuarios; además de tratar de reestructurar los hospitales públicos como empresas de servicios de atención médica y de apoyo logístico. En el reconocimiento de que los modelos centralizados de gestión de sistemas de salud que integran funciones de rectoría, aseguramiento, financiación, compra y producción de servicios son ineficientes; y por otro lado en la preocupación por la calidad, transparencia y control del gasto público, obligan a los hospitales a entrar en una dinámica de competencia dentro de un "mercado" para lo cual adolecen, generalmente, de limitaciones financieras y gerenciales[16].

Inserción de las Funciones Esenciales de Salud Pública en la Reforma del Sector Salud

No se puede hablar de reformas de salud sin hablar de la intervención de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los cuales a través de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)[b] han tratado de fortalecer la función rectora de la autoridad sanitaria a través de la competencia del Estado en sus niveles central, intermedio y local, la cual ha sido crucial en el mejoramiento de la práctica de la salud pública y los instrumentos para efectuar una valoración sobre el estado de la situación y las áreas que deben ser fortalecidas. El llevar a cabo dichas funciones mejorara sin duda alguna la práctica de la salud pública y fortalecerá el liderazgo de la autoridad sanitaria a todos los niveles del Estado[17].

Las Funciones Esenciales de Salud Pública que se plasman en este trabajo de investigación son las que están relacionadas con funciones administrativas como son: La Función Esencial (FE) No. 5: que describe el desarrollo de Políticas y Planes que apoyen los esfuerzos individuales y colectivos en salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional; la (FE) No. 6: relacionada con la Regulación y fiscalización en Salud Pública; la (FE) No. 7: que promueve la evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios; la (FE) No. 8: que permite el desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; la (FE) No. 9 con énfasis especial en la promoción de la garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos, así como la (FE) No. 11 que hace énfasis en la capacidad de gestión para organizar sistemas y servicios de salud[18].

Retomando la función No. 11 relacionada con la capacidad de gestión para organizar sistemas y servicios de salud como se mencionó anteriormente la mayoría de países Europeos, de Asia y algunos de América Latina han adoptado diferentes modelos de gestión de calidad con resultados satisfactorios en su atención hospitalaria por lo que este tipo de cambio se debe impulsar a todo nivel en el que se pretenda mejora en los servicios asistenciales.

Cambios en la Gestión hospitalaria

Partiendo de los cambios que han sufrido los países de América Latina en materia de salud, política, socio-culturales y económicas, sumados al incremento del costo de la atención en la salud especialmente la hospitalaria, se plantean desafíos en la gerencia hospitalaria. El papel que desempeña la gestión hospitalaria es esencial desde dos perspectivas, la primera es el funcionamiento interno, y la segunda, las relaciones que el funcionamiento interno mantiene con otros proveedores de servicios de salud y con la población en su atención, en cumplimiento de las políticas públicas. La gestión del hospital apela a los líderes de los equipos clínicos, a los dirigentes administrativos y a los responsables de los hospitales para

[b] Las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) son condiciones que permiten un mejor desempeño de las prácticas en salud pública, definiendo indicadores y estándares los cuales permiten que la práctica de salud pública se fortalezca a través del refuerzo de las capacidades necesarias.

que los hospitales públicos puedan contribuir a mejorar a partir, de los recursos disponibles, la eficiencia de su administración, la pertinencia y calidad de los servicios de atención y la eficacia en sus resultados[19].

Recordando que en los hospitales no siempre disponen de cultura institucional con enfoque en calidad, aunado a la carencia de recursos humanos, de tecnología de punta y de condiciones necesarias para una adecuada gestión como empresa social, es necesario adoptar una cultura gerencial donde cada directivo planee y conduzca su hospital, con orientación hacia el usuario, destacando la satisfacción de sus derechos bajo la búsqueda continúa de la calidad reflejada en la excelencia administrativa y clínica; fomentada en la transparencia, en su responsabilidad social y sanitaria, y adoptando modelos de atención que incrementen las competencias del recurso humano[20].

Gestión hospitalaria en la óptica de varios autores

Para Gines González, un modelo de gestión hospitalaria es aquel que define prioridades al interior de la organización y permite tomar la mejor decisión. Esta gestión hospitalaria se debe llevar a cabo en tres ámbitos: el primero en la gestión pública; evaluando el sistema de salud con que se cuenta, el segundo en la gestión institucional: que va directo a los hospitales en donde se asumen objetivos centrales y como principal desafío es coordinar y motivar a las personas del todos los servicios para lograr los objetivos, y el tercero en la gestión clínica llevar a cabo cada proceso o procedimientos por cada área o departamento de la unidad hospitalaria[21] .

Otero en el (2004) afirma que hacer gestión implica emplear los mejores procesos para la atención de las individuos con lo cual se obtienen los mejores resultados, para tal efecto estos procesos se planifican siguiendo pautas, normas, reglamentos, manuales, protocolos y disposiciones generales así como la descripción de actividades y ubicar a un responsable de ellas, fijar plazos de realización, así como el método de evaluar dicha actividad. De aquí se desprende que la eficacia consiste en lograr el mejor resultado posible en base a las metas u objetivos planteados; de eficiencia cuando, se hace un logro mayor utilizando adecuadamente los recursos disponibles y de efectividad cuando se obtiene el mejor resultado posible, haciendo bien las cosas[22].

Julio Frenk (2005) refiere que la gestión hospitalaria mejora la eficiencia técnica; los sistemas gestionados obtienen mejores resultados, aunque hay opiniones respecto a la trascendencia que tiene la atención médica y dentro de la opinión pública, por esto hoy los gobiernos están implementando la atención médica gestionada, la cual requiere el conocimiento de la medicina y la economía pues para ser un buen gestor hay que conocer la clínica y racionalizar el uso de recursos siempre escasos, en ese trayecto la gestión hospitalaria hace a las organizaciones más inteligentes, al transformar su modelo de gestión[23].

Esa eficiencia técnica a la que hace referencia el Dr. Frenk apunta que otra las organizaciones de salud deben estar fundamentadas en el concepto de gestión hospitalaria; pero Elvira del Rivero (2002) lo define como un sistema de gestión de la calidad, identificando los procesos y haciendo su planificación a través de la organización; desde su secuencia e interacción; determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos sean eficaces; asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar su operación y su seguimiento y realizar la medición y el análisis de estos procesos e implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados. La organización debe de gestionar estos procesos de acuerdo con los requisitos de las Normas Oficiales Mexicanas[24].

Aunado a lo anterior Heberto Priego (2004) agrega que en la actualidad se requiere ubicar a los hospitales como empresas que generan procesos o servicios de salud y adopten una conducción empresarial, que los coloque como instituciones de rentabilidad social en caso de ser públicos, para ello es

necesario que mejoren, su capacidad de respuesta, su competitividad, optimizando recursos, y por la vía de la mejora de los procesos de gestión hospitalaria. Se debe ubicar al usuario como *Cliente,* lo que representa una mayor orientación de los servicios hacia sus necesidades, preferencias y expectativas, siempre considerando la perspectiva de los profesionales y los objetivos de la organización, sin embargo hoy en día aún se cuestiona el hablar de mercadotecnia en hospitales públicos, presuponiendo que las fuerzas de mercado intervienen poco, en donde el pensamiento directivo frena la demanda más que y no consigue nuevos usuarios (clientes). Este es el valor de cambio de las organizaciones de salud en donde el enfoque empresarial es parte ese cambio ideológico; generando avances en los resultados tanto cuantitativos como cualitativos de la organización de salud[25].

El Dr. Ruiz (2006), Director del Hospital 12 de Octubre de Madrid menciona a la estructura taylorista, que en su momento incremento la productividad; y aunque en la actualidad muchas organizaciones funcionan así, se ha evidenciado que muchos de los problemas se generan en los periodos de procesos situados entre las actividades de los departamentos o servicios, por lo que hoy día se ha tenido que orientar la gestión de los procesos definiéndolos como un conjunto de actividades que sigue un curso horizontal. Esto significa que los profesionales que realizan las actividades dentro del proceso han de "salir" de su área y coordinarse con otros especialistas para definir e implantar las medidas necesarias para que eviten ineficiencias, errores, así como defectos en la calidad percibida por el paciente y sus familiares Este tipo de propuesta, permite evaluar la capacidad técnica, la efectividad clínica, la satisfacción del paciente y la calidad percibida, el esquema es utilizado por la mayoría de los modelos internacionales citados previamente; donde hay que priorizar la evaluación de los procesos provenientes de la gestión hospitalaria que se está llevando a cabo[26].

La importancia de la evaluación de la gestión

Para José María Guinart (Catalalunya), los sistemas de gestión en entidades públicas deben reconocer la implantación de sistemas de control de gestión, indicadores, evaluación de políticas públicas y cuadros de mando. Los servicios públicos deben estar debidamente controlados, consiguiendo así que en su entorno se involucren proyectos de mejora novedosos, respecto a su gestión administrativa habitual. Aunque existen muchas clases de indicadores se hace mención de los tres tipos de indicadores que llaman la atención: los indicadores *inputs,* los indicadores *output* y los *out comes*. Los primeros son los que permiten conocer la naturaleza de los factores que directa o indirectamente utilizan las entidades para llevar a cabo su actividad. Un ejemplo de este tipo son los costos de atención médica, gastos presupuestarios, personal empleado en programas entre otros. Los segundos miden el nivel de servicios prestados por un programa, como por ejemplo promedio de estancias hospitalarias, los terceros no son medidos en términos monetarios (índice de mortalidad en hospitales, satisfacción de ciudadanos entre otros)[27].

En cuanto a la implantación de *modelos de gestión de calidad total* en las organizaciones sanitarias, esta tarea se ha facilitado en los lugares donde se ha optado por llevar a cabo su Gestión de acuerdo a esos principios. Uno de esos casos es el Hospital Monte Naranco quién tomando el Modelo Europeo de Excelencia EFQM como herramienta de buenas prácticas de gestión permite su *medición y* ayuda a determinar la situación en el camino a la excelencia, representando un apoyo para comprender y enmarcar sus carencias. Este modelo no impone actuar de una determinada manera para alcanzar la excelencia, sino que propone una serie de aspectos sobre los que se debe actuar para conseguir mejorar la gestión. En este sentido no es prescriptivo, pues no da la receta, sino los ingredientes y los resultado posibles a obtener. En el caso de este hospital la implantación de este modelo permitió detectar 58 áreas de mejora, donde doce fueron de carácter general y 46 específicas[28].

Otra experiencia en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, donde la Gestión es referida como la estructura más avanzada con la necesidad de que todos los procesos se gestionen de manera horizontal, que no

es otra cosa que la propuesta por los Modelo de excelencia citados en renglones previos, los cuales requieren de una madurez en la organización y conocimientos en la Gestión por Procesos. Cada proceso hospitalario se selecciona y define creándose con este su protocolo, guía y los procedimientos que expliquen cómo se deben realizar las partes que conforman el proceso, se crean indicadores y estándares necesarios para evaluarlo, desarrollar la cultura de evaluación normalización y mejora continúa[29].

Se ha hecho referencia a la importancia que reviste la evaluación de la gestión de calidad en algunos hospitales de España, sin embargo dentro de la búsqueda en diferentes bases de datos no se pudo ubicar algún modelo de *Desarrollo Hospitalario,* por lo que se citaran dos ejemplos del entorno estatal en donde si se encuentran evidencias documentales que avalan un Desarrollo Hospitalario. El primero es el Hospital Regional de Río Blanco como pionero de este modelo y en segundo lugar al Hospital General de Zona de Poza Rica de Hidalgo Veracruz, en los cuales se encuentra operando el MDH y con el cual ambas unidades lograron la consistencia en su Gestión Hospitalaria demostrándola a través de la auditoría por el Consejo de Salubridad General alcanzando la Certificación, Re certificación Hospitalaria, el Premio Nacional de Calidad 2005 en el primer caso y en el segundo la Certificación en octubre de 2006.

Un estudio descriptivo de la (EFQM) aplicado a treinta y una organizaciones de salud; se aplicó en la dirección de calidad en un servicio de salud regional desde 1995 hasta el periodo de tiempo que comprendió el estudio, donde se les capacitó, proporcionando el plan de herramientas de calidad y pautas de la aplicación, y las acciones relacionaron a los criterios del modelo de EFQM. Para tal fin se realizaron cuatro ciclos de evaluación contando con la participación de la mayoría de los convocados. Los resultados obtenidos fueron la mayoría para criterios mejorados, particularmente en procesos, diez organizaciones (32 por ciento) excedieron de los 400 puntos en una evaluación externa con el EFQM excelencia modelo, y 2 (6 por ciento) 500 puntos. Ochenta y tres por ciento de hospitales tienen algunas áreas ISO-certificadas de actividad. El 40 por ciento de las personas asistieron a un centro certificado. Por lo que se concluye que este tipo de evaluaciones de criterios estimulan la calidad, la aplicación progresiva del modelo de EFQM es evidente, la identificación de la mejora es positiva y los factores de clave identificados han estado siguiendo el objetivo de dirección de calidad total durante varios años y la asignación de los recursos por capacitar y aplicar sistemas de calidad[30].

Modelos Internacionales de Calidad

En la preocupación de ofrecer una atención con Calidad, en Europa en 1985 la Comunidad Europea desarrolla los principios de normalización; dos años más tarde se crea el Comité Europeo de Normalización (CEN) que al amparo de las normas ISO desarrolla las normas que servirán para la certificación de los sistemas de calidad. La familia ISO 9000 es un conjunto de normas que establecen los requisitos que debe cumplir el sistema de calidad de una organización, el objetivo de esta normatividad es asegurar la calidad de los procesos y actividades de una organización mediante sus siete principios a saber[31]: Enfoque al cliente**,** Liderazgo y Participación del personal, Enfoque basado en procesos, Enfoque de sistema para la gestión, Mejora continua, Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones, Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor[32].

Las normas ISO con mayor aplicabilidad en el Sector Salud son:

1) ISO 9001:2000 Sistemas de gestión de calidad: Requisitos.
2) ISO 14001:2004 Sistemas de gestión ambiental: Requisitos con orientación para su uso.
3) ISO 15189:2003: Requisitos particulares relativos a la calidad y la competencia e los laboratorios clínicos.
4) Especificaciones OSAS 18001:1999. Serie de evaluación de las Seguridad y la Salud Ocupacional.
5) Pautas de la Norma IWA. Complemento de la ISO 9004:2000.

Partiendo del enfoque algunos modelos internacionales sientan sus bases en estos principios, a continuación se citan algunos de ellos: El *modelo del Reino Unido* (UK) el cual cuenta con seis dominios: I) mejora en la salud de la población; II) acceso equitativo a los servicios; III) efectividad de los servicios; IV) eficiencia; V) experiencia de los pacientes y prestadores con el sistema de salud y, VI) resultados en salud[33].

El modelo Americano de gestión hospitalaria ofertado por la Joint Comisión Internacional versión 2002 (JCI), basado en estándares con orientación eminentemente funcional, el cual verifica el cumplimiento de determinadas funciones "claves" en términos de calidad en cada uno de los servicios de la organización. Posee dos grandes bloques de funciones: el primero centrado en los pacientes y el segundo en la organización[34].

Algunos modelos de calidad más avanzados como el desarrollado por EFQM (European Foundation for Quality Model) mencionado en una experiencia anterior esta dedicado a hacer tangibles los principios de la calidad total aplicables a las organizaciones, para ello han desarrollado un modelo de gestión hacia la Excelencia. Este modelo está basado en nueve criterios; cinco de ellos como agentes facilitadotes se refieren básicamente a los que la organización hace y cuatro relacionados con los resultados que se refieren básicamente a lo que la organización logra; mantienen los procesos con enfoque al cliente, a la vez que integra la gestión de calidad, y subraya la importancia del liderazgo, así promueve la auto evaluación en todo el personal además de fomentar la responsabilidad social, su cumplimiento se hace a través de la evaluación de criterios de auditoría[35,36].

EL Modelo Baldrige de EE.UU. utiliza siete criterios como son: Liderazgo, Planificación estratégica, énfasis en clientes y mercado, en información y análisis, focalizado en los recursos humanos, en la gestión de procesos, en resultados del negocio. En tanto que el modelo Deming de Japón orienta la gestión de la calidad en cuatro conceptos: enfoque al cliente, competitividad, orientación a los empleados y responsabilidad social[37].

En conclusión de acuerdo a los conceptos de gestión descritos por varios autores, la calidad se convierte en una estrategia para tomar decisiones, coordinar acciones y dirigir actividades encaminadas a conseguir la competitividad empresarial y asegurar el futuro de la organización. Persigue la mejora continua de los productos o servicios y de toda la organización; para lograr una mayor satisfacción del cliente, con la participación de todas las personas que la forman, al menor coste posible, manejando dos conceptos fundamentales: eficacia y eficiencia. Su énfasis está primero en el cliente y segundo en la mejora continua, exigen calidad en todas las funciones de la empresa, proclama participación de todos los que integran la organización como resultado de una cultura basada en el respeto a la persona.

Iniciativas Nacionales para mejorar la calidad de la Salud

El modelo INTRAGOB es un modelo orientado a satisfacer plenamente las expectativas y necesidades de los clientes y ciudadanos sobre los productos y servicios que proporciona la Administración Pública Federal (APF). A consolidar una cultura de calidad, mejorar la productividad, competitividad, e innovación tecnológica, así como a fortalecer la actuación responsable del personal de todas las dependencias y entidades ante la sociedad todo esto a través de Mejorar la calidad de los productos y servicios del sector público que tienen un alto impacto en la ciudadanía, en el corto plazo, consolidar una cultura de calidad en el servicio público, lograr una administración pública federal íntegra y transparente, rendir cuentas y resultados en forma sistemática, impulsar el ahorro y aprovechamiento de los recursos, unificar una visión de mejora continua, innovación y competitividad en la gestión de las dependencias y entidades del gobierno federal [38].

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se plasman tres retos principales que para afrontar en el sector salud: equidad, protección financiera y calidad. En este último se inscribe la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, como estrategia del Gobierno Federal con enfoque en la mejora de la calidad técnica y la calidad percibida por los usuarios. La Cruzada incluye procesos permanentes de mejora del desempeño y de transparencia, que permiten a las instituciones de salud rendir cuentas claras a todos los mexicanos. Esta estrategia se coloca a la calidad como un valor fundamental de la cultura organizacional de los servicios de salud extendiéndose a instituciones públicas y privadas, ayudará a elevar la satisfacción de los prestadores de servicios de salud con su trabajo, arraigar la calidad y la mejora continua en la cultura de las organizaciones, además de reducir sustancialmente la heterogeneidad en el nivel de calidad entre los diferentes tipos de servicios de salud, públicos y privados, en todo el territorio nacional. Para alcanzar este objetivo se han planteado diez líneas fundamentales de acción: como la elaboración y difusión de códigos de ética, educación para la calidad, información al usuario, sistemas de mejora continua, el reconocimiento del desempeño, la estandarización de procesos y el monitoreo de resultados, así como la certificación de individuos y organizaciones, con la racionalización regulatoria, mejoras de alto impacto en los procesos de atención el impulso a las mejoras en otros ámbitos que influyan en la calidad[39].

El Programa Nacional de Certificación de Hospitales (PNCH) fue creado en 1998 por iniciativa del Dr. Juan Ramón de la Fuente entonces Secretario de Salud y el doctor Octavio Rivero Serrano, Secretario del Consejo de Salubridad General (CSG), quienes convocaron a la Comisión Mexicana de Certificación de Servicios de Salud, A.C. (CMSS), a los Asesores de Qualimed Corporation (expertos en los modelos de acreditación de Estados Unidos de América y Canadá) para trabajar de manera conjunta y diseñar un modelo mexicano[40].

En 1999 como parte del Programa de reforma del Sector Salud y estrategia para mejorar la calidad de los servicios que se ofrecen a la población se encarga al CGS iniciar un plan para iniciar el proceso de certificación de Hospitales tanto públicos, como privados, generales o de especialidad y con actividades de enseñanza e investigación. Publicándose en el diario oficial de la federación. (D.O.F.) con fecha 1 de abril de 1999 el Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales. La misión del Programa Nacional de Certificación de hospitales es asegurar la garantía del derecho a la protección de la salud en la atención hospitalaria mediante la evaluación del cumplimiento de criterios mínimos aceptables de calidad, con el marco jurídico descrito en el Art. 4º. De la Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos y la Ley General de Salud[41].

Para la evaluación de los hospitales y su posible certificación, el Consejo de Salubridad dispuso de criterios y especificaciones elaborados conjuntamente con la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales en relación a tendencias y recomendaciones internacionales. En un principio se integraron cuatro capítulos: I Estructura, II Funciones de atención al paciente, III Funciones de apoyo a la atención del paciente; IV indicadores de productividad, eficiencia y calidad[42]; actualmente sólo son dos capítulos: uno de Estructura, y otro de Procesos y Resultados[43].

El proceso de certificación de hospitales consiste en la verificación o el cotejo del nivel de cumplimiento que tiene una organización de una serie de criterios cualitativos. En consecuencia, los criterios son la columna vertebral de todo proceso de certificación, pues constituyen el modelo que se utiliza para la comparación entre *lo que es y lo que debe ser.* Para la elaboración de dichos criterios se tomaron en cuenta los servicios otorgados por el hospital, el número de camas y las actividades de enseñanza e investigación. La credibilidad del proceso de certificación es indispensable para su permanencia dentro del Sistema Nacional de Salud. El organismo evaluador debe cumplir requisitos que garanticen la certidumbre

del programa de certificación de hospitales[44]. La forma más adecuada y pertinente para alcanzarla, es lograr el aseguramiento de la calidad con que se realiza el proceso por lo organismos evaluadores[45].

El Modelo de Desarrollo Hospitalario (MDH) es una iniciativa conceptualizada como parte esencial de la Salud Pública en los Servicios de Salud de Veracruz, provee de instrumentos para el desempeño en la gestión hospitalaria, dentro de sus objetivos centrales se encuentra: mejorar la gestión a través del desarrollo de Sistemas, procesos, planeación estratégica, con énfasis en la atención al paciente y la normalización[46].

En un primer momento de implantación del Modelo de Desarrollo Hospitalario, en el Hospital de Río Blanco Ver, el cual logra su certificación y recertificación y en el 2005 obtiene el premio nacional de Calidad[47].

En una en segundo momento se seleccionaron cinco hospitales a los que se les implantó el MDH mismos que se encuentran en fase de verificación por el Consejo de Salubridad General; En una segunda etapa se seleccionaron 16 hospitales para llevar a cabo la implantación del citado modelo, definiéndose tres sedes regionales en el estado de Veracruz para facilitar tanto la capacitación del curso en cuatro talleres, así como el desplazamiento de los integrantes del equipo técnico de acreditación y certificación de hospitales; posteriormente se determinaron las fechas donde se llevarían a cabo dichos talleres. Para conocer al citado modelo a continuación se especifican sus características:

- El Modelo de Desarrollo Hospitalario lo conforman siete componentes a saber: Gestión con Enfoque en ISO 9001-2000, Administración con enfoque a procesos, Organización como Sistema, Aseguramiento de recursos, Planeación Estratégica, Educación y Capacitación, Normalización y sus evidencias incluyendo una carpeta de Gestión[c].
- Ofrece asesoría directa a los hospitales a través de talleres y en visitas programadas.
- Parte de un diagnóstico basal, compuesto por una combinación de criterios de estructura, procesos y resultados provenientes de la gestión hospitalaria.
- Evalúa el grado de madurez a través de cédulas de cotejo y de auditoría a sistemas y procesos[48].

Para su implantación, este modelo se consideran cuatro etapas que van desde la autoevaluación, a la auditoría para su Certificación las cuales se describen a continuación:

1ª. Etapa: Auto evaluación de su estructura y procesos.

2da. Etapa: La ratificación o rectificación de la autoevaluación del hospital por el equipo técnico del área de certificación de hospitales.

3ª. Etapa: Capacitación en cuatro talleres regionales con integrantes del cuerpo de gobierno de cada hospital reunidos en tres sedes estratégicas. Cuyo producto es la elaboración del Plan Estratégico de Desarrollo Hospitalario que contengan líneas estratégicas y metas; las cuales al cumplirse se encuentran preparados para la cuarta etapa.

4ª. Etapa: Inscripción ante el Consejo de Salubridad General para su Certificación[49].
La lista de los hospitales que se encuentran es esta fase de desarrollo:

1. Hospital de la Comunidad Llano de en Medio

[c] *carpeta de gestión:* Definida como el conjunto de documentos escritos que forman parte de la evidencia del Sistema de Gestión, esta carpeta varía su complejidad de acuerdo al servicio

2. Hospital de la Comunidad Tlapacoyan
3. Hospital de la Comunidad Tezonapa
4. Hospital de la Comunidad Tlaquilpa
5. Hospital de la Comunidad Isla
6. Hospital de la Comunidad D. Héctor Miguel Moreno Mendoza (Catemaco)
7. Hospital de la Comunidad Ixhuatlán del Sureste
8. Hospital de la Comunidad Tonalapan
9. Hospital General Dr. Humberto Silva (Tantoyuca)
10. Hospital General Totonacapan (Entabladero)
11. Hospital General Dr. José Buill Berenguer (Papantla)
12. Hospital General Manuel Á. Camacho (Martínez de la Torre)
13. Hospital General Eufrosina Camacho de Ávila (Altotonga)
14. Hospital General Yanga (Córdoba)
15. Hospital General Reserva Tarimoya
16. Hospital General Dr. Teodoro A. Diez (Santiago Tuxtla)

La implantación del modelo se ofreció en cuatro talleres con la siguiente calendarización:

Actualmente se encuentran en esta fase de conformación de sistemas, procesos, procedimiento y programas, así como en la conformación de sus carpetas de gestión como evidencia documental y la regulación sanitaria correspondiente.

<table>
<tr><th>Sedes</th><th>1er. Curso-taller</th><th>2do. Curso-taller</th><th>3er. Curso-taller</th><th>4º. Curso-taller</th></tr>
<tr><td>Poza Rica</td><td rowspan="6">1ª. Quincena de febrero</td><td rowspan="2">11-12/07/06</td><td rowspan="2">6-7/08-06</td><td rowspan="2">12-13/09/06</td></tr>
<tr><td>Llano en medio, Entabladero, Papantla, Martínez de la Torre, Altotonga</td></tr>
<tr><td>Río Blanco</td><td rowspan="2">27-28/07/06</td><td rowspan="2">31/07/06
01/08/06</td><td rowspan="2">28-29/09/06</td></tr>
<tr><td>Tezonapa, Tantoyuca, Tlapacoyan, Tlaquilpa, Reserva Tarimoya, Yanga</td></tr>
<tr><td>Coatzacoalcos</td><td rowspan="2">19-20/07/06</td><td rowspan="2">17-18/09/06</td><td rowspan="2">20-21/09/06</td></tr>
<tr><td>Isla, Catemaco, Ixhuatlán del Sureste, Tonalapan</td></tr>
</table>

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La tendencia actual en la administración de los servicios de salud de Veracruz está encaminada a la gestión con enfoque al usuario; a los procesos, y éstos, administrados como sistemas. Llevando a los gerentes (directores) y los clientes internos a que conceptualicen a su organización como un sistema, en este sentido resulta válido utilizar algún modelo de gestión hospitalaria que contenga principios de calidad para efectuar dichos cambios.

Una de las cualidades del Modelo de Desarrollo Hospitalario es permitir que pueda medir el Desarrollo de la Gestión a través de la evaluación de los criterios que lo conforman, puesto que se ha tomado como alternativa para llevar a la certificación hospitalaria a los hospitales donde esta implantado actualmente; sin embargo más allá de llegar a cubrir este anhelado proceso de certificación de los hospitales de los SESVER, se debe ir más allá de esto pues si se conoce a través de la evaluación de sus criterios que el desarrollo de

la gestión se lleva a efecto entonces se puede llegar a la conclusión de que es viable y confiable la utilización del modelo para hacer permanente el desarrollo de la gestión, y no dejar el desarrollo de los procesos hospitalarios a la capacidad técnica de los directivos puesto que no todos cuentan con un perfil gerencial adoc.

Esta afirmación se hace tomando en consideración que dicha implantación es llevada a cabo por el *Equipo Técnico* de acreditación y certificación de hospitales[d] el cual además de esa tarea, ofrece la asesoría y tutoría en el desarrollo hospitalario de cada hospital que se encuentra operando el modelo[50].

Otro punto a destacar, es que se debe conocer el cambio que se ha llevado a cabo en los hospitales donde actualmente se encuentra en fase de operación el MDH para lo cual es importante hacer una evaluación de los criterios tomando como base la evaluación inicial, contra la que se realizará y establecer si existe mejora en la gestión posterior a la implantación del modelo en cuestión.

De ahí la importancia que reviste la presente investigación, pues con los resultados obtenidos los Servicios de Salud de Veracruz tendrán no sólo la preparación de sus hospitales para calificar a proceso de Certificación, sino que además con el conocimiento de la evaluación de los resultados podrían establecer el desarrollo de los mismos. Además de contar con la fortaleza de poseer un modelo de Desarrollo Hospitalario que garantiza que tanto los procesos como los procedimientos hospitalarios se lleven a cabo con eficacia y eficiencia, alcanzando la satisfacción tanto del usuario como la del prestador del servicio, lo cual beneficia la imagen de los hospitales públicos de Veracruz.

Pregunta de investigación

¿Existe mejoría en la gestión de los hospitales de los SESVER con la implantación del Modelo de Desarrollo Hospitalario?

Hipótesis

En los hospitales de los SESVER existe mejora en la gestión de sus procesos con la implementación del MDH.

Clasificación de la pregunta

Por el estado de los hechos

Este tipo de pregunta es explicativa ya que pretende explicar si existe mejora de la gestión hospitalaria, estableciendo la correlación de que si la variable dependiente (gestión hospitalaria) **A** + variable independe **B** (implantación del modelo) interactuando juntas ejercen un cambio en = **C** (mejora de la gestión hospitalaria).

Clasificación de la pregunta por la respuesta esperada

Cuantitativa

[d] El equipo técnico (Instructor de soporte organizacional) tiene la obligación y responsabilidad de ayudar a la transformación de la empresa hacia la construcción de una organización de tipo inteligente.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Evaluar el cambio de la gestión en hospitales de los SESVER bajo el MDH.

Objetivos específicos

- Evaluación de la gestión hospitalaria
- Evaluación del cumplimiento de las fases de implantación del Modelo de desarrollo hospitalario.

METODOLOGÍA

Diseño de la investigación

Características del diseño: estudio de corte cuantitativo.

- Transeccional o transversal: por que se recolectan datos en un solo momento en un tiempo único (corte en el tiempo), describe las variables y analiza su incidencia e interrelación en un momento dado[51];
- Analítico: Porque busca dar explicaciones a la asociación o correlación de las variables a estudiar[52]:
- Observacional: por que en este estudio el investigador sólo puede describir o medir el fenómeno estudiado; por lo tanto no se puede modificar a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso[53].

Universo

- Universo de espacio: Hospitales de los SESVER.
- Universo de tiempo febrero – junio 2007

Tamaño de la muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra se tomó información de la evaluación inicial, en este caso se consideró el porcentaje total que mostraron los indicadores indispensables de los siete estratos que conforman el Modelo de Desarrollo Hospitalario del capítulo de estructura de cada uno de los 16 hospitales.

La formula es:

$$n = \frac{Z^2 \times DE^2}{d^2}$$

donde

$Z = 1.64$

$DE = 10.5$

$d = 8$

Sustituyen do

$$n = \frac{1.64^2 \times 10.5^2}{8^2} = 4.63 \approx 5$$

Una vez que se calculó el tamaño de la muestra, se procedió a la selección aleatoria de los hospitales, quedando los siguientes:

- Hospital de Tezonapa (Tezonapa), 14 camas.
- Hospital de la Comunidad Tlaquilpa (Tlaquilpa), 14 camas.
- Hospital de la Comunidad Dr. Héctor M. Moreno Mendoza (Catemaco), 13 camas.
- Hospital General Dr. José Buill Berenguer (Papantla), 38 camas.
- Hospital General Eufrosina Camacho de Ávila (Martínez de la Torre), 47 camas.

Criterios de inclusión

Hospitales en los que se implantó el MDH en febrero del 2006.

Criterios de exclusión

Hospitales de los SESVER en lo que no se implantó el MDH en febrero de 2006.

Variables

En este proyecto se identificaron dos variables: la gestión hospitalaria y la implantación del Modelo de Desarrollo Hospitalario. Las cuales se definieron operacionalmente de la siguiente manera:

Variable	Definición operacional
Gestión hospitalaria (Dependiente)	Es el desarrollo de procesos, procedimientos, sistemas, programas, con enfoque al paciente (cliente), así como al cumplimiento de la regulación sanitaria y del equipamiento con evidencia documental.
Implantación del Modelo (Independiente)	Capacitación del equipo líder de cada hospital y su réplica al cuerpo de gobierno, con la conformación de un plan estratégico acorde a las características del hospital.

Para fines de este estudio la variable gestión hospitalaria se agrupó en siete estratos: recursos humanos, reglamentación sanitaria, convenios, programas, procesos, procedimientos y equipamiento, evaluando los criterios que conforman el modelo de gestión.

Para fines de este estudio la variable implantación del modelo se evaluará tomando en consideración los resultados de cada una de las etapas de la que consta la implantación.

Cuadro 1. Operacionalización de la variable gestión hospitalaria

Gestión hospitalaria	Estrato normalización sanitaria hospitalaria	Se entiende por estrato normalización sanitaria hospitalaria a la evidencia documental del cumplimiento de hasta 15 criterios *.	Para este grupo de criterios se considera el % cumplimiento del estrato de acuerdo a la siguiente expresión: $\frac{\text{No. de criterios que cumplen}}{\text{No. de criterios que aplican}} \times 100$	Cuantitativo continua	Secundaria	Lista de cotejo del estrato reglamentación sanitaria
	Estrato recursos humanos	Se entiende por estrato de recursos humanos a la evidencia documental del cumplimiento de hasta 23* criterios del estrato recursos humanos que abarca la plantilla hospitalaria.	Para este grupo de criterios se considera el % de cumplimiento del estrato de acuerdo a la siguiente expresión: $\frac{\text{No. de criterios que cumplen}}{\text{total de criterios que aplican}} \times 100$	Cuantitativo continua	Secundaria	Lista de cotejo del estrato recursos humanos
	Estrato convenios	Se entiende por estrato convenios a la evidencia documental del cumplimiento de hasta 25* criterios con proveedores externos en el caso de no contar con auxiliares de diagnóstico, tratamiento o rehabilitación necesarios ofrecer una atención integral.	Para este grupo de criterios se considera el % de cumplimiento del estrato de acuerdo a la siguiente expresión: $\frac{\text{No. de criterios que cumplen}}{\text{total de criterios que aplican}} \times 100$	Cuantitativo continua	Secundaria	Lista de cotejo del estrato convenios
	Estrato programas	Se entiende por estrato programas a la evidencia documental del cumplimiento de hasta 15* criterios de cada programa con los que deben contar las áreas del hospital.	Para este grupo de criterios se considera el % de cumplimiento del estrato de acuerdo a la siguiente expresión: $\frac{\text{No. de criterios que cumplen}}{\text{total de criterios que aplican}} \times 100$	Cuantitativo continua	Secundaria	Lista de cotejo del estrato programas

***** Los criterios que apliquen de acuerdo a la complejidad del hospital.

Debido que el número de criterios es muy extenso, ver la lista de cotejo construida para cada estrato de la variable.

Cuadro 2. Operacionalización de la variable gestión hospitalaria

Variable	Dimensiones	Definición operacional	Indicador	Tipo de indicador	Tipo de fuente	Instrumento
Gestión hospitalaria	Estrato Procesos*	Se entiende por estrato procesos a la evidencia documental del cumplimiento de hasta 77* criterios.	Para este grupo de criterios se considera el % de cumplimiento del estrato de acuerdo a la siguiente expresión: $\frac{\text{No. de criterios que cumplen}}{\text{total de criterios que aplican}} \times 100$	Cuantitativo continua	Secundaria	Lista de cotejo del estrato procesos
	Estrato procedimiento	Se entiende por estrato procedimientos a la evidencia documental del cumplimiento de hasta 85* criterios.	Para este grupo de criterios se considera el % de cumplimiento del estrato de acuerdo a la siguiente expresión: $\frac{\text{No. de criterios que cumplen}}{\text{total de criterios que aplican}} \times 100$	Cuantitativo continua	Secundaria	Lista de cotejo del estrato procedimientos
	Estrato equipamiento**	Se entiende por estrato equipamiento a la evidencia documental del cumplimiento de hasta 263 * criterios.	Para este grupo de criterios se considera el % de cumplimiento del estrato de acuerdo a la siguiente expresión: $\frac{\text{No. de criterios que cumplen}}{\text{total de criterios que aplican}} \times 100$	Cuantitativo Continua	Secundaria	Lista de cotejo del estrato equipamiento.

* Los criterios que apliquen de acuerdo a la complejidad del hospital.

Debido que el número de criterios es muy extenso, ver la lista de cotejo construida para cada estrato de la variable

Cuadro 3. Operacionalización de la variable implantación del modelo de desarrollo hospitalario

Variable	Dimensiones	Definición operacional	Indicador	Tipo de indicador	Tipo de fuente	Instrumento
Implantación del Modelo de desarrollo hospitalario	Asistencia del los integrantes del cuerpo de gobierno (director, subdirector o equivalente, jefa de enfermeras, jefe de enseñanza o calidad, de cada uno de los hospitales	Se considera cumplimiento de la asistencia de cada uno de los integrantes cuando hayan asistido a la totalidad de los días de duración de cada curso-taller.	% de cumplimiento de la asistencia del los integrantes del cuerpo de gobierno a los cuatro talleres.	Cuantitativo continuo	Lista de asistencia de cada uno de los hospitales de los 4 cursos talleres ofrecidos	Lista de cotejo de los cuatro talleres.
	Réplica de los cuatro talleres dirigida por los integrantes del cuerpo de gobierno en cada hospital	Se considera replica de los cuatro cursos talleres cuando exista constancia escrita (carta programática con todos los elementos que esta debe considerar) y que además haya asistido a cada uno de estos cursos el 95% de los asistentes programados.	% de cumplimiento de la réplica de los cursos-talleres en cada uno de los hospitales.	Cuantitativo continuo	Lista de asistencia de los participantes de la réplica de cada curso taller.	Lista de cotejo de la asistencia a los cuatro cursos-taller.
			% de cumplimiento de la asistencia del los integrantes de cada una de las áreas del hospital a los cuatro cursos-talleres.	Cuantitativo continuo	Carta programática de cada curso-taller replicado	Lista de cotejo de las cartas programáticas de cada capacitación.
	Plan estratégico Documentado	Cumplimiento de la elaboración del plan estratégico cuando se constate la existencia documental que lo avale.	Cuenta con documentación que avale el plan estratégico No cuenta con documentación que avale el plan estratégico	Cualitativo Nominal	Plan Estratégico	Lista de cotejo

Técnicas e instrumentos para recolección de la información

Como parte del diseño metodológico se determinaron los tipos de instrumentos que se utilizarán para la recolección de la información tomando en consideración el enfoque, los objetivos, las variables y el diseño de la investigación[54]. Para tal recolección se siguieron tres actividades vinculadas entre sí:

1. Selección del instrumento de recolección de datos entre los disponibles para ser aplicado en el área que se determine.
2. Aplicación del instrumento para recolección de la información, haciendo a la vez un resumen del acontecimiento y el contexto en el que se llevó a cabo, mismo que se describirá más adelante, y
3. Realización de observaciones, registro y medición obtenida de la aplicación del instrumento.

Pre-prueba del instrumento presentado y el cual contiene validez y confiabilidad.
A continuación se enlistan el tipo de instrumento construido:

- 1 lista de cotejo para cada una de los siete estratos (dimensiones) reglamentación sanitaria hospitalaria, recursos humanos, convenios, programas, procesos, procedimientos y equipamiento) de la variable gestión hospitalaria.
- 1 lista de cotejo para cada una de la variable implantación del modelo de gestión.
- 1 cuestionario cerrado para evaluar la satisfacción y seguridad del paciente.
- 1 guía de observación para prestadores de servicios.

Las listas de cotejo contempladas representan los criterios con los que cuenta el modelo, la importancia de este tipo de instrumento para su utilización es el de facilitar el levantamiento del cumplimiento del criterio.

El cuestionario cerrado agiliza el tiempo que tarda un paciente en contestar, de otra forma el tiempo se prolongaría demasiado y ya que sólo se contará con una persona para esta actividad se considero de ayuda este tipo de cuestionario.

En cuanto a la guía de observación, esta se llevará a cabo en un porcentaje de prestadores de servicio de alguna área específica, esta guía se utilizará la evidenciar que algún proceso se este llevado a cabo como se encuentra descrito en su carta de proceso, es de mucha ayuda este tipo de instrumento por lo que se tomo en consideración para esta investigación.

Técnicas e instrumentos para el procesamiento y análisis de la información.

Una vez aplicadas las listas de cotejo se vaciarán en un formato de evaluación, para esto se consideran los siguientes criterios.

Variable gestión hospitalaria:

a. Para los estratos Recursos Humanos, Normalización Sanitaria Hospitalaria, Convenios, Programas y equipamiento.

    - Se califica con 0 cuando no se encuentre evidencia documental del criterio.
    - Se califica con 2 cuando se encuentre la evidencia que especificada en el criterio.

b. Para los estratos procesos y procedimientos

- Se califica con 0, cuando no exista información documental del proceso o procedimiento.
- Se califica con 1, cuando se encuentre una carta de proceso o procedimiento, se tenga un responsable y exista un registro de las actividades del proceso.
- Se califica con 2, cuando se encuentre una carta de proceso o procedimientos, se tenga un responsable, exista un registro de las actividades del proceso y se lleve a cabo en forma sistemática.
- Se califica con 3, cuando se encuentre una carta de proceso o procedimientos, se tenga un responsable, exista un registro de las actividades del proceso, se lleve a cabo en forma sistemática y se encuentre documentada la mejora continúa[e].

Evaluación de la implantación del Modelo de Desarrollo Hospitalario

I) Para fines de esta investigación esta variable se realizará la evaluación de la implantación del modelo de desarrollo hospitalario tomando en consideración los siguientes aspectos:

- Se califica con 2, cuando se corrobore el 100 por ciento de cumplimiento de la asistencia de los cinco integrantes del cuerpo de gobierno a cada uno de los cuatro talleres impartidos, más el 100 por ciento de la réplica de los cursos talleres dirigida a los jefes de departamento de su hospital, y cuando se encuentre documentado el plan estratégico hospitalario.
- Se califica con 1, cuando se corrobore hasta el 95 por ciento de cumplimiento de la asistencia de los cinco integrantes del cuerpo de gobierno a cada uno de los cuatro talleres impartidos, más el 95 por ciento de la réplica de los cursos talleres dirigida a los jefes de departamento de su hospital, y cuando se encuentre documentado el plan estratégico hospitalario.
- Se califica con 0, cuando se tenga menos del 94 por ciento de cumplimiento de la asistencia de los cinco integrantes del cuerpo de gobierno a cada uno de los cuatro talleres impartidos, cuando tenga menos del 94 por ciento de la réplica de los cursos talleres dirigida a los jefes de departamento de su hospital, y cuando se encuentre documentado el plan estratégico hospitalario.

II) Para captura de la información se construirá una base de datos en el programa Epi Info Ver 3.3.2.

Se realizarán distribución de frecuencias (absolutas y relativas) proyectándose la realización de histogramas como de gráficas circulares.

- Medidas de tendencia central (media, mediana y moda).
- Desviación estándar
- Ji cuadrada

III) Para el cuestionario de la implantación del modelo, de igual manera se vaciará en una base de datos electrónica y posteriormente se realizará el análisis de la información. Hhabiendo realizado el análisis se construirán los siguientes cuadros de salida.

- Porcentaje de cumplimiento de estrato normalización sanitaria hospitalaria.
- Porcentaje de cumplimiento del estrato recursos humanos

[e] La calificación máxima a obtener con este modelo es de 3, pero para fines de esta investigación sólo se tomará en cuenta la calificación de 2 pues a juicio del equipo técnico que con esta puntuación el hospital ya ha alcanzado el de desarrollo de su gestión.

- Porcentaje de cumplimiento del estrato convenios
- Porcentaje de cumplimiento del estrato programas
- Porcentaje de cumplimiento del estrato procesos
- Porcentaje de cumplimiento del estrato procedimientos
- Porcentaje de cumplimiento del estrato equipamiento.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Cuarto semestre						
Actividades programadas	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	julio
Prueba piloto de los instrumentos completos en el hospital de Tarimoya en Veracruz.						
Análisis de datos y ajuste de instrumentos						
Construcción y validación de la base de datos para el análisis de la información						
Levantamiento de la información en el Hospital de Hospital General Dr. José Buill Berenguer (Papantla).						
Levantamiento de la información en el Hospital General Manuel Ávila Camacho (Martínez de la Torre)						
Levantamiento de la información en el Hospital de la Comunidad Dr. Héctor M. Moreno Mendoza (Catemaco)						
Levantamiento de la información en el Hospital integral Tlaquilpa						
Levantamiento de la información en el Hospital Integral Tezonapa						
Captura de la información						
Análisis y procesamiento de datos						
Elaboración del informe						
Presentación de resultados						

Recursos estimados

Características del recurso	Tipo de recurso	Cantidad proyectada	Costo unitario	Costo total
Humanos	Levantamiento de información (1persona)	10 semanas	$ 500.00	$ 5,000.00
	Captura de la información (1 persona)	10 semanas	$ 500.00	$ 5,000.00
	Análisis de la información (1 persona)	10 semanas	$ 500.00	$ 5,000.00
Materiales	Fotocopia de 7 listas de cotejo	150 copias	$. 20	$ 30.00
	Fotocopias de 7 guías de evaluación	150 copias	$. 20	$ 30.00
Financieros	Traslado a Papantla .Boleto autobús	4 boletos	$ 160.00	$ 640.00
	Traslado Mtz. de la Torre. Boleto autobús	4 boletos	$ 140.00	$ 560.00
	Traslado a Catemaco. Boleto autobús	4 boletos	$ 180.00	$ 720.00
	Traslado Tlaquilpa. Boleto autobús	4 boletos	$160.00	$ 640.00
	Traslado Tezonapa. Boleto autobús	4 boletos	$160.00	$ 640.00
	Alojamiento	50 días	$ 250.00	$ 12,500.00
	Desayuno, comida, cena	50 días	$ 100.00	$ 5,000.00
Total				$ 35,760.00

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] José, M. M., VI Congreso Internacional del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo. Washington. D.C., OPS. [online] 2002. P. 1-11. [consultado 2006-10-18] , Disponible en: www.clad.org.ve/anales6/marin.html

[2] Barzelay, M. La nueva gerencia pública: invitación a un diálogo cosmopolita. CIDE México. [online] 2003. Revista Gestión y Política Pública, Vol.12, pp.241-252. [consultado 2006-10-16], Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/133/13312202.pdf

[3] José, M. M, Op. Cit. 1

[4] Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA, en 126.a Sesión del Comité Ejecutivo, Washington. D.C., OMS, OPS. [online] 2000. P. 1- 21. [consultado 2006-09-01], Disponible en: www.insp.mx/.../ponencias/Aula-B/JUEVES/S-10ContenidosyMetodologiaenlaEnze%F1anza-DrHumberto-Veras-God.ppt –

[5] George A.O. Alleyme, B. D. La transformación de la gestión de hospitales de América Latina y el Caribe. Washington, D.C. OPS, 2001. Cap. I, pp. 26-33.

[6] Méndez, R. J., Análisis del modelo de gestión y la participación en el Hospital Zonal de Agudos Manuel Belgrano en el marco de la Política implementada por la Provincia de Buenos Aires. Buenos Aires. Escola Nacional de Saúde Pública. 2001. [online] P. 11-17. [consultado 2006-09-17], disponible en: http://www.bireme.br/php/index.php.

[7] Marecos, A. E., La Gestión. Revista de Postgrado de la Cátedra VIa. Medicina N° España. [Online] 2001; pp. 1-3. [consultado 2006-09-01], Disponible en: www.doyma.es

[8] Fernández, L. A., et. al., La experiencia del Hospital Monte Naranco en la aplicación del modelo de la EFQM. España, Rev. Calidad Asistencial [online] 2000. P. 1-18, [consultado 2006-09-01], Disponible en: http://wwwscielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002001000004&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

[9] Jaramillo, CY., Modelo de Desarrollo Hospitalario 2006. ® registro en tramite

[10]. Ídem 9.

[11] Granados, T. R., La gestión hospitalaria en Latinoamérica y el Caribe: Problemas y soluciones. Venezuela. OPS/OMS. [online] 2004. [consultado 2006-05-18], Disponible en: http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/docs/Gestion_hospitalaria_en_Latinoam%C3%A9rica_y_Caribe.ppt

[12] José, M. M., ídem pp. 11.

[13] José, M. M., ídem pp. 11.

[14] George, A.O., Alleyme, B. D., ídem pp. 26-33.

[15] George, A.O., Alleyme, B. D., ídem pp. 26-33.

[16] Marín, J.M., Los condicionantes que se derivan de los procesos de reforma del Estado, de la Administración Pública y del sector salud a la nueva Administración hospitalaria. En el VI Congreso Internacional del CLAD [online] 2002, P. 1-11, [consultado 2006-10-18], Disponible en : http://scholar.google.com/scholar?hl=es&lr=&q=cache:A3pBxO5tgUsJ:cebem.com/biblioteca/vicongresoclad/marin.pdf+LIC.+JOSE+MARIA+MARIN+VI+CONGRESO+INTERNACIONAL+CLAD

[17] Marín, J.M., Fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias en las reformas del sector de la salud. Washington, D.C., [online] 2000, *Rev Panam Salud Publica,* P. 21-32 [consultado 2006-10-18], Disponible en: http://bvs.insp.mx/articulos/6/6/040104.pdf

[18] López, M. C., Rodríguez, D: J., Acerca de las Funciones Esenciales Salud Pública. INSPS Méx. [Online], 1998; Vol. 40(6):467-468 [consultado 2006-09-01], Disponible en: http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000778

[19] Lorenzo, G. R., Competencias asociadas con el talento para la dirección. Cuba. Instituto Panamericano de Gestión de la Salud. Revista virtual. [online] 2002. 35 ISSN 1684-8810, [consultado 2006-10-05], http://www.gerenciasalud.com/art474.htm

[20] Burmester, H., Reflexiones sobre los programas hospitalarios de garantía de calidad. Rev Panam Salud Pública. [online]. 1997, vol. 1, No. 2 [consultado 2007-10-17], pp. 149-154. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891997000200017&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1020-4989..

[21] González, G. G., Health sector reform and management models. Washington, D.C. *Rev. Panam Salud Pública*. [online]. 2001. vol. 9, No. 6 [consultado 2006-09-19] pp. 406-412. , Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892001000600013&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1020-4989.

[22] Otero, J., ¿Dónde empieza la gerencia de la salud? Gerenciasalud, [online]. 2002,año 1, No. 1 [citado 2006-10-04], Disponible en: http:// http://www.gerenciasalud.com/art02.htm

[23]Frenk, M., et.al. Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Guía para la Gestión y Mejora de la Calidad en los Servicios de Salud. Abril 2005. P. 11

[24] Del Rivero, E., Sistemas de Gestión de la Calidad. Calidad en Salud. México [online] Octubre 2002, [consultado 2006-09-19], p. 1-6 Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/25.doc

[25] Priego, A. H., *Consideraciones Mercadológicas en la Gestión Hospitalaria*. México. Gerenciasalud, [online].2004, No. 25 [consultado 2006-10-04], Disponible en: www.gerenciasalud.com/art360.htm

[26] Ruiz, L., L., Pedro, M. H., Gestión de procesos en el Hospital Universitario 12 de octubre. España. Rev. Adm. Sanit. [online] 2006; 4 (2); 233-249. [consultado 2006-10-18], Disponible en: www.doyma.es

[27] Guinart, S.J., Indicadores de gestión para las entidades públicas. Panamá 2003. VIII congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del estado y de la Administración Pública. pp. 28-31.

[28] Fernández, ídem 9, p. 1-8.

[29] Ruiz Op.Cit. 26 pp. 233-249.

[30] Sánchez, E. et. al. Un estudio descriptivo de la aplicación del EFQM excelencia modelo y herramientas subyacentes en el Servicio de Salud vasco. España [online], [consultado 2006-09-12] Int J Qual Health Care.2006 Feb; 18(1):58-65. Epub 2005 Nov. Disponible en: PMID: 16282335 [PubMed - indexed for MEDLINE].

[31] Ruiz, Op. Cit. 26, p. 235

[32] Ruiz, Op. Cit. 26, p. 235

[33] Ruelas, B. E., Subsecretaría de Innovación Y Calidad, SSA. México. Observatorio del Desempeño hospitalario. 2003; pp. 14.

[34] Ruelas B, E., Poblando, V. O., *La Certificación y acreditación en los Servicios de Salud. Modelos, estrategias y logros en México y Latinoamérica Colección.* México. Prim. ED. 2005; p. 39-48

[35] Ruelas B, E., Op. Cit. P. 39-48.

[36] Carrasco, .P.A., Estándares de la JCL frente al modelo EFQM: ¿Hacia la complementariedad? España. 2006, [online], [consultado 2006-09-07] Rev. Adm. Sanit. 2006; 4 (2):303-10, Disponible en: www.Doyma.es

[37] Ruelas B, E., Op. Cit. P. 39-48.

[38]Oficina de l Presidencia de la República. Modelo de Calidad INTRAGOB. México http://www.innova.gob.mx/ciudadanos/innovacion/index.php?contenido=387&lang=es

[39] Gobierno de la República. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. México www.salud.gob.mx/dirgrss/psct_tr/cncss_conf.pdf

[40] Rivero, S.O., Tamrimoto, W.M. La Certificación de Hospitales en México. UNAM. México Ponencia [online] 2001. [consultado 2006-05-05], Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2001/ponencia_mar_2k1.htm

[41] Consejo de Salubridad General. Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica México. D.O.F. 20 de septiembre de 2002. [consultado 2006-05-05] Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/csg/inicio.html

[42]Rivero, ídem 39.

[43] CSG, Ídem 40.

[44] Fernández, Op cit. 29.

[45] Rivero, S. O., et. al. La Certificación de hospitales en México. Seminario UNAM, México, [online] 2001.p. 12, [consultado 2006-09-05], Disponible en: www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2001/ponencia_mar_2k1.htm - 38k -

[46] Jaramillo, C.Y., Modelo de Desarrollo Hospitalario. comunicación personal, 2007.

[47] Calidad Nacional para la Salud. IV Reunión de Capacitación Demostrativa. México [online]., 2006. http://www.salud.gob.mx/dirgrss/sistema_gestion2006.html

[48] Jaramillo, Idem 9.

[49] Op. Cit. 32.

[50]Hernández, M.E., Sánchez, M.A., Para un nuevo modelo de gerencia: El instructor de Soporte Organizacional, en Gestión y estrategia UAM, México. [online] 1998 [consultado 2006-04-26], Disponible en: www.azc.uam.mx/publicaciones/gestion/num13/doc12.htm

[51] Hernández, S.R., Fernández C.C., Metodología de la Investigación Mc Graw Hill 3ª. edición 2003, p.270.

[52] Pineda E.B., Alvarado, E.L., Metodología de la Investigación. OPS. Paltex Washington, D.C., 2da. ED. P.1-166.

[53] Méndez, R. I., Namihira, G. D., El protocolo de la Investigación Editorial trillas 2da. reimpresión 1993. pp. 11-14.

[54] Pineda, idem p.p. 124-156.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LAS ACTIVIDADES PRIORITARIAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Charbel Elizabeth Rosas López
Tutor: Dr. Gabriel Riande Juárez
Asesora: Lic. Teresa Pérez Domínguez

INTRODUCCIÓN

Toda organización debe contar con sistema de evaluación del desempeño que le permita verificar si sus integrantes están cumpliendo correctamente con sus actividades y funciones, o por el contrario detectar si tienen debilidades u obstáculos que dificulten una adecuada realización laboral en las áreas en las cuales ellos se desempeñan, y que por lo tanto se torne necesario tomar algunas medidas correctivas y establecer una comunicación más fluida y directa con los trabajadores, más aun si se refiere a las instituciones de salud en donde todo el personal pero específicamente el de enfermería es sin duda, el área profesional del equipo de salud que más decidida y profundamente puede impactar en la atención de la salud de las personas.

El trabajo que realiza la enfermera es de gran importancia y de suma responsabilidad sobre todo en el primer nivel de atención, pues en su labor de promoción y prevención debe integrar, desarrollar y cumplir con calidad y cabalidad acciones de atención integral que disminuyan la aparición de diversas enfermedades crónicas, transmisibles y no transmisibles en poblaciones ya sea rurales y urbanas; de tal manera que se logre evitar el confinamiento temprano e innecesario de personas en instituciones hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención.

Debido a la intervención de diversos conocimientos y habilidades que se adquieren a lo largo de la formación profesional y años de ejercicio en enfermería, ésta es altamente compleja y decisiva en la salud de las personas por lo que se requiere y torna necesario, realizar mecanismos que den seguimiento al trabajo de las enfermeras en donde se pueda verificar y evaluar, de forma periódica, la calidad con que desempeñan sus actividades, a través de los conocimientos de estas mismas, el apego de estas últimas a las normas respectivas, y la relación interpersonal del trabajador de salud con el usuario que demanda la atención.

Es por todo lo antes mencionado, que en este proyecto se plantea evaluar la calidad del desempeño, a través de las actividades de promoción y prevención más significativas y que con mayor frecuencia realiza el personal de enfermería y el trato digno que este tipo de personal ofrece a las personas que hacen uso de los servicios que proporcionan las unidades de primer nivel de atención que conforman la jurisdicción V de los Servicios de Salud de Veracruz de la ciudad de Xalapa, con la finalidad de identificar tanto fortalezas como oportunidades de mejora en donde se pueda contribuir con posibles soluciones específicas y oportunas que ayuden a mantener o mejorar según sea el caso, la calidad del ejercicio y quehacer de enfermería.

Justificación

La competitividad de una organización esta íntimamente relacionada con la implantación del sistema de gestión de calidad en forma armónica a las necesidades y estatus que guardan la madurez de ese sistema, se puede estar trabajando con buena calidad, pero si no se cuenta con mediciones y registros que avale los resultados difícilmente se puede establecer y documentar la calidad.

El conocimiento de las técnicas para establecer indicadores y estándares de calidad congruentes con la práctica y desarrollo de procesos acordes a cada institución, es una necesidad prioritaria para uniformar las acciones y medidas preventivas a través de programas de mejora, no se puede iniciar un proceso de mejoramiento continuo si no se cuenta con la definición de los sistemas de evaluación para establecer cuales son los parámetros que se necesitan para cumplir con los requisitos para satisfacer las necesidades de los usuarios.

En México, a partir de la creación del Sistema Nacional de Salud, los principios que sustentan al mismo están dirigidos a lograr la satisfacción de los pacientes y familiares, por lo que ha sido una tarea sistemática el control de la calidad de los servicios, lo que a su vez ha permitido los cambios introducidos en los propios servicios, actividades docentes e investigativas. En el equipo de salud el personal de enfermería mantiene el vínculo más estrecho con los pacientes y su interrelación con todos los demás subsistemas de las unidades de atención.

La calidad en la atención por parte del personal, tanto médica como de enfermería, es causa permanente de preocupación, tanto en la medicina institucional como en la privada. Por tal motivo, se considera de interés evaluar la calidad en el desempeño del personal de enfermería en las actividades prioritarias que con mayor frecuencia realiza, en el primer nivel de atención a través de dos dimensiones: la interpersonal (trato digno) y la técnica (Toma de presión arterial, detección oportuna de diabetes mellitus y detección de cáncer cérvico uterino) ambas con sus dos subdimensiones: conocimiento y apego referente a los criterios de trato digno, código de ética, derechos generales de los pacientes y criterios normativos mínimos indispensables para ejecución de los procedimientos técnicos seleccionados ambas dimensiones basadas en el modelo de la calidad de la atención referida por Donabedian.

Los procedimientos técnico normativos, que se mencionan en el presente proyecto son denominadas actividades prioritarias ya que fueron seleccionados por su importancia y frecuencia en la práctica diaria, y su cumplimiento por ser responsabilidad directa del área de enfermería en las unidades de medicina familiar**.** Cabe mencionar que debido a que no existe a la fecha un estudio que evalúe la calidad del desempeño en enfermería en primer nivel de atención es que se determina realizar este proyecto con la finalidad de identificar oportunidades de mejora en la atención al usuario y desempeño de enfermería en sus actividades prioritarias diarias, lo cual servirá para encontrar alternativas para su oportuna aplicación, prevención y corrección de defectos en la calidad de la atención por enfermería.

MARCO REFERENCIAL

Argumentación teórica

Concepto de evaluación

Para este proyecto fue necesario hacer una revisión de teorías y conceptos referentes a investigación evaluativa, ya que ésta es el sustento del presente trabajo de investigación.

Comencemos por conocer el término de evaluación, esta es una palabra elástica que se emplea para abarcar muchas clases de juicios. Se habla de evaluación de la ejecución de la tarea, de evaluación de la calidad de la atención médica y de enfermería, de evaluación del clima organizacional, de evaluación del material didáctico, de evaluación del mercado potencial de un producto, de evaluación de sentido de pertenencia, de evaluación de un determinado programa, proyecto o institución, etc. Sin embargo, el término evaluación, a pesar de su creciente popularidad y empleo permanente, es pobremente definido y a menudo impropiamente utilizado. Para la mayoría, su significado es tomado como una garantía y muy pocos ensayos se han hecho en lo concerniente a formular una definición conceptualmente rigurosa o al

análisis de los principios de su uso. El resultado es un gran desacuerdo con muchos otros términos como valoración, estimación, apreciación, juzgamiento, muchas veces utilizados como sinónimos de evaluación[1].

El concepto no se aplica, ni en la literatura científica, ni en los concretos estudios de programas y proyectos, en un sentido inequívoco y unánime. Galtung, citado por Musto (1975), observa que la literatura del ramo emplea más de trescientas definiciones diferentes del concepto de evaluación. El examen de éstas, revela una inevitable mixtura de definiciones conceptuales y operacionales. Las definiciones conceptuales, en su mayoría, no ofrecen una lógica formal y presentan una lista de características descriptivas de la evaluación como un proceso cognoscitivo y valorativo. Las definiciones operacionales concentran el propósito de la evaluación en los procedimientos involucrados en la conducción de un estudio evaluativo como es el caso de éste proyecto de investigación[2].

Por evaluación entienden algunos autores el control del éxito o fracaso de programas, proyectos o instituciones, en el sentido de identificar y medir resultados. Así, la evaluación es un esfuerzo por reconocer qué cambios se presentan durante y después de un programa de acción y qué parte de dichos cambios pueden atribuirse al programa[3].

Otros autores, en cambio, no ven en la evaluación ningún fin científico en sí, sino solamente una ayuda para tomar decisiones administrativas racionales. Así, la evaluación es un proceso que capacita al administrador para describir los efectos del programa y a partir de ello hacer los ajustes progresivos en orden a alcanzar las metas más efectivamente. Muchas otras definiciones coinciden en el concepto de finalidad como criterio de exploración de los resultados del proyecto[4].

La literatura de las ciencias económicas y del análisis de sistemas atribuye a la evaluación una función selectiva. Así, la evaluación es llegar, mediante determinados criterios o modelos de decisión, a poder pronunciarse acerca de la manera óptima de empleo de recursos en el curso de posibilidades alternativas de su aplicación. De acuerdo con este punto de vista, la evaluación no sería, en lo fundamental, otra cosa que la ex ante valoración de las alternativas que se plantean para llevar a cabo un programa o un proyecto, mientras que el concepto del control del éxito se reservaría para denominar la valoración y el análisis de las fuentes de error de programas y proyectos ya realizados (ex post evaluación), con lo que serviría la actuación evaluativa así definida como base de decisión para las inversiones[5].

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua, define evaluar como, señalar el valor de una cosa y evaluación como sinónimo de valuación y valoración, pero seguidamente asigna al término evaluar apreciar el valor de las cosas no materiales y reserva el término a valuar y avalúo para apreciar el valor de las cosas materiales[6].

Desde esta perspectiva, la evaluación queda designada a la determinación de la calidad de un proceso o actividad humana, sea ella económica, social, política o de cualquier otro orden. Es parte de un proceso y un proceso en sí misma, dirigido conscientemente a determinar el logro de ciertos propósitos fijados con anterioridad[7].

Restrepo (1974) plantea que la evaluación consiste en la apreciación de un objeto, persona, atributo, programa, institución o sistema, a partir de ciertos criterios y destaca el aspecto valorativo como elemento que objetiviza la escogencia de factores o indicadores relacionados con el propósito de lo que se evalúa. Ahora bien, como toda actividad humana, es social y la mayoría institucional, y cualquier sistema social está influenciado y determinado por variables circundantes, es en consideración de todas estas circunstancias como aparecen las conceptualizaciones teóricas y los modelos de evaluación[8].

Por diferentes que sean las maneras de concebir el fin y los métodos de la evaluación que estas definiciones implican, todas ellas podemos reducirlas a un común denominador: el de que todas se refieren a la investigación y la apreciación de la eficiencia, eficacia, calidad, efectividad y relevancia social de una institución, programa o proyecto, para lo cual se requiere disponer de información sobre los insumos, los procesos y los productos o resultados. Cuanto más válidas, confiables y representativas sean estas informaciones, mayor será la posibilidad de reorganizar los fines y los medios de un programa o proyecto, de tal manera que éste arroje resultados óptimos. Obtener y valorar estas informaciones es lo que se denomina evaluación[9].

Investigación evaluativa

Adentrarse en el análisis de la relación evaluación e investigación nos obliga a examinar conceptualizaciones alternativas de evaluación. Stufflebeam y Shinkfield (1995) establecen tres grupos amplios de tipos de evaluación: pseudoevaluaciones, cuasievaluaciones y verdaderas evaluaciones.

Las pseudoevaluaciones incluyen, en primer lugar las evaluaciones políticamente orientadas (o encubiertas), que son dirigidas o utilizadas subrepticiamente para provocar un punto de vista determinado, positivo o negativo, sobre un objeto, independientemente de la valoración objetiva de su valor o mérito[10].

La intención de este tipo de evaluación es conseguir asistencia para obtener, mantener o incrementar una esfera de influencia, poder o dinero. Los problemas que plantea son los que interesan al cliente, quien quiere que la información sea tan sólida técnicamente como sea posible, pero también que se le garantice la posibilidad de controlar su divulgación para crear una falsa imagen del valor de un objeto, programa o proyecto[11].

Los estudios cuasievaluativos, aparecen especificados porque existe la evidencia de que a veces pueden ser utilizados para enjuiciar el valor o el mérito de un objeto, mientras que en otros casos su alcance es demasiado estrecho o sólo tangencial a las cuestiones del mérito y el valor. Que la información obtenida sea suficiente para apoyar un juicio sobre el valor de algo es, definitivamente, una cuestión secundaria. Los estudios cuasievaluativos poseen otros usos muy legítimos aparte de su relación con la evaluación[12].

Por último aparecen las denominadas verdaderas evaluaciones, basadas en cuestiones de valor y mérito.

El método concreto de la evaluación es la investigación evaluativa, donde las herramientas de la investigación social se ponen al servicio del ideal consistente en hacer más preciso y objetivo el proceso de juzgar. En su forma de investigación, la evaluación establece criterios claros y específicos que garanticen el éxito del proceso, reúne sistemáticamente información, pruebas y testimonios de una muestra representativa de las audiencias que conforman el programa u objeto para evaluar, traduce dicha información a expresiones valorativas y las compara con los criterios inicialmente establecidos y finalmente saca conclusiones[13].

La investigación evaluativa es un tipo especial de investigación aplicada cuya meta, a diferencia de la investigación básica, no es el descubrimiento del conocimiento. Poniendo principalmente el énfasis en la utilidad, la investigación evaluativa debe proporcionar información para la planificación de cualquier proyecto, su realización y desarrollo. La investigación evaluativa asume también las particulares características de la investigación aplicada, que permite que las predicciones se conviertan en un resultado de la investigación[14].

La investigación evaluativa contiene una amplia serie de variables sobre las que el evaluador tiene muy poco o ningún control y sus resultados son poco generalizables, pues son aplicables al programa que está siendo evaluado y a sus ramificaciones contextuales[15].

Existen también semejanzas importantes entre la investigación evaluativa y otras clases de investigación. Como otras investigaciones, la investigación evaluativa trata de descubrir, de comprender las relaciones entre las variables y establecer la relación causal. Los evaluadores utilizan toda gama de métodos de investigación para recabar información: entrevistas, cuestionarios, tests de conocimientos y destrezas, inventario de actitudes, observación, análisis del contenido de documentos, registros, expedientes y exámenes de las evidencias físicas, entre otros. Los evaluadores ingeniosos suelen encontrar las maneras más convenientes de explorar una amplia gama de efectos. La clase de esquema que se utilice para reunir los datos, dependerá de la clase de información que se necesita para dar respuestas a las preguntas especificas que plantea la evaluación[16].

Según Weiss (1990), plantea que la investigación evaluativa, en opinión de quienes la practican, es una manera de aumentar la racionalidad de las decisiones. Las herramientas de la investigación se ponen al servicio del ideal consistente en hacer más preciso y objetivo el proceso de juzgar. En su forma de investigación, la evaluación establece criterios claros y específicos para el éxito. Reúne sistemáticamente pruebas y testimonios de una muestra representativa de unidades de que se trate. Comúnmente, traduce estas pruebas y testimonios a expresiones cuantitativas, y los compara con los criterios que se habían establecido, es decir, la evaluación compara “lo que es” con “lo que debería ser”. Luego saca conclusiones acerca de la eficiencia, el valor, el éxito del fenómeno que se está estudiando para finalmente tomar las decisiones correctas[17].

En este trabajo se realizó un estudio propio de la investigación evaluativa de cohorte cuantitativo, según las especificaciones que hizo Weiss anteriormente. Cuando se habla de investigación evaluativa, se hace referencia a una investigación cuya finalidad es determinar qué tanto algo ha cumplido con lo que se esperaba o con las metas u objetivos que se había propuesto previamente[18].

El primer paso de la investigación evaluativa, aunque no necesariamente en ese orden, es la determinación de parámetros, los cuales dictarían el estado “ideal” del fenómeno. Aunado a esto, se elaboran los criterios e indicadores que guiarán las acciones propias para la recolección de la información. En la práctica, al tratarse de evaluación de programas, las metas de los mismos, son la principal fuente para la construcción de los indicadores[19].

Posteriormente, se realiza la medición de los datos, ésta puede ser simultánea a la recolección de los mismos. En todo caso, esto habilitará al investigador para contrastar “lo real” con “lo ideal”, como se había mencionado anteriormente, y tener como resultado una postura respecto a la pertinencia o impacto de una actividad o programa[20].

La diferencia esencial entre ésta y otro tipo de investigación radica en su propósito: la evaluativa proporciona un sustento objetivo a la toma de decisiones y el poner los resultados al servicio del objeto evaluado, esto es, que sean utilizados en beneficio propio. Por el contrario, en la investigación se trata de construir conocimiento científico o hacer aportaciones teóricas[21].

Por último, se puede concluir, que la investigación evaluativa recurre, entonces, a la recolección de datos, acompañada con su respectiva medición y a la emisión de juicios (evaluación) que desemboquen en la toma de decisiones y en la retroalimentación para la mejora del objeto o actividad evaluada[22].

Evaluación del desempeño

La evaluación, concepto antes mencionado y descrito, es quizá una de las nociones más sujetas a equívocos y controversias. Para muchos, la sola palabra "evaluación" trae a la memoria experiencias juveniles no muy placenteras asociadas a pruebas escolares y asignación de notas. En contextos institucionales es común la creencia de que una evaluación se debe realizar cuando se sospecha que las cosas no andan bien en la ejecución de un programa, una técnica o un proyecto. La sola mención de la palabra puede poner nerviosas a muchas personas, especialmente a los gestores y ejecutores de las actividades que componen los programas[23].

Es cierto que la evaluación puede a veces ser empleada equivocadamente como un "instrumento de castigo", cuando, por ejemplo, el profesor amenaza a sus alumnos con la administración de una prueba, o cuando se usa como una forma de auditoría. Sin embargo, no son éstos sus usos recomendados y quizá es precisamente la mala práctica de la evaluación la que ha contribuido a darle a este concepto una imagen punitiva y poco favorable[24].

Por el contrario, la evaluación debe ser parte integral del diseño y desarrollo de cualquier programa o intervención que pretenda aliviar o solucionar problemas asociados a la calidad con que son desempeñados[25].

En sentido estricto, la evaluación se refiere al proceso comparativo entre los resultados obtenidos y los objetivos propuestos, pero también se utiliza frecuentemente para precisar el estado estructural y funcional de una organización en un momento determinado. La finalidad fundamental de la evaluación es promover el perfeccionamiento de la atención médica mediante la optimización del rendimiento de los recursos humanos, tecnológicos y materiales, y la aplicación de las normas vigentes[26].

Por desempeño se entienden diversas acepciones: el nivel de rendimiento laboral, aportación personal al trabajo asignado, productividad individual, observancia y apego preciso a las normas laborales vigentes, así como dedicación y demás atributos de un trabajo individual dedicado y escrupuloso, de conformidad con los estándares, indicadores y cometidos definidos para la persona o su puesto[27].

Por lo tanto la evaluación del desempeño es una apreciación del desenvolvimiento de una persona en el cargo al cual ha sido asignado, lo cual es útil para determinar si existen problemas en cuanto a: la supervisión del personal, integración de un empleado a la organización y para verificar si la política de recursos humanos de una organización es la correcta o no. Así mismo, para los subordinados, a quienes se les realiza la evaluación, ésta es de gran ayuda ya que conocen los aspectos de comportamiento y desempeño que la empresa valora más en ellos y, lo más importante, sirve para adquirir un sistema de auto evaluación y auto crítica para mejorar la calidad en el desarrollo de la labor que se esté realizando[28].

Concepto de calidad

Este es otro concepto importante e imprescindible que se debe tener en cuenta en toda evaluación de desempeño, sobre todo si se abordan los recursos humanos que laboran en el campo de la salud.

El concepto de calidad ha evolucionado a lo largo de los años y ha dado lugar a que, tanto lo referente a su función como a su ámbito y objeto de control, hayan variado hasta nuestros días, cuando la calidad se configura como un modelo de gestión y un estilo de dirección implantado en las empresas líderes[29].

El Diccionario de la Real Academia Española define el concepto de calidad como: "la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes

de su misma especie". Esta definición muestra las dos características esenciales del término. De una parte la subjetividad de su valoración; de otra, su relatividad. No es una cualidad absoluta que se posee o no se posee, sino un atributo relativo. Se tiene más o menos calidad[30].

La calidad entonces no es una serie de características que permanezcan fijas, es una cualidad variable. Así es como desde la era de las cavernas el hombre utilizó, de manera instintiva, el concepto de la calidad como un juicio de valor relativo, una apreciación personal que necesita para tomar decisiones[31].

Por su parte el Dr. Deming nos enseñó que la calidad se inicia y termina con el cliente, ya que sin clientes no hay organización, ni empresa, ni institución. Aquí es en donde yacen las grandes confusiones acerca de la calidad, muchas personas creen que la calidad la van a lograr con base a técnicas y gastan enormes cantidades de dinero en adquirir capacitación en recetas rápidas, lo más peligroso de ello es que al no ver los resultados que ellos esperaban se inmunizan ante la calidad y la consideran como otra moda más[32].

A través del tiempo se han propuesto numerosas definiciones de calidad. Todas ellas se han formulado en función tanto de las características del bien o servicio, como de la satisfacción de las necesidades y exigencias del consumidor[33].

El Dr. Enrique Ruelas define calidad como: "el conjunto de características, atributos y especificaciones que poseen los bienes o servicios y que permiten clasificarlos en diversas categorías relacionadas con la satisfacción de necesidades y expectativas de los clientes" [34].

Calidad de la Atención a la Salud (CAS)

Es importante diferenciar la calidad de un producto y la de un servicio. La calidad de un producto se juzga por su apariencia externa y su efectividad aislada, que responde a las expectativas del cliente[35].

La calidad de un servicio se juzga como un todo, sin disociar sus componentes, prevalece la impresión de conjunto y no el éxito relativo de una u otra acción[36].
Según Carey y Lloyd, virtualmente se han escrito toneladas de textos alrededor del concepto de calidad. Aunque en el área de la salud la discusión y producción ha sido muy fértil, según estos autores, los profesionales de la salud entraron tardíamente a esta arena y no es hasta los años 90 que se comienza a generar una "explosión" de reportes, discusiones y estudios dirigidos específicamente al tema de calidad en la atención. Ellos afirman que en el campo de la salud, históricamente, el concepto de calidad había sido definido por los proveedores de los servicios. Sin embargo, a partir de los años 80 y, sobre todo, en los 90 ha habido, por parte de los clientes o beneficiarios, un movimiento para establecer ellos mismos su definición de calidad[37].

Se habla de calidad en la atención cuando se realizan diferentes actividades encaminadas a garantizar los servicios de salud accesibles y equitativos, con profesionales óptimos y teniendo en cuenta los recursos disponibles, logrando la satisfacción del usuario con la atención recibida[38].

Donabedian al hacer una exploración conceptual de la definición de la Calidad en la Atención a la Salud, menciona que la calidad es una propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables. De esto se desprende que una evaluación de la calidad es un juicio sobre si un caso específico de atención médica tiene dicha propiedad y, de ser así, en qué medida[39].

Este autor menciona los elementos básicos de una definición de calidad como los aspectos técnicos, interpersonales y las amenidades que intervienen en la atención, mismos que más tarde (1990) se denominaron las dimensiones de la calidad en la atención a la salud[40].

La dimensión técnica es la aplicación de la ciencia y tecnología, de la medicina y de las otras ciencias de la salud, al manejo de un problema personal de salud. Este autor considera que la calidad, en cuanto a esta dimensión técnica, podría definirse como "la aplicación de la ciencia, conocimientos y tecnología médicas de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ellos sus riesgos"[41].

Otro aspecto de la dimensión técnica se refiere al uso de los recursos (financieros, instalaciones, equipo, material y tiempo). Cuando estos se desaprovechan, disminuye la calidad de la atención proporcionada, pues no se está produciendo el máximo de beneficios posibles. Por otra parte, el abuso de dichos recursos (por ejemplo, exámenes de laboratorio que podrían obviarse, medicamentos que no debieron haberse indicado, detecciones que no tuvieron que haber sido repetidos) también disminuye la calidad puesto que, además del desperdicio que esto representa, es posible que se esté sometiendo a los usuarios a riesgos innecesarios[42].

La dimensión interpersonal consiste en la interacción social y económica que ocurre entre el paciente y sus familiares y el personal de salud. El mismo Donabedian explica la calidad desde la dimensión interpersonal de la siguiente manera: "El manejo de las relaciones interpersonales debe llenar valores y normas socialmente definidos que gobiernan la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares. Estas normas están reforzadas, en parte, por los dictados éticos de las profesiones relacionadas con la salud y por las expectativas y aspiraciones de los pacientes individuales. De aquí que el nivel de calidad en el manejo de la relación interpersonal se mida por el grado de apego a estos valores, normas, expectativas y aspiraciones"[43].

El tercer elemento de la Calidad de la Atención denominado amenidades, describe características concretas como una sala de espera agradable y cómoda, un cuarto de exploración a buena temperatura, sabanas limpias, cama cómoda, buena alimentación, etc. Pero también incluye aspectos un poco más abstractos como comida, privacidad, cortesía, aceptabilidad, etc[44].

En su análisis inicial de los elementos básicos, Donabedian, en general consideró a las amenidades como parte del, o contribución al, manejo de la relación interpersonal, ya que significan interés por la satisfacción del paciente, independientemente de quién las proporciona (personal de salud público, privado o instituciones)[45].

La conceptualización de la calidad de atención a la salud como un fenómeno multidimensional ha originado diferentes definiciones, de alguna manera complementarias, incorporando diferentes elementos a la definición[46].

Lee y Jones definieron la buena asistencia médica como: la práctica de la medicina racional basada en ciencias médicas y la aplicación de todos los servicios de la medicina científica a las necesidades de la población[47].

Esseltyn propuso dos criterios para determinar si la asistencia médica prestada es de calidad: el grado en que la asistencia está disponible, es aceptable, extensa y documentada; y el grado en que una terapia adecuada se basa sobre un diagnóstico preciso y no sintomático[48].

Hare y Bamon señalan que la asistencia médica de calidad incorpora un sistema científico para establecer e instaurar la terapia adecuada en la dirección diseñada, a fin de satisfacer las necesidades del paciente. Además, la asistencia debe de estar siempre disponible, ser eficiente y documentarse adecuadamente. Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de la asistencia sanitaria es: "Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del

servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso"[49].

Ruelas y Querol proponen que: "la calidad es un atributo de la atención médica que puede ser en grados diversos. Se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Estos mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo a los recursos con que se cuenta para proporcionar la atención y a los valores sociales imperantes. La calidad, implica, por definición, resultados de la atención, evaluados como la mejoría esperada en la salud, atribuible a la atención misma"[50].

La atención a la salud en sí misma combina las contribuciones de los pacientes y de los prestadores de atención a la salud. El prestador de la atención tiene la responsabilidad de tomar las decisiones técnicas apropiadas en el proceso de selección de estrategias diagnósticas y terapéuticas, de ejecutar todos los procedimientos de la manera más hábil posible y de manejar las relaciones personales con el paciente en forma ética, humana y placentera, de tal manera que se tienda a garantizar el grado más efectivo de participación, tanto del paciente como de sus familiares. Al mismo tiempo, la persona u organización, bajo cuyos auspicios se proporciona la atención, es responsable de contar con los recursos necesarios para instrumentar las decisiones con un cierto grado de comodidad[51].

De lo anterior se puede decir que los medios utilizados para alcanzar cierto nivel de calidad tienen connotaciones éticas muy importantes. No todos son igualmente aceptables y algunos podrían ser objeto de censura. Por ejemplo, es posible que, bajo ciertas circunstancias, la coerción genere mejoras en la salud que no podrían alcanzarse por otros medios; sin embargo, no se tendería a hacer uso de ella, o por lo menos se guardarían ciertas reservas a este respecto[52].

En este y otros asuntos se cuenta con alternativas, más que con respuestas categóricas. Se podrían elegir, por ejemplo, restringir nuestro juicio a lo que hacen los médicos, enfermeras (y posiblemente otros proveedores de atención a la salud), o bien al comportamiento de los pacientes. Bajo la primera alternativa medimos lo que los médicos hacen y pretenden alcanzar. Bajo la segunda juzgamos lo que de hecho se alcanzó o lo que se espera obtener. Si se toma como criterio de calidad al comportamiento de los pacientes, es necesario interpretarlo en parte como responsabilidad del propio paciente, en parte como consecuencia de diversos factores ambientales y sociales (incluyendo a las propiedades del sistema de atención a la salud), y en parte como responsabilidad del médico y de otras personas involucradas en la atención[53].

Si se decide restringir la atención a la calidad del desempeño del médico o de la enfermera, es necesario hacer una segunda elección: evaluar exclusivamente los componentes de la dimensión técnica de la atención o incluir también el manejo de la dimensión interpersonal; para efectos de este trabajo se toman en cuenta estas dos dimensiones de la calidad propuestas en un principio por Donabedian, para evaluar de manera directa y restringida la calidad del desempeño del personal de enfermería. Los médicos por su parte, al juzgar su trabajo, casi siempre se han limitado a evaluar el desempeño técnico. En contraste, los pacientes son extraordinariamente sensibles al trato que reciben y con frecuencia utilizan básicamente ese elemento al juzgar la calidad de la atención como un todo, incluyendo los méritos técnicos. Esto se debe, en parte, a que la mayoría de los pacientes no entiende los detalles de la dimensión técnica y a que, con toda razón, piensan que si el médico no está personalmente interesado en ellos, no utilizará sus habilidades técnicas en toda su plenitud en su proyecto[54].

Por supuesto que los pacientes pueden entender los cambios más aparentes en su salud que se presentan, durante y después de recibir atención, y los utilizan como indicadores de calidad. Por desgracia, hay cambios muy sutiles en el estado de salud que los pacientes no perciben. Además, las

consecuencias más obvias pueden tardar en aparecer o, posiblemente, aunque se detecten tempranamente, no tengan que ver con la atención recibida. Con frecuencia los pacientes tienen expectativas poco realistas en relación con la efectividad de la atención y, por lo general, sobrestiman sus poderes. Por lo tanto es responsabilidad del médico el infundirle un carácter más sobrio a las esperanzas del paciente[55].

Participación de la enfermería en la evaluación de la calidad

Todas las actividades de atención de enfermería implican el desarrollo de destrezas y generan información sobre los diversos eventos que la componen, de manera que es posible conjuntar, procesar, analizar, interpretar y establecer mecanismos para evaluar el número y la calidad de las prestaciones que se otorgan. Así se ofrece a los directivos los elementos necesarios que les permiten tomar decisiones acertadas y realizar los ajustes correspondientes. La operación y la efectividad del funcionamiento de estos sistemas de información cierran el círculo de interdependencia, constante e indivisible, del proceso administrativo[56].

En relación a lo anterior se dice que la calidad de los servicios de salud que proporcionan, tanto el personal médico como de enfermería, se está conociendo ampliamente gracias a la influencia de los medios de comunicación y a la respuesta de los consumidores y proveedores que están en contacto directo con la industria del cuidado y mantenimiento de la salud; sin embargo, la calidad en la atención a la salud surgió hace mucho tiempo, con la presencia de dos proveedores de gran influencia: una enfermera de apellido Nightingale y un médico de apellido Codman[57].

Florencia Nightingale es reconocida a nivel mundial como una enfermera visionaria; su educación y trabajo en la promoción de la ciencia y el arte de la enfermería distinguió a Nightingale de los demás en cuanto a la calidad con que realizaba sus actividades en el cuidado de la salud, ella desafió a una sociedad autoritaria y dominada por el sexo masculino en la Inglaterra del siglo XIX, para modificar las prácticas del cuidado de la salud durante la guerra de Crimea; su influencia ayudó a salvar miles de vidas y cambió para siempre el ejercicio de la atención a la salud. La higiene básica, el trato amable y el estricto apego a las normas que se establecieron, en esos años, para la atención al paciente, hizo que se disminuyeran la propagación de organismos infecciosos, y la presencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles. El análisis estadístico y presentación gráfica de las causas de muerte por este tipo de enfermedades otorgaron evidencias científicas a la enfermería y un aspecto distintivo a la atención de calidad. Ese trabajo le retribuyó, a Nightingale, un lugar en la historia y permitió que la atención de calidad estuviera a la vanguardia de la profesión de enfermería[58].

Al mismo tiempo que la ardua labor de Nightingale acerca de la calidad del cuidado de la salud y la enfermería comenzó a alcanzar su clímax, se dio a conocer el trabajo del médico Earnest Codman. En 1914, Codman solicitó una recopilación y análisis de resultados quirúrgicos; consideraba que el estudio de lo que sucedía a un paciente permitiría crear mejores procesos y prácticas. Codman cargaba una tarjeta de bolsillo a la que llamaba tarjeta de procedimientos y resultados finales, en la que registraba el número de caso de cada paciente, el diagnóstico preoperatorio, el nombre de los integrantes del equipo quirúrgico, los procedimientos y resultados, estos dos últimos los observaba y estudiaba e hizo que fueran la base de una mejora en la calidad. Codman alentó a sus compañeros para que hicieran lo mismo; sin embargo, las avanzadas ideas de este médico no fueron escuchadas y la sociedad médica local le quitó el cargo directivo del Hospital para el cual estaba trabajando. A pesar del resultado inesperado y negativo, había plantado la semilla que ayudó a fundar el American Collage of Surgeons[59].

El trabajo de estos dos visionarios en la búsqueda de la calidad en la atención de las acciones de enfermería y médica les retribuyó un lugar en la historia e inició la práctica de la calidad que aún sigue

evolucionando. Actualmente, la evaluación de actividades o prácticas médicas y de enfermería es importante, ya que los consumidores y compradores de servicios de salud comienzan a demandar pruebas de los resultados de los servicios proporcionados. Por ejemplo, un grupo dirigido por consumidores de las compañías de Fortune 500 en la ciudad de Texas creó el grupo Leapfrog, cuyos lineamientos exigen evidencias de prácticas seguras y de calidad antes de adquirir contratos de atención médica y de enfermería para sus empleados. El pago de servicios por parte de grandes empresarios está teniendo gran impacto en el hecho de probar la existencia de altos niveles de calidad en el personal que trabaja en unidades de salud u hospitalarias[60].

Además las expectativas de las agencias de acreditación, organizaciones voluntarias de atención médica y agencias reguladoras locales, estatales y nacionales han fomentado un enfoque en el que se demandan evidencias de mejora de la calidad de las prácticas médicas y de enfermería. Algunas de estas organizaciones son Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) y American Hospital Association. Estos grupos presentan cada año recomendaciones relacionadas con mejores prácticas y los practicantes del cuidado de la salud son evaluados utilizando criterios para poblaciones de pacientes específicas. Por ejemplo, los principales criterios incluyen recomendaciones de prácticas para pacientes internos con ataques al corazón, infarto agudo del miocardio y neumonía comunitaria adquirida. Las organizaciones de atención médica del país esperan recopilar y brindar información que demuestre que, las prácticas basadas en evidencias están siendo ejecutadas con calidad y mayor apego a las normas de los procesos en torno al cuidado de la salud[61].

Históricamente, a nivel internacional, la vigilancia de la calidad de la asistencia ha sido motivo de preocupación, como un problema social organizativo, y ha significado un estilo de trabajo permanente[62].

En Cuba, a partir de la creación del Sistema Único de Salud, los principios que sustentan al mismo están dirigidos a lograr la satisfacción de los pacientes y familiares, por lo que ha sido una tarea sistemática la evaluación y control de la calidad de los servicios, lo que a su vez ha permitido los cambios introducidos en los propios servicios, actividades docentes e investigativas. En el equipo de salud, el personal de enfermería mantiene el vínculo más estrecho con los pacientes y su interrelación con todos los subsistemas de las unidades de salud. Por ello adquiere gran importancia su participación en los objetivos propuestos sobre calidad en el desempeño de sus actividades que realiza a favor de las demandas de los pacientes[63].

En tal sentido, la calidad de la atención fue definida como: “el grado en el cual los servicios de salud, en particular, los proporcionados por enfermería, para individuos y población mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales en relación a la actividad que están realizando”. Implícito en las diversas definiciones antes abordadas se encuentran los objetivos de la calidad de la atención en nuestro país como: el buen desempeño profesional, el uso eficiente de los recursos, garantizar el mínimo de daños y proporcionar un trato digno; todo esto interrelacionado para lograr un máximo de beneficios y satisfacción del paciente[64].

Trato digno y usuarios

En los servicios de salud, el trato digno es un aspecto fundamental que debe estar presente para lograr la calidad de la atención del usuario como ser humano que enfrenta el dolor o el sufrimiento por el riesgo de enfermar o morir[65].

El trato digno ofrecido, por el personal médico y de enfermería, a los usuarios que demanda atención de servicios de salud, ha sido reconocido como uno de los indicadores de elección para medir el impacto de la calidad de las intervenciones del sector salud en las Américas[66].

Una forma de evaluar la calidad de la atención de las intervenciones, por el personal de enfermería, es a través de medir la opinión de los usuarios. Dada la misión de las organizaciones de salud de mejorar las condiciones sanitarias de la población mediante la atención, reduciendo desigualdades, conteniendo costos y satisfaciendo a los usuarios, con respeto a su autonomía y valores, este es el personaje principal en los escenarios de la prestación de servicios, a quien se debe atender con calidad, oportunidad y eficiencia, para satisfacer sus expectativas, las del prestador de servicios y las de la propia institución[67].

Marco jurídico

De acuerdo con el Programa Nacional de Salud, la calidad de los servicios se define como: "el grado en que los servicios mejoran la salud de los individuos de manera congruente con las normas oficiales mexicanas y profesionales, las cuales responden en forma adecuada a las expectativas y valores de los pacientes. Recibir una atención de calidad es un derecho esencial de todos los mexicanos y específicamente para quienes requieren atención médica". Para ello la Secretaría de Salud ha planteado acciones concretas, las cuales se fundamentan en: "la democratización de la salud en México: hacia un sistema universal; que considere, entre otros aspectos, el desarrollo de un sistema que responda con calidad y respeto a las necesidades y expectativas del ciudadano[68].

Dentro de este Programa Nacional de Salud se plantea el despliegue de la Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud, donde el objeto del ejecutivo es que mejoren los aspectos técnicos de la atención, se garantice el abasto oportuno de medicamentos, se asegure un trato digno a los pacientes y se ofrezca mayores oportunidades de realización profesional a médicos, enfermeras y todas aquellas personas que participan en los procesos de atención a la salud[69].

En respuesta a esta Cruzada, se han iniciado algunas acciones para alcanzar las metas propuestas: Difusión del Código de ética para enfermeras y enfermeros en México, capacitación en calidad y mejoramiento continuo, difusión de los Derechos generales de los pacientes, el sistema de quejas y sugerencias para satisfacer al usuario y programas de estímulos para reconocer el desempeño de los trabajadores[70].

Considerando que en las organizaciones lo más importante es el factor humano, se ha trabajado en generar actitudes éticas y profesionales en el personal de enfermería comenzando por la Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE), que en su carácter propositivo, definió como prioridad para mejorar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de enfermería, el desarrollo de un proyecto para la evaluación sistematizada de dichos servicios[71].

Con esta intención la Comisión Interinstitucional de Enfermería inició sus actividades en 1993 promovida por la entonces Dirección General de Regulación en Servicios de Salud. A partir de la Reforma del Sector Salud y debido a que las autoridades de ésta reconocieron la importancia que tienen los profesionales de enfermería dentro del sistema de salud, la Subsecretaría de Coordinación Sectorial, hoy Subsecretaría de Innovación y Calidad, propició en 1996 una nueva integración conformada por una Coordinadora General y una representante de enfermería de cada una de las instituciones de este sector. Asimismo y reconociendo que la situación de enfermería debía ser analizada también a través de la óptica del sector educativo y de las asociaciones, desde el inicio de su conformación, representantes de estos dos ámbitos se encuentran incorporados a esta[72].

Debido a que los profesionales de enfermería desempeñan una función crucial y eficaz en beneficio de la población y dada la necesidad de contar con una instancia que coadyuve en la coordinación de los esfuerzos institucionales y de las organizaciones civiles de esta profesión para que apoye en su papel normativo a la Secretaría de Salud en lo que a enfermería se refiere, se expidió un decreto el 8 de septiembre de 2006, por parte del que fuera Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos Vicente Fox Quesada con fundamento en los artículos 21, 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 3 fracción IX y X, 5,6,7,89 y 90 de la Ley General de Salud y sabiendo de antemano que en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, la protección de la salud se concibe como un derecho al que todo mexicano debe aspirar sin distinción alguna, es como éste decreto hace mención de la creación de la Comisión Interinstitucional de Enfermería, como un órgano de consulta y apoyo de la Secretaría de Salud, así como de otras dependencias del sector público y privado que formen o cuenten con recursos humanos en enfermería para el desempeño de sus labores, con el objeto de contribuir al mejoramiento de la calidad y eficiencia de los servicios de atención a la salud, a su adecuada formación y al desarrollo y superación del personal de enfermería[73].

Para el cumplimiento de su objeto a la Comisión Interinstitucional de Enfermería le corresponde entre muchas otras actividades las de:

- Sugerir las políticas que rigen el ejercicio de enfermería y orienten la formación, considerando las necesidades actuales y futuras de la sociedad mexicana;

- Proponer un Plan Rector que sirva de directriz general para la conformación de las políticas, planes o programas de enfermería en las instituciones de salud y educativas e iniciativas que permitan mejorar las condiciones para el ejercicio y la formación de los profesionales de enfermería;

- Promover el cumplimiento de la normatividad que para la operación de los servicios de enfermería establezca la Secretaría de Salud;

- Participar en la integración de un Sistema de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Salud y proponer los esquemas, instrumentos y herramientas aplicables al área de enfermería para contribuir con sus propósitos; y

- Apoyar acciones educativas para el fortalecimiento de la conducta ética y de la humanización del cuidado de los profesionales de la enfermería[74].

Es por todo lo antes mencionado, que en la pasada gestión gubernamental se instituyó, a través de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios el desarrollo del proyecto de Evaluación de la Calidad de los Servicios Médicos y de Enfermería. Con este fin se establecieron vínculos de la Colaboración con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, órgano responsable de la Cruzada, para trabajar conjuntamente en la definición de estándares e indicadores de calidad en algunos de los procedimiento[75].

Los indicadores de los procedimientos que se presentan en este trabajo fueron seleccionados por su importancia en el control de riesgos y daños innecesarios al paciente; por ser algunos de los más frecuentes en la práctica diaria y su cumplimiento ser responsabilidad directa del área de enfermería. Así mismo, porque permiten identificar la percepción del usuario de los servicios de enfermería, en cuanto a trato recibido[76].

Además, el presente documento sienta sus bases legales en determinadas normas oficiales mexicanas y documentos que regulan la ética y la conducta del personal de enfermería en la calidad de las actividades que desempeña, especialmente en el primer nivel de atención y, en específico, y para fines de este

trabajo, en tres procedimientos técnicos y uno interpersonal: Detección Oportuna de Diabetes Mellitus, Detección Oportuna de Hipertensión Arterial, Detección Oportuna de Cáncer Cérvico-Uterino, y trato digno[77].

Es bien sabido, que el profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de orientarse en el marco del deber ser para una vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas[78].

Es importante mencionar que la observancia de las normas éticas es una responsabilidad personal, de conciencia y de voluntad para estar en paz consigo mismo. Por lo tanto el profesionista se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser y en razón del valor que el mismo grupo de profesionistas le otorgue. En enfermería es importante contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, la salud, la muerte, la dignidad, las ideas, los valores y las creencias de la persona y su ambiente[79].

Un Código de Ética que establezca de manera clara los deberes y obligaciones que guíen el buen desempeño profesional y que explicite las metas y valores de la profesión. El marco conceptual y la declaración de principios son la base para contextualizar los deberes que se adquieren para con las personas, con sus colegas, con la profesión y con la sociedad. Dichos deberes se resumen en un decálogo[80].

La Comisión Interinstitucional de Enfermería de la Secretaría de Salud presenta para su conocimiento el Código de Ética para las enfermeras mexicanas, mismo que fue socializado a nivel nacional en la Asamblea del Colegio Nacional de Enfermeras y en las instituciones educativas y de salud, el cual deberá cumplirse y asumirse por los profesionales en ejercicio de la enfermería[81].

De todo es sabido que hoy la profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión técnica. Se llama ética profesional a aquella disciplina que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio la profesión. Cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacía sus compañeros[82].

De este modo para los fines específicos de este trabajo se requiere una definición clara de principios y deberes éticos fundamentales que serán necesarios para el desempeño correcto de todas las intervenciones de enfermería encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basada en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera[83].

Entre los principios y deberes principales que menciona el Código de Ética están:

- Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.

- Proteger la integridad de las persona ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libre de riesgos.

- Mantener una relación estrictamente profesional con las personas a quienes atiende, sin distinción de raza, clase social creencias religiosas y políticas.

- Asumir su responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando sus cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.

- Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgos y daño a la propia persona o a terceros.

- Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.

- Evitar la competencia desleal y compartir con sus colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.

- Asumir la responsabilidad de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
- Pugnar por el desarrollo de la profesión , dignificar su ejercicio y;

- Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

Por otra parte, en relación a los usuarios, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud propuso mejorar la calidad de los servicios de salud abatiendo las desigualdades entre entidades, instituciones y niveles de atención, lo que implica entre otros aspectos, garantizar un trato digno a los usuarios, proporcionarles información completa y una atención oportuna[84].

Gracias a eso, el Programa Nacional de Salud destaca la importancia del respeto a los derechos de los pacientes, fomentando una cultura de servicios orientada a satisfacer sus demandas, lo que entraña respetar su dignidad y autonomía, garantizar la confidencialidad de la información generada en la relación médico-paciente, enfermera-paciente y brindar una atención que minimice los múltiples puntos de espera. Sin embargo, es necesario avanzar en la consolidación de una cultura que fomente la participación social y la corresponsabilidad en el cuidado de la salud, por lo cual es necesario destacar las prerrogativas que las propias disposiciones sanitarias de nuestro país regulan en beneficio de los pacientes, las cuales habían de definirse en forma precisa y difundirse entre los propios usuarios de los servicios de salud[85].

Es por ello que se encomendó a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico esta tarea, encaminada a coordinar los esfuerzos institucionales para definir un proyecto que fuera puesto a consideración de las organizaciones sociales. En él se plantearon los derechos de los pacientes frente al personal médico y de enfermería que le brinda atención, que concluyó con el diseño de la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes de la cual retomamos los siguientes criterios importantes para la realización de este trabajo[86].

Recibir atención médica adecuada

El paciente tiene derecho a que la atención médica que se le otorgue sea de calidad, apegado a los procedimientos normativos que regulan las Normas Oficiales Mexicanas y por personal preparado, de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como ser informado cuando requiera referencia a otro médico, esto fundamentado y de acuerdo a la Ley General de Salud, Artículos 51 y 89, y el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, artículos 21 y 48.

Recibir trato digno y respetuoso

El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes; lo cual se encuentra referido de la misma forma que el criterio anterior, en la Ley General de Salud, Artículos 51 y 89 y el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, artículos 25 y 48**.**

Ser tratado con confidencialidad

El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese, a su médico o a la enfermera, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley; éste último criterio es fundamento en la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico, numeral 5.6; Ley Reglamentaria del Artículo 5º. Constitucional relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal, artículo 36; Ley General de Salud, artículos 136,137 y 138; y el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, artículos 19 y 35[87].

Por último, para la evaluación del apego a los procedimientos técnicos normativos y correcta aplicación de estos por parte del personal de enfermería, fue necesario hacer uso de ciertas Normas Oficiales Mexicanas y de las Guías de Detección Integrada de Diabetes, Hipertensión Arterial y Cáncer Cérvico Uterino, que manejan cada uno de los centros de salud.

Cabe mencionar que cada Guía a su vez esta regida y fundamentada en las siguientes Normas Oficiales Mexicanas:

- Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, “Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino”. Esta Norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en los establecimientos que prestan servicios de atención de los sectores público, privado y social y tiene por objeto uniformar los principios, políticas, estrategias y criterios de operación para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino y se dará especial atención a las áreas rurales e indígenas a través de estrategias de extensión de la cobertura y a las zonas urbano-marginales[88].

- Norma Oficial Mexicana, NOM-015-SSA2-1994, "Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria". Esta Norma es de observancia obligatoria en el territorio nacional para los establecimientos y profesionales de la salud de los sectores público, social y privado que presten servicios de atención a la diabetes en el Sistema Nacional de Salud y define las acciones preventivas, asi como los procedimientos para su detección, diagnóstico, tratamiento y control. Su aplicación contribuye a reducir la incidencia por esta enfermedad, evita o retrasa sus complicaciones y disminuye la mortalidad por esta causa[89].

- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, “Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial”. Esta Norma es de observancia obligatoria en el territorio nacional para los establecimientos y profesionales de la salud de los sectores público, privado y social que presten servicios atención a la hipertensión arterial; y define las acciones preventivas, así como los procedimientos para la detección, diagnóstico, tratamiento y control de esta enfermedad[90].

Fundamentación empírica

Estudios realizados

Para determinar la situación que en materia de calidad en enfermería existía en las unidades médicas y como punto de referencia para este proyecto, se identificaron estudios realizados en instituciones tanto públicas como privadas del Sistema Nacional de Salud que evaluaban específicamente la calidad de los servicios de enfermería y algunos otros muy puntuales de determinados países en relación a la evaluación del desempeño del personal de salud. Es importante señalar que de las siguientes instituciones que se mencionan a continuación sólo se encontraron el nombre los proyectos que han realizado hasta el momento. Más adelante se profundizará en instituciones del sector público de los cuales sí se halló detalladamente información en relación a los trabajos de investigación que han publicado referente a la calidad del desempeño de los servicios de enfermería en tercer nivel de atención.

Comenzamos mencionando brevemente el Hospital Central Sur de los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX), que en el año 2001 desarrollaron un proyecto denominado Indicadores de calidad en enfermería.

Posteriormente el Instituto Nacional de Cardiología de la Secretaría de Salud (SSA), inició en 1999, el Programa de Indicadores de calidad en el cuidado enfermero.

Otra institución como el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), inició en 1999, el programa Calidad de la atención de enfermería en los servicios de hospitalización.

Por otra parte, el Grupo Ángeles de Servicios de Salud (GASS), desde hace seis años desarrolló un modelo de calidad, con tres vertientes: técnica, administrativa y desarrollo humano.[91]

En el caso del Hospital Naval de Acapulco, como parte de los servicios de salud de la Armada de México, se establecieron estándares e indicadores congruentes con la práctica y desarrollo de procesos acordes a esta institución, ya que esto es una necesidad prioritaria para uniformar las acciones y medidas preventivas a través de programas de mejora continua que permitan estar trabajando con buena calidad, pero que si no se cuenta con mediciones y registros que avale los resultados, difícilmente se puede establecer y documentar la efectividad.

Considerando que en la salud no se puede permitir errores, por lo que la calidad debe estar presente en la práctica de las actividades cotidianas que realiza el personal de enfermería para cumplir con los requisitos de satisfacer las necesidades de los usuarios, es por eso que el trabajo que este Hospital realizó denominado: Implementación de indicadores de calidad en el servicio de enfermería surgió de la necesidad de contar con las herramientas que permitieran madurar con mayor rapidez el sistema de gestión de calidad establecido en ese nosocomio, apegado al proyecto propuesto por la Comisión Interinstitucional de Enfermería, organismo que coordina directamente con la Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Calidad y Educación en Salud para la implantación de indicadores que maneja la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

En el año 2003 este Hospital participó en la primera Reunión Nacional Interinstitucional de enfermería organizada por la Secretaría de Salud en la Ciudad de México, integrándose los establecimientos Médico de la Secretaría de Marina: Centro Médico Naval; Hospital Naval de Veracruz, Hospital Naval de Acapulco, Sanatorio Naval de Coatzacoalcos y Sanatorio Naval de Puerto Madero, en el proyecto de tres indicadores de calidad en enfermería que son: trato digno, vigilancia de venoclisis instalada y ministración de

medicamentos vía oral. Primeramente se aplicó una prueba piloto de los tres indicadores propuestos en los tres turnos correspondientes, se procedió a establecer al medición sin que el personal estuviera enterado, a fin de obtener datos reales en la aplicación de los criterios que se determinaron, esta medición tuvo una duración de una semana y la muestra incluyó a 73 pacientes ingresados en el servicio de hospitalización de acuerdo a los criterios de inclusión previstos en un manual de procedimientos interno del mismo Hospital.

Los instrumentos de medición (guía de observación) constaron de nueve columnas para el registro de la información requerida (procedimiento paso por paso de la técnica a realizar), para así verificar el cumplimiento de los criterios básicos de las tres técnicas evaluadas: administración de medicamentos, instalación de venoclisis e instalación de catéter.

Respecto a los resultados se observó una tendencia uniforme hacia el alza en los diferentes turnos de las variables con menor porcentaje de cumplimiento: elaboración del membrete conforme a la normatividad y equipo de venoclisis libre de residuos, esto en relación al indicador de instalación de venoclisis. En relación al indicador de administración de medicamentos por vía oral, no se encontraron oportunidades de mejora ya que los criterios se cumplieron al 100%. Por último, respecto al indicador de trato digno se observó uniformidad en la mayoría de las variables, con un porcentaje mayor del 90 por ciento, observándose deficiencia en las variables relacionadas a la comunicación enfermera-paciente y comodidades-básicas[92].

En otro estudio realizado por Suárez y Cols., en el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” en la ciudad de México, se evalúo la calidad de los servicios de enfermería con base a 10 indicadores de proceso, basados en procedimientos que desarrolla este personal y que le permiten interactuar con el paciente e implementar intervenciones para su recuperación, los cuales se sometieron a monitoreo continuo y a un proceso de mejora, con el objetivo de alcanzar un índice de eficiencia máxima, para esto se planteo el establecimiento de estándares relacionados con los propios procesos observados y medidos, los cuales proponen un modelo para guiar las acciones del equipo de enfermería a fin de encaminar, conocer y valorar de forma continua y retroalimentada el grado de calidad en la atención del paciente. Las bases de este trabajo estuvieron constituidas por acciones previas de información y registro de incidencias y desviaciones en el cuidado, las cuales permitieron contar con registros formales de los incidentes que se presentaban durante la ejecución de técnicas y procedimientos de enfermería en el cuidado del paciente. El resultado de este sondeo era la evidencia clara de que había alteraciones en donde era necesario controlar, es decir: conocer para mejorar, por lo que se diseñó un programa de calidad con la base fundamental de la evaluación y el establecimiento de indicadores y estándares de calidad.

Para el desarrollo de dicha investigación, se determinaron, como se mencionó en un principio, 10 indicadores de proceso, que son: lavado de manos, instalación de catéter central, transfusión de hemoderivados, prevención y tratamiento de úlceras por presión, prevención de caídas , esterilización con vapor, preparación y administración de medicamentos por vía oral, baño de regadera, aspiración de secreciones traqueo bronquiales con sistema cerrado, y lavado y esterilización de filtro dializador y líneas arteriales. A estos indicadores se agregan en el primer semestre del 2003, 4 indicadores más: el indicador de preparación de soluciones endovenosas, el indicador de registros de enfermería, por necesidades institucionales, el indicador de trato digno y el de vigilancia y control de venoclisis instaladas, determinados por el “Programa de evaluación sistematizada de la calidad de los servicios de enfermería “de la Secretaría de Salud.

Es importante comentar que por cada uno de los indicadores se forma un equipo de trabajo el cual se considera círculo de expertos, cuyo objetivo principal es alcanzar un índice máximo con relación a su indicador. El monitoreo constó de varias etapas: de observación o fase de evaluación, análisis de datos,

emisión de resultados y fase de intervención o de mejora continua en donde se implementaron diversas estrategias, en su mayoría de educación continua; es importante también resaltar la colaboración del personal operativo, ya que durante la capacitación se hicieron partícipes del procedimiento aportando puntos importantes que se incluyeron en el proceso de mejora, además el margen de resistencia al cambio fue mínimo. La experiencia resultó exitosa, ya que se observó un aumento significativo en cada uno de los índices de eficiencia por indicador en cada etapa de intervención exhaustiva de mejora y educación continua, el personal de enfermería de este instituto sigue participando de manera activa en su superación académica[93].

Otro estudio realizado por Gandarias y Cols., en donde se evalúo el desempeño de enfermería, en el Hospital Universitario de la República de Haití en el año de 1999 se confeccionó un formulario en donde se incluyeron variables cualitativas, como: relación enfermera-equipo de trabajo y tipos de procederes (técnicas comunes y básicas de la especialidad), estos datos se obtuvieron mediante la observación "sin el conocimiento de las evaluadas", en visitas sistemáticas a los servicios donde se encontraban laborando. En cada variable se utilizó el término satisfactorio cuando el aspecto evaluado respondía a su cumplimiento en un rango de 90- 100 puntos, y de no satisfactorio si era de 89 y menos.

Los resultados para el desempeño del personal de enfermería resultaron satisfactorios en los siguientes aspectos: evidencia de manejo competente del paciente, buen liderazgo y ejecución de procedimientos en 92, 94 y 84 puntos respectivamente. En cuanto a la ejecución de procedimientos básicos, las mayores cifras con resultados satisfactorios correspondieron a la vía oral con 98 puntos, vía subcutánea con 92 puntos y medición de la temperatura en los signos vitales con 94 puntos. De todo lo antes expuesto fue posible concluir que el desempeño del personal de enfermería tuvo resultados satisfactorios y que es necesario seguir realizando la labor de educación continua con el resto del personal, a fin de elevar la calidad de la atención que brindan todas las enfermeras de dicha institución y así incrementar las perspectivas a las que aspiran las máximas direcciones de Haití[94].

Guerrero y Román realizaron en Mérida en el año 2000, un estudio expost-facto correlacional sobre la satisfacción del paciente post-operado y el cuidado de enfermería recibido, cuyo objetivo fue determinar la relación entre: la satisfacción del paciente post-operado, en sus factores: orientación e interacción enfermera-paciente y cuidado proporcionado por parte de la enfermera respecto a movilización, higiene y confort, el estudio se realizó en el Hospital "Dr. Carlos Edmundo Salas" de Pueblo Llano. Obteniendo una muestra al azar de 40 pacientes (50% de la población). Para la recolección de la muestra se utilizó un instrumento constituido por tres partes: la primera midió datos demográficos, la segunda parte midió la variable satisfacción del paciente post-operado, construida en escala tipo Likert y la tercera parte midió la variable cuidados de enfermería recibidos, construida en escala dicotómica.

Los resultados obtenidos confirmaron la ausencia de una relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio, igualmente hubo inexistencia de una relación estadística entre los factores observación y movilización; orientación, higiene y confort.

De manera que, el estudio expuesto anteriormente, determinó que, la muestra, en este caso los pacientes post-operados, no se sintieron satisfechos con los cuidados que le proporcionaron las enfermeras, reflejando la ausencia de los atributos humanistas que debe poseer este personal, evidenciado en una inadecuada atención al proporcionar los cuidados que no le permite identificar las necesidades de estos pacientes.[95]

En los Servicios de Salud de Oaxaca, en la Jurisdicción Sanitaria No. 1 "Valles centrales" se realizó una investigación operativa cuasiexperimental en el centro de salud de la colonia Volcanes, titulado "Mejorar la salud del usuario por el trato recibido en el primer nivel de atención"; esta investigación surgió a partir de

la identificación de que el trato brindado al usuario es un concepto multidimensional que evalúa de manera individual distintos aspectos relacionados con el cuidado de su salud, y que es un aspecto fundamental que debe estar presente para lograr la calidad de la atención del usuario y la mejoría en su estado de salud como ser humano que enfrenta cualquier tipo de enfermedad.

Aunque es posible que no exista un sistema de salud que cumpla con una excelencia integral, es posible identificar carencias u omisiones que dan lugar a deficiencias en la atención; dichas carencias se identificaron a partir de la aplicación de unos cuestionarios a los usuarios (F1-TD/02); se sacó un tamaño de muestra del 10% de las atenciones otorgadas en cada consultorio en forma sistematizada en los dos turnos durante una semana de trabajo, entrevistándose a 75 asistentes al Centro de Salud para obtener la información basal del estudio.

Posterior a esto se hizo una intervención capacitando al todo el personal responsable de las diferentes actividades en todas las áreas con recursos propios del Centro de Salud y de programas específicos que funcionan en la Unidad de Salud. Posterior a la intervención nuevamente se entrevistaron a 75 participantes asistentes a dicho Centro de Salud con el mismo cuestionario (F1-TD/02). Para la selección de estos participantes se utilizó el muestreo probabilístico aleatorio simple, considerando aspectos relacionados con trato personalizado y amable, oportunidad de la atención, ambiente confortable e información suficiente.

Para la concentración de los resultados referente a los aspectos antes mencionados se utilizó el formato que maneja la Cruzada Nacional por la Calidad para Trato digno (F2-TD/02). Estos datos se analizaron utilizando la prueba estadística: “Comparación de dos grupos a través de sus proporciones mediante la distribución Z”. En la medición diagnóstica las variables de mayor oportunidad detectadas fueron: satisfacción por los medicamentos 70.66 por ciento, satisfacción por el trato 66.67 por ciento y claridad de la información otorgada por el médico, todas estas contra un estándar del 95%. En la medición final las ganancias relativas fueron mayores en el trato digno, alcanzando un 97 por ciento; en la explicación del tratamiento 95.3 por ciento, la explicación del diagnóstico 92.3 por ciento e información clara en un 87.5 por ciento.

Las conclusiones de los resultados obtenidos es que, en opinión de la mayoría de los usuarios, los servicios prestados fueron satisfactorios. Sin embargo los porcentajes de respuestas en sentido opuesto no deben ser desdeñadas, en tanto hacen referencia a las dificultades encontradas con mayor frecuencia en la prestación de servicios de salud pública. Por ejemplo el tiempo de espera para recibir consulta, la falta de confianza en el médico asignado, los espacios de espera insuficientes y el desabasto de medicamentos principalmente. Estos datos concuerdan con lo encontrado en diferentes estudios realizados en México, en donde la insatisfacción de los usuarios la refieren a la falta de medicamento y tiempo de espera entre otras[96].

Por otra parte y en relación a la calidad de la atención por parte del personal de enfermería, en los períodos 2003-2004, se realizó un estudio en el Hospital General PEMEX de Cerro Azul, Veracruz surgida por la necesidad de contar con indicadores específicos para la medición de la calidad técnica e interpersonal de los servicios de enfermería y sentar las bases para sistematizar y homogeneizar la evaluación; Así como contar con una fuente de información para detectar oportunidades y tomar decisiones. El objetivo de este estudio fue el mejorar la calidad de los servicios de enfermería, definiendo criterios que se traduzcan en herramientas que garanticen, un ambiente seguro, eficiente y humano, en el trato a los pacientes Hospitalizados en el Hospital General Cerro Azul. Se realizó la medición de los tres indicadores propuesto por la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud en el área de Enfermería, los cuales son: administración de medicamentos vía oral, vigilancia y control de venoclisis instaladas y trato digno.

La medición de estos indicadores se hizo en una población finita en muestreo probabilístico, aleatorio y sistemático, obtenido de una tabla muestral de acuerdo al numero de egresos hospitalarios. En la evaluación realizada de estos indicadores durante el período del 2003 y los dos períodos del 2004, se obtuvieron los siguientes resultados: en el año 2003 el cumplimiento de criterios de la administración de medicamentos vía oral fue 90.6 por ciento que fue en ascenso obteniendo para la última evaluación del 2004 el 98.27 por ciento de cumplimiento. Con el indicador de vigilancia y control de venoclisis instaladas se inició con el 65 por ciento de cumplimiento, y para el 2004 se obtuvo 91.43 por ciento. En el indicador de trato digno en el año 2003 se obtuvo el 96.6 por ciento finalizando la evaluación en el tercer período en un 100 por ciento.

Tomando en cuenta los resultados de los estudios antes mencionados podemos afirmar que la Evaluación del Desempeño es un factor de gran relevancia en las acciones que realiza la enfermera, ya que el mismo sirve para detectar oportunidades de mejora para generar posibles soluciones las cuales repercutan en una atención de calidad en los cuidados que proporcionan estos profesionales a los usuarios[97].

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo al Banco Mundial, el personal de enfermería puede prestar la mayoría de los servicios básicos en los paquetes clínicos y de salud pública. En los servicios clínicos su participación es amplia y fundamental, dado el impacto de sus acciones en la calidad, eficiencia y efectividad de la atención, la cual se presta los 365 días del año y en las 24 horas del día[98].

En los servicios de salud, el trato digno y el correcto apego a la normatividad de las actividades que realiza el personal de enfermería son aspectos fundamentales que deben estar presentes para lograr la calidad de la atención del usuario como ser humano que enfrenta el dolor o el sufrimiento por el riesgo de enfermar o morir[99].

El problema de trato digno y el aún no estudiado aspecto sobre apego normativo en actividades prioritarias en instituciones de primer nivel de atención, por parte del personal de enfermería, que muchos pacientes experimentan al solicitar atención es la inoportunidad y la ausencia de atributos humanistas y cognoscitivos de esta misma, la falta o deficiencia en la información, la indiferencia, la falta de privacidad o confidencialidad, actitudes ofensivas y hasta discriminación en el trato, entre otros aspectos.

La respuesta de los pacientes a estas formas generalmente es de impotencia, rabia o pena. Las personas en muchas ocasiones no saben que hacer, el personal de enfermería llega a olvidar o hasta a veces desconocer los derechos de los pacientes. Es por esto que la satisfacción de los usuarios, el trato digno y el apego a las normas de cualquier procedimiento y técnica, que tengan relación directa con el paciente, han sido reconocidos como indicadores de elección para medir la calidad de las intervenciones y desempeño del personal de salud, en especial de enfermería[100].

Dada la misión de las organizaciones de salud de mejorar las condiciones sanitarias de la población mediante la atención, reduciendo desigualdades, conteniendo costos y satisfaciendo a los usuarios con respeto a su autonomía y valores, el usuario es el personaje principal en los escenarios de la prestación de servicios, a quien se debe atender con calidad, oportunidad y eficiencia, para satisfacer sus expectativas, las del prestador de servicios y las de la propia institución[101].

Formulación de la pregunta de investigación

Sabemos de antemano que en el equipo de salud, la enfermera mantiene el vínculo más estrecho con los pacientes y su interrelación con todos los subsistemas de las unidades de atención. Por ello adquieren

gran importancia su participación y desempeño, en las dimensiones técnica e interpersonal de la calidad de la atención. Aunque es posible que no exista un sistema de salud que cumpla con excelentes condiciones a nivel integral, es posible identificar carencias u omisiones que dan lugar a deficiencias en la atención, lo cual servirá para encontrar alternativas para su corrección y prevención[102].

Por tal motivo, se considera de interés evaluar la calidad en el desempeño del personal de enfermería en las actividades prioritarias que realiza en el primer nivel de atención a través de dos dimensiones: la interpersonal (trato digno) y la técnica (Toma de presión arterial, Detección Oportuna de Diabetes Mellitus y Detección de Cáncer Cérvico Uterino) ambas con sus dos subdimensiones (conocimiento y apego referente a los criterio de trato digno, código de ética y derechos generales de los pacientes y criterios normativos mínimos indispensables para ejecución de los procedimientos técnicos seleccionados) ambas dimensiones basadas en el modelo de la calidad de la atención referida por Donabedian.

Los procedimientos técnico normativos que se mencionan en el presente proyecto se denominaron "actividades prioritarias" ya que fueron seleccionados por su importancia y frecuencia en la práctica diaria, asi como su cumplimiento, por ser responsabilidad directa del área de enfermería en las unidades de primer nivel de atención.

Cabe mencionar que debido a que no existe a la fecha un estudio que evalúe la calidad del desempeño en enfermería en primer nivel de atención es que se determina realizar este proyecto con la finalidad de identificar oportunidades de mejora en la atención al usuario y desempeño de enfermería en sus actividades prioritarias diarias, lo cual servirá para encontrar alternativas para su oportuna aplicación, prevención y corrección de defectos en la calidad de la atención por enfermería; por lo cual se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la calidad del desempeño en sus dimensiones técnico e interpersonal, del personal de enfermería en las actividades prioritarias en el primer nivel de atención de la Jurisdicción Sanitaria No. V de Xalapa, Ver?

Clasificación de la pregunta por el estado de los hechos

Descriptiva

Clasificación de la pregunta por la respuesta esperada

Cuantitativa

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar la calidad del desempeño del personal de enfermería en sus dimensiones técnico e interpersonal en las actividades prioritarias en el primer nivel de atención de la Jurisdicción Sanitaria No. V de Xalapa, Ver.

Objetivos específicos

Dimensión interpersonal

- Evaluar el apego, por parte del personal de enfermería, a indicadores de trato digno según criterios basados en el Código de Ética para Enfermeras en México, Carta de los Derechos Generales de los

Pacientes e indicadores para trato digno por enfermería que maneja la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

- Evaluar la calidad de atención, en la dimensión interpersonal, a través del nivel de conocimientos que tiene la enfermera sobre, Código de Ética de Enfermería y Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.

Dimensión técnica

- Evaluar el cumplimiento técnico normativo con que la enfermera ejecuta cada una de las actividades prioritarias seleccionadas (Toma de presión arterial, Detección Oportuna de Diabetes Mellitus y Detección de Cáncer Cérvico Uterino).

- Evaluar la calidad de la atención, en la dimensión técnica a través del nivel de conocimientos que tiene el personal de enfermería en relación a las actividades prioritarias seleccionadas que desempeña en el primer nivel de atención.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio y diseño

Cuantitativo, evaluativo, transversal, observacional y descriptivo

Universo o población objetivo

Espacio

El universo del presente trabajo son las 220 enfermeras que se encuentran ubicadas dentro de los 82 centros de salud que conforman la Jurisdicción Sanitaria No. V, de Xalapa, Veracruz.

Tiempo

El levantamiento de la información se llevará a cabo del 26 de febrero al 02 de mayo de 2007 en las unidades de primer nivel de atención que salieron como parte de la muestra.

Tipo de muestreo

1. Bietápico (se realizó en dos etapas)
2. Por conglomerados (ya que se identificaron a las enfermeras por Centro de Salud).
3. Estratificado (como es de interés tener representados tanto centros de salud urbanos como rurales se eligieron de acuerdo a su ubicación: en área urbana y rural 10 y 72 centros de salud respectivamente).
4. Aleatorio simple (se seleccionaron las unidades hasta cubrir el tamaño de la muestra para cada estrato)

Tamaño de la muestra

Considerando que trato digno es el único indicador en donde se tienen calificaciones a nivel estatal ésta se considero como la variabilidad para determinar el tamaño de la muestra necesario para estimar una

media, de esta forma se obtuvo un porcentaje promedio de 99.8 por ciento obtenido a partir de los resultados de los once criterios para trato digno por enfermería en segundo nivel de atención que maneja la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, y para la cual se utilizó el programa Epidat versión 3.

A partir de la media de las calificaciones se calculó la desviación estándar y varianza de la población con un nivel de precisión del cuatro por ciento y un intervalo de confianza del 95 por ciento.

En los centros de salud de primer nivel de atención de la jurisdicción sanitaria No. V se tiene un total de N= 220 enfermeras, de las cuales se obtuvo un tamaño de muestra de n= 27. Para tener una mejor representatividad de los centros de salud se dividieron estos en urbanos y rurales. En los centros de salud urbanos hay un total de 108 enfermeras y en los rurales 112. De esta forma se seleccionaron trece enfermeras a nivel urbano y catorce a nivel rural.

A nivel urbano en forma aleatoria se selecciono el centro de salud Miguel Alemán, el cual tiene un total de 15 enfermeras, con lo cual queda cubierto el tamaño de muestra (trece enfermeras).

A nivel rural se seleccionaron los siguientes centros de salud, con lo cual se completo el tamaño de muestra para este estrato. (catorce enfermeras).

Centro de salud	enfermeras
Actopan	2
Santa Ana	1
Jilotepec	3
Xico	8

Respecto al número de usuarios este será de 81 pacientes a los cuales se les aplicará el cuestionario para evaluar trato digno, teniendo como entendido que si son tres procedimientos que se evaluará por enfermera, entonces serían tres pacientes diferentes a los que cada enfermera atendería; si tenemos 27 enfermeras del total de la muestra y si este numero lo multiplicamos por tres pacientes diferentes, nos da un total de 81 usuarios. Cabe señalar que si existieran pacientes a los cuales se les haya realizado más de uno de los tres procedimientos seleccionados esto no influirá en el número total de pacientes a encuestar, pero sí variaría en el número de procedimientos.

Ejemplo: Puede haber un paciente al que una enfermera de la muestra, le haya realizado los tres procedimientos o detecciones a evaluar, entonces esa enfermera automáticamente estaría evaluada en un solo paciente, pero sólo para la dimensión técnica respecto a apego a la normatividad; ya que para el apego a trato digno de la dimensión interpersonal aparte de ese usuario atendido por esa enfermera faltarían dos más a los que se le tendrían que aplicar el cuestionario para trato digno. Cumpliendo de esta manera tres evaluaciones de trato digno por enfermera.

Unidad de análisis

27 enfermeras de primer nivel de atención seleccionadas a través del muestreo aleatorio que laboran en los centros de salud de la jurisdicción sanitaria No. V, y 81 usuarios a los que se les aplicarán el cuestionario para evaluar trato digno brindado por personal de enfermería.

Criterios de inclusión

Enfermeras de base o de contrato de la Secretaría de Salud de la jurisdicción sanitaria No. V que se encuentren laborando en las fechas en las cuales se realizará el levantamiento de la información.

Usuarios que sean atendidos por personal de enfermería evaluado y que se les haya realizado uno o más de los procedimientos o detecciones seleccionadas (Toma de presión arterial, Detección de Cáncer Cérvico Uterino y Detección Oportuna de Diabetes Mellitus).

Criterios de exclusión

Enfermeras pasantes en servicio social que se encuentren laborando en una de los centros de salud seleccionados.

Usuarios que hayan acudido al centro de salud por otro tipo de atención: (inmunizaciones, consulta médica, pláticas de planificación familiar, estimulación temprana, etc.) y que no se les haya realizado ninguna de las tres detecciones o procedimientos a evaluar (Toma de presión arterial, Detección de Cáncer Cérvico Uterino y Detección Oportuna de Diabetes Mellitus).

Criterios de eliminación

Enfermeras que aun formando parte del estudio se nieguen a querer participar en él, y que por lo tanto serán reemplazadas por otras enfermeras seleccionadas aleatoriamente con las mismas características que las primeras.

Usuarios que aun formando parte del número total de pacientes a entrevistar, se nieguen a querer responder las preguntas del cuestionario a aplicar y que por lo tanto serán reemplazados por otros usuarios con las mismas características que los primeros.

Variable

Definición conceptual

- Calidad del desempeño del personal de enfermería en las actividades prioritarias en el primer nivel de atención:

Es la utilización de conocimientos adquiridos durante la formación o experiencia profesional, el apego a la normatividad, el trato adecuado ofrecido al usuario y, por consiguiente, la ausencia de deficiencias en las actividades más importantes y ejecutadas con mayor frecuencia por el personal de enfermería en los centros de salud, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario.

Definición operacional

- Calidad del desempeño del personal de enfermería en las actividades prioritarias en el primer nivel de atención:

Para efectos de este estudio se considerará que existe calidad en el desempeño del personal de enfermería en actividades prioritarias, en el primer nivel de atención, cuando dentro de la dimensión interpersonal, referente al apego a indicadores de trato digno se haya obtenido un porcentaje mayor o igual al 95%, y un nivel suficiente en el aspecto cognoscitivo.

Y en relación a la calidad técnica haber obtenido un porcentaje del 100 por ciento en apego a procedimientos técnicos normativos y un nivel suficiente en conocimientos.

Se considerará conocimiento suficiente cuando obtenga de cuatro a cinco respuestas correctas en los cuestionarios relativos para evaluar conocimientos.

Para la descripción y operacionalización de variables. (Dimensión interpersonal: subdimensiones apego y conocimiento) (Ver anexo 1).

Tipo de fuente:
Primaria: personal de enfermería de primer nivel y usuarios

Técnicas, instrumentos y procedimientos para la recolección de la información

Del 26 de febrero al 26 de marzo de 2007 se realizará la recolección de los datos a través de la aplicación de cuestionarios: uno aplicado a usuarios para evaluar trato digno brindado por personal de enfermería y tres cuestionarios más autoaplicados a personal de enfermería para evaluar conocimientos sobre Código de Ética para Enfermería en México, Carta de los Derechos Generales de los Pacientes y conocimientos de los procedimientos técnico normativos seleccionados.

Del diez de abril al once de mayo se aplicarán las guías de observación para evaluar el apego normativo de los procedimientos en un principio mencionados a las enfermeras de los centros de salud que salieron como parte de la muestra.

La recolección de datos es el proceso de recopilar y registrar la información que nos servirá para dar respuesta al problema o la hipótesis planteada, es por esto que la fase de construcción de los instrumentos fue de suma importancia, ya que de ella dependerá que los resultados que arroje la investigación sean de utilidad, pues las respuestas de nuestros instrumentos deberán servir para contestar la pregunta de investigación planteada, es por esto que la validez y la confiabilidad son requisitos indispensables de los instrumentos de recolección de datos.

Para fines de este proyecto las técnicas que se utilizarán para la recolección de la información serán de dos tipos: la observación de la cual se hará uso especialmente para la dimensión técnica en la cual se evaluarán los procedimientos y el apego de estos a la normatividad oficial a través de unos instrumentos llamados guías de observación estructuradas (Anexos 2, 3, 4,5, 6 y 7). Y la entrevista la cual se utilizará directamente con el personal de enfermería para evaluar conocimientos relacionados a las técnicas en un principio evaluados y con el usuario para evaluar trato digno por enfermería a través de cuestionarios. (Anexos 8, 9 y 10).

Descripción de los instrumentos según los apartados que lo componen

Cuestionarios para evaluar dimensión interpersonal (apego y conocimientos) a usuarios y personal de enfermería

Los pasos a seguir para la construcción de los instrumentos (cuestionarios y guías de observación) fueron: hacer una revisión bibliográfica acerca de la variable y dimensiones a evaluar (marco referencial), determinar la relación y coherencia entre las variables relevantes, los objetivos, e indicadores; Una vez que estas se identificaron, se definieron, conceptual y operacionalmente, identificando el tipo de variable de que se trataba, la escala y las categorías que eran necesarias para que su respuesta incluyera todas las opciones posibles, y con base en estas se estructuraron las preguntas para los cuestionarios y los

procedimientos correspondientes para las técnicas a evaluar, a las que posteriormente se les buscó la validez de contenido y la confiabilidad por estabilidad y equivalencia.

Cuestionario para evaluar apego a criterios de trato digno

El instrumento que se presenta en el anexo 8 consta de quince preguntas cerradas, con respuestas de tipo dicotómicas, las cuales pretende medir una parte de la dimensión interpersonal referente a trato digno ofrecida por el personal de enfermería a los usuarios; es una técnica de entrevista aplicada a partir de un cuestionario compuesto por nueve apartados, la calificación para determinar si existe o no un trato digno, brindado por la enfermera que atendió a ese paciente, será expresado en porcentaje y por semaforización con base al siguiente índice: Total de pacientes encuestados que fueron atendidos por el personal de enfermería que respondieron afirmativamente a los quince criterios determinados para trato digno, en el lugar y período a evaluar, sobre el total de pacientes encuestados en el mismo lugar y período X 100.

Así tenemos que:

100%	semáforo verde
90 a 99%	semáforo amarillo
89 y menos	semáforo rojo

1. Título:
En el cual se indica a que se refiere el cuestionario y además da una idea del contenido de la misma cédula.

2. Presentación
Aquí se da una explicación breve del ¿para qué? del cuestionario, la importancia que tiene la cooperación de la persona que lo va a contestar y la seguridad que se le brinda de guardar su confidencialidad.

3. Datos generales de identificación de la unidad médica en la que se está evaluando al personal de enfermería.
Aquí en este apartado se recolectan datos referentes a: Nombre la unidad de salud, localidad, municipio, área: rural ó urbana, turno: matutino ó vespertino y fecha del levantamiento de la información.

4. Trato recibido
Se hacen preguntas para saber si el personal de enfermería se presentó con el usuario y si se dirigió hacia él (ella) por su nombre, si fue tratado con respeto y si se sintió a gusto con el trato que recibió.

5. Comunicación enfermera-paciente.
Este apartado trata de rescatar que tanta comunicación existe entre la enfermera y el paciente, si sólo se limita a realizar el procedimiento, o si la enfermera le explica como se encuentra su estado de salud actual de acuerdo a los resultados correspondientes obtenidos a través de la detección o detecciones que se le realizaron.

6. Confidencialidad.
En este apartado se hacen preguntan relacionadas a saber si la enfermera procuró que toda la información que resulte de las detecciones realizadas a los pacientes o información expresa del

médico tratante, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte.

7. Calidad de las comodidades básicas
Aquí se trata de saber si la enfermera procuró que el tiempo de espera del paciente fuera agradable, es decir, si lo invitó a que tomara asiento mientras era su turno para recibir atención, si lo llevó a la sala de espera a ver la tele, a escuchar música o le dio algún folleto de interés para que no se aburriera.

8. Atención pronta y oportuna
Esta pregunta trata de saber si el paciente se sintió satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para recibir atención por parte de la enfermera que lo atendió y saber si esa atención la recibió en el momento que así se requirió.

9. Datos de identificación del responsable del levantamiento de los datos
Aquí se trata de recolectar el nombre y la firma del responsable de la aplicación del cuestionario.

Cuestionario para evaluar conocimientos sobre Código de Ética para el Personal de Enfermería en México y Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.

El instrumento que se presenta en el anexo 10 consta de diez preguntas cerradas, con respuestas de opción múltiple, las cuales pretenden medir la segunda parte de la dimensión interpersonal referente a trato digno; en esta parte se tiene como objetivo evaluar los conocimientos que tiene el personal de enfermería con respecto al Código de Ética del Personal de Enfermería en México y la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.

Es una técnica de entrevista aplicada a partir de un cuestionario compuesto por cinco apartados, la calificación para determinar si el personal de enfermería tiene un nivel suficiente, medio o insuficiente de conocimientos en relación a lo antes mencionado, será expresado en tres niveles con base al siguiente índice: Total de enfermeras encuestadas que respondieron correctamente a las diez preguntas determinadas para evaluar conocimiento respecto a Código de Ética y Derechos Generales de los Pacientes, en el lugar y período a evaluar, sobre el total de enfermeras encuestadas en el mismo lugar y período X 100.

Así tenemos que:

8 a 10 respuestas correctas	conocimiento suficiente
4 a 7 respuestas correctas	conocimiento medio
0 a 3 respuestas correctas	conocimiento insuficiente

1. Título:
En el cual se indica a que se refiere el cuestionario y además da una idea del contenido de la misma cédula.

2. Presentación
Aquí se da una explicación breve del ¿para qué? del cuestionario, la importancia que tiene la cooperación de la persona que lo va a contestar y la seguridad que se le brinda de guardar su confidencialidad.

3. Datos generales de identificación de la unidad médica en la que se está evaluando al personal de enfermería.

Aquí en este apartado se recolectan datos referentes a: Nombre la unidad de salud, localidad, municipio, área: rural ó urbana, turno: matutino ó vespertino y fecha del levantamiento de la información.

4. Criterios que maneja el Código de Ética para el Personal de Enfermería en México.

   En este apartado se recolectará información referente al conocimiento que tiene enfermería con respecto: al significado de trato digno, código de ética y deberes de las enfermeras para con las personas.

5. Derechos Generales de los Pacientes.
   En este otro apartado se recolectará información referente al conocimiento que tiene enfermería con respecto a: los Derechos Generales de los Pacientes.

Cuestionarios para evaluar la dimensión técnica referente a: apego y conocimientos a Normas Oficiales Mexicanas que rigen los procedimientos técnicos de las actividades seleccionadas.

Los instrumentos que se presentan en los anexos 3, 5, y 7 son tres cuestionarios que constan de 5 preguntas cerradas cada uno, con respuestas de opción múltiple, las cuales pretenden medir la primera parte de la dimensión técnica; en esta parte se tiene como objetivo evaluar los conocimientos que tiene el personal de enfermería con respecto a: generalidades, clasificación, prevención, detección, tratamiento, y control de la hipertensión arterial, diabetes mellitus y cáncer cérvico uterino.

Es una técnica de entrevista aplicada a partir de tres cuestionarios compuestos por ocho, siete y cinco apartados respectivamente, la calificación para determinar si el personal de enfermería tiene un nivel suficiente, medio o insuficiente de conocimientos en relación a lo antes mencionado, será expresado en tres niveles con base al siguiente índice: Total de enfermeras encuestadas que respondieron correctamente a las cinco preguntas determinadas para evaluar conocimiento respecto a la Norma Oficial 030, en el lugar y período a evaluar, sobre el total de enfermeras encuestadas en el mismo lugar y período X 100.

Así tenemos que:

4 a 5 respuestas correctas	conocimiento suficiente
2 a 3 respuestas correctas	conocimiento medio
0 a 1 respuestas correctas	conocimiento insuficiente.

1. Título.

2. Presentación.
   Aquí se da una explicación breve del ¿para qué? del cuestionario, la importancia que tiene la cooperación de la persona que lo va a contestar y la seguridad que se le brinda de guardar su confidencialidad.

3. Datos generales de identificación de la unidad médica en la que se está evaluando al personal de enfermería.

   Aquí en este apartado se recolectan datos referentes a: Nombre la unidad de salud, localidad, municipio, área: rural o urbana, turno: matutino o vespertino y fecha del levantamiento de la información.

4. Generalidades.
En este pequeño apartado se recolectará información del conocimiento que tiene la enfermera con respecto a: ¿Cuáles son las Normas referentes a cada una de las tres detecciones que se están evaluando?

En los apartados restantes se recolectará información del nivel de conocimiento que tiene el personal de enfermería en relación a la: clasificación, detección, tratamiento, y control de cada una de las detecciones en un principio mencionadas.

*Guías de observación para evaluar la dimensión técnica referente a: apego y conocimientos a Normas Oficiales Mexicanas que rigen los procedimientos técnicos de las actividades seleccionadas***.**

Los instrumentos que se presentan en los anexos 2, 4, y 6 son tres guías de observación que constan de varios pasos para realizar una determinada detección, lo que se conoce comúnmente como procedimiento técnico, estos instrumentos pretenden medir la segunda parte de la dimensión técnica; en esta parte se tiene como objetivo evaluar el apego normativo que tiene el personal de enfermería con respecto a: la detección de la hipertensión arterial, diabetes mellitus y cáncer cérvico uterino.

Es una técnica de observación aplicada a partir de tres guías de observación, la calificación para determinar si el personal de enfermería se apega correctamente a la técnica de detección que marca la Norma Oficial Mexicana correspondiente, será expresado en porcentaje con base al siguiente índice: Total de enfermeras cuya técnica seleccionada (detección de hipertensión arterial, detección oportuna de diabetes Mellitus y detección de cáncer de cérvico uterino), cumplen con los criterios establecidos por la Norma Oficial Mexicana según el procedimiento elegido , en el lugar y período a evaluar, sobre el total de enfermeras evaluadas en el mismo lugar y período X 100.

Así tenemos que:
100 por ciento = calificación mínima esperada por el cumplimiento total de todos los criterios que se están evaluando por cada técnica correspondiente.

Validez de los instrumentos

Validación de contenido y de constructo

Cuestionarios

Se diseñaron cuestionarios con determinado número de ítems ó preguntas, agrupadas en dimensiones o apartados específicos. Se analizó la validez de contenido mediante la valoración por los maestros del área disciplinar de administración de servicios de salud, el tutor de este proyecto de investigación, la asesora correspondiente (Coordinadora del área de enfermería de la Jurisdicción Sanitaria No. V de Xalapa, Ver) y los compañeros de la maestría del área antes mencionada.

Se procedió a la depuración de los *ítems* que se consideraron innecesarios. Se estableció que los ítems con palabras difíciles de entender o que pudieran generar doble interpretación, por parte de los entrevistados, fueran modificadas con otro tipo de palabras más simples, para que estas fueran comprendidas en su totalidad, es por esto que se tuvo que adaptar el lenguaje de las preguntas.

También se analizó la correlación de los *ítems*, con los objetivos del proyecto, y los indicadores y las dimensiones que se quieren evaluar, también se revisó la definición de cada ítem de manera exhaustiva, a

manera de que quedara finalmente un cuestionario con preguntas redactadas de manera ordenada y lógica, con preguntas breves y fáciles de comprender; y que no inducieran una reacción estereotipada.

Una vez hechas las modificaciones correspondiente se procedió a realizar la pre-prueba, en donde se tuvo la seguridad que las preguntas del cuestionario fueron válidas y confiables, cuando al aplicar el cuestionario correspondiente a usuarios que fueron atendidos por el personal de enfermería, las preguntas del mismo fueron entendidas de manera verbal y contestadas con las respuestas que se querían obtener. Y los cuestionarios correspondientes a evaluar al personal de enfermería fueron validados de la misma forma.

Guías de observación

La validación de constructo y contenido de cada una de las guías de observación se hizo en un total de cinco enfermeras, por cada enfermera se validaron las tres guías observación correspondiente a cada técnica a evaluar.

Cabe mencionar que se hizo la técnica de observación por cada una de las guías y no se hizo modificación alguna.

Pre- prueba

Para la realización de la pre-prueba de los cuestionarios correspondientes a usuarios y a personal de enfermería, se acudió al centro de Salud Maraboto de la Jurisdicción Sanitaria No. V de Xalapa, Ver.

En primer lugar, se comenzó a realizar la pre-prueba a cinco de los usuarios que fueron atendidos por el personal de enfermería y a los que se les hubieran realizado uno o más de los tres procedimientos que están siendo evaluados en ese personal.

La aplicación del cuestionario fue rápida, precisa y concisa, no se requirió de mucho tiempo y las personas participaron de una forma muy amable, las preguntas fueron entendibles para ellas, porque al finalizar la aplicación del cuestionario, se les preguntó si habían dudas en cada una de las preguntas que se les realizaron y contestaron que no, que habían sido fáciles, que al principio sintieron miedo porque iban a sentirse avergonzados si no sabían que responder, pero se sintieron seguros al escuchar la primera pregunta.

La duración de la aplicación del cuestionario por cada usuario tuvo una duración de seis a siete minutos. Se hizo la prueba de validez y confiabilidad al preguntarle a cada uno de los usuarios ¿qué entendió por cada uno de los términos de determinada pregunta? y se obtuvo la respuesta que se esperaba a fin de estar seguros que los términos de cada pregunta no se prestaron a doble interpretación.

Posteriormente la pre-prueba de los cuestionarios correspondientes a evaluar conocimientos al personal de enfermería fue autoaplicada, tuvo una duración máxima de diez minutos por cada enfermera. Las preguntas fueron entendibles para ellas, al finalizar la aplicación del cuestionario, se les preguntó si había dudas en cada una de las preguntas que leyeron y contestaron que no, que habían sido fáciles, al principio sintieron temor por contestar el cuestionario de forma incorrecta, pero se sintieron seguros al ver que la primera pregunta fue fácil de resolver.

Se hizo la prueba de validez y confiabilidad de la misma manera que los cuestionarios aplicados a los usuarios; se les preguntó a cada una de las enfermeras ¿qué entendió por cada uno de los términos de

determinada pregunta? y se obtuvo la respuesta que se esperaba a fin de estar seguros que los términos de cada pregunta no se prestaron a doble interpretación.

Cabe mencionar que el total de usuarios y enfermeras encuestadas fue de diez; (cinco usuarios y cinco enfermeras correspondientemente).

En relación a las guías de observación se rectificó que los procedimientos a evaluar estuvieran elaborados de una forma lógica, sin dejar pasar algún paso que fuera imprescindible y en caso de que fuese necesario quitar algún otro que fuera innecesario.

Por ultimo cabe mencionar que las preguntas que conforman cada uno de los cuestionarios y los procedimientos a evaluar, están relacionadas estrechamente con los objetivos e indicadores del estudio.

Técnicas y procedimientos para el procesamiento y análisis de la información

Para el análisis de la información se diseñará una sola base de datos, para analizar los resultados de los conocimientos del personal de enfermería y para analizar el apego normativo a trato digno y a procedimientos técnicos normativos observados; todo esto realizado con el apoyo del software Epi Info, versión 3.2, según las características de los instrumentos que se aplicarán para la recolección de los datos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Bruce, Judith, Elementos fundamentales de la calidad de la atención. Un marco conceptual sencillo, El Population Council/INOPAL III, México, D.F., 1998.

[2] Matamala, M.I., Berlagoscky F., Salazar G. y Núñez L (1995), Calidad de la Atención, Género, ¿Salud reproductiva de las mujeres?, Reproducciones América, Santiago de Chile.

[3] Juran, J. M., Juran y el liderazgo par la calidad. Un manual para directivos, Ediciones Díaz de Santos, Madrid, 1990.

[4] Ishikawa, K., ¿Qué es el control total de calidad? La modalidad japonesa, Editorial Norma, Bogotá, 1986.

[5] Spendolini, M.J., Benchmarking, Ediciones Norma, Bogotá, 1994.

[6] Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La administración estratégica local. Washington, DC: OPS/OMS, 1996: 23-35.

[7] Real Academia Española, Diccionario de la Lengua Española, Real Academia Española, Madrid, 1996, p. 257.

[8] Deming, W. E., Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis, Ediciones Díaz de Santos, Madrid, 1986.

[9] Reyes-Zapata, H. y Cols. Un sistema de medición de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género, Documento de trabajo núm. 29, Population Council, 1999.

[10] Abramson JH. Métodos de estudios de medicina comunitaria. Una introducción a los estudios epidemiológicos y de evaluaciones. Barcelona: Díaz de Santos, 1993:26-30.

[11] Gordon M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 3 ed. Barcelona: Mosby-Doyma, 1996:302-8.

[12] Donabedian, Avedis, Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. Un texto introductorio,

Instituto Nacional de Salud Pública, Serie Perspectivas en Salud Pública, México, D. F., 1990, p.12.

[13] Louis M. Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica social. 2 ed. Barcelona: Mosby-Doyma, 1996:216-32.

[14] Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil y Planificación Familiar. Procederes en obstetricia y ginecología por el médico de la familia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1998:5-30.

[15] Ramírez Yara A. Cuidemos a los cuidadores. Rol Enfermería 1997; 222:13-5.

[16] Rodríguez Palma M, Malia Gázquez R, Barba Chacón A. Plan de cuidados enfermeros en la tetania posquirúrgica. Rol Enfermer 1997; 222:21-4.

[17] Villalpando Casa J. La capacitación del personal en los procesos de educación permanente en los servicios. Educ Med Salud 1994; 28(3):424-31.

[18] Cruz A, Pérez A. Diagnóstico de salud y diagnóstico educativo. Un enfoque integral. Rev Cubana Salud Pública 1996; 22(2):102-16.

[19] Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Materno-Infantil. En: Carpeta metodológica de enfermería. La Habana: MINSAP, 1996:103-5.

[20] Mazeiz N. Proceso de atención de enfermería. Temas Enfermería Actual 1997:13-5.

[21] Esteban A. El control de la calidad asistencial, una responsabilidad compartida. Rev Clin Esp 1988; 182(3):166.

[22] Martínez H. Sistema de auditoría médica hospitalaria. Rev Cubana Adm Salud 1988;14(1):55-72.

[23]Montiel G. Administración de los servicios de salud en enfermería. Evaluación de la calidad de atención de los servicios de enfermería, México: OPS-CIESS, 1988.

[24] Fernández E. Calidad de la atención médica. Notas de clase del curso sobre técnicas de dirección a personal dirigente de enfermería, ISCM-H, Cuba, 1990.

[25] Suárez JM, Mireles PJ. La garantía de calidad. Acreditación de hospitales de México y para América Latina y el Caribe. México DF. OPS-OMS, 1992.

[26] Gandarias JM. Desempeño de enfermería en el Hospital Universitario de la República de Haití. Rev. Cubana Salud Pública. 1999.

[27] Mejorar en la efectividad de la entrega del cuidado de Salud. Nueva York: Booz-Allen, Hamilton, 1992.

[28] Milla JB, Zambrano-Riba R. Evaluación del Desempeño de las Enfermeras de Atención Directa y la Satisfacción Laboral en el Hospital "Plácido Daniel Rodríguez Rivero" de San Felipe 1997;25 (4):3-5.

[29] Ministerio de Salud Pública. Cuba. Área de Docencia e Investigaciones. Indicaciones Metodológicas para la confección de los exámenes escritos de evaluación de la competencia y el desempeño profesional 7/1998.

[30] Jardines JB, Aneiros-Riba R, Salas Perea RS. Cuba, Recursos Humanos en la Atención Primaria de salud y su estrategia de desarrollo. Educ. Médica y Salud 1993;27(2):145-59.

BIBLIOGRAFÍA

1. Govin J, Torres M, Regalado D. Calidad de la atención de enfermería. Revista de Ciencias Médicas La Habana (revista en Internet) 2001 abril-diciembre. (acceso 22 septiembre de 2006) Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol8_1_02/hab03102.htm

2. Trincado M, Fernández E. Calidad en enfermería. Revista de Ciencias Médicas La Habana (revista en Internet) 1995 enero-abril. (acceso 14 septiembre de 2006) Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol11_1_95/enf01195.htm

3. Stoner M . Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria a la salud. Med Clin (Barc). 1996; 124(16): 606-12.

4. Syr R. Revista Cuba de Educación Médica Superior. Ciudad de La Habana (revista en internet) 2003 enero-abril. (acceso 25 septiembre de 2006) Disponible en : http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol12_2_03/med02245.htm

5. Gibson I. El desempeño de enfermería. Profesionalismo en el hospital universitario. Repùblica de Haití. Revista Cubana de Enfermería La Habana (revista en Internet) 1997 enero-abril. (acceso 12 septiembre de 2006) Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol17_1_01/enf00345.htm

6. Torres BM. Tendencias actuales en las competencias especificas de Enfermería. Escuela Nacional de Salud Pública. Ciudad de la Habana (revista en internet) 1999 enero-abril. (acceso 25 septiembre de 2006) Disponible en : http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol10_3_05/med01863.htm

7. Flores A, Domínguez R. Evaluación del desempeño del profesional de enfermería en el los servicios de Ginecología. Med Clin (Cuba). 2003; 9(13): 2-8.

8. Montes P, Castillo S. Evaluación de la calidad de la atención médica integral a trabajadores del municipio de Santiago de Cuba. Rev. Med Cubana (Cuba). 2005; 23(9): 21-26.

9. Jacas I, Bonne T, Botín M, Pérez C. Evaluación de la Calidad de la atención médica en el subsistema de urgencias del municipio 10 de octubre. Rev Cubana de Salud Pública (Cuba). 2000; 45(3): 34-45.

10. Gregorio JM. Triple carga laboral en el personal de enfermería. Escuela Nacional de Salud Pública. Ciudad de Venezuela (revista en internet) 2005 febrero-abril. (acceso 01 octubre de 2006) Disponible en : http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol10_3_05/med01863.htm

INFLUENCIA DEL NIVEL DE PARTICIPACIÓN DEL AVAL CIUDADANO EN LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO POR EL TRATO DIGNO

Oswall Johnny Marín Marín
Tutor: Elsa Ladrón de Guevara Morales
Co-tutoras: Dra. Elsa Fernández Gutiérrez y Lic. Alma Catalina Sustershik Hernández

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo constituye el protocolo de tesis, que para fines académicos y de titulación, se realizó en el tercer semestre de la Maestría en Salud pública. Dicho documento tiene como propósito rescatar la relación que pueda existir entre el nivel de participación de los avales ciudadanos y la influencia de éstos, en la satisfacción de los usuarios por el trato digno recibido.

Derivado de lo anterior, el trabajo pretende dar respuesta a la interrogante ¿El nivel de participación del aval ciudadano influye en la satisfacción del usuario por el trato digno recibido? Considerando como hipótesis que, el nivel de participación del Aval ciudadano si tiene influencia en la satisfacción del usuario por el trato digno recibido. Así mismo tiene como objetivo central, valorar la influencia del aval ciudadano en la satisfacción del usuario, según su nivel de participación.

El diseño de la investigación será de corte Cuantitativo, Observacional, Transversal, Exploratorio, Descriptivo y Correlacional y se empezará a desarrollar cuando se inicie el cuarto semestre.

Se consideró que algunas de las ventajas de realizar esta investigación y dar respuesta a la pregunta planteada es que permitirá conocer la efectividad de la estrategia del aval ciudadano determinando su nivel de participación.

También será importante conocer como parte de lo que pretende medir la satisfacción del usuario por el trato digno recibido, misma que recae en uno de los retos que marca la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, como lo es el mejorar la calidad de los servicios de salud que se prestan a la ciudadanía, tanto en su dimensión técnica como interpersonal.

Éste trabajo está estructurado en VI capítulos. El primer capítulo tiene que ver con las bases teóricas y empíricas que sustentan la temática abordada. El segundo capítulo tiene que ver con el planteamiento del problema, que da paso a la pregunta de investigación e hipótesis del estudio. El tercer capítulo describe tanto el objetivo general como los específicos. El cuarto capítulo describe la metodología empleada. El quinto capítulo corresponde a las referencias bibliográficas, y el sexto muestra los anexos.

MARCO TEÓRICO

Fundamentación teórica

La participación social

La evolución de la participación social en los sistemas de salud, sobre todo en Latinoamérica, nos obliga a echar una mirada al pasado, para que se pueda describir como fue evolucionando el concepto y como se fue implementando en la práctica.

Vázquez, M., y colaboradores mencionan, que el interés que se tiene por la participación social en el campo de la salud no es nuevo, ya que se ha ido introduciendo en las diferentes etapas del desarrollo de los sistemas de salud. Ellos refieren que en el siglo pasado las iniciativas de salud contaban con la participaron comunitaria para ser implementadas. Sin embargo su orientación y desarrollo se ligaban al contexto social y político en donde se desenvolvían[1].

Los autores comentan que en los años cincuenta y sesenta, tras el acelerado crecimiento de los servicios de salud en cuanto a personal e infraestructura, se efectuaron las primeras experiencias de implicar a la comunidad en los programas de salud y que estarían destinadas a ciertas áreas geográficas o programas. Aunque países como Cuba y Panamá, las implementaron en todo su sistema de salud. La experiencia de Panamá, mencionan los autores, consistió en incorporar dichas políticas a sus programas con el fin de cambiar su modelo de salud netamente institucional y curativo, al modelo de prevención y participación comunitaria que extendería la cobertura de sus servicios.

Al comienzo de la década de los setenta, citan los autores, tras diversos motivos como tensiones por la guerra fría, crisis de petróleo, movimientos sociales en busca de justicia social y las dictaduras militares, se reconoció de manera general la incapacidad de los sistemas de salud de dar respuesta a la población mas necesitada de atención médica, trayendo consigo cambios radicales en las políticas sanitarias. Al finalizar la década, citan, se conceptualiza la atención primaria a la salud como una alternativa en los sistemas de salud en crisis, cuyas líneas generales se consignan en el documento oficial de la conferencia internacional de Alma Ata, donde la descentralización y la participación comunitaria aparecen como principios fundamentales para construir un sistema de salud.

Por último, para el final e inicio de las dos décadas siguientes respectivamente, los autores refieren que, tras acabarse la guerra fría, se producen cambios en la economía global, que trae como consecuencia, que muchos países introdujeran programas de ajuste estructural. Cambios que impactaron en la formulación de políticas públicas y en la percepción sobre el papel del Estado y de la sociedad civil[2].

En este contexto, por un lado se desarrollan políticas de promoción de la salud centradas en la participación comunitaria tomando un nuevo matiz, evolucionando hacia un nuevo y amplio concepto de acción social en salud, y por el otro, donde las reformas de los sistemas de salud reducen el papel del Estado, en donde se percibe al usuario como cliente de los servicios de salud, esperando que participe expresando su opinión y que actúen consecuentemente.

Por otro lado, Figueroa, D. plantea que el concepto de participación comunitaria referido a los problemas que puede enfrentar una comunidad, es tan antiguo como la historia humana y además, como movimiento constante de la vida de una comunidad, axial como de todas las sociedades[3].

A pesar de ello dice, que este proceso puede estar promovido por agentes ajenos a la comunidad, y así hacerlo relativamente un concepto moderno. En los años 50`s, menciona, que se aplicó la idea en las comunidades como desarrollo o promoción rural, introduciendo tecnologías que mejoraran la calidad de vida. Todo ello con la intención de organizar y movilizar a la comunidad para el logro de sus objetivos. Se pensó que la comunidad carecía de antecedentes y de la estructura necesaria para movilizar sus recursos, por lo que se tuvo que organizar a la comunidad a través de los organismos de salud. Aun cuando se encontró resistencia, se tuvo que convencer a los líderes locales para que movieran a la comunidad de una manera más eficaz. Aunque para la década de los 60´s, el método adoptado para el desarrollo de las comunidades no estaba funcionando.

Para los años 70`s, se introdujeron estrategias nuevas para que el desarrollo y organización fueran integrales y completos en las comunidades, sin embargo, aunque si se tuvieron resultados, no se logró la participación generalizada y sostenida de las comunidades en problemas de la salud[4].

Los factores que de una u otra forma han influido para obstaculizar dicha situación son la poca comprensión de lo que debe incluir la participación en la salud. Los modelos son manejados en el sentido de que tratan que la comunidad colabore en actividades en las que no tuvo nada que ver cuando se decidió iniciarlas, ya que plantean al usuario pasivo como la persona que está agradecido de la atención que está recibiendo, y que la considera mas como un favor que como un derecho. Muy pocas veces la participación comunitaria ha sido definida y puesta en práctica como la participación en las decisiones sobre políticas, prioridades y servicios de salud.

Por ello el autor considera que la participación social se da, cuando todos los actores sociales de una comunidad toman parte en las deliberaciones y decisiones de todos lo problemas que los afectan, donde se incluyan las decisiones sobre sus necesidades y prioridades, y así asumir con responsabilidad y obligación, la formulación de planes, la adopción de medidas y la evaluación de resultados.

Así mismo el autor define a la participación comunitaria, como el proceso mediante el cual los individuos se transforman con base a sus necesidades y las de la comunidad, teniendo con ello el sentido de responsabilidad para su propio bienestar y el del grupo, que dará como resultado un mejor desarrollo.

La participación social referida a la salud plantea el mismo autor, es un servicio que debe ser ofrecido a la comunidad para satisfacer el desarrollo social de su gente, pero dichos servicios en ocasiones son ofrecidos por personas que no conocen o no tienen nada que ver con la comunidad, lo cual conlleva a que dichos servicios no tengan aceptación y no se cumplan, aunado a ello la poca participación de la comunidad le resta importancia y efectividad a los esfuerzos realizados en materia de salud para los habitantes. Por ello considera que la comunidad debe jugar un papel activo de autogestión, participación, responsabilidad e iniciativa en la solución de sus problemas de salud, para el alcance de sus objetivos, y cambiar las topologías sobre acciones de participación en grados que van de la pasividad a la actividad[5].

Definición actual de participación social

El concepto de participación ciudadana es relativamente amplio y por ende admite variadas interpretaciones. Así Celedón y Noé, mencionan que en términos generales este concepto se define como, la intervención de la sociedad civil en la esfera de lo público, intervención que puede ampliarse a distintos ámbitos de la vida colectiva: en el ámbito político, económico o social[6].

Por su parte, Cerqueira y Mato, definen la participación social como las acciones colectivas a través de las cuales las sociedades afrontan los retos de la realidad con propuestas y esfuerzos que intentan resolver sus problemas y satisfacer las necesidades de una manera deliberada, democrática y concertada; como estrategia promueve la interacción entre los actores sociales representantes de las organizaciones comunitarias y de las diversas instituciones gubernamentales y no gubernamentales para que en conjunto se analicen problemas y necesidades, planifiquen acciones, llevar a cabo políticas, planes y programas, y evaluar el procesos y los resultados[7].

La nueva visión de la gestión pública según Celedón y Noé, reemplaza al administrador público por el gerente, se orienta a los resultados más que al control sobre los procesos, y centra su acción en el ciudadano y por tanto impulsa nuevos mecanismos de participación social. Sin embargo, se ponen de manifiesto distintas visiones o definiciones del concepto de ciudadano. Una de ellas limitada al ciudadano en cuanto a la gestión pública a ser beneficiario o elector, el cual es visto como mero destinatario de los

servicios públicos. La otra amplía más el concepto lo pone como consumidor o cliente, es decir, reconoce que existe una relación de intercambio que le asigna mayores derechos respecto de la visión anterior. Una visión más avanzada de ciudadanía busca que las personas sean usuario-accionista de los servicios públicos y por tanto con derechos sobre la gestión que sobre pasa a su mera opinión o queja respecto de los servicios que recibe y su calidad[8].
Por lo anterior expuesto las mismas autoras señalan que, la participación ciudadana cuando se refiere a la provisión de un servicio público puede presentarse en dos ámbitos distintos: Primero, en la definición de los servicios provistos y sus características y, segundo, sobre la gestión misma de los servicios públicos, cuando se toman de decisiones en el proceso de provisión del servicio[9].

Considerando lo anterior, cual sea la manera de participar que se le designe al ciudadano, deberá estar en estrecha relación con el rol de ciudadano que adopte en la gestión pública. En el ámbito de la definición de los servicios, dependerá de sí el ciudadano es visto como beneficiario o como cliente y respecto a la toma de decisiones o la gestión del servicio si se lo considera ciudadano-elector o accionista de los servicios públicos.

Bajo este esquema Celedón y Noé proponen, distintos niveles de participación ciudadana. Por lo que respecta al ámbito de los productos y servicios y sus características, la participación ciudadana puede ser vista desde la información, la consulta, el derecho queja o reclamo, derecho de apelación, hasta el derecho a ser compensado. Por lo que toca a la toma de decisiones, la participación debe ampliarse desde el derecho a ser informado hasta niveles de involucramiento para la toma de decisiones (poder compartido o delegado) o participar en la evaluación y control de algunos aspectos de la gestión[10].
En cuanto a participación social en el campo de la salud, Sanabria Ramos menciona, que dentro del campo de la salud y como producto social, la participación social es un elemento fundamental para la solución de los problemas de salud, aplicándose a acciones inherentes y que sirven al propio sector salud pero que al mismo tiempo trasciendan y comprometan a toda la sociedad[11].

Para esta autora la participación significa que la gente intervenga estrechamente en los procesos económicos, sociales, culturales y políticos que afectan sus vidas. Por otro lado para el caso de la participación social en salud se plantea la definición expresada en 1994 por la Organización Panamericana de la salud que dice que la participación social en la cogestión de la salud se entiende como; la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud. En este sentido menciona, la participación comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia sus propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada. Se plantea también que de los objetivos principales para obligarse en estimular y perfeccionar la participación social es cuando se logra estabilizar al grado de protagonismo de los diferentes actores sociales en las tareas inherentes a la producción social de la salud, ya que en ese sentido prevalecen desequilibrios que en algunos casos son resultado de la inequidad en salud y en otros conducen a ella. Es por ello que la participación social constituye una piedra angular para el desarrollo, tanto de los seres humanos en su individualidad, como en el desarrollo de las comunidades donde viven, de ahí el empeño de estimularla.

En los últimos años concluye Sanabria Ramos, para alcanzar el mayor nivel de participación social ha sido necesario vincularla con el empoderamiento, concepto que se refiere a la capacidad de las personas de llevar a cabo acciones tanto de forma individual como colectiva, así como implicación de acceso y control sobre los recursos necesarios. De ahí que en el ámbito individual implique características que favorecen la autoestima y el auto control para alcanzar las metas propuestas, mientras que en el ámbito comunitario el empoderamiento se debe de unir a la participación social cuando reconoce la necesidad de contactos entre diferentes organizaciones, las alianzas, el dialogo y la posibilidad de influencia en las estructuras de poder. Un método de evaluación que ha sido citado en diferentes obras comprende cinco elementos que

tienen una decisiva influencia en la participación social, estos son; evaluación de las necesidades de participación, movilización de recursos, liderazgo, organización y gestión. De manera general se analiza la participación social de diferentes formas según su percepción, dado que unos la perciben como la satisfacción de una necesidad de determinado grupo de población, en otras como una vía o herramienta para alcanzar la salud y en otras más como una participación política.

Fundamentación empírica

Estudios realizados

En el campo de las investigaciones realizadas, podemos citar dos experiencias sobre participación social en salud. En la primera de ellas, las autoras Scull, G. e Iglesias, M., realizaron un estudio descriptivo, para determinar cómo participa la comunidad en la solución de sus problemas, derivados de las condiciones de vida en la que se desarrollan. Diciendo que, la relación que existe entre lo psicológico y lo social tiene que ver de alguna manera o influir en el proceso salud-enfermedad, sin que en este proceso se deba dejar de lado el contexto donde se desarrolla el hombre, dado que es en éste donde se deben de desarrollar las condiciones vitales, tanto de manera individual como colectiva. Sin embargo, plantean que estas condiciones deben de ser evaluadas tomando en cuenta tres diferentes entornos; de manera familiar, laboral y comunal. Por lo que es necesario para efectuar dicha evaluación de la Participación Social, en la cual los diferentes actores sociales involucrados juegan un papel importante para la identificación de problemas, la identificación de necesidades sentidas de la comunidad, con el propósito de establecer soluciones y prioridades, que permitan la elaboración en equipo de un Plan de Acción, que responda precisamente a las necesidades de los propios actores sociales para que puedan modificar para bien sus condiciones de vida y así mejorar su salud[12].

Sánchez, L y cols., en septiembre de 1999 realizan un estudio donde se planteó analizar las opiniones sobre participación comunitaria en una comunidad de la Habana, Cuba, con el propósito de identificar los criterios claves que permitirían elaborar una estrategia de participación social en el control de mosquito transmisor del dengue. El estudio que se realizó fue de corte transversal durante el periodo de septiembre a octubre de 1999, que en su primera parte desarrollo entrevistas abiertas a personajes claves de la comunidad como, brigadistas, activistas de higienización de más de 5 años en esa zona. Mediante técnicas de análisis cualitativo se obtuvieron términos, expresiones comunes y conceptos claves relacionados a la participación comunitaria, para elaborar un cuestionario, que en una segunda parte fue aplicado a una muestra tomada de la población.

Las entrevistas hechas a los personajes claves de la comunidad revelaron variables que se consideraron importantes explorar, tales como, la participación comunitaria en la higienización ambiental, el papel e imagen de los líderes y de las organizaciones comunitarias, la participación comunitaria en sentido general en la solución de problemas de la comunidad. Por otra parte los resultados de las encuestas a la población, revelaron que los personajes claves de la comunidad reconocen que la participación comunitaria es útil para la solución de problemas. Entre las opiniones que fueron emitidas y que favorecen a una mejor participación comunitaria fueron, la valoración de trabajo en grupos, el conocimiento por parte de las autoridades a los problemas de la comunidad, así como el que los ciudadanos reconozcan su obligación de tomar parte en el desarrollo de su comunidad, y por otro lado las opiniones que resultaron desfavorables fueron las emitidas en relación a la imagen de los lideres y el tipo de beneficio que podría tener el participar con la comunidad[13].

Otro estudio realizado por Delgado, M. y cols, demuestra que dentro de las reformas al sector salud en Colombia, se incluyen políticas que promocionan la participación social en el sistema de salud, mismas que son importantes para el buen desempeño de éstos. El objetivo del estudio era analizar el sentido y

significado que daban a la participación social los distintos actores sociales que de alguna manera ejecutan dichas políticas. Así plantean haber realizado un estudio cualitativo, descriptivo de tipo exploratorio mediante grupos focales y entrevistas a profundidad, donde las variables utilizadas, fueron los discursos (variables discursivas), de distintos actores sociales como lo fueron; usuarios, personal de salud, y formuladores de políticas, los cuales fueron recogidos mediante técnicas tales como; grupos focales (usuarios y lideres) y guías de entrevistas (personal de salud y formuladores de políticas). En los grupos focales para los usuarios se utilizaron criterios de selección como; la edad, tipo de afiliación, estrato social y el sexo. Para los líderes, los criterios fueron; el ser líderes de usuarios y representantes de juntas de acción comunal. Por otro lado para los actores sociales que fueron abordados mediante las guías de entrevistas, para el personal de salud los criterios fueron; la titularidad, tipo de institución y la categoría laboral.

Los resultados en cuanto al concepto de participación social que emitieron todos los actores sociales fueron los que mediante la técnica de grupos focales consideraron que la participación social tiene que ver con; aportación de ideas, colaborar, pertenecer al sistema y uso de servicios de salud, es un derecho, con la capacidad de los líderes y organización comunitaria. Por otro lado, para los abordados mediante guías de entrevistas mencionaron que el concepto tiene que ver con; actividades con la comunidad, control y seguimiento de los programas de salud, implicarse en procesos de la institución y afiliación al sistema de salud.
Estos conceptos emitidos por los diferentes actores sociales dejan ver el sentido y significado de ellos y así darle a la participación social la elaboración de distintos niveles que tienen que ver con sus roles, experiencias y vivencias[14].

En cuanto a estudios realizados para medir la satisfacción del usuario se tiene el realizado por Castillo, B. y cols., que mediante un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo, realizado en la Delegación 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicado en la zona noreste del Distrito Federal., tuvo como propósito el identificar la satisfacción de trabajadores de los servicios de salud en el trabajo, donde se planteo definir a la calidad como el conjunto de características de servicio y de producto de consumo que satisfacen las necesidades de un consumidor y lo hacen sentirse orgulloso de tener dicho producto o de haber recibido un servicio, al más bajo costo posible. También proponen que la calidad es considerada como la capacidad de un producto o servicio de satisfacer las necesidades de los usuarios.

La calidad ha sido evaluada durante varios años en países de América, mediante diferentes metodologías. Siendo una de ellas la basada en el modelo de insumo-producto integrada por Donabedian. Sin embargo, no obstante las diferentes propuestas, la calidad de la atención médica ha sido un problema difícil de conceptuar y evaluar.

Los autores mencionan, que ante lo expuesto, la calidad de la atención médica se determina como aquella clase de atención que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, tomando en cuenta el balance entre las ganancias y pérdidas del proceso de atención en todas sus partes. Bajo este proceso surge la necesidad de controlar la calidad de la atención médica, consolidándose como parte sustantiva él, proteger y proporcionar satisfacción tanto a usuarios internos como externos. En otras palabras, la satisfacción del usuario se consolida como una forma de avaluar la calidad de la atención médica.

El estudio se realizó a usuarios que acudieron entre marzo y agosto de 1999 a solicitar la atención médica en doce unidades de medicina familiar del IMSS, el muestreo fue aleatorio y sistemático, se incluyeron 600 trabajadores mayores de 18 años atendidos el día de la aplicación de la encuesta, la encuesta aplicada contenía 23 ítems, que la caracterizaban a los usuarios y datos como, motivo de consulta, tiempo de espera y satisfacción e insatisfacción con la atención recibida y trato, el instrumento fue validado por

tres médicos de salud en el trabajo y fueron aplicados en forma directa al trabajador previo consentimiento de ellos. El análisis incluyó cálculo de frecuencias simples, absolutas y relativas que permitieron identificar las variables más significativas asociadas con la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.

Los resultados fueron que el 51 por ciento mostró satisfacción con los servicios de salud recibidos y 49 por ciento refirió insatisfacción, dentro de este resultado resalta las expectativas de los usuarios en relación a la calidad que fueron, la atención al tramite recibido 64 por ciento, trato amable 23 por ciento, y tiempo de espera corto 13 por ciento. Con esto se hace evidente que una parte de la evaluación de la calidad es la satisfacción del usuario respecto de las expectativas que tiene sobre su atención[15].

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, incluida en el Programa de Nacional de Salud 2001-2006, es una de las cinco estrategias sustantivas que hace frente a los retos que el Sistema de Salud mexicano aborda actualmente. El reto sigue siendo mejorar la calidad de los servicios de salud que se prestan a la ciudadanía, tanto en su dimensión técnica como en su dimensión interpersonal, dicho reto ha sido abordado durante ya varios años mediante esfuerzos que realizan las instituciones del sector público y privado. Sin embargo, el sistema de salud mexicano carece aún de una estrategia que permita dar coherencia e impulso a todos esos esfuerzos para que el reto sea claramente superado[16].

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se plantea que, pese a que hay que mejorar las condiciones de salud de la población, el sistema de salud debe de responder en forma clara a las expectativas de los usuarios, implicando en ello, el ofrecer servicios de salud efectivos que respeten la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad. Un trato adecuado representa recibir servicios básicos dignos en las unidades de atención, esperar el tiempo razonable para pasar a consulta y tener la posibilidad de acceder a las redes de apoyo social[17].

En este sentido, no tendría que sorprendernos que los usuarios de los servicios médicos en México, muestren insatisfacción al recibir un servicio, ya que de acuerdo a la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud aplicada en el año 2000, revela que la población piensa que el gobierno debe centrar su atención en los servicios de salud, la educación, el desempleo, entre otros[18].

Así pues, es necesario establecer una estrategia nacional que rescate de manera decidida el valor de la calidad y lo arraigue en la cultura organizacional del sistema y de cada uno de los prestadores de los servicios, teniendo como punto de dirección de todos esos esfuerzos, a los usuarios de los servicios, buscando la mejora sustantiva de sus condiciones de salud y garantizar un trato digno[19].

Durante varios años se ha documentado mediante múltiples evaluaciones, el bajo nivel promedio de la calidad de los servicios de salud, tanto público como privado, pudiendo identificar cuatro retos que la cruzada aun enfrenta. Estos son, la percepción de mala calidad de los servicios de salud por parte de la población, alta variabilidad del nivel de calidad técnica, heterogeneidad de los niveles de calidad entre regiones, instituciones e incluso al interior de ellas y, la pobre información poco confiable sobre el desempeño de los servicios de salud, lo que obstaculiza la toma de decisiones correctas[20].

De tal forma en el Programa Nacional de Salud Julio Frenk menciona, que la calidad, debe entenderse como el grado en que los servicios mejoran los niveles de salud, de manera congruente con las normas profesionales y con los valores de los pacientes. Donde también dice que el concepto incluye dos dimensiones: la técnica y la interpersonal. La primera buscando resultados que la ciencia actual hace posible y la segunda referida a lo que se ha dado en llamar la calidez de la atención, es decir, el respeto

al paciente (trato digno) como ser humano integral y la búsqueda de su satisfacción[21].

El programa de acción de la Cruzada Nacional contempla fortalecer la acción ciudadana, por lo que propone la estrategia ciudadana llamada Aval Ciudadano, para que valide la Información de resultados de la calidad en salud, como una iniciativa que permita legitimar los datos obtenidos durante el monitoreo de indicadores, así como ser una oportunidad para reconocer el interés ciudadano para que se mejore significativamente la calidad de los servicios de salud[22].

Aval Ciudadano

El mismo programa de acción menciona que el aval ciudadano tiene sus raíces latinas que significan (aval, *vallem, firmar un escrito para responder ante la conducta de otros y* ciudadano*, de civitas, atis adjetivo aplicado a los habitantes del Estado a ejercer sus derechos políticos*), por lo tanto se deberá de entender que el aval ciudadano es toda aquella persona de una o varias organizaciones reconocidas moral y socialmente, que ejerzan un acto de derecho ciudadano en el que mediante su nivel de participación y a través de un escrito firmado, validen la información de resultados del monitoreo de los indicadores de calidad que presentan las instituciones, con el firme propósito de generar transparencia y confiabilidad en la información presentada. Viéndolo de esta manera el desarrollo social y democrático en materia de salud, es una responsabilidad compartida entre el gobierno y la ciudadanía en la que la participación social no se considera participación ciudadana hasta en tanto no se relaciona con actividades públicas. La Cruzada, por tanto, reconoce la importancia de la participación ciudadana en la construcción del cambio hacia la calidad de los servicios de salud y por ende, de la satisfacción del usuario, de ahí su preocupación e interés de contar con el aval ciudadano[23].

Antecedentes del aval ciudadano

En México, las características de los gobiernos de la mayor parte del siglo XX, hicieron que la participación ciudadana se ejecutara de manera estrictamente limitada y sin objetivos claros en lo que a participación se refiere. El aval ciudadano, como forma y mecanismo de participación ciudadana, se basan en años de experiencia de esta última tanto para extraer las experiencias positivas como para evitar callejones sin salida[24].

La historia registra al menos dos antecedentes importantes a tomar en cuenta con respecto a la participación ciudadana y que tuvieron resultados muy diversos. Una de las primeras intervenciones fue mediante el conocido Código de hummurabi que, respondía sin duda al descontento popular ante acciones cometidas por cirujanos improvisados y a los que se les imputaban ciertas reglas relacionadas a la salud, se decía que si una persona perdía la vista por un error cometido, al cirujano se le tenían que cortar ambas manos, a partir de ello los médicos empezaron a abandonar su profesión ante el temor de las consecuencias.

Otra intervención de presión ciudadana tuvo lugar a mediados del siglo XIX, en la reforma del sistema de drenaje de Londres. Donde el improvisado sanitarista Edwin Chadwick prohibió las letrinas sépticas, dado que las consideraba como focos de infección, mismas que descargaban todos sus desechos en el río Támesis, hecho que ocasiona una reacción ciudadana conocida como la gran pestilencia, misma que obligo al gobierno a implementar un sistema de drenaje moderno.[25] Estos ejemplos permiten comprobar que uno de los puntos importantes para dar respuesta a acciones con calidad en cuanto a problemas de salud se refiere, reside en la sensibilidad de la población para responder con oportunidad a los reclamos de ellos mismos. Para ello es necesario contar en gran medida con mecanismos apropiados que permitan abrir el dialogo entre las autoridades y la población, con el propósito de plantear soluciones a los

problemas de salud. La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, propone como uno de estos mecanismos al aval ciudadano.

En el contexto nacional, a partir del año 2002 empezaron a operar de manera efectiva las actividades del aval ciudadano, habiéndose instalado avales ciudadanos en 27 estados del país, con la participación de cerca de 370 organizaciones que se incorporaron a los diferentes niveles de la estructura institucional, tales como local, jurisdiccional/delegacional y estatal. La experiencia de estos años ha aportado resultados importantes, desde los trabajos concretos de validación de los registros de trato digno, hasta el planteamiento de problemáticas más profundas y cualitativas que exigen nuevos enfoques y proposiciones más elaboradas de común acuerdo con el usuario y que respondan a sus expectativas.

La Cruzada Nacional, faculta a ciertos grupos y organizaciones civiles que tengan representación social, prestigio y credibilidad a que se constituyan como avales ciudadanos y visiten las unidades de salud con el propósito de avalar las acciones de trato digno que ofrecen, garantizar que la información emitida se apegue a la realidad y promover la participación de la ciudadanía en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios de salud.

Sus objetivos centrales son:

- Participar en la identificación de necesidades y expectativas de calidad de los usuarios de los servicios de salud.
- Promover en los usuarios y la ciudadanía los derechos generales de los pacientes.
- Contribuir a generar transparencia de los resultados de la información sobre trato digno para la rendición de cuentas.
- Participar con el personal de salud en la toma de decisiones para mejorar el trato digno en las instituciones de salud[26].

Partiendo de estas consideraciones y en el contexto del Programa Nacional de Salud 2001-2006, se plantea que la participación de la ciudadanía debe promoverse en todos los niveles del sistema, desde asumir la responsabilidad por su estado de salud, hasta influir directamente en la toma de decisiones para avalar el trato digno y para sugerir acciones de mejora de calidad.

En general debe mencionarse que dada la deficiencia de la calidad en los servicios de salud se implemento la estrategia de aval ciudadano con el fin de ser un mecanismo de transparencia y confianza ciudadana en la calidad del trato digno en dichos servicios y así reconquistar la confianza de los usuarios respecto del sistema de salud. Por otro lado, a la fecha no existe una evaluación de dicha estrategia de intervención que permita medir su impacto para conocer su eficiencia, y decir que cumple el objetivo para el cual fue implementada y así, permita su continuidad.

La evaluación de impacto de las nuevas estrategias es un mal del que adolecen la mayoría de los programas de carácter social y el aval ciudadano no escapa a dicho padecimiento, por lo que hasta ahora no se sabe cuál ha sido el impacto de dicha estrategia y por lo tanto considero pertinente tratar de resolver la siguiente pregunta de investigación:

¿El nivel de participación del aval ciudadano, influye en la satisfacción del usuario por el trato digno recibido?

Hipótesis

Considerándose como hipótesis la siguiente: El nivel de participación del aval ciudadano **sí** influye en la satisfacción del usuario por el trato digno recibido.

Clasificación de la pregunta por el estado de los hechos y la respuesta esperada

- Exploratoria. (No existen antecedentes de lo que se busca conocer)
- Descriptiva. (Describirá el comportamiento de las variables)
- Cuantitativa.

Justificación

Considero que algunas de las ventajas de realizar esta investigación y dar respuesta a la pregunta planteada es que permitirá conocer la efectividad de la estrategia del aval ciudadano y determinar si requiere o no de alguna mejora; así como valorar los diferentes niveles de participación en los que se ubica el aval ciudadano e identificar si hay algún nivel más optimo que otro, para mejorar la satisfacción del usuario por el trato digno recibido.

Por otro lado, es importante mencionar que parte lo que se pretende medir -satisfacción del usuario por el trato digno recibido-, recae en uno de los retos que marca la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud dado que en la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud 2000, los entrevistados señalaron que los servicios de salud en sus comunidades habían empeorado en comparación con los que tenían en 1994[27].
El reto de mejorar la calidad de los servicios de salud que se prestan a la ciudadanía, tanto en su dimensión técnica como interpersonal, ha sido abordado antes a través de muchos esfuerzos realizados tanto por las instituciones del sector público como por las del sector privado, particularmente durante los últimos 15 años; sin embargo, el sistema de salud mexicano ha carecido de una estrategia que permita dar coherencia e impulso a todos esos esfuerzos para que el reto sea consistentemente superado[28].

Además, dado que los afectados directos por el mal servicio médico recibido son lo usuarios, con este trabajo podrían verse beneficiados ya que, al encontrarse relación entre el nivel de participación del aval y la satisfacción del usuario se propondría la implementación del aval en aquellos centros de salud con reportes de baja satisfacción y que no cuentan aún con este personaje.

Llevar a cabo este trabajo de investigación es viable dado que se cuenta con los recursos financieros (cubiertos en su totalidad y en la medida que se requieran, por el propio investigador), humanos (será el propio investigador que para el cuarto semestre, estará dedicado de tiempo completo a ello) y materiales (principalmente papelería y gastos de traslado que igualmente estarán cubiertos en su totalidad por el investigador).

OBJETIVOS

Objetivo general

- Conocer la influencia del aval ciudadano en la satisfacción del usuario, según su nivel de participación

Objetivos específicos

- Determinar el nivel de participación del aval ciudadano que monitorea los centros de salud de la Jurisdicción Sanitaria de Xalapa
- Identificar la satisfacción del usuario respecto del trato digno recibido en centros de salud de la Jurisdicción Sanitaria de Xalapa
- Determinar si existe relación entre el nivel de participación del aval ciudadano y la satisfacción de los usuarios de los centros de salud de la Jurisdicción Sanitaria de Xalapa.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio y diseño

El tipo de estudio que se pretende realizar es de enfoque cuantitativo, por la relación con el fenómeno de estudio será observacional, según el periodo y secuencia del mismo será de corte transversal, y que de acuerdo al alcance y análisis de los resultados será de tipo exploratorio, descriptivo y correlacional.

Variables

Definición conceptual

Satisfacción del usuario: estado afectivo resultado de la percepción del usuario hacia diferentes aspectos de la atención médica, incluida la capacidad técnica del personal médico[29]

Nivel de participación del aval ciudadano: categoría en la que se ubica el individuo según la profundidad con que conoce sus funciones y se involucra en las acciones y disposiciones que proponen, facilitan, regulan y hacen efectiva la intervención de los ciudadanos en actividades de la administración pública que los afectan.

Definición operacional

Satisfacción del usuario: Para este estudio se considera satisfacción del usuario al porcentaje promedio obtenido en las respuestas de los usuarios entrevistados por unidad de salud con respecto a su satisfacción por el trato digno recibido después de recibir la atención médica y que va de >=90 (satisfecho), >=70<90 (medianamente satisfecho) y <70 (insatisfecho)

Nivel de participación del aval ciudadano: Para este estudio se clasificarán seis niveles de participación, donde se ubicaran los avales ciudadanos de acuerdo al porcentaje mas alto que se obtenga al explorar mediante la lista de cotejo y el cuestionario: La Capacidad para el llenado correcto de la guía de cotejo, Capacidad del planteamiento de las necesidades identificadas en la guía de cotejo, Información que debe saber sobre la institución, su quehacer y los problemas que enfrenta la población, consulta, participación en la toma de decisiones a nivel de propuestas y acciones y el control.

Descripción de las variables

Tabla 1. Descripción de la variable: satisfacción del usuario

Variable	Satisfacción del usuario por el trato digno	
Dimensiones	Indicadores	Tipo de escala
Oportunidad por la atención	Usuarios satisfechos por el tiempo de espera para recibir la atención/Total de usuarios entrevistados * 100	ORDINAL: Satisfecho Poco satisfecho Insatisfecho

15 puntos		No contestó
Comunicación médico-paciente 35 puntos	Usuarios satisfechos a los que el médico les permitió hablar sobre su padecimiento/Total de usuarios entrevistados * 100 Usuarios satisfechos a los que el médico les explicó su estado de salud/Total de usuarios entrevistados * 100 Usuarios satisfechos a los que el médico les explico sobre su tratamiento/Total de usuarios entrevistados * 100 Usuarios satisfechos a los que el médico les explicó sobre los cuidados a seguir/Total de usuarios entrevistados * 100 Usuarios satisfechos que consideran que la información proporcionada por el médico fue clara/Total de usuarios entrevistados * 100	NOMINAL: Si, No, No contestó NOMINAL: Si, No, No contesto NOMINAL: Si, No, No contesto NOMINAL: Si, No, No contesto ORDINAL: Clara, Regular, Confusa, No recibió No Contestó
Surtimiento de medicamento 20 puntos	Usuarios satisfechos con la entrega de medicamento/Total de usuarios entrevistados * 100	ORDINAL: Satisfecho Poco satisfecho Insatisfecho No contestó
Trato recibido 30 puntos	Usuarios satisfechos con el trato recibido en la unidad médica/Total de usuarios entrevistados * 100	ORDINAL: Bueno, Regular, Malo.
Tipo de fuente	Primaria	
Técnica	Entrevista	
Instrumento	Formato F1 TD/05 para el monitoreo de los indicadores de trato digno de los servicios de consulta externa que realiza el aval ciudadano	

Tabla 2. Descripción de la variable: nivel de participación

Variable	Nivel de participación del aval ciudadano					
Definición Operacional	Para este estudio se clasificarán seis niveles de participación, donde se ubicaran los avales ciudadanos de acuerdo al porcentaje mas alto que se obtenga al explorar mediante la lista de cotejo y el cuestionario: La Capacidad para el llenado correcto de la guía de cotejo, Capacidad del planteamiento de las necesidades identificadas en la guía de cotejo, información, consulta, participación en la toma de decisiones y el control.					
Niveles de participación	Definición Operacional	Indicadores	Tipo de escala	Tipo de fuente	Técnica	Instrumento
Nivel 1. Capacidad para el llenado correcto de la guía de cotejo	Para este estudio se considerara el mayor número de ítems registrados como sí cumplidos entre el total de ítems posibles de cada uno de los apartados: Datos generales de identificación de la unidad médica y del aval ciudadano que realiza la visita, Acceso a la información del monitoreo/mejora de trato digno, Monitoreo institucional y ciudadano, Difusión de resultados del monitoreo, Índices de integridad-comodidad-limpieza.	Total de ítems registrados como sí cumplidos / Total de ítems posibles*100	Ordinal dicotómica	Secundaria	Revisión documental	Lista de cotejo para la guía de cotejo del aval ciudadano.

Nivel 2. Capacidad del planteamiento de las necesidades identificadas en la guía de cotejo	Para este estudio se considerara el total de soluciones de mejora planteadas en el apartado de: Sugerencias y comentarios como aval entre el total de problemas identificables al momento de hacer el análisis de la guía de cotejo.	Total de propuestas de solución planteadas / Total de problemas identificables * 100	Ordinal dicotómica	Secundaria	Revisión documental	Lista de cotejo para la guía de cotejo del aval ciudadano.
Nivel 3. Información que debe saber sobre la institución, su quehacer y los problemas que enfrenta la población.	Para este estudio se considerara como nivel tres de participación si el aval ciudadano obtiene el porcentaje más alto de respuestas correctas con relación a la Información que debe saber sobre la institución, su quehacer y los problemas que enfrenta la población	% de respuestas correctas en el cuestionario según el apartado de la información que debe saber sobre la institución, su quehacer y los problemas que enfrenta la población.	Continua	Primaria	Entrevista	Cuestionario
Nivel 4. Consulta de cómo realiza el monitoreo	Para este estudio se considerara como nivel cuatro de participación si el aval ciudadano obtiene el porcentaje más alto de respuestas correctas con relación a la consulta.	% de respuestas correctas en el cuestionario según el apartado de consulta.	Continua	Primaria	Entrevista	Cuestionario
Niveles de participación	Definición Operacional	Indicadores	Tipo de escala	Tipo de fuente	Técnica	Instrumento
Nivel 5. Participación en la toma de decisiones a nivel de propuestas y acciones.	Para este estudio se considerara como nivel cinco de participación si el aval ciudadano obtiene el porcentaje más alto de respuestas correctas con relación a la Participación en la toma de decisiones a nivel de propuestas y acciones.	% de respuestas correctas en el cuestionario según el apartado de participación en la toma de decisiones a nivel de propuestas y acciones.	Continua	Primaria	Entrevista	Cuestionario

Nivel 6. Control que realiza para el seguimiento de las propuestas planteadas	Para este estudio se considerara como nivel seis de participación si el aval ciudadano obtiene el porcentaje más alto de respuestas correctas con relación al Control.	% de respuestas correctas en el cuestionario según el apartado de control.	Continua	Primaria	Entrevista	Cuestionario

Universo

Espacio

82 centros de salud de la Jurisdicción Sanitaria No. V de Xalapa, Ver., constituirán el espacio de este estudio.

Tiempo

Para la medición de la variable nivel de participación se tomaran en cuenta las guías de cotejo para el monitoreo ciudadano correspondientes al primer bimestre del 2007, mismas que son levantadas por el aval ciudadano durante la primera quincena de marzo del mismo año. Así el levantamiento de la información, tanto de las guías de cotejo, del cuestionario que evalúa el conocimiento y perspectiva del aval respecto a su participación, como la encuesta relacionada con la satisfacción del usuario por el trato digno recibido, se levantaran en el periodo comprendido del 19 de marzo al 30 de abril del 2007.

Muestra

Para la selección de la muestra se realizó un muestreo aleatorio estratificado que a continuación se describe.

1. Para cada centro de salud (82) de la Jurisdicción Sanitaria No. V se promediaron los porcentajes de los indicadores (8) de trato digno registrados en el monitoreo del aval ciudadano de los cuatro bimestres correspondientes al periodo marzo-octubre del 2006, no se tomó en cuenta el primer bimestre del año dado que la información no estaba disponible al momento del concentrado.

2. Considerando la calificación de los cuatro bimestres se obtuvo un promedio general de trato digno por centro de salud, lo que permitió ordenarlas de forma ascendente y observar la variabilidad en la satisfacción del usuario por el trato digno recibido.

3. Se dividió a los centros de salud en estratos bajo los siguientes criterios: en un estrato se incluyeron aquellos centros de salud en donde faltaba al menos una medición del aval ciudadano, resultando quince en total (rango de satisfacción 0-300 por ciento). Otro estrato contuvo a los centros de salud que reportaron una calificación de 100 por ciento en todos los bimestres, coincidiendo en el mismo número (quince) que el estrato anterior (promedio de satisfacción igual a 400 por ciento). Para la construcción de los demás estratos se restaron al total de las unidades de la jurisdicción los centros de salud contenidos en los dos estratos anteriores (30), quedando 52 centros que se dividieron entre quince (que corresponde al número de centros de salud que contenían los dos primeros estratos) y se observó la posibilidad de construir 3 estratos mas quedando así dos estratos con 17 (con un rango de satisfacción 301-377 por ciento y de 389-399 por ciento) centros de salud y uno más con 18 unidades (rango de satisfacción 378-388 por ciento) (anexo 1).

4. Para determinar el tamaño de la muestra necesario para estimar una media se utilizó el programa Epidat versión 3.0.

   a) Se calculó la media de la satisfacción del usuario de las 82 unidades que resultó ser 90 (media poblacional), así mismo se calculó la desviación estándar que fue de 14 y la varianza igual a185.
   b) El nivel de confiabilidad requerido fue del 95 por lo tanto el valor de Z= 1.96, el nivel de precisión que se considero para este calculo fue de cuatro.
   c) A partir de estos datos se calculó el tamaño de muestra utilizando el programa antes mencionado. Para el calculo del tamaño de muestra, Epidat utiliza la formula[30]:

   d) Una vez calculada el tamaño de la muestra (30) se hizo la selección aleatoria de los centros de salud a evaluar para cada estrato, quedando seleccionados los siguientes centros:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^{2} \cdot DE^{2}}{d^{2}}$$

Tabla 3. Clasificación de los estratos de la muestra

Estratos	Centros de salud.
Estrato 1	Dos Ríos, Altotonga, Dr. José A. Maraboto, Acajete e Ixhuacán de los Reyes
Estrato 2	Perote, Coatepec, Adolfo Moreno (ESI), Gastón Melo, Miahuatlán y San Pablo Coapan
Estrato 3	San Andrés Tlalnehuayocan, La Joya, Actopan, San Isidro, Col. Revolución, Tlalconteno, El Triunfo y Landero y Coss
Estrato 4	Palma Sola, El Chico, Jalcomulco, Las Vigas, Tonayán y Chicuasen
Estrato 5	Buena Vista, La Guacamaya, Pilhuatepec (ESI), Villa Aldama y Xico

Criterios de inclusión

Centros de salud de primer nivel de atención de la Jurisdicción Sanitaria No. V de Xalapa, que cuenten con aval ciudadano que realice el monitoreo de los indicadores de trato digno durante el primer bimestre del 2007.

Criterios de exclusión

Centros de salud que no sean de primer nivel de atención y que no cuenten con aval ciudadano.

Criterios de eliminación

Centros de salud de primer nivel de atención que hayan sido seleccionados en el muestreo previo y que al momento de realizar el levantamiento de la información, no cuenten con el reporte del primer bimestre del 2007 del monitoreo de los indicadores de trato digno. De ser así, al momento se seleccionará de manera aleatoria otro centro de salud del mismo estrato que cumpla con el criterio de inclusión.

Unidad de análisis

La unida de análisis serán los avales ciudadanos que monitorean los centros de salud seleccionados y los usuarios que hacen uso de los servicios de salud de los mismos.

Técnicas, instrumentos y procedimientos para la recolección de la información

Técnicas

Satisfacción del usuario: encuesta

Nivel de participación: revisión documental y entrevista.

Instrumentos

Satisfacción del usuario: El instrumento a utilizar es la encuesta de los indicadores de Trato Digno de los Servicios de Consulta Externa (FORMATO F1 TD/05) mismo que usa el aval ciudadano en las unidades de salud. Con dicho instrumento se captará la información proveniente de los usuarios de los servicios en las unidades de salud. Este instrumento permitirá también procesar la información para convertirla en los indicadores que se requieren para medir la satisfacción del usuario. El instrumento contiene una hoja frontal con la introducción y las instrucciones generales para su utilización. Propiamente al interior consta de un apartado de datos generales de identificación de la unidad médica y de la persona que realizará la encuesta, así como la fecha de su aplicación. Otro apartado que contiene nueve preguntas con respuestas tipo Likert que explorarán las siguientes dimensiones del trato digno: tiempo de espera, comunicación médico-paciente, surtimiento de medicamento y trato recibido.

Nivel de participación: Para esta variable se utilizarán dos instrumentos que son una lista de cotejo y un cuestionario. El primero es la Lista de cotejo para la guía de cotejo del aval ciudadano, este instrumento se utilizará para medir dos de los seis niveles de participación del aval ciudadano, mismo que contiene aspectos (ítems) previamente estructurados sobre la temática a explorar, al lado de los cuales se marcará con una "X" el espacio correspondiente en el caso de que ocurra la presencia o ausencia de registro y manifestaciones que se espera haya externado y analizado el aval ciudadano.

Consta de una hoja frontal con la introducción para el acceso a la unidad y el instructivo para su llenado. El instrumento en sí inicia con una ficha de identificación y cuenta con un total de VI apartados, de los cuales los cinco primeros exploraran el nivel uno de participación relacionado a la capacidad del aval ciudadano para el correcto llenado de la guía de cotejo siendo éstos: Datos generales de identificación de la unidad médica y del aval ciudadano que realiza la visita (5 ítems), Acceso a la información del monitoreo/mejora de trato digno (un ítem), Monitoreo institucional y ciudadano (nueve ítems), Difusión de resultados del monitoreo (dos ítems), Índices de integridad-comodidad-limpieza (doce ítems).

El apartado seis explora el nivel dos referido a la capacidad del planteamiento de las necesidades identificadas en la guía de cotejo siendo éste: Sugerencias y comentarios como aval en la guía de cotejo (trece ítems). Los ítems son cerrados medidos en una escala de tipo ordinal y las respuestas son dicotómicas. Así pues este instrumento permitirá ubicar al aval ciudadano en los niveles de participación uno o dos. En cuanto a la capacidad del instrumento para obtener los datos, se tiene la certeza de que habrá exactitud para ello asegurando así el logro de los objetivos, dado que en la validación del mismo, participaron expertos con amplia experiencia y que están estrechamente relacionados con quehacer del aval ciudadano. (Departamento de Calidad de la JS. V y Organización del Aval Ciudadano Estatal).

El segundo instrumento a utilizar para medir el nivel de participación del aval ciudadano, es un cuestionario mismo que contiene también aspectos previamente estructurados sobre la temática a explorar y que tienen como objetivo medir cuatro de los seis niveles en los que quedó operacionalizada dicha variable, dicho instrumento consta de preguntas cerradas y abiertas destinadas a explorar; Información que debe saber el aval ciudadano sobre la institución, su quehacer y los problemas que

enfrenta la población, consulta, su participación en la toma de decisiones a nivel de propuestas y acciones y, el control. Consta de una hoja frontal con una breve introducción para obtener la cooperación del entrevistado (aval) y el instructivo para su llenado. Propiamente el cuestionario consta de un apartado de datos generales de identificación del aval entrevistado y de la persona que se encargará de realizar la entrevista, así como de cuatro secciones o apartados que permitirá ubicar al aval ciudadano en los niveles de participación tres, cuatro, cinco o seis, mismos que se relacionan respectivamente a; La información que debe saber sobre la institución, su quehacer y los problemas que enfrenta la población, la consulta de cómo realiza el monitoreo, su participación en la toma de decisiones a nivel de propuestas y acciones y, el control que realiza para el seguimiento de las propuestas planteadas.

Técnicas y procedimientos para el procesamiento y análisis de la información

Se diseñará una base de datos con el software Epi Info, versión 3.2, de acuerdo a las características y apartados de los que se conforman cada uno de los instrumentos que se aplicarán para la recolección de los datos, que permita establecer la articulación y correlación de los mismos (ambas variables)

Para el análisis de la información se utilizarán herramientas estadísticas descriptivas como: distribución de frecuencias, gráficos de barras y de pastel, medidas de tendencia central, medidas de dispersión, y pruebas inferenciales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Vázquez, M., Cerqueira, E., Kruze, I., Da Silva, A., Leite, I. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria.* Vol. 16. No. 1, 2002

[2] *Ídem*

[3] Figueroa Pedraza, D. Participación Comunitaria y Salud. *Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición*. Vol. 3 No.2 Abril-Junio. 2002

[4] *Ídem*

[5] *Ídem*

[6] Celedón, C., Noé, M. Participación y gestión en salud. Modelos de Administración Gerencial en Salud Pública. Caracas, 1998

Disponible en: http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/UNPAN003747.pdf

Fecha de consulta: 10 de octubre de 2006.

[7] Cerqueira, T., Mato, D. Evaluación participativa de los procesos de participación social en el desarrollo de la salud. En participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro. México: Organización Panamericana de la Salud y el Colegio de Sonora. 1998

[8] Celedón, C., *Op.cit*

[9] Celedón, C., *Op.cit*

[10] Celedón, C., *Op.cit*

[11] Sanabria Ramos, G. Participación Social en el Campo de la Salud. *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 30 No. 3, Julio-septiembre, 2004

[12] Scull, G., Iglesias, M. Participación social y estado de salud de la población. *Revista de Ciencias Médicas de La Habana.* Vol. 6 No. 1, 2000

[13] Sánchez, L., Pérez, D., Cruz, G., Silva, C., Boelaert, M., Van der Stuyf, P. Participación comunitaria en el control en el control de Aedes aegypti: opiniones e la población de un municipio de la Habana, Cuba. *Revista Panamericana de la Salud*. Vol. 15 No. 1 2002

[14] Delgado, M., Vázquez, M., Zapata, Y., Hernán, M. Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. *Revista Española de Salud Pública.* Vol. 79. No. 6, Noviembre-diciembre. 2005

[15] González Castillo, B. Irma., Rojas López, P., Marín Cotoñieto, I. Araceli., Gracia Haro, L., Rangel Macias, A. Satisfacción del usuario de los servicios de salud en el trabajo. *Revista Médica del IMSS.* Vol. 40 No. 4. 2002

[16] Secretaría de Salud Programa de acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. México.19 (2002).

[17] Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006.México: SSA. 2001

[18] *Ídem*

[19] Secretaría de Salud Programa de acción. *Op.cit*

[20] *Ídem*

[21] Secretaría de Salud. *Op. cit*

[22] Secretaría de Salud Programa de acción. *Op.cit*

[23] *Ídem*

[24] Secretaría de salud. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Aval ciudadano. Monitoreo ciudadano como método para fomentar la participación social en la transparencia y mejora de la calidad de trato digno. México 2004.

[25] *Ídem*

[26] *Ídem*

[27] Secretaría de Salud Programa de acción. *Op.cit*

[28] *Ídem*

[29] (Hernández, B., García, C., Anzures, R., Orozco, M Satisfacción de usuarios en unidades de medicina familiar. *Revista Médica del IMSS.* Vol. 40 No. 5. 2002)

[30] Fuentelsaz, C. Cálculo del tamaño de una muestra. Matronas Profesión. Vol. 5 No. 18. 2004.

ABASTO DE MEDICAMENTOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ

Claudia Patricia Laguna Martínez y María Luisa Sánchez Murrieta
Tutor: Dra. Edit Rodríguez Romero
Asesor externo: Dr. Jorge Luis Torres Díaz Barriga

INTRODUCCIÓN

Los medicamentos representan una herramienta esencial en la lucha contra las enfermedades y sus consecuencias siendo uno de los principales elementos que han permitido importantes mejoras en la salud y la calidad de vida de la personas.

Actualmente el sistema de abasto de medicamentos presenta retos en términos de calidad, equidad y protección financiera, mencionemos el hecho de que algunos segmentos de la población tienen acceso a mayores recursos terapéuticos y otros carecen de los necesarios para tratar aún las enfermedades más comunes; lo que se traduce en grandes diferencias en el estado de salud entre grupos poblacionales.

El costo de la adquisición de medicamentos puede constituir un factor de empobrecimiento, al figurar como un gasto catastrófico en salud para los hogares mexicanos o impedir incluso, por falta de acceso a ellos, la curación o mejoría de los padecimientos. Más del 70 por ciento de los gastos catastróficos de las familias durante el 2005 fueron atribuidos a medicamentos y atención ambulatoria en los estados más pobres del país[1]. Debemos recordar que la Secretaría de Salud en México otorga los medicamentos que requieran sus usuarios, como resultado de su consulta de primer nivel, a costos prácticamente simbólicos en el área urbana y de forma gratuita en el área rural, acción que amortiguaría los gastos mencionados; sin embargo no siempre las unidades de salud cuentan con los insumos necesarios para el surtimiento de las recetas prescritas[2].

Existen diversas designaciones para el concepto de la cadena de abasto de medicamentos dependiendo del país o sector al que se haga referencia, entre los que se mencionan: sistema de abasto de medicamentos, sector de medicamentos, sistema de suministro de medicamentos o cadena de suministro; haciendo uso de las expresiones indistintamente, en este sentido para fines de esta investigación, adoptaremos el término señalado en un inicio, atendiendo a que es el utilizado actualmente por los Servicios de Salud en México.

Este documento presenta los primeros pasos para la realización de un diagnóstico actual de las condiciones que prevalecen en cada uno de los eslabones de la cadena de abasto de medicamentos excluyendo a la establecida por la Unidad de Protección Social en Salud, en los Servicios de Salud de Veracruz, específicamente en las unidades del primer nivel de atención; para tal fin realizaremos una investigación de tipo cuantitativa y descriptiva, para que con base en ella y tomando como punto de referencia el programa “Hacia una política Farmacéutica Integral en México”, que inicio en el año 2001, se planteen recomendaciones a través de posibles alternativas de solución.

De esta manera, el objetivo general para el presente trabajo de investigación es, en primera instancia, conocer la cadena de abasto de medicamentos en el primer nivel de atención de los Servicios de Salud de Veracruz. Para tal fin establecimos que deberemos describir y analizar el funcionamiento de cada uno de los eslabones de la cadena de abasto de medicamentos, identificar la perspectiva de los prestadores de servicio involucrados acerca de la cadena de abasto, de la misma manera identificar si existen causas que

obstaculicen cada uno de los eslabones de la cadena de abasto de medicamentos, para que con base en ellas de ser posible se propongan alternativas para la mejora de la cadena de abasto de medicamentos.

ARGUMENTACIÓN TEÓRICA

La Investigación Operativa es una disciplina científica, que ha ido evolucionando tanto en sus técnicas como en sus definiciones, dentro de las más completas encontramos la definición de Churchman, Ackoff y Arnoff: que la refiere como: "la aplicación, por grupos interdisciplinarios, del método científico a problemas relacionados con el control de las organizaciones o sistemas (hombre-máquina), a fin de que se produzcan soluciones que mejor sirvan a los objetivos de la organización"[3].

Dentro del sector salud, la investigación operativa, se ha utilizado como herramienta para apoyar las actividades de planeación, coordinación, capacitación y evaluación de los programas nacionales de salud y de planificación familiar; definida en este nivel, como un proceso continuo de 5 pasos básicos que sirven para identificar y resolver los problemas de los programas, estos pasos son:

1. Identificación y diagnóstico del problema.
2. Selección de la estrategia.
3. Experimentación y evaluación de la estrategia.
4. Difusión de la información y
5. Utilización de la información.

Este proceso está diseñado para incrementar la eficiencia, eficacia y calidad en la prestación de servicios, esta enfocado en la observación de las "operaciones" diarias de los programas y tiene como característica que su enfoque está en los problemas diarios de la oferta, la prestación de servicios y la búsqueda de soluciones, lo que permite dar a los gerentes, administradores y a quienes formulan las políticas, la información que requieran para mejorar los servicios actuales y la planeación de los mismos para el futuro.

Los tipos de estudios de investigación operativa se pueden ser clasificados como:

- Estudios de exploración / diagnóstico: cuyo objetivo es determinar los parámetros de un problema que afecte la prestación de servicios, por lo que reconoce los factores que afectan la eficiencia, eficacia y calidad de los servicios que se ofrecen en los programas; son de diseño retrospectivo y de corte transversal[4].

- Estudios de intervención en campo: en ellos se experimentan nuevas soluciones a un problema, ya que en ocasiones se conocen los factores que ocasionan un problema pero se desconocen las formas más eficientes para solucionarlos; son prospectivos, longitudinales y por lo general emplean diseños de investigación experimental o cuasi-experimental.

- Estudios de evaluación: como su nombre indica nos sirven para evaluar los efectos de un programa, se pueden realizar en forma retrospectiva o a través de un corte transversal.

Estos tres tipos de investigación no son mutuamente excluyentes, dentro de la investigación operativa se puede pasar de uno a otro, es decir iniciar con un diagnóstico, pasar a una forma de intervención en campo y terminar con la evaluación del programa implementado[5].

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a través de las ciencias del manejo de la salud, las principales funciones del ciclo de logística en un sistema de abasto de medicamentos se resumen en: la selección, las adquisiciones, la distribución y, el uso de los mismos. En el caso del abasto de medicamentos, se refiere a todos aquellos pasos del proceso que se requieren para llevar un medicamento desde la persona a quien le es comprado (el proveedor) hasta aquella persona que va a surtirlo e incluso llegando hasta el paciente mismo. Al referirnos al sistema de logística entendemos que cada una de las partes del mismo se interrelaciona de tal manera que su coordinación permita cumplir el objetivo final del proceso. Así, en el caso de que algunas de las áreas que pertenecen al sistema trabajen de manera desarticulada o independiente de las otras, repercutirá de tal forma que se ve reflejado en el aumento de costos y el desabasto de medicamentos[6].

En la etapa de selección son indispensables los conocimientos adecuados en farmacéutica y de los requerimientos en términos de volumen y tipo de medicamento, para las unidades de salud a las que van destinadas, con el fin de evitar seleccionar aquellos medicamentos innecesarios o inapropiados.

Las adquisiciones, por su parte, no sólo implican la compra de medicamentos sino también aquellos que se obtengan mediante donaciones o la propia producción gubernamental de ellos. En esta etapa se selecciona a los proveedores adecuados, se verifican términos de los contratos, se vigila el control de calidad de los productos, se contempla la posibilidad de poder producir los medicamentos y por último, se ajustan las adquisiciones al financiamiento disponible[7].

En cuanto a la distribución, se señala como una función compleja, donde el gobierno podría optar por realizarla por sí mismo en todas sus etapas o realizar la actividad a través de una red comercial. Los puntos a enfatizar en esta fase, para lograr su óptima ejecución, son el contar con una información apropiada del consumo de medicamentos y su requerimiento, realizar los trámites adecuados, el almacenamiento eficaz, el transporte y una administración correcta de las existencias. Con lo que respecta al uso de medicamentos, el manual nos describe que está siempre influenciado por factores tanto internos o externos a los programas de salud pública; así como que la capacidad que tiene el sistema de logística para satisfacer las necesidades de estos programas, se encuentra estrechamente relacionados con los patrones de uso. De tal manera que una adecuada utilización de los medicamentos, repercutirá en el sistema de abasto. Entre los problemas citados como comunes en el uso se encuentran el envasado y la rotulación defectuosa, prácticas inapropiadas de expendio, prescripción indiscriminada y el incumplimiento el las tomas del paciente[8].

Por otra parte, la misma OPS, en el Manual de Administración de Recursos Materiales en Salud, menciona que el abastecimiento y suministro de medicamentos, es la parte de la logística que trata sobre las actividades que se desarrollan para la adquisición, almacenamiento y suministro a los pacientes y a todos los trabajadores del sistema, de manera oportuna, en las cantidades exactas, con la calidad óptima y en el lugar apropiado, de tal forma que se cumpla completamente con los objetivos y metas de la institución, en cuanto a tratamiento y recuperación de la salud. Plantea así que los objetivos del sistema de adquisiciones son: mantener un adecuado suministro a través de un nivel de inventario que evite faltantes en el período que va desde el pedido hasta la fecha de entrega de los proveedores; minimizar los costos optimizando los niveles de inventarios y, por ende, de los volúmenes de compras; mantener la calidad; obtener el menor costo total posible considerando los costos tácticos u ocultos como son el transporte, los empaques, etc; y por último mantener la excelencia del servicio, adquiriendo únicamente producto de excelente calidad y manteniendo el constante suministro de medicamentos[9].

También, para Moreno y De Cuadros, el suministro de medicamentos se puede interpretar desde el punto de vista sistémico, debido a que la optima interrelación de sus componentes y elementos nos lleva a una

eficiente administración de la atención de las necesidades de medicamentos que presenten las unidades de salud y la población al final del proceso, como objetivo del citado sistema[10].

De esta manera, los elementos que integran al sistema de suministro de medicamentos que Moreno menciona, se identifican como la selección, promoción, adquisición, almacenamiento y distribución. El autor también señala la existencia de los componentes, integrados por el conjunto de elementos ya señalados y, que en caso de operar de forma integrada y con un papel determinado, serán designados como subsistemas, como en el caso del componente operativo, el componente de calidad y el componente de información en el sistema de suministro[11].

Parte de la base teórica de esta investigación tiene como sustento, para las cuestiones básicas del objeto de estudio, a la Ley de adquisiciones, arrendamientos, administración y enajenación de bienes muebles del estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, la cual dispone de títulos, capítulos y artículos específicos que abordan el tema de las adquisiciones, aplicables al área de medicamentos para el primer nivel de atención en salud así, en la última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 21-08-2006 se mencionan los siguientes puntos importantes, relacionados con el tema que nos ocupa:

La Ley hace referencia a la forma en la que los Servicios de Salud de Veracruz, como organismo público descentralizado, deben sujetarse para realizar adquisiciones, en este caso de medicamentos, de tal manera encontramos que en su Titulo primero, capitulo único concerniente a las disposiciones generales, en los artículos 7°, 9° y 10 se hace referencia a que: “Las instituciones podrán establecer comisiones de licitación, que se encargarán de los procedimientos de contratación, en donde las instituciones, a través de su unidad administrativa, efectuarán las contrataciones, conforme a la modalidad que en cada caso establece esta Ley y que el objeto y monto de las contrataciones se apegarán a lo previsto en el presupuesto de egresos del año del ejercicio fiscal correspondiente y estarán comprendidas en el programa anual de adquisiciones, arrendamientos y servicios. Ninguna contratación podrá celebrarse, si no se cuenta con la disponibilidad presupuestal correspondiente”[12].

En su título segundo, capitulo único, de la planeación, programación y presupuestación, en su artículo 14, refiere que “Las distintas áreas que integran las instituciones elaborarán sus programas anuales de adquisiciones, arrendamientos y servicios, según sea el caso, los que serán consolidados para su publicación”; su artículo 15 menciona que: “El programa anual de adquisiciones, arrendamientos y servicios de cada institución enunciará: Las acciones previas, simultáneas y posteriores a la realización de dichas operaciones, así como los objetivos y metas, a corto y mediano plazo, y las unidades administrativas encargadas de su instrumentación y la calendarización física y financiera de los recursos necesarios”[13].

El artículo 16 refiere que: “los programas anuales referidos en el artículo anterior, servirán de base al área encargada de la función financiera y administrativa en cada institución para planear, programar y licitar públicamente las compras y la contratación de servicios en forma consolidada”[14].

En su Título cuarto, sobre los procedimientos de contratación, en el capítulo I de las disposiciones generales, el artículo 26 refiere que: “Las instituciones, bajo su estricta responsabilidad, efectuarán sus contrataciones conforme a alguno de los procedimientos siguientes: I. Licitación pública; II. Licitación simplificada, mediante invitación a cuando menos tres proveedores; y III. Adjudicación directa”. El Capítulo II de Licitación Pública, en su artículo 31, menciona que: “Las licitaciones públicas se harán mediante convocatoria. Las proposiciones se presentarán en sobre cerrado y la apertura se hará conforme a lo dispuesto en el artículo 43 de esta Ley”[15].

En el Capítulo III, el artículo 36 se refiere a que: “Las unidades administrativas publicarán la convocatoria en la Gaceta Oficial del estado y en uno de los diarios de mayor circulación estatal, así como en los medios electrónicos que tengan establecidos las instituciones”; el articulo 37 se refiere al contenido de las convocatorias, en las que los rubros que retomamos son: “nombre de la Institución convocante y de la unidad administrativa responsable de la licitación; descripción general, cantidad y unidad de medida de los bienes o servicios que sean objeto de la licitación; modalidad de la licitación; lugar y plazo de entrega de los bienes o servicios”. En el artículo 39 se especifican el contenido de las bases, entre las que se encuentran: “datos de la convocante, descripción completa de los bienes o servicios y, en su caso, la información específica sobre el mantenimiento, asistencia técnica, capacitación, especificaciones y normas aplicables, dibujos o planos, cantidades, muestras, pruebas que se realizarán y período de garantía; indicación del lugar, fecha y hora para presentación de muestras; lugar, plazo y condiciones de entrega de los bienes o servicios, así como el monto de la pena convencional por causa de mora en el cumplimiento de la obligación[16].

El Capítulo V se refiere la declaración de desierto, fallo y excepciones a la licitación pública, en su artículo 47 se indica que: “se podrá declarar desierto el procedimiento de contratación, cuando: no haya licitantes; se acredite de manera fehaciente, que los precios de mercado son inferiores a las mejores ofertas recibidas, los licitantes incumplan con los requisitos previos establecidos en la convocatoria y en las bases respectivas, no lo permita el presupuesto, los montos de las ofertas económicas excedan lo autorizado y cuando se presente caso fortuito o fuerza mayor”; el artículo 62 refiere que: “las instituciones pactarán pena convencional a cargo del proveedor por atraso en la entrega de los bienes o de la prestación del servicio, la que no excederá del monto de la fianza del cumplimiento del contrato y que será cuantificada con relación a los bienes o servicios no entregados o prestados de manera oportuna[17].

En su Título séptimo, capítulo único, sobre almacenes y control de inventarios, el artículo 86 refiere que: “las instituciones expedirán manuales de procedimientos para el control de sus bienes muebles y manejo de almacenes y a efecto de mantener actualizados los inventarios y resguardos, los revisarán físicamente, cuando menos cada seis meses”; el artículo 87 refiere el contenido de los manuales, entre los que se encuentran: “la disposición de incluir como sujetos de registro todos los bienes muebles y los actos relacionados con su administración, de acuerdo con sus características y necesidades de control, el señalamiento de las acciones relativas a la verificación física de inventarios de bienes, el registro de alta de inventarios se realizará con el valor de adquisición y los mecanismos y controles necesarios para la adecuada administración de los bienes muebles, así como para el registro, guarda o custodia y entrega de los mismos en almacén así como los medios necesarios para realizar periódicamente su verificación física”[18].

Por otra parte, una parte de la gran cadena de este abasto de medicamentos se plantea en el Manual de Procedimientos de la Dirección de Procesos Logísticos de la Secretaría de Salud, haciendo referencia a la forma de iniciar la elaboración del indicador de surtimiento de recetas en las unidades de las diferentes entidades federativas, para poder llegar a la determinación del nivel general de abasto de medicamentos y las posibles causas de desabasto de los mismos, entendiendo el abasto como: “la provisión de insumos o elementos necesarios para la operación de unidades organizacionales; en este caso las del sector salud” y toma a la cadena de abasto de medicamentos sólo como un indicador dentro de la cadena de abasto general[19].

El citado manual refiere nueve etapas que deben seguirse para la cadena de abasto de medicamentos (CAM.), que son:

Primera: definición de unidades a encuestar; en esta etapa la Dirección de Procesos Logísticos es quien establece en que unidades se deben de realizar las encuestas con un indicador especifico, el de Surtimiento de Recetas (SR).

Segunda: notificación de levantamiento; en la que la Dirección General de Calidad y Salud informa a la Subdirección de Monitoreo (DGCES) de las entidades federativas, el día de medición del indicador SR y fecha de recepción de informes.

Tercera: monitoreo de la encuesta; donde la misma dirección supervisa el levantamiento con cada una de las entidades encuestadas para obtener la información oportuna.

Cuarta: recepción de información, a cargo de la Dirección de Procesos Logísticos la que recibe y envía la información enviada por la Subdirección de Monitoreo (DGCES) a la Subdirección de Extensión Logística para su procesamiento vía electrónica.

Quinta: recepción y verificación de información, cuyo responsable es la Subdirección de Extensión Logística en donde se recibe, valida y envía la información de cada una de las unidades encuestadas.

Sexta: recepción y tratamiento de información, en donde el Departamento de Pruebas Estratégicas recibe, valida, registra y cuantifica en herramienta de cálculo diseñada previamente para este fin.

Séptima: gráfica de indicadores SR y CAM, en la que este mismo Departamento determina el porcentaje de abasto y elabora gráficas de abasto y satisfacción de usuarios.

Octava: recepción de gráfica de indicadores SR y CAM para su visto bueno, a cargo de la Subdirección de Extensión Logística, quien recibe las graficas de los indicadores SR y CAM, los analiza y canaliza la información en documento.

Novena: recepción de informe validado, a cargo de la Dirección de Procesos Logísticos, en donde se recibe, valida e integra para informe presidencial, informe de avance y trimestral, envía informes a la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud y la Dirección General Adjunta de Implantación de Sistemas de Salud.

El manual no hace referencia cada cuanto deben de aplicarse, ni los tiempos aproximados que cada una de las etapas debe cumplir[20].

ARGUMENTACIÓN EMPÍRICA

Para nuestra argumentación empírica iniciaremos tomando como ejemplo de los sistemas de abasto y suministro, al que nos presenta Dacosta, en la Revista española de Salud Pública, quién nos expone el sistema de suministros de Québec Canadá, estructurado en tres niveles, dependiendo de las necesidades de información de cada uno de los involucrados, mencionando que el primero considera al conjunto de la cadena de suministros y las interrelaciones entre las diversas actividades críticas; el segundo nivel se centra en los principales procesos de la cadena (procesos de gestión física de los productos, los procesos de compra y de negociación, y las unidades de stock en planta); y el tercer y último nivel controla cada actividad particular[21].

Dentro de la descripción de las actividades que se realizan en la cadena de suministros, se plantea que las enfermeras y los médicos retiran los productos de los puntos de stock, llamadas *Unidades de stock en planta* (USP); de acuerdo a las necesidades que se presenten en cada momento, estas USP existen en cada servicio médico, clínica externa o unidad de enfermería, además de aquellas situadas en los laboratorios y en los departamentos administrativos; estas unidades controlan sus inventarios a través de visitas diarias hasta mensuales, en el caso de que el personal que la realiza descubre que la cantidad disponible de un producto se encuentra por debajo de su punto de pedido, se emite un *Pedido de reaprovisionamiento*, para lo cual existen dos métodos, de acuerdo al tipo de producto solicitado; en el primero los productos en inventario se guardan en el almacén central y se envían directamente a la USP de acuerdo a sus necesidades; los productos en compra directa, por el contrario, se solicitan al proveedor cada vez que se tramita un pedido, ya que no se cuenta con un stock en el almacén central. Esta clasificación de los productos tiene importantes efectos en los niveles de inventario o en los costes de distribución; sin embargo, no se realiza por medio de criterios claros, empleando incluso conceptos aleatorios o subjetivos, mencionados pero no descritos en el documento; una vez recibido el pedido de reaprovisionamiento con productos en inventario, el personal del almacén los recoge en los Centros de inventario y en los Centros de distribución; los Centros de inventario son zonas físicamente independientes, reservadas en exclusiva para un grupo de productos; el centro de distribución, es un espacio para manipular y cambiar las características físicas de los productos, donde los productos comprados en grandes cantidades son reagrupados en pequeños lotes antes de su envío a las USP y los productos a consumir conjuntamente se incluyen en un *kit* para simplificar su utilización[22].

Cuando el nivel de inventario de un producto en el almacén es inferior a su punto de pedido, los responsables del almacén generan un pedido de reaprovisionamiento y lo envían al personal de compras, este personal los recibe y los separa en dos grupos, los pedidos que requieren un producto bajo contrato y los que requieren la apertura de un proceso de negociación con un proveedor, para el primero de los grupos el personal, normalmente un comprador-adjunto, genera automáticamente una *orden de compra* (OC) y la envía al proveedor predefinido[23].

En el caso de los pedidos que requieren la negociación de un contrato de compra y basados en las normas legislativas de los organismos públicos, todos los productos se adquieren al proveedor más económico, lo que obliga al personal a proceder a la publicación de una oferta pública de compra*,* al tratamiento de las ofertas recibidas y a la elección de la oferta más barata (único factor considerado) antes de emitir la orden de compra. Una vez que son adquiridos y verificados en la zona de recepción los paquetes se clasifican en dos grupos, aquellos a enviar al almacén central —compuestos por los *productos en inventario*— y aquellos a enviar directamente a las USP o a los clientes finales —los *productos en compra directa*—. Con estos nuevos stocks la cadena empieza de nuevo[24].

Victoria Erosa, en su artículo *Modelos de comunicación comercial entre proveedores y clientes,* retoma las definiciones descritas por Mentzer et. al. y la de Lalonde definiendo así a la cadena de abasto como: “Un conjunto de organizaciones directamente involucradas en el flujo de productos y servicios de la fuente de abasto hasta los consumidores finales, considerándola desde un punto de vista sistémico ya que el desempeño total de la cadena es afectado por las acciones de cada uno de los “miembros” que la integran, quienes no son considerados como entidades individuales, sino siempre en colaboración y coordinación”. Desde esta perspectiva, la administración de la cadena de abasto busca el ordenamiento de los procesos de las fuentes de abasto hasta la distribución y el adecuado manejo de relaciones materiales y flujo de información entre todos los integrantes de la cadena[25]. Considerando a la citada definición como la adecuada para los fines del presente trabajo será retomada como variable conceptual.

En México, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 menciona que: “el desarrollo económico, el bienestar social, la estabilidad política y la seguridad nacional dependen de la buena salud de los

mexicanos", constituyendo uno de sus retos el abasto de medicamentos. El mismo documento señala a una causa de desabasto, como "aquello que se considera un fundamento u origen de la falta de provisión de insumos o elementos necesarios para la operación de unidades organizacionales, en este caso las del sector salud,"[26] así para efectos del presente trabajo, retomaremos la citada definición como la variable conceptual para las causas que obstaculizan el abasto de medicamentos.

Con la llegada del gobierno federal, en el sexenio 2000-2006, y como parte del Programa de Salud para el mismo período, se inicia un proceso de cambio en la política farmacéutica en México,[27] mismo que inicia en el año 2002 con la realización de un diagnóstico de la situación prevalente en la cadena de abasto de medicamentos denominado análisis A. T. Kearney, realizado por la empresa con el mismo nombre, así, en el año 2003, con base en los resultados aportados por este estudio, pone en marcha un proyecto para la mejora del abasto de medicamentos que inicia como programa piloto en los estados de Oaxaca y Veracruz, con un diagnóstico de la situación en el abasto de medicamentos, encontrando áreas de oportunidad, en las diferentes etapas de la cadena de suministro: Planeación, Adquisiciones, Distribución y Prescripción; cabe destacar que en el área de adquisiciones se trabajó de tres formas: mediante un piloto de entrega directa en los puntos de consumo, en la mejora del número de claves desiertas en los procesos de licitación a través de un taller y la realización de compras coordinadas entre instituciones del sector salud, todo este procedimiento generó una serie de indicadores para las diferentes áreas, que facilitarían los procesos en la cadena de suministro, permitiendo un incremento en el abasto de medicamentos, una vez obtenidos los resultados de las entidades federativas participantes, se planeó su implementación a nivel nacional a través de la Política Farmacéutica Integral que dio origen al sitio Web de abasto de medicamentos[28].

Bajo la misma política farmacéutica se han realizado otras acciones que apoyan el suministro de medicamentos como son: la terciarización utilizada exclusivamente para el Sistema de Protección Social en Salud, sitios informáticos para los proyectos relacionados con el abasto, la intercomunicación interinstitucional para la difusión de los logros de cada una de ellas y los mecanismos de traspaso[29].

Durante la implantación del modelo obtenido en el programa piloto en el año 2002, la Secretaría de Salud a nivel federal realizó una encuesta, contemplando en un principio 32 estados, excluyendo posteriormente a Michoacán por falta de información; las Entidades Federativas participantes contestaron acerca de las prácticas de abastecimiento y distribución de medicamentos en sus Servicios de Salud, en este estudio se analizaron tres elementos de la cadena de abasto, las compras, la distribución y las probables causas de desabasto, encontrando que las compras de los medicamentos de las diferentes Secretarias de Salud, representa el trece por ciento de las compras totales del Sector, equivalentes a $ 1,700 millones de pesos; esto lo hacen a un número reducido de proveedores, en general el sector salud tiene 35 proveedores, sin embargo 50 por ciento de las compras se realizan sólo a once de ellos, las compras alternas representan once por ciento de las compras totales y 80 por ciento de las mismas se hacen a través de proveedores; estas compras se realizan para todos los niveles de atención y al no apoyarse en todo el sector y hacerlo por medio de licitaciones independientes, la diferencia de precios entre los mismos es muy significativa[30].

En cuanto a la distribución, se observó que la mayoría de los estados cuenta con una red muy compleja, donde para llegar a los puntos de consumo pasan por uno o dos almacenes, cuya eficiencia de utilización es baja[31].

Otro punto importante es el costo de la distribución, ya que en los servicios de salud representan en promedio doce por ciento del presupuesto destinado a compras de medicamentos, cifra muy por arriba de la empleada por la iniciativa privada que fluctúa entre el cuatro y seis por ciento e incluso del IMSS, cuyo

gasto para distribución de medicamentos es de entre el siete y ocho por ciento del presupuesto destinado para las compras de los mismos[32].

Como punto final se identificaron cuatro tipos de causas principales de desabasto:

1. De presupuesto, por razones de tiempos de autorización e insuficiencia del mismo;
2. En la planeación, específicamente de la demanda;
3. En adquisiciones, por los largos tiempos de procesos licitatorios, la existencia de claves desiertas y la mala selección de proveedores y, por último
4. En la distribución, en cuanto a la compleja red de distribución y la baja frecuencia de entrega[33].

En este estudio también se identificaron algunas entidades federativas que han mejorado las prácticas de adquisiciones y distribución de medicamentos, por lo que recomienda adoptarlas con el fin disminuir los problemas encontrados en el abasto de medicamentos[34].

La revista de Salud Pública de México, publica un trabajo que, aunque no es vigente de acuerdo a su fecha de publicación, es de gran de relevancia para el tema que nos ocupa, debido a que no se han realizado más trabajos al respecto y en el campo de la cadena de abasto, el material es escaso. El artículo menciona una investigación realizada acerca de las prácticas de prescripción médica de clínicos en el Distrito Federal y 9 estados de la República Mexicana, aportando entre lo más relevante que: dos tercios de los medicamentos prescritos no aparecían en el cuadro básico de medicamentos vigente a la época; que los medicamentos prescritos que se encontraban en el cuadro básico y que serían esenciales para atender la mayor parte de la demanda de atención se reducen a 20 compuestos que ocupan el 80 por ciento de las recetas; y por último se detectaron necesidades de educación continua entre el personal médico[36].

Por lo que respecta a Veracruz, posterior a la encuesta realizada como parte de la política farmacéutica del sexenio federal 2000-2006, se pudo conocer de forma general, de acuerdo a sus respuestas, el flujo que presenta su cadena de abasto en la distribución de medicamentos. Para la época de realización de la citada encuesta se contaba con 35 proveedores, quienes utilizando vehículos propios, entregaban 95 por ciento de los medicamentos al almacén central y el cinco por ciento restantes directamente en las unidades de atención (hospitales)[37].

El informe menciona que del 95 por ciento de los medicamentos entregados al almacén central, 10 por ciento era distribuido directamente a las unidades de salud y el 85 por ciento restante a los almacenes jurisdiccionales, quien se encargaba de distribuirlos a su vez a las unidades de salud, los últimos pasos en esta distribución se realizaban con transporte y recursos de la institución. Las entregas de los proveedores se realizaban cada 90 días en promedio (4 veces al año). Las entregas de medicamentos a las unidades de primer nivel de atención se realizaron en promedio cada 15 días (24 veces al año), en cuanto a las unidades de segundo y tercer nivel de atención las entregas eran cada 30 días (12 veces al año) y los inventarios en los almacenes se realizaban cada dos meses[38].

Los datos anteriores obtenidos a partir de la encuesta respondida por cada estado sin identificar su veracidad, colocaron a Veracruz con una frecuencia de entrega de proveedores a los almacenes en doce días por debajo del promedio nacional que correspondió a 78 días; en cuanto a la entrega de medicamentos a las unidades de primer nivel, esta resultó 28 días más frecuente que el promedio nacional (43 días) y con respecto a la frecuencia de realización de inventarios en los almacenes, este se situó por arriba del promedio nacional, el cual fue de 4.6 veces al año[39].

En contraparte, la página en Internet de abasto de medicamentos, perteneciente a la Secretaría de Salud, de acuerdo a las encuestas realizadas por la Dirección General de Calidad, reporta al mismo estado con un porcentaje de surtimiento de recetas del 71.70 para el año 2004,[40] datos que en determinado momento, pudieran estar sesgados debido a la auto evaluación de los prestadores de servicio al recabar el porcentaje de satisfacción del usuario por surtimiento de recetas en el indicador de trato digno para calidad de la atención.

Es importante señalar aquí, que la experiencia denominada *terciarización* utilizada por los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER), específicamente por la Unidad de Protección Social en Salud (antes Seguro Popular), fue establecida a nivel nacional teniendo como base la problemática prevalente del bajo surtimiento de recetas a pacientes afiliados, abasto poco oportuno en los almacenes de las unidades médicas, diferencia entre el número de claves de medicamentos que se manejan en los cuadros básicos del Seguro Popular y la Secretaría de Salud, así como las quejas de los usuarios al no recibir el medicamento preescrito; su objetivo principal es partir de un modelo de abasto de medicamentos que genere la mejor relación costo-beneficio y que considere un modelo a largo plazo del sector, siendo un mecanismo mediante el cual, el surtimiento de recetas para los pacientes de las Redes de Servicios sea del 100 por ciento , trasmitiendo la responsabilidad del abasto y manejo de inventarios a una empresa adjudicada para tal fin. Cabe señalar que una investigación reciente al respecto de esta estrategia realizado por Bernal et. al., señala que en la mayoría de las unidades médicas afiliadas no se cuenta con el 100 por ciento de las claves a las que se comprometió la empresa adjudicada; que los prestadores de servicio cuentan con muy poca información sobre el período de caducidad mínimo establecido para la recepción de los medicamentos; que no se cuenta con un calendario de surtimiento de medicamento; que no existe supervisión hacia la empresa que terciariza, entre otras cosas que debilitan a la estrategia[41].

Es necesario mencionar como referente que, actualmente los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER) funcionan con una estructura orgánica conformada por una Junta de Gobierno, cuatro direcciones, quince subdirecciones, una Unidad Administrativa y dos coordinaciones: la de Descentralización y la del Programa de Ampliación de Cobertura . Administrativamente están constituidos por 742 unidades médicas de primer nivel de atención y 52 unidades hospitalarias de segundo nivel, integradas en once jurisdicciones sanitarias distribuidas geográficamente a lo largo del estado de Veracruz[42].

Marco jurídico

Antes de abordar el planteamiento del presente trabajo y como parte del marco jurídico para realizarlo, mencionaremos los documentos legales en los que nos apoyamos para su elaboración:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 5-11-1917. Reformas DOF últimas 13-IX-1999, 23 XII-1999, 7 IV 2000

ARTÍCULO 4º. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Ley General de Salud. 7 de febrero de 1984. Última reforma publicada DOF 19-09-2006

En su TÍTULO TERCERO, de la Prestación de los Servicios de Salud en su CAPÍTULO I, de Disposiciones Comunes, en su artículo 28, menciona que “habrá un Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y un Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel, elaborados por el Consejo de Salubridad General a los cuales se ajustarán las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, y en

los que se agruparán, caracterizarán y codificarán los insumos para la salud. Para esos efectos, participarán en su elaboración: La Secretaría de Salud, las instituciones públicas de seguridad social y las demás que señale el Ejecutivo Federal"; su artículo 29 nos hace referencia que "Del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, la Secretaría de Salud determinará la lista de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud, y garantizará su existencia permanente y disponibilidad a la población que los requiera, en coordinación con las autoridades competentes".

Ley de adquisiciones, arrendamientos, administración y enajenación de bienes muebles del estado de Veracruz de Ignacio de la llave. Última reforma publicada en la Gaceta Oficial (GO) el 12-08-2005

Ley de la que los títulos, capítulos y artículos aplicables a la presente investigación, fueron ya comentados en el apartado correspondiente al marco teórico.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. DOF 14-V-1986

Menciona lo relacionado con el servicio de atención médica, la cual define como "El conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos"; el artículo 38 de esta ley se refiere a que " Las dependencias y entidades del sector público que presten servicios de atención médica, se ajustarán a los Cuadros Básicos de Insumos del Sector Salud, elaborados por el Consejo de Salubridad en General y la Secretaría promoverá la adopción de los Cuadros Básicos de Insumos entre los sectores social y privado".

Reglamento de Insumos para la Salud. Fecha de publicación: 4 feb. 1998. Reforma. DOF 19 -IX -2003

Este reglamento, en su Título primero, Capitulo Único, fracción XIV, define al medicamento genérico intercambiable como "la especialidad farmacéutica con el mismo fármaco o sustancia activa y forma farmacéutica, con igual concentración o potencia, que utiliza la misma vía de administración y con especificaciones farmacopeicas iguales o comparables, que después de haber cumplido con las pruebas a que se refiere el presente Reglamento, ha comprobado que sus perfiles de disolución o su biodisponibilidad u otros parámetros, según sea el caso, son equivalentes a las del medicamento innovador o producto de referencia, y que se encuentra registrado en el Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables, y se identifica con su Denominación Genérica". En Título Segundo, referente a insumos, en su capitulo I, de las disposiciones comunes dentro de la sección primera sobre las características y condiciones sanitarias, el artículo 7° considera actos relacionados con: "el proceso de insumos aquellos que tengan los siguientes fines: Médicos: los que se realicen con propósitos de diagnóstico, preventivos, terapéuticos o de rehabilitación"; el artículo 17 se refiere al transporte de los insumos la cual observará lo siguiente: "Por ningún motivo podrán utilizarse vehículos destinados al transporte de plaguicidas, nutrientes vegetales, substancias tóxicas y peligrosas o productos de aseo con acción corrosiva; las cámaras de refrigeración deberán tener control gráfico de la temperatura y sus puertas permanecerán abiertas el mínimo de tiempo indispensable para sacar o introducir un medicamento"; en la sección tercera, sobre prescripción, el artículo 28 se refiere a que "La receta médica es el documento que contiene, entre otros elementos, la prescripción de uno o varios medicamentos y podrá ser emitida por: médicos, pasantes en servicio social, de cualquiera de las carreras anteriores, y enfermeras y parteras"; el artículo 32 refiere que: "La prescripción en las instituciones públicas se ajustará a lo que en cada una de ellas se señale, debiéndose utilizar en todos los casos únicamente las denominaciones genéricas de los medicamentos incluidos en el Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel o en el Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel. Por excepción, y con la autorización que corresponda, podrán prescribirse otros medicamentos."

Acuerdo por el que se establece que las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica y, para segundo y tercer nivel, el catálogo de insumo. DOF 24-12-2002

En el artículo primero se establece que "Las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud, sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica y, para el segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos. Para tal efecto, se contará con el cuadro básico y catálogo de medicamentos; auxiliares de diagnóstico; material de curación, y de instrumental y equipo médico", además de mencionar que: "en la adquisición de insumos, las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud deberán ajustarse al agrupamiento, dosificación y codificación, establecidos en el cuadro básico y en el catálogo, así como a los lineamientos de control de inventarios e intercambio y aprovechamiento de excedentes señalados en los mismos. Las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud podrán decidir, en razón de sus necesidades, cuáles de los insumos considerados en el catálogo utilizarán en el primer nivel de atención médica".

En el artículo segundo establece que para este cuerdo se entiende como: " Cuadro Básico: al conjunto ordenado de insumos para el primer nivel de atención médica; Insumos: los medicamentos, substancias psicotrópicas, estupefacientes y las materias primas y aditivos que intervengan para su elaboración; así como los equipos médicos, instrumental, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, material quirúrgico, de curación y productos higiénicos; Primer nivel de atención médica: las acciones y servicios enfocados básicamente a preservar la salud mediante actividades de promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico y protección específica, así como diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación, en su caso, de padecimientos que se presentan con frecuencia y cuya resolución es factible por medio de atención ambulatoria basada en una combinación de recursos de poca complejidad técnica".

El artículo tercero hace referencia al objetivo del cuadro básico que es el de "seleccionar y codificar los insumos necesarios para la prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación de los problemas de la salud, y estarán integrados por: medicamentos, material de curación, auxiliares de diagnóstico e instrumental y equipo médico.

Manual para la operación de archivos administrativos de la Secretaría de Salud

Este manual basa su elaboración en la ley orgánica de la administración pública federal, artículo 20; así como en la ley federal de responsabilidades administrativas de los servidores públicos. Para fines de este trabajo, se retoma de la citada ley, el artículo octavo, fracción quinta que glosa: " todo servidor público tendrá las siguientes obligaciones...custodiar y cuidar la documentación e información que por razón de su empleo, cargo o comisión, tenga bajo su responsabilidad e impedir o evitar su uso, sustracción, destrucción, ocultamiento o inutilización indebidos".

El manual para la operación de archivos administrativos, menciona que los documentos administrativos generados en la Institución, en su calidad de copia deberán un tiempo de conservación de 3 años. En el caso de los libros de mayor, inventarios y balances, el tiempo de conservación será de 12 años.

Manual de procedimientos para el uso del Sistema de Administración y Distribución de Insumos para la Salud (SADIS)

El sistema SADIS es un sistema centralizado, que por medio de la tecnología Web, operado como parte del portal de los Servicios de Salud de Veracruz y que concentra en las oficinas centrales, datos de todo el estado, pudiendo utilizarse en almacenes, jurisdicciones, hospitales y oficinas centrales. Por medio de este

sistema se realiza la administración de un catálogo único de insumos y de unidades médicas, llevando un registro y control de contratos, inventarios de almacenes y análisis de la información.
El manual para su utilización, expone de manera detallada los procesos que el usuario puede realizar con el sistema, la forma de acceder e introducir información, permitiéndoles conocer las actividades que deberán desarrollar para lograr los objetivos del sistema.

Manual de procedimientos almacén "A" de los Servicios de Salud de Veracruz

El manual se encuentra dividido en cuatro apartados, correspondientes a: las entradas de insumos al almacén, abastecimiento de insumos, reporte de entradas y reporte de salidas, en los cuales se describen las acciones a las que se deben apegar. Este documento nos servirá de referencia para la verificación de los procesos que se realizan en cada almacén.

Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos del Sector Salud. Edición 2005

El Cuadro Básico y Catálogo de medicamentos esta sustentado en el Acuerdo por el que se establece que las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el presente cuadro para primer nivel de atención médica y, para segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos; el cual tiene como propósito poner a disposición de las instituciones los insumos que han probado su seguridad, eficacia, calidad y que además representa la vanguardia tecnológica, dentro de sus 21 apartados por especialidad, soluciones y vacunas divide a los medicamentos en los aprobados para cuadro básico y los correspondiente a catálogo, están detallados por clave, descripción de presentación, indicaciones, vías de administración y dosis, en este sentido sólo tomaremos los referentes correspondientes al cuadro básico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Justificación

La trascendencia que tiene el desabasto de medicamentos socialmente, entre la población que utiliza los servicios de salud y su importancia como un indicador fundamental de calidad de la atención percibida por los usuarios, nos lleva a considerar que el tema requiere de mayor investigación y de intervenciones basadas en la evidencia.

La magnitud del problema se vio reflejada en el Diagnóstico Basal de Calidad (1999), donde se llegó a la conclusión de que: "las unidades de primer nivel de atención tenían serios problemas de abastecimiento de medicamentos".[43] Por otra parte, actualmente el problema del abasto de medicamentos se constituye en uno de los indicadores de calidad que tiene como base el porcentaje de recetas surtidas en forma completa, dicho porcentaje en el nivel nacional ha venido presentando un descenso en los últimos años en comparación a los años 2000 y 2001, alcanzando en el año 2005 88.2 por ciento.[44]. Sin embargo el estado de Veracruz este porcentaje para el mismo año fue del 70.7 por ciento en el surtimiento completo de las recetas prescritas[45].

El Plan Veracruzano de Desarrollo 2005-2010, en su capítulo X, correspondiente a "Salud para todos los veracruzanos ", señala que el abasto de medicamentos en el sector salud se ha visto afectado, exponiendo como ejemplo que en el primer nivel de atención se han registrado índices de surtimiento de medicamentos del 50 por ciento, hecho que ha demeritado la calidad de la atención en salud proporcionada, repercutiendo directamente en la población veracruzana[46].

Consideramos que el fenómeno es vulnerable, para su mejora, a partir del conocimiento de la cadena de abasto de medicamentos actual, detectando áreas de oportunidad específicas y proponiendo una planificación que permita su optimización; por otra parte, lo consideramos factible debido a que los recursos humanos dispuestos a realizarlo son suficientes, los documentos de trabajo serán proporcionados por el personal de los Servicios de Salud de Veracruz y obtenidos por las investigadoras de forma autónoma, además de contar con el traslado de las Jurisdicciones Sanitarias hacia los centros de salud seleccionados por parte del personal y vehículos de las propias Jurisdicciones, apoyo obtenido a través de gestión con la Dirección de los Servicios de Salud de Veracruz, el resto de los gastos necesarios serán absorbidos por las investigadoras.

Partiendo de la situación de que en México diversas estimaciones de los gastos catastróficos, por motivos de salud, sitúan a los hogares mexicanos dentro de un rango que va del 1.5 al 4 por ciento que incurren en ellos y que, de acuerdo a un estudio realizado en el año 2005, en cinco Estados de la República, más del 70 por ciento de estos gastos se atribuyeron al gasto en medicamentos y a la atención ambulatoria en los estados más pobres, sin ningún tipo de protección; [47] representando para estas familias, en gran parte, una dependencia de aquellos medicamentos que le son proporcionados por los Servicios de Salud al acudir a la atención médica y que aún cuando se han hecho esfuerzos en el último sexenio federal a través de las políticas públicas por mejorar el abasto de medicamentos en las unidades de salud de primer nivel, ello no se ha visto reflejado en el porcentaje de surtimiento completo de recetas, mismo que a pesar de venir reduciéndose a partir del año 2003, sitúa al estado de Veracruz en un promedio de abasto del 70 por ciento porcentaje por debajo de lo señalado en los reportes anuales como parte de la estrategia de Política Farmacéutica Sexenal. Lo anterior es evidente en el nivel operativo, en donde la experiencia de la práctica profesional nos ha permitido vivir esta problemática.

Así, posicionándonos en las condiciones actuales de la cadena de abasto para los Servicios de Salud de Veracruz, entidad para la cual los datos citados en líneas anteriores nos permiten visualizar contradicciones, planteamos la siguiente pregunta:

1. ¿Cuáles fueron las probables *causas que obstaculizan el abasto* de medicamentos en los diferentes eslabones de la *cadena de abasto* en el primer nivel de atención en los Servicios de Salud de Veracruz durante el año 2006?

Consideramos que la pregunta de investigación es descriptiva de acuerdo al estado de los hechos, composicionalista por el tipo de teoría de acuerdo a la forma en como se relacionan los diferentes factores a explorar y cuantitativa por la respuesta esperada.

En este sentido, la investigación a realizar será de tipo evaluativo, lo que nos permitirá determinar las condiciones actuales de la cadena de abasto de medicamentos para el primer nivel de atención de los Servicios de Salud de Veracruz, razón por la que no manejamos una hipótesis; pretendiendo, con este trabajo obtener causas probables que lleguen a interferir con el citado proceso de tal manera que lo obstaculicen y, posteriormente proponer alternativas de solución a las causas encontradas.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Conocer la cadena de abasto de medicamentos en el primer nivel de atención de los Servicios de Salud de Veracruz durante el año 2006

Objetivos específicos

- Describir y analizar el funcionamiento de cada uno de los eslabones de la cadena de abasto de medicamentos de los Servicios de Salud de Veracruz.
- Identificar las probables causas que obstaculizan cada uno de los eslabones de la cadena de abasto de medicamentos.
- Identificar la perspectiva de los prestadores de servicio involucrados acerca de la cadena de abasto.

METODOLOGÍA

Diseño

El presente trabajo se trata de un estudio observacional, evaluativo, cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

Universo

El universo en espacio, para este estudio, son los Servicios de Salud de Veracruz, donde tiene lugar el proceso logístico de la cadena de abasto de medicamentos. La unidad muestral la constituyen las 11 Jurisdicciones Sanitarias de los citados Servicios de Salud. La unidad de análisis será el proceso que sigue la cadena de abasto desde el nivel central hasta las unidades médicas de primer nivel pertenecientes a las Jurisdicciones Sanitarias.

Se revisarán los documentos necesarios para la realización del diagnóstico, del período comprendido entre el 1º de enero al 31 de diciembre del año 2006. La aplicación de todos los instrumentos de recolección de información se planea efectuar en el período marzo - abril del año 2007.

Muestra

Para la obtención de la muestra se realizó un muestreo bietápico; en una primera etapa se seleccionaron 4 de las 11 Jurisdicciones Sanitarias del estado de Veracruz, con un rango de confiabilidad del 95 por ciento , con la finalidad de obtener la mayor representatividad; las Jurisdicciones que aleatoriamente se seleccionaron fueron: Jurisdicción Sanitaria No. I, Pánuco; la Jurisdicción No. III, Poza Rica; la Jurisdicción No. V, Xalapa y; la Jurisdicción No. X, San Andrés Tuxtla; para tal efecto se utilizó la siguiente formula:

$$n = \frac{Z^2\alpha * Po*q0}{d^2}$$

La variable que se consideró para determinar el tamaño de la muestra fue la de abasto de medicamentos en primer nivel de atención. La información de esta variable se obtuvo a partir del Plan Veracruzano de Desarrollo 2005-2010, que en este caso, considera al abasto de medicamentos a este nivel en el estado de Veracruz como del 50 por ciento (valor de p). La precisión del tamaño de la muestra fue de 5 (valor de d) En dicha fórmula q, representa el valor de P menos 1.

Para la segunda etapa, correspondiente a la elección de la muestra al interior de cada una de las jurisdicciones, se clasificaron las unidades de salud de primer nivel de atención en: Centros de Salud Rural, Centros de Salud Urbanos y Equipos de Salud Itinerantes.

Con el número total de estas unidades se realizó un muestreo aleatorio estratificado con un 90 por ciento de confiabilidad y diez por ciento de precisión, utilizando también en este caso la variable abasto de medicamentos, obteniendo así los centros de salud de primer nivel de atención en los que se aplicarán los instrumentos necesarios para la recolección de la información.

Con el muestreo aplicado a las cuatro jurisdicciones a trabajar, el número de unidades se presentan en las tablas 1, 2, 3 Y 4.

Tabla 1. Número de unidades médicas totales y seleccionadas de la Jurisdicción de Pánuco

Estratos	Total de unidades de primer nivel de atención	Unidades seleccionadas
Centros de Salud Rurales	52	10
Centros de Salud Urbanos	07	1
Equipos de Salud Itinerantes	09	2
Total	68	13

Tabla 2. Número de unidades médicas totales y seleccionadas de la Jurisdicción de Poza Rica

Estratos	Total de unidades de primer nivel de atención	Unidades seleccionadas
Centros de Salud Rurales	76	14
Centros de Salud Urbanos	8	1
Equipos de Salud Itinerantes	6	1
Total	80	16

Tabla 3. Número de unidades médicas totales y seleccionadas de la Jurisdicción de Xalapa

Estratos	Total de unidades de primer nivel de atención	Unidades seleccionadas
Centros de Salud Rurales	71	13
Centros de Salud Urbanos	10	2
Equipos de Salud Itinerantes	3	1
Total	84	16

Tabla 4. Número de unidades médicas totales y seleccionadas de la Jurisdicción de San Andrés Tuxtla

Estratos	Total de unidades de primer nivel de atención	Unidades seleccionadas
Centros de Salud Rurales	37	7
Centros de Salud Urbanos	9	2
Equipos de Salud Itinerantes	8	2
Total	54	11

Los nombres de las unidades médicas que resultaron seleccionadas aleatoriamente de cada Jurisdicción Sanitaria se presentan en el anexo 1.

Los criterios de inclusión son las unidades de salud pertenecientes al primer nivel de atención integradas a la cadena de abasto de medicamentos destinados a población abierta y el programa oportunidades. El criterio de exclusión será la cadena de abasto de medicamentos perteneciente a la Unidad de Protección

Social en Salud (Seguro Popular). El criterio de sustitución se utilizará en caso de no poder acceder a la unidad médica seleccionada, remplazándola al azar por otra con las mismas características. No se cuenta con criterios de eliminación.

Categorías, variables e indicadores

Las variables que se utilizarán para esta investigación serán: Cadena de abasto, y causas que obstaculizan el abasto; al interior de cada una de estas variables encontramos cuatro dimensiones: planeación que cuenta con el indicador *exactitud en la planeación de la demanda;* adquisiciones, integrada por los indicadores *nivel de servicio de los proveedores* y *claves desiertas;* distribución y administración de inventarios, con los indicadores: *porcentaje de abasto de almacén central a almacén jurisdiccional, porcentaje de pérdidas por merma o caducidad en almacén central, nivel de inventario promedio en almacén central, porcentaje de abasto de almacén jurisdiccional a unidades médicas de primer nivel de atención, porcentaje de pérdidas por merma o caducidad en almacén jurisdiccional y nivel de inventario promedio en almacén jurisdiccional*; por último surtimiento de medicamentos, maneja los indicadores: *porcentaje de claves surtidas, porcentaje de piezas surtidas y porcentaje de prescripción fuera del cuadro básico* (Ver anexo 2).

Así, tomaremos como definición conceptual para la variable **cadena de abasto** a aquella vertida por Victoria Erosa, que la refiere como: "un conjunto de organizaciones directamente involucradas en el flujo de productos y servicios de la fuente de abasto hasta los consumidores finales"[48].

Por su parte, la variable causas que obstaculizan el abasto, se retomará de la conceptualización que aporta la Secretaría de Salud, en su página de abasto de medicamentos, que la refiere como "aquello que se considera un fundamento u origen de la falta de provisión de insumos o elementos necesarios para la operación de unidades organizacionales, en este caso las del sector salud"[49].

De igual manera, la conceptualización de las dimensiones, que en este caso son las mismas para cada variable, se retomó las vertidas en el glosario de la página de abasto de la Secretaría de Salud, que las define de la siguiente manera:

"Planeación: Proceso fundamental de la cadena de abasto de medicamentos, que involucra el control de la prescripción médica, el cálculo de la cantidad por cada medicamento para el año próximo, el registro, control y uso de la información a partir de la receta médica. El punto básico del cálculo es que éste se haga con un método consistente" [50].

"Adquisiciones: término utilizado en sentido amplio para definir el conjunto de compra de bienes o insumos; para el caso de abasto es utilizado para referirse a compras de medicamentos del estado o de la unidad administrativa"[51].

"Distribución y administración de inventarios: La distribución es el proceso de la cadena de abasto que se refiere a todas las actividades inherentes a la colocación del medicamento en el punto de consumo. La administración de inventarios, en general, se centra en 4 aspectos básicos: 1) cuantas unidades deberían ordenarse (o producirse) en un momento dado, 2) en que momento debería ordenarse (o producirse) el inventario, 3) que artículos del inventario merecen una atención especial, 4) puede uno protegerse contra los cambios en los costos de los artículos del inventario"[52].

"Surtimiento de medicamentos recetados: Es el proceso al cual se sujetan los médicos para indicar un tratamiento a sus pacientes, mismo que plasman en la receta. La receta es fundamental para realizar la prescripción y para generar un flujo de información confiable y oportuna"[53].

Para efectos del presente trabajo operacionalizaremos la variable Cadena de abasto de medicamentos como el proceso logístico que considera un adecuado porcentaje en la exactitud *en la planeación de la demanda* de medicamentos a un porcentaje estándar no menor del 80 por ciento del grado de precisión entre la demanda pronosticada y el consumo real; adecuado porcentaje en la programación de la demanda cuando este no sea menor del 95 por ciento de las claves y piezas solicitadas en el nivel central para licitación; en el caso de las *adquisiciones*, el porcentaje en el nivel de servicio de los proveedores se considerará adecuado cuando el porcentaje sea de 85 por ciento y más de piezas entregadas completas y en el tiempo estipulado en los contratos; el indicador porcentaje de claves desiertas será adecuado cuando no supere el 2 por ciento del total de claves licitadas; adecuado porcentaje de claves requisitadas no licitadas, cuando este no supere el cinco por ciento del total de claves y piezas solicitadas en el nivel central para su licitación. En la *distribución y administración de inventarios*, los indicadores considerados adecuados serán: porcentaje de abasto de almacén central y jurisdiccionales en un 85 por ciento y más del total de claves y piezas requisitadas, el porcentaje de pérdidas por merma o caducidad cuando no supere el dos por ciento del total de piezas del inventario y un nivel de inventario promedio por arriba del histórico de dos meses. En el *surtimiento de medicamentos* el porcentaje de claves surtidas será adecuado cuando no sea menor del 95 por ciento del total de claves prescritas, el porcentaje de piezas surtidas será adecuado cuando no sea menor del 95 por ciento del total de piezas prescritas y; la prescripción fuera del cuadro básico, se considerará adecuada cuando no supere el dos por ciento del total medicamentos prescritos. Esta variable es ubicada para esta investigación como una variable cuantitativa ordinal.

En cuanto a la variable causas que obstaculizan el abasto, será operacionalizada como: porcentaje inadecuado de la exactitud en la planeación de la demanda cuando no alcance el 80 por ciento del grado de precisión entre la demanda pronosticada y el consumo real; porcentaje inadecuado en la programación de la demanda cuando este no supere el 95 por ciento de las claves y piezas solicitadas en el nivel central para licitación; porcentaje inadecuado de nivel de servicio de proveedores cuando no cumplan con el 85 por ciento de piezas entregadas completas y en los tiempos estipulados en el contrato; claves desiertas mayores al dos por ciento del total de la adjudicación de las claves licitadas; porcentaje inadecuado de claves requisitadas no licitadas cuando este sea mayor al cinco por ciento del total de claves y piezas solicitadas en el nivel central para su licitación. Porcentaje inadecuado de abasto de almacén central y porcentaje inadecuado de abasto de almacenes jurisdiccionales cuando no se supere el 85 por ciento del total de claves y piezas requisitadas; porcentaje inadecuado de pérdidas por merma o caducidad cuando este sea mayor al dos por ciento del total de piezas del inventario; nivel de inventario inadecuado cuando este sea menor al histórico de dos meses. Porcentaje inadecuado de surtimiento de claves y piezas cuando sea menor al 95 por ciento del total de claves y piezas prescritas y; prescripción fuera del cuadro básico inadecuada cuando sea mayor al dos por ciento del total de medicamentos prescritos; además de las causas enunciadas por los actores sociales involucrados. Para esta investigación, esta variable se considera cuantitativa ordinal.

La tabla 5 muestra los indicadores a utilizar para cada una de las variables de acuerdo a las dimensiones ya mencionadas, así como la forma de medir a cada uno de ellos y los pasos para su construcción, se explica además el tipo de fuente de la que se pretende rescatarlos y el instrumento que se utilizará para tal fin.

De tal manera que para la variable *cadena de abasto*, en la dimensión de *planeación*, se maneja el indicador " porcentaje en la exactitud en la planeación de la demanda de medicamentos", mismo que permitirá identificar el grado de precisión entre la demanda pronosticada (realizada a priori por los responsables de área de atención médica de las jurisdicciones y el nivel central) y la demanda real experimentada que reportan las unidades medicas de primer nivel de atención considerando los medicamentos prescritos y surtidos, además de los prescritos que no se surtieron al usuario; la frecuencia

de medición será mensual o con la periodicidad que se realizó durante el 2006 y será aplicado en unidades médicas de primer nivel de atención y en las áreas de atención médica jurisdiccionales.

Dentro de esta misma dimensión se encuentra el indicador "porcentaje en la programación de la demanda", el cual nos permitirá conocer el porcentaje de medicamentos requeridos por las jurisdicciones pero que no fueron solicitados para licitación por parte del área atención médica estatal, área de adquisiciones y recursos financieros; se medirá en forma anual y se aplicará en las áreas correspondientes a nivel estatal.

En la dimensión de *adquisiciones,* para la misma variable (cadena de abasto), se explorarán tres indicadores: "porcentaje en el nivel de servicio de los proveedores", el que permitirá identificar el nivel de atención que los proveedores están otorgando; el indicador de "porcentaje de claves desiertas" con el que identificaremos el porcentaje de claves que en las licitaciones queden no asignadas (o desiertas) y el "porcentaje de claves requisitadas no licitadas", que nos permitirá identificar el porcentaje de claves que fueron solicitadas por el área de atención médica estatal para licitación y que no fueron licitadas por el área de adquisiciones. Se medirán después de cada uno de los procesos licitatorios y se aplicarán en el nivel estatal, en las áreas correspondientes.

Con lo que respecta a la dimensión *distribución y administración de inventarios*, se medirán seis indicadores, tres de ellos en el almacén central, los que son: el "porcentaje de abasto del almacén central al almacén jurisdiccional", que permitirá identificar el nivel de atención que el almacén central le está otorgando a los almacenes jurisdiccionales y su medición será mensual o con la periodicidad que se realizó durante el año 2006; el "porcentaje de pérdidas por merma o caducidad", con el que podremos determinar el volumen de pérdidas y su traducción monetarias generadas por medicamentos caducos y mermas, con medición anual y el último indicador es el "nivel de inventario promedio", con medición mensual o con la periodicidad que se realizó durante el 2006, que nos permitirá medir el comportamiento del inventario a través del tiempo y la inversión que éste representa.

Por otra parte, para la misma dimensión, los siguientes tres indicadores se aplicarán en el nivel de almacenes jurisdiccionales: "porcentaje de abasto de almacén jurisdiccional a unidades médicas de primer nivel de atención", que nos permitirá identificar el nivel de atención que tienen los almacenes jurisdiccionales a las unidades medicas, con una frecuencia de medición mensual o con la periodicidad que se realizó durante el año 2006; el "porcentaje de pérdidas por merma o caducidad" para determinar el volumen de pérdidas y su traducción monetaria generadas en este nivel, con frecuencia de medición anual y por último el "nivel de inventario promedio" de los almacenes jurisdiccionales, con la misma finalidad de medir el comportamiento del inventario a través del tiempo y la inversión que representa; con medición mensual.

En lo referente a la dimensión del *surtimiento de medicamentos recetados*, su medición se llevará a cabo en las unidades médicas de primer nivel de atención y los indicadores a medir serán tres: el "porcentaje de claves surtidas de medicamentos", con que identificaremos el porcentaje de medicamentos, por clave, que se le otorga al usuario; "el porcentaje de piezas de medicamentos surtidas" , que nos permitirá identificar el porcentaje de medicamento, por pieza, que se le esta otorgando al usuario; y la "porcentaje de prescripción fuera del cuadro básico", con ellos nos permitirá identificar la cantidad de medicamento por pieza y por clave que origine un gasto en el usuario; estos indicadores se medirán a través de las recetas generadas en un mes del año 2006, elegido aleatoriamente o según disponibilidad de las mismas.

Tabla 5. Matriz de variable cadena de abasto con indicadores

Variable	Cadena de abasto
DIMENSION	*Planeación
INDICADOR	Porcentaje de la exactitud en la planeación de la demanda Frecuencia de medición: mensual o con la periodicidad que se realizó durante el 2006.
MEDICIÓN DE INDICADORES	$\frac{\text{Número de claves en punto de consumo con una variabilidad menor al } \pm 20\ \%}{\text{Total de claves}} \times 100$ Punto de consumo: unidades de primer nivel de atención. Variabilidad: Es el resultado del calculo de restar del estándar 1 la demanda real experimentada y el resultado dividirlo entre el pronostico mensual.
PASOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	1.Obtener el pronóstico mensual de demanda por clave para cada unidad médica (Resultado de la multiplicación de la cantidad solicitada por clave de cada unidad médica por el estándar predeterminado por los Servicios de Salud 1.5) 1.Obtener el pronóstico mensual de demanda por clave para cada unidad médica 2. Obtener el registro por clave de la demanda real experimentada (surtido + no surtido) durante el mes en cada unidad médica seleccionada 3. Aplicar la siguiente fórmula para cada clave: Variación (pronostico vs. real) = (1- demanda real experimentada / pronóstico mensual de demanda) 4. Para cada clave, si el valor calculado en términos absolutos es menor a 0.2 (20 por ciento), se contabiliza ésta como clave con variación menor al 20 por ciento (número de claves en punto de consumo con una variabilidad menor al 20 por ciento) (< 20 por ciento =1, > 20 por ciento =0). 5.Por unidad médica, calcular la exactitud en la planeación de la demanda al dividir el número de claves contabilizadas en el paso 4 entre el número total de claves 6.Obtener un promedio de exactitud en la planeación de la demanda para las unidades médicas seleccionadas
TIPO DE FUENTE	Secundaria. CCSR1 de unidades médicas de primer nivel.
INSTRUMENTO	Cédula de concentración de información

Variable	Cadena de abasto	
DIMENSIÓN*	**Adquisiciones*	
INDICADORES	Porcentaje en el nivel de servicio de los proveedores Frecuencia de Medición: posterior al proceso licitatorio	Porcentaje de claves desiertas Frecuencia de Medición: Después de cada unos de los procesos licitatorios.
MEDICIÓN DE INDICADORES	Unidades entregadas por proveedores a tiempo y completas / Unidades solicitadas X 100	Total de claves no adjudicadas en licitación / Total de claves licitadas X 100
PASOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	1.Registrar el número de unidades (piezas) programadas/ solicitadas a proveedores para cada clave 2.Cuantificar el número de unidades (piezas) de cada clave recibidas a tiempo por parte de lo proveedores 3.Dividir el número de unidades recibidas (paso 2) entre el número de unidades solicitadas (paso 1) para el total de claves y el total de proveedores	1.Cuantificar el número total de claves de medicamentos que se licitaron 2.Cuantificar el número total de claves de medicamentos no asignadas en la licitación 3.Dividir el total de claves no asignadas en licitación (paso 2) entre el total de claves licitadas (paso 1)
TIPO DE FUENTE	Secundaria. Solicitudes de compra y registro de recepción de almacén	Secundaria (ordenes de licitación y compra)
INSTRUMENTO	Cédula de concentración de información	Cédula de concentración de información

Variable	Cadena de abasto
DIMENSION	*Programación*
INDICADOR	Porcentaje en la programación de la demanda Frecuencia de medición: Anual
MEDICIÓN DE INDICADORES	Número de piezas por claves solicitadas por atención médica para licitación / Número de piezas por claves solicitadas por las jurisdicciones X 100
PASOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	1. Registrar el número de unidades (piezas) solicitadas por las jurisdicciones a atención médica estatal. 2. Registrar el número de unidades (piezas) programadas/ solicitadas al Departamento de adquisiciones por atención médica estatal 3.Dividir el número de piezas solicitadas para licitación (paso 2) entre el número de unidades solicitadas por las jurisdicciones (paso 1) para el total de claves
TIPO DE FUENTE	Secundaria. SADIS
INSTRUMENTO	Cédula de concentración de información

Variable	Cadena de abasto
DIMENSIÓN*	**Adquisiciones*
INDICADORES	Porcentaje de claves requisitadas no licitadas Frecuencia: Posterior a cada proceso licitatorio.
MEDICIÓN DE INDICADORES	Piezas por clave licitadas / Piezas por clave solicitadas a adquisiciones por atención médica estatal X 100
PASOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	1.Registrar el número de unidades (piezas) programadas/ solicitadas al Departamento de adquisiciones 2.Cuantificar el número de unidades (piezas) de cada clave licitadas 3.Dividir el número de unidades licitadas (paso 2) entre el número de unidades solicitadas (paso 1) para el total de claves
TIPO DE FUENTE	Secundaria. Solicitudes de compra, Guía de cotejo de Adquisiciones

INSTRUMENTO	Cédula de concentración de información		
Variable	Cadena de abasto		
DIMENSIÓN*	**Distribución y administración de inventarios*		
INDICADORES	Porcentaje abasto de almacén central a almacén jurisdiccional Frecuencia de medición mensual	Porcentaje de pérdidas por merma o caducidad en almacén central Frecuencia de medición anual	Nivel de inventario promedio en almacén central Frecuencia de medición: mensual o con la periodicidad que se realizó en el 2006
MEDICIÓN DE INDICADORES	Claves entregadas a tiempo y completas de almacén central X 100 Total de piezas por claves solicitadas por jurisdicción	S (Unidades caducas + merma)* (costo por clave)	Inventario promedio en unidades: Inventario final del período anterior + Entradas + Inventario al final del período / 2 Inventario promedio en costo: Inventario promedio en unidades * costo unitario
PASOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	1.Para cada clave, obtener el número de unidades (piezas) solicitadas al almacén central por cada jurisdicción en forma mensual 2.Cuantificar el número de piezas de cada clave entregadas a tiempo (acorde a calendario de entrega de almacén central) por parte del almacén central a cada jurisdicción por mes 3.Obtener el porcentaje de abasto de almacén a jurisdicción dividiendo el número de piezas entregadas (paso 2) entre el número de piezas solicitadas (paso 1) para el total de claves de cada jurisdicción 4. Obtener un promedio de abasto de almacén central a cada jurisdicción.	1.Obtener el costo unitario por clave 2.Cuantificar el número de unidades (piezas) caducadas y la merma[2] en número de unidades (piezas) por clave 3.Para cada clave, multiplicar el costo unitario (paso 1) por la suma de unidades caducadas y merma (paso 2 y 3) 4.Sumar los montos obtenidos en el paso 3	1.Obtener el precio unitario y consumo promedio mensual por clave 2. Registrar el nivel de existencias en el almacén al inicio del año 2006. 3.Cuantificar las entradas durante el año 2006 4.Medir el nivel de existencias en el almacén en el mes de diciembre 2006 5. Calcular el inventario promedio en unidades (suma de existencias iniciales, entradas y existencias finales entre dos) y el monto ($) durante el año 2006.
TIPO DE FUENTE	Secundaria. SADIS, ordenes de entrega	Secundaria: Inventarios de almacén, listado de precios, SADIS y acta circunstanciada administrativa de hechos.	Secundaria: Inventarios de almacén y listado de precios.
INSTRUMENTO	Cédula de concentración de información	Cédula de concentración de información	Cédula de concentración de información

Variable	Cadena de abasto		
DIMENSIÓN*	**Distribución y administración de inventarios*		
INDICADORES	Porcentaje de abasto de almacén jurisdiccional a unidades medicas de primer nivel de atención Frecuencia de medición mensual	Porcentaje de pérdidas por merma o caducidad en almacén jurisdiccional Frecuencia de medición: anual	Nivel de inventario promedio en almacén jurisdiccional Frecuencia de medición: mensual o con la periodicidad que se realizó en el 2006
MEDICIÓN DE INDICADORES	Claves entregadas mensualmente a tiempo y completas de almacén jurisdiccional a unidades medicas / Total de piezas por clave solicitadas mensualmente por unidad de primer nivel de atención a jurisdicción X 100	S (Unidades caducas + merma)* (costo por clave)	Inventario promedio en unidades: Inventario final del período anterior + Entradas + Inventario final período / 2 Inventario promedio en costo: Inventario promedio en unidades * costo unitario
PASOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	1.Para cada clave, obtener el número de piezas solicitadas a jurisdicción por cada unidad de primer nivel de atención en forma mensual 2.Cuantificar el número de piezas de cada clave entregadas a tiempo (acorde a calendario de entrega de almacén central) por parte de la jurisdicción a cada unidad de primer nivel de atención en forma mensual 3.Obtener el porcentaje de abasto de jurisdicción a unidad de primer nivel dividiendo el número de piezas entregadas (paso 2) entre el número de piezas solicitadas (paso 1) para el total de claves de cada unidad medica de primer nivel de atención 4.Obtener un promedio de abasto de jurisdicción a unidad de primer nivel de atención	1.Obtener el costo unitario por clave 2.Cuantificar el número de unidades (piezas) caducadas y la merma[2]) en número de unidades (piezas) por clave 3.Para cada clave, multiplicar el costo unitario (paso 1) por la suma de unidades caducadas y merma (paso 2 y 3) 4.Sumar los montos obtenidos en el paso 3	1.Obtener el precio unitario y consumo promedio mensual por clave 2. Registrar el nivel de existencias en el almacén al inicio del año 2006. 3.Cuantificar las entradas durante el año 2006 4.Medir el nivel de existencias en el almacén en el mes de diciembre 2006 5. Calcular el inventario promedio en unidades (suma de existencias iniciales, entradas y existencias finales entre dos) y el monto ($) durante el año 2006.
TIPO DE FUENTE	Secundaria. SADIS, CCSR1, ordenes de envío.	Secundaria: Inventario de almacén, listado de precios, SADIS y acta circunstanciada administrativa de hechos.	Secundaria: Inventario de almacén, ordenes de entrada y listado de precios
INSTRUMENTO	Cédula de concentración de información	Cédula de concentración de información	Cédula de concentración de información

Merma: Diferencias negativas detectadas entre inventario físico e inventario registrado en cardex (es decir, cuando el inventario físico es menor que el registrado en cardex.

Variable	Cadena de abasto		
DIMENSIÓN*	**Surtimiento de medicamentos recetados*		
INDICADORES	Porcentaje de claves surtidas	Porcentaje de piezas surtidas	Porcentaje de prescripción fuera del cuadro básico
MEDICIÓN DE INDICADORES	Total de claves surtidas por recetas mensualmente ——————————— X 100 Total de claves por recetas prescritas mensualmente	Total de piezas surtidas por recetas mensualmente ——————————— X 100 Total de piezas prescritas por recetas mensualmente	Total de medicamentos prescritos fuera del cuadro básico ——————————— X 100 Total de medicamentos prescritos
TIPO DE FUENTE	Secundaria. CC Recetas medicas	Secundaria. CC. Recetas medicas	Recetas, catálogo de cuadro básico.
INSTRUMENTO	Cédula de concentración de información	Cédula de concentración de información	Cédula de concentración de información

Con los indicadores anteriormente señalados para la variable cadena de abasto, se construirá el índice de eficacia de la cadena de abasto, ponderándolos como se muestra en la tabla VI:

Tabla 6. Ponderación del índice de eficacia de la cadena de abasto

Dimensión	Indicador	Porcentaje individual	Porcentaje por dimensión
Planeación de la demanda	Porcentaje de la exactitud en la planeación de la demanda	12.5 %	25 %
	Porcentaje en la programación de la demanda	12.5 %	
Adquisiciones	Porcentaje en el nivel de servicio de los proveedores	8.3 %	25 %
	Porcentaje de claves desiertas	8.3 %	
	Porcentaje de claves requisitadas no licitadas	8.3 %	
Distribución y administración de inventarios (almacenes central y jurisdiccionales)	Porcentaje de abasto de almacenes	8.3 %	25 %
	Porcentaje por pérdidas por merma o caducidad	8.3 %	
	Nivel de inventario Promedio	8.3 %	
Surtimiento de medicamentos	Porcentaje de claves surtidas	8.3 %	25 %
	Porcentaje de piezas surtidas	8.3 %	
	Porcentaje de prescripción fuera del cuadro básico	8.3 %	

Consideraremos eficaz a la cadena de abasto de medicamentos para el primer nivel de atención cuando el índice construido nos muestre un porcentaje de 80 por ciento y más al sumar los porcentajes obtenidos de cada uno de los eslabones de la cadena.

En cuanto a la siguiente variable: *causas que obstaculizan el abasto* de medicamentos, se divide a su vez en las cuatro dimensiones ya señaladas, a saber: planeación, adquisiciones, distribución y administración de inventarios y, surtimiento de medicamentos, agregándose una quinta dimensión denominada perspectiva de los prestadores de servicio.

Los indicadores específicos para las cuatro primeras dimensiones son los mismos utilizados para la variable cadena de abasto, la frecuencia y los lugares de medición serán exactamente los ya descritos, rescatando los porcentajes que se obtengan de la construcción de cada indicador, cuando no alcance (o de acuerdo al caso sobrepase) los porcentajes preestablecidos considerándose como inadecuado y por lo tanto, como una causa que obstaculiza el abasto de medicamentos.

Conjuntamente, la última dimensión de la variable causas que obstaculizan el abasto (perspectiva de los prestadores de servicio), se obtendrá de la auto aplicación de cuestionarios estructurados a prestadores de servicio y actores determinantes, relacionados directamente con la cadena de abasto de medicamentos de acuerdo a sus diferentes dimensiones, lo que tiene la intención de rescatar la perspectiva en general sobre la cadena de abasto de medicamentos que tienen los prestadores de servicio y detectar algunos puntos específicos, en cada una de sus dimensiones que pudieran ser origen de la falta de provisión de medicamentos a las unidades médicas de primer nivel de atención. La intención final es complementar o relacionar los resultados obtenidos a través de los indicadores de la variable cadena de abasto con los obtenidos por medio de los cuestionarios, para con ello llegar a un diagnóstico lo más preciso posible de la situación actual de la cadena de abasto en los Servicios de Salud de Veracruz.

Tabla 7. Matriz de variable: causas que obstaculizan el abasto con indicadores

Variable	Causas que obstaculizan el abasto					
DIMENSIÓNES	Planeación	Adquisiciones	Distribución y administración de inventarios.		Surtimiento de medicamentos.	Perspectiva de los prestadores de servicio
INDICADORES	Exactitud en la planeación de la demanda	1) Nivel de servicio de los proveedores	1)Porcentaje abasto de almacén central a almacén jurisdiccional	1)Porcentaje de abasto de almacén jurisdiccional a unidades medicas de primer nivel de atención	1)Porcentaje de claves surtidas	Causas que obstaculizan el abasto
			2)Porcentaje de pérdidas por merma o caducidad en almacén central	2)Porcentaje de pérdidas por merma o caducidad en almacén jurisdiccional	2)Porcentaje de piezas surtidas	
		2) Claves desiertas	3)Nivel de inventario promedio en almacén central	3)Nivel de inventario promedio en almacén jurisdiccional	3)Porcentaje de prescripción fuera del cuadro básico	
MEDICIÓN DE INDICADORES	Menos de 80 por ciento en el grado de precisión entre la demanda pronosticada y el consumo real	1) Menos del 85 por ciento de piezas entregadas completas y en los tiempos estipulados en el contrato	1) Menos del 85 por ciento del total de claves y piezas requisitadas	1) Menos del 85 por ciento del total de claves y piezas requisitadas	1) Menos del 80 por ciento de surtimiento del total de claves prescritas	Todas aquellas enunciadas por los actores sociales involucrados en la cadena de abasto de medicamentos en el primer nivel de atención.
		2)Claves desiertas mayores al 2 por ciento del total del total de las claves licitadas	2) Más del 2 por ciento del total de piezas del inventario.	2) Más del 2 por ciento del total de piezas del inventario.	2) Menos del 80 por ciento de surtimiento del total de piezas prescritas	
			3) Inventario menor al histórico de 2 meses.	3) Inventario menor al histórico de 2 meses.	3) Mayor al 2 por ciento del total de medicamentos prescritos.	
TIPO DE FUENTE	Secundarias y primaria directa.					
INSTRUMENTO	Cédulas de concentración, guía de cotejo y cuestionarios estructurados auto aplicados a los prestadores de servicio.					

Técnicas, instrumentos y procedimientos para la recolección de la información

Para el diagnóstico de la situación actual de la cadena de abasto de medicamentos se requerirá de la recolección de información en los distintos eslabones o dimensiones ya señaladas; así tenemos que para la dimensión de Planeación se realizará una revisión documental que requerirá de dos cédulas de concentración de la información obtenida de los formatos, de las unidades médicas, denominados Consumo, Control, Suministro y Reposición de medicamentos para unidades de primer nivel de atención (CCSR-1) y del programa SADIS o del formato Control y Consumo (CC), con la finalidad de recuperar los datos necesarios para la construcción del indicador "Porcentaje en la exactitud de la planeación de la demanda" el cual nos permitirá identificar el grado de precisión entre la demanda pronosticada y el consumo real, entendiendo este último como la demanda de medicamentos surtidos y no surtidos al usuario; el segundo indicador es el "Porcentaje en la programación de la demanda". La información para la construcción del primer indicador se obtendrá directamente de las unidades de primer nivel de atención seleccionadas en el muestreo y los departamentos de atención médica de cada una de las cuatro jurisdicciones seleccionadas, en el caso del segundo indicador, se visitará el área de Atención Médica Estatal y el de Adquisiciones.

Los instrumentos diseñados para tal fin se denominan *Cédula de concentración de información no. 1 y no. 2* se compone de cuatro apartados, el primero de ellos que indica los datos de la Institución de la que depende la investigación, la variable y dimensión a la que pertenece, los de identificación de la unidad a la que se aplica y si los datos recolectados se obtuvieron del formato CC1 o CCSR1. En el siguiente apartado se describen por pasos las instrucciones para su llenado, el tercer apartado corresponde al área de captación de información de acuerdo a las claves de medicamentos incorporadas en el cuadro básico actual para el primer nivel de atención, divididos en sólidos, líquidos y ámpulas, donde se incluye su descripción y la presentación de cada uno, cuenta con columnas para la captura del número de piezas de medicamentos prescritos, surtidos o no de acuerdo a cada mes del año 2006 correspondientes a la demanda real, información que se obtendrá de los formatos CCSR-1 o CC-1 de la unidad médica que se visite. En el último apartado denominado observaciones, se consignarán aquellos datos relevantes que se presentaran al momento del levantamiento de la información. El citado instrumento cuenta con validez y confiabilidad, debido a su revisión desde su construcción por maestros y alumnos del Instituto de salud Pública, la realización de pre pruebas en unidades médicas tipo de la Jurisdicción Sanitaria No V y su adecuación de posterior de acuerdo a hallazgos y nueva consulta con expertos.

En el caso de cédula de concentración no. 2, esta contiene los mismos cuatro primeros apartados que la anterior, a excepción del área de captación de información, la que se encuentra divida en tres columnas que recuperan los datos de los medicamentos por piezas solicitadas por las jurisdicciones sanitarias al área de atención médica estatal; lo solicitado por atención médica estatal al área de Adquisiciones para licitación; y el tercero las cantidades que este último licitó. Los datos manejados serán por clave de medicamento y por número de piezas, con medición anual.

Para efectuar la recolección de la información en el área de Adquisiciones, se realizará una revisión documental para los dos indicadores, con la finalidad de recuperar la información concerniente a esta dimensión, ocuparemos las cédulas de concentración de información No. 3 y 4.

La *cédula de concentración de información No. 3* recupera la información necesaria para el indicador "Porcentaje en el nivel de servicios de proveedores", se encuentra integrada por cuatro apartados, el primero se refiere a: los datos de la Institución, la variable y dimensión a la que pertenece, el indicador que recupera, el registro de la fecha, número de folio, fuentes de información, identificación del almacén que se visita, el nombre del proveedor que surte el medicamento y el nombre de la persona responsable del levantamiento.

El segundo apartado se refiere a las instrucciones por pasos que se deben de seguir para la recuperación de la información. El tercer apartado, es el correspondiente al levantamiento de la información, se encuentra distribuido de acuerdo a las claves del catálogo del cuadro básico de medicamento para primer nivel de atención y en columnas que contienen la descripción del mismo y su unidad de medida, en una segunda mitad se divide de acuerdo a los procesos de licitación y/o compra directa que se llevaron a cabo, en cada uno de ellos se registra la fecha de entrega de medicamento por parte de los proveedores, estipulada en cada uno de los contratos, así como el número de piezas por clave que se les solicitó y el número de piezas por clave que se entregaron en almacén.

El último apartado corresponde a observaciones, en donde se anotaran los datos relevantes que se presentaron durante el levantamiento de la cédula. La información se obtendrá de la solicitud de compra y recepción de medicamentos, de la guía de cotejo de la ley de adquisiciones en el apartado de contratos de cada uno de los proveedores. Para la construcción de esta cédula se tomo como base el catálogo del cuadro básico de medicamentos para primer nivel de atención que los divide en sólidos, líquidos y ámpulas. Esta cédula se llenará por individual a cada uno de los proveedores de medicamento que participaron durante el año 2006.

La *cédula de concentración de información No. 4* corresponde al indicador "Porcentaje de claves desiertas", se encuentra al igual que la anterior, dividida en cuatro apartados, el primero corresponde a la identificación de la Institución responsable de la investigación, la variable y dimensión a la que pertenece, el indicador que recupera, la fecha de levantamiento y el nombre del responsable del mismo y las fuentes de información. El segundo apartado corresponde a las instrucciones por pasos para el llenado de la misma. El tercer apartado corresponde a la recopilación de la información, este se encuentra dividido en tres columnas y tres filas, que contienen los *ítems* concernientes a cada proceso licitatorio, el total de claves licitadas y el total de claves no adjudicadas en cada proceso. El cuarto corresponde a las observaciones que se puedan presentar durante el levantamiento de la información. Para la recuperación de esta información se tomará como fuente la convocatoria de cada proceso licitatorio, los resultados de cada adjudicación y la guía de cotejo de la Ley de Adquisiciones. Para la construcción de esta cédula se tomo como base parte de la ley de adquisiciones del estado de Veracruz que establece los procesos.

Por otra parte, para recuperar información relacionada con la forma de adquisición de medicamentos de primer nivel de atención de los Servicios de Salud de Veracruz, recuperando también el indicador "Porcentaje en el nivel de servicio de los proveedores", también se elaboró una *Guía de Cotejo de la Ley de Adquisiciones,* la cual se encuentra dividida en siete apartados: el primero corresponde a la identificación de la Institución responsable de la investigación, la dimensión a la que pertenece, la fecha de cotejo y el nombre del responsable del cotejo. El segundo apartado corresponde a las instrucciones a cerca de los documentos que se solicitarán para su cotejo. En el tercer apartado se cotejara lo relacionado al programa anual de adquisiciones, arrendamientos y servicios de los Servicios de Salud de Veracruz. En el cuarto y sexto apartado se cotejara el proceso de licitación y en el quinto lo relacionado con los contratos. En el séptimo apartado se anotarán las observaciones correspondientes.

Esta guía se llenará en su apartado quinto para cada uno de los proveedores que resultaron adjudicados en los procesos licitatorios durante el año 2006 y en sus apartados cuatro y sexto para cada uno de los procesos licitatorios realizados durante el mismo año. La fuente para recuperar esta información serán los contratos celebrados para la compra de medicamentos para primer nivel de atención durante el 2006, las convocatorias de licitación y sus resultados.

Para la obtención de la información de todos los indicadores de la dimensión distribución y administración de inventarios se utilizarán las *cédulas de concentración de información No. 5, 6 y 7* .

La cédula cinco corresponde al indicador "Porcentaje de abasto de almacén central a almacén jurisdiccional", esta conformada por cuatro apartados, el primero corresponde a la identificación de los datos de la Institución responsable de la investigación, la variable y dimensión a la que pertenece, el indicador que recupera, la fecha del levantamiento, el número de folio correspondiente, la jurisdicción a la cual pertenece el almacén visitado, la fuente de donde se va a obtener la información y el nombre de la persona responsable del levantamiento de la información. El segundo apartado corresponde a las instrucciones para el llenado de la cédula. El tercer apartado es para el registro de la información, se encuentra dividido de acuerdo a las claves del catalogo del cuadro básico de medicamentos para primer nivel dividido en sólidos, líquidos y ámpulas, contiene columnas para el registro por mes de la cantidad de medicamento solicitado y el entregado por parte de almacén central al almacén de cada jurisdicción. El cuarto corresponde a las observaciones que se presenten durante el levantamiento de la cédula.

Para su realización se tomo se mencionó anteriormente como base el catálogo del cuadro básico de medicamentos para primer nivel de atención y se obtendrá la información de los reportes de requisición de medicamentos que envía el departamento de atención médica a almacén central a través del SADIS y las ordenes de envío de almacén central que llegan a cada almacén jurisdiccional. Esta cédula se llenará para cada uno de los almacenes de las jurisdicciones visitadas. Este instrumento cuenta también con validez y confiabilidad a través de revisión para su construcción por maestros y alumnos del Instituto de Salud Pública y su prueba en almacén tipo de la Jurisdicción Sanitaria No. VIII, realizando las adecuaciones necesarias.

La cédula No 6 recupera información acerca del indicador "Porcentaje de abasto de almacén jurisdiccional a cada una de las unidades de primer nivel de atención", está compuesta por cuatro apartados. En el primero se encuentran los datos de identificación de la Institución, la variable y dimensión a la que pertenece, el indicador que recupera, la fecha de levantamiento, el número de folio que corresponda, la fuente para la obtención de la información, la jurisdicción sanitaria a la que pertenece la unidad médica seleccionada, el nombre y ubicación de esta, además del registro del nombre de la persona responsable del levantamiento de la información. El segundo apartado corresponde a las instrucciones que deben de seguirse para el llenado de la misma. El tercer apartado corresponde al registro de la información necesaria, se encuentra dividido en ítem de acuerdo al formato CCSR-1, con la clasificación de sólidos, líquidos y ámpulas, contiene columnas para el registro mensual del número de piezas por clave solicitadas por las unidades médicas al área de atención médica jurisdiccional y para el registro de piezas por clave enviadas de almacén jurisdiccional a las unidades médicas seleccionadas. El cuarto apartado es el correspondiente a la anotación de las observaciones que se presenten durante el levantamiento de la misma.

Para la realización de esta cédula se tomó como base al formato CCSR-1 que utilizan las unidades de primer nivel de atención para la requisición de medicamento. La información se obtendrá de estos mismos formatos de las unidades de primer nivel de atención y de las órdenes de envío de almacén jurisdiccional a cada una de las unidades médicas seleccionadas. Se llenará una cédula por cada unidad médica visitada. La cédula se encuentra validada por expertos y probada en unidad médica tipo perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria No V.

En la cédula No. 7 se obtendrá la información necesaria para los indicadores "Porcentaje de perdidas por merma o caducidad" y el "nivel de inventario promedio" Se encuentra distribuido en cuatro apartados. En el primero se encuentran los datos de identificación de la Institución responsable de la investigación, la variable y dimensión a la que pertenece y los indicadores que construye, la fecha de levantamiento, el número de folio, las fuentes de información, el almacén al cual corresponda y el nombre del responsable del llenado. En el segundo se encuentran las instrucciones por pasos para el levantamiento de la información. El tercer apartado corresponde al registro de la información, este se encuentra dividido por

claves de acuerdo al catálogo de cuadro básico de medicamentos para primer nivel de atención, así como en sólidos, líquidos y ámpulas, también contiene columnas para el registro de los costos unitarios de cada clave, el inventario de enero 2006 ó diciembre del 2005, si con este último se inició el conteo del siguiente año, las entradas de medicamento que se registraron en el año 2006 y el inventario de diciembre 2006, el número de piezas por clave que se encuentran registradas en cardex en diciembre del año 2006 y al número de piezas por clave que se caducaron dentro de almacén durante el año 2006.
El cuarto apartado corresponde a la anotación de las observaciones correspondientes.

Para la construcción de esta cédula se tomo como base el catálogo del cuadro básico de medicamentos y se obtendrá la información del listado de costos por clave de medicamentos registrados en almacén, los inventarios, los cardex y/o el sistema SADIS y el acta circunstanciada administrativa de hechos para el registro de medicamentos caducos. Esta cédula se llenará para cada uno de los almacenes las jurisdicciones seleccionadas y para el almacén "A" de Oficina Central. El citado instrumento se encuentra validado por expertos y fue probado en almacén tipo perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria No. VIII, realizando las adecuaciones posteriores necesarias.

Para la recolección de la información correspondiente a la dimensión surtimiento de medicamentos recetados, la cual se recuperará directamente de las unidades médicas de primer nivel de nuestra muestra, se efectuará a través de un instrumento denominado *Cédula de concentración de información no. 8* rescata los datos necesarios para la construcción de los indicadores "Porcentaje de claves surtidas", "Porcentaje de piezas surtidas" y "Porcentaje de prescripción fuera del cuadro básico". El instrumento requerirá de la revisión documental de las recetas de las unidades medicas visitadas correspondiente a un mes, elegido aleatoriamente o por disponibilidad de las mismas, lo que nos permitirá conocer el número de piezas y claves de medicamentos que se prescribieron y cuantos se entregaron a los usuarios, así como de aquellos medicamentos prescritos fuera del cuadro básico. De esta manera con tales datos, se construirán los indicadores pertinentes.

La *cédula de concentración de información no. 8* consta de 5 apartados, el primero de ellos corresponde a la identificación de la institución que respalda la investigación, los de la variable y dimensión a la que pertenece, folio, fuentes de información identificación del lugar, fecha y quien registra la información. El segundo apartado corresponde a las instrucciones para el llenado del formato, el tercer de los apartados consta de una tabla con el número de clave, descripción y unidad de medida de los medicamentos del cuadro básico para primer nivel de atención, además de una columna donde se consignará de acuerdo a la clave, el número de piezas prescritas por recetas en el mes, en la siguiente columna, también de acuerdo a clave, se anotará el número de piezas surtidas por recetas en el mes. El apartado cuatro corresponde a celdas en blanco donde se anotarán los medicamentos prescritos fuera del cuadro básico que se hayan encontrado durante el mes analizado, consignado también el número de piezas de los mismos. En el quinto y último apartado se consignarán las observaciones que se consideren pertinentes de los hallazgos presentados durante la recolección de la información. El instrumento citado fue validado por expertos y probado en unidad médica tipo perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria No V.

Por otra parte, es importante señalar que para recuperar la última variable: causas que obstaculizan el abasto, la que se integra como ya se comentó por las mismas dimensiones de la variable cadena de abasto, agregándose la dimensión perspectiva de los prestadores de servicio se construyeron, además de los instrumentos ya descritos, cuestionarios mixtos autoaplicables que abordan las dimensiones que nos ocupan; los que servirán de apoyo para rescatar información directa de la experiencia de los actores sociales involucrados en el proceso y con ello, reafirmar o ubicar explícitamente algunas de las causas obstaculizantes de la misma; además de recuperar desde ellos mismos, alternativas factibles de solución a la problemática que pudieran presentar en sus diversas áreas de desempeño.

Con tal finalidad se elaboraron tres cuestionarios, el primero de ellos, titulado *cuestionario para unidades de salud y departamentos de atención médica*), está dirigido a los responsables del abasto de medicamentos en la unidad médica sea el director de la misma o encargados de farmacia, además de aplicarse a responsables de atención médica jurisdiccional y estatal. El instrumento consta de cuatro apartados, el primero que corresponde a datos de identificación de la institución que respalda la investigación, el folio y el nombre del cuestionario; el segundo apartado corresponde a la finalidad y contexto del instrumento, además de las instrucciones para el llenado del mismo; un tercer apartado rescata los datos generales de la persona que responde, respecto a su trabajo y datos personales; por último, el cuarto apartado corresponde a las propias interrogantes que pueden ser abiertas o cerradas según el caso, estas a su vez se dividen en cuatro subapartados denominados: planeación, distribución y administración de inventarios, surtimiento de medicamentos y experiencia personal. Instrumento que también cuenta con validez y confiabilidad por ser analizado desde su construcción por maestros y alumnos del Instituto de Salud Pública, además de ser probado con actores sociales tipo pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria No V, realizando los ajustes posteriores necesarios.

El segundo cuestionario recibe el nombre *Cuestionario para adquisiciones,* está dirigido al personal del departamento de adquisiciones a nivel estatal de los Servicios de salud de Veracruz y se encuentra integrado, al igual que el anterior, de los mismos cuatro apartados: identificación de la institución, del cuestionario y número de folio, finalidad, contexto e instrucciones; datos generales y personales de quien lo responde y, por último, las preguntas abiertas o cerradas, según sea el caso, divididas en este caso en dos subapartados: adquisiciones y experiencia personal.

El último de los cuestionarios mixtos autoaplicables se denomina *Cuestionario para almacenes y encargados de farmacias*, se dirige a aquellas personas responsables del almacén central estatal, jurisdiccional y encargados de farmacia de las unidades médicas de primer nivel, de la muestra seleccionada; esta conformado por los apartados de los instrumentos anteriormente descritos, es decir cuatro apartados; donde el primero aborda los datos de identificación de la institución que respalda la investigación, el folio y el nombre del cuestionario; el segundo corresponde a la finalidad, contexto del instrumento e instrucciones para el llenado; el tercero a los datos generales de quien responde; y, por último, la sección de preguntas abiertas o cerradas según el caso, pero en esta ocasión dividas en los subapartados planeación, distribución y administración de inventarios, surtimiento de medicamentos y experiencia personal. El cuestionario cuenta con validez y confiabilidad, por estar igualmente revisado desde su construcción por alumnos y maestros del Instituto de Salud Pública, probado con actores sociales tipo de la Jurisdicción Sanitaria No. VIII y corregido posteriormente de acuerdo a los cambios considerados necesarios.

Técnicas y procedimientos de análisis de la información

Para el análisis de la información que se colecte, se construirán bases de datos con la ayuda de los programas informáticos Excel y Epi Info diseñando en primera instancia los indicadores que integran a cada dimensión de la cadena de abasto de medicamentos, de donde partiremos para la construcción del índice de eficacia de la cadena de abasto.

Con la información que aporten los cuestionarios y las cédulas de concentración se realizará un análisis cruzado con la finalidad de identificar y determinar las causas obstaculizantes, para proseguir con un análisis comparativo al interior de cada jurisdicción y entre las mismas de acuerdo al tipo de unidad médica, esto es: urbanas, rurales y equipos de salud itinerantes.

En el caso del análisis de las causas que obstaculizan el abasto de medicamentos, se clasificarán como tales, en cada dimensión, aquellos indicadores que de acuerdo con la definición operacional excedan o no

alcancen, según el caso, los estándares establecidos para cada uno de ellos, traduciéndose en porcentajes inadecuados. Posteriormente se corroborará los resultados obtenidos en los cuestionarios aplicados a los prestadores de servicios, agregándose las causas no recuperadas con cédulas de concentración y señaladas por los prestadores de servicio. Para lograr lo anterior, se utilizaran bases de datos construidas en los programas Excel y Epi Info.

De acuerdo a los resultados obtenidos posterior al análisis de la cadena de abasto de medicamentos, de las probables causas que obstaculizan el abasto y de las respuestas de los prestadores de servicios (mismas que se agruparan de acuerdo a las dimensiones de planeación, adquisiciones, distribución y manejo de inventarios y surtimiento), se analizará bajo el sustento de la normatividad, presupuesto y marco jurídico de los Servicios de Salud de Veracruz para que puedan ser consideradas como alternativas de solución factibles.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Fecha	Actividad	Recurso
Del 6 al 16 de febrero 2007	Validación de los instrumentos pendientes	Humano: 2 investigadoras Financiero: personal
Del 19 al 23 de febrero 2007.	Asesoría externa sobre el tema	Financiero: ISP
Del 26 febrero al 9 de marzo del 2007	Recolección de información en unidades de la Jurisdicción Sanitaria Pánuco	Humano: 2 investigadoras Financiero: SESVER, ISP, personal.
Del 12 de marzo al 23 de marzo del 2007.	Recolección de información en unidades de la Jurisdicción Sanitaria Poza Rica	Humano: 2 investigadoras Financiero: SESVER, ISP, personal.
Del 26 de marzo al 4 de abril de 2007	Recolección de información en unidades de la Jurisdicción Sanitaria San Andrés Tuxtla.	Humano: 2 investigadoras Financiero: SESVER, ISP, personal.
Del 9 al 20 de abril de 2007	Recolección de información en unidades de la Jurisdicción Sanitaria Xalapa, almacén central y oficinas centrales.	Humano: 2 investigadoras Financiero: SESVER, ISP, personal.
Del 23 al 27 de abril de 2007	Construcción de bases de datos.	Humano: 2 investigadoras Financiero: personal.
Del 30 de abril al 7 de mayo de 2007	Construcción de indicadores e índice de eficacia.	Humano: 2 investigadoras Financiero: personal.
Del 8 de mayo al 6 de julio de 2007.	Análisis y procesamiento de la información.	Humano: 2 investigadoras Financiero: personal.
16 de julio de 2007.	Presentación de análisis y resultados de la investigación.	Humano: 2 investigadoras Financiero: personal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Pérez, R. Gastos catastróficos por motivos de salud en México: Estudio comparativo por grado de marginación .Salud Pública de México. 2005. Vol. 47 (1:47-52) Consultado Disponible en: http:// bvs.insp.mx/rsp/artículo/articulo.php?id=000531.

[2] Secretaría de Salud. Hacia una política farmacéutica integral para México. México; 2005.p 164.

[3] Instituto Tecnológico de Sonora. Introducción a la Investigación de Operaciones. [online] Disponible en: http://www.itson.mx/dii/elagarda/apagina2001/PM/uno.html#modelos

[4] Fisher A, Laing J. Manual para el Diseño de Investigación Operativa en Planificación Familiar. The Population Council. México; 1991.

[5] ibídem.

[6] Organización Panamericana de la Salud. Management Sciences for Health. El suministro de medicamentos. Organización Panamericana de la Salud. Honduras; 1983.p 632.

[7] ibídem.

[8] ibídem.

[9] Organización Panamericana de la Salud. Manual de administración de Recursos Materiales en Salud. Serie HSP-UNI/Vol. 2 No.7 Washington, D. C.1996.p.421.

[10] Moreno, C ,De Quadros, C. Manual de Administración de Sistemas de Suministro de Medicamentos y Vacunas.Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.; 1996. p.124.

[11] Ibidem 10. Moreno, 1996.

[12] Legislatura del Congreso del Estado de Veracruz. Ley de Adquisiciones, arrendamientos, administración y enajenación de bienes muebles del estado de Veracruz de Ignacio de la llave. Última reforma G012-08-2005.

[13] ibídem.

[14] ibídem.

[15] ibídem.

[16] ibídem.

[17] ibídem.

[18] ibídem.

[19] Secretaría de Salud. Manual de procedimientos para iniciar la elaboración del indicador surtimiento de recetas unidades de las entidades federativas y de los indicadores de la cadena de abasto. Dirección de Procesos Logísticos. México; 2000. pp. 62-69. [consultado 25 de octubre de 2006] Disponible en:
comeri.salud.gob.mx/html/Normateca/manprouniorg/dgplades/DGAISS/DPL/P057.doc

[20] ibídem.

[21] Dacosta, I. Los servicios de suministros de los establecimientos sanitarios: la medición de la performance. Rev. Esp. Salud Pública. Vol.75, 4. [online] España; 2001. [consultado10 Octubre 2006], p.321-336. Disponible en: <http: //wwwscielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000400006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1135-5727.

[22] ibídem.

[23] ibídem.

[24] ibídem.

[25] Erosa, VE. Modelos de Comunicación comercial entre proveedores y clientes. Boletín de Política Informática. No.1. México; 2003.

[26] Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006.México; 2001.

[27] Secretaría de Salud. 2005. Op. Cit. 2.

[28] Medina, J. Programa de abastecimiento de medicamentos en México. Secretaría de Salud del Gobierno de México. México; 2002. [consultado 5 de octubre de 2006]. Disponible en: www.abasto.salud.gob

[29] ibídem.

[30] Secretaría de Salud. Practicas de abastecimiento y distribución de medicamentos. Abasto de Medicamentos. México; 2003. [consultado el 9 de Octubre del 2006]. Disponible en: www.abasto.salud.gob.mx/archivos/ReporteFinalEncuestasJulio03.ppt

[31] ibídem.

[32] ibídem.

[33] ibídem.

[34] ibídem.

[36] Durán L, Becerra J, Frenk J, et. al. Uso del cuadro básico de medicamentos en el primer nivel de atención. Salud Pública de México. México; 1990. (32: 543-551).

[37] Secretaría de Salud, 2003. Op. Cit.

[38] Secretaría de Salud, 2003. Op. Cit.

[39] Secretaría de Salud, 2003. Op. Cit.

[40] Op. Cit. 30. Secretaría de Salud, 2003.

[41] Bernal, E, Calderón, P, Santos, B. Análisis del proceso de abasto del cuadro básico de medicamentos por medio de la estrategia de terciarización para el seguro popular. México: Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana; 2006. Informe final de investigación.

[42] Servicios de Salud de Veracruz. Programa operativo anual 2007. Veracruz; 2007. [consultado el 9 de marzo del 2007]. Disponible en: http://sesver.ssaver.gob.mx/pls/portal/docs/PAGE/INICIO/TRANSPARENCIA/PAG_TRANSPARENCIA/PLANES_Y_PROGRAMA/POA__ANUAL_2007.PDF)

[43] Op. Cit. 26 .Secretaría de Salud, 2001.

[44] Presidencia de la República. Anexo del Sexto Informe de Gobierno 2006. México; 2006. pp. 122. [consultado el 19 de septiembre 2006]. Disponible en: http://sexto.informe.presidencia.gob.mx/docs/anexo/pdf/P122.pdf#search=%22indicadores%20de%20calidad%20abasto%20de%20medicamento

[45] ibídem.

[46] Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. Plan Veracruzano de Desarrollo 2005-2010.Secretaría de Finanzas y Planeación, SEFIPLAN. México; 2005.

[47].Pérez, 2005. Op. Cit

[48].Erosa, 2003. Op. Cit.

[49] Secretaría de Salud ,2003. Op. Cit.

[50] Secretaría de Salud. Glosario de términos. Abasto de Medicamentos. México; 2003. [consultado el 15 de octubre del 2006]. Disponible en: http://www.abasto.salud.gob.mx/campus/cursos/mod/glossary/view.php?id=65

[51] ibídem.

[52] ibídem.

[53] ibídem.

SEGURO POPULAR: ESTRATEGIA DE TERCIARIZACIÓN EN EL ABASTO DE MEDICAMENTOS EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Esmeralda Bernal Aguilera
Tutor: Dr. Alejandro Escobar Mesa
Asesora externa: Dra. Lyzzi Elena García Ortiz

INTRODUCCIÓN

El abasto de medicamentos ha sido considerado como una prioridad fundamental a nivel nacional, sectorial e institucional, dentro de nuestro país, y muy especialmente en el Seguro Popular, tomando en consideración que el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) tiene como una de sus metas, brindar al afiliado la garantía de surtir todos los medicamentos asociados a los tratamientos, con cobertura planteados en el Catálogo Universal de Servicios de Salud 2006 (CAUSES). Por lo que fue necesario que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) quien se encarga de instrumentar la política de protección social en salud y el plan estratégico del desarrollo del sistema, estableciera un modelo de suministro de medicamentos para los beneficiarios del Seguro Popular, denominada estrategia de terciarización para el logro de dicha meta.

El presente trabajo tiene como objetivo evaluar la ejecución de la estrategia de terciarización en el abasto de medicamento, para medir la eficacia y la oportunidad con que se ha llevado a cabo este, a los usuarios del Seguro Popular en el segundo nivel de atención en el Estado de Veracruz en la Jurisdicción Sanitaria No. IV, Martínez de la Torre.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Argumentación teórica

Investigación evaluativa

La evaluación es una ciencia social de gran actualidad, es así entonces que la investigación evaluativa se convierte, en la actualidad, en una importante fuente de conocimientos y directrices, en las diversas actividades e instituciones de las sociedades modernas porque indica el grado de eficiencia o deficiencia de los programas y señala el camino para su reformulación, así como una valoración del éxito alcanzado por los esfuerzos realizados. La investigación evaluativa se vale de los métodos y el instrumental de la investigación social; por lo tanto, su desarrollo sigue sus mismas evoluciones, lo cual le permite una aproximación permanente a criterios de cientificidad[1].

Es por eso que se hace necesario hacer una revisión sobre los conceptos y procesos de la investigación evaluativa, ya que en ella se encuentra el sustento del presente trabajo de investigación.

En 1967 Suchman delineó claramente las diferencias existentes entre los objetivos y las facultades investigativas de la evaluación, oponiéndolas a las de la investigación básica o pura, las cuales hacen referencia a una "compleja mezcla de distintos valores, propósitos y recursos". Por lo que dicho autor define a la evaluación como *"un tipo especial de investigación aplicada cuya meta, a diferencia de la investigación básica, no es el descubrimiento del conocimiento. Poniendo principalmente el énfasis en la utilidad, la investigación evaluativa debe proporcionar información para la planificación del programa, su realización y su desarrollo. La investigación evaluativa asume también las particulares características de la*

investigación aplicada, que permite que las predicciones se conviertan en un resultado de la investigación. Las recomendaciones que se hacen en los informes evaluativos son, por otra parte, ejemplos de predicción" [2].

Según Weiss en 1990, plantea que la investigación evaluativa, en opinión de quienes la practican, es una manera de aumentar la racionalidad de las decisiones. Las herramientas de la investigación se ponen al servicio del ideal consistente en hacer más preciso y objetivo el proceso de juzgar. En su forma de investigación, la evaluación establece criterios claros y específicos para el éxito. Reúne sistemáticamente pruebas y testimonios de una muestra representativa de unidades de que se trate. Comúnmente, traduce estas pruebas y testimonios a expresiones cuantitativas, y los compara con los criterios que se habían establecido, es decir, la evaluación compara *"lo que es"* con *"lo que debería ser"*. Luego saca conclusiones acerca de la eficacia, el valor y el éxito del fenómeno que se está estudiando. Al contar con información objetiva a cerca de los resultados de los programas es posible tomar decisiones atinadas en materia de planeación y de asignación de partidas presupuestarias de los programas o del objeto en estudio. Quienes toman decisiones quieren y necesitan saber: ¿con qué grado de acierto está cumpliendo el programa los objetivos para los que se estableció? y sí ¿se le debería continuar, ampliar, reducir, cambiar o desechar los programas?. Es difícil llegar a las respuestas valiéndose de procedimientos informales. En tales circunstancias, la investigación evaluativa parece adaptarse bien a la tarea de proporcionar la información requerida[3].

De acuerdo a Cohen en 1992, refiere que existen diferentes modelos de evaluación, que derivan tanto del objeto a evaluar como de la formación académica de quienes realizan esa tarea. Sin embargo, lo constante es, por un lado, la pretensión de comparar un patrón de deseabilidad (imagen-objetivo hacia la cual se orienta la acción) con la realidad (la medida potencial en la cual ésta va a ser modificada, o lo que realmente sucedió como consecuencia de la actividad desplegada) y, por otro lado, la preocupación por alcanzar eficazmente los objetivos planteados. Dicho autor establece que *"la evaluación es una actividad que tiene por objeto maximizar la eficacia de los programas en la obtención de sus fines y la eficiencia en la asignación de recursos para la consecución de los mismos"*. Por lo que de manera alternativa, se ha definido a la evaluación como aquélla rama de la ciencia que se ocupa del análisis de la eficiencia[4].

Existe una amplia clasificación de los tipos de evaluación, diferenciados de acuerdo con múltiples criterios: el momento en que se realiza la evaluación, la naturaleza del programa que se quiere evaluar, la procedencia de los evaluadores, las categorías que se van a emplear y muchos otros que dificultan una tipología universalmente aceptada. A continuación se definen los tipos de investigación más conocidos.

Evaluación de proceso. Llamada también evaluación intermedia, formativa, configurativa, continua o concurrente. Se caracteriza porque las mediciones de los efectos se hacen en diversos momentos del desarrollo del programa (el diagnóstico, la formulación, la implementación o la ejecución), de tal modo que los resultados o experiencias logradas hasta entonces son utilizados en modificaciones o reorientaciones del mismo. En general, la evaluación formativa se aplica en la fase de ejecución de un programa o proyecto y es especialmente recomendable cuanto éste tiene etapas claramente definidas, con metas intermedias y a largo plazo, o en proyectos que admiten, a manera de retroalimentación, una modificación en la marcha (mejoramiento continuo). La evaluación formativa es parte integral de cualquier programa y debe estar presente en todas sus etapas, no solamente como siempre se ha pensado, para medir los efectos terminales del mismo.

Evaluación de resultado. Llamada también acumulativa, terminal, de punto, sumativa, final de producto o ex-post, se caracteriza porque se efectúa al término del programa y da cuenta, por lo tanto, sólo de los resultados finales[5].

Otra clasificación hace referencia al tipo de personal encargado de llevar a efecto la evaluación. *Evaluación externa.* Es la evaluación realizada por agentes externos a la institución o programa. Generalmente, son profesionales con reconocido prestigio en el campo de la evaluación, o funcionarios de entidades especializadas tales como universidades, centros de asesoría y auditorias especiales. Se dice que una evaluación efectuada por investigadores externos asegura mayor objetividad en cuanto a la apreciación del funcionamiento y resultados del programa.

Evaluación interna. Es la evaluación realizada por el personal de la institución o del programa, generalmente grupos interdisciplinarios en los que están representados todos los estamentos y audiencias del programa.

Evaluación mixta. Es la evaluación realizada por un grupo conformado por evaluadores externos y personal del programa (evaluadores internos). Se trata de una alternativa que minimiza los inconvenientes o factores excluyentes de las evaluaciones interna y externa, para, en cambio, potenciar las ventajas de ambas. Un caso especial de esta modalidad lo constituye la investigación-acción, donde la evaluación del programa es una tarea en la que todos sus participantes se comprometen[6].

También se puede clasificar en:

Evaluación descriptiva. Describe diferentes situaciones del programa (características, factores que intervienen y relaciones de asociación entre éstas). Se apoya en técnicas de análisis de información descriptiva tanto cuantitativas como cualitativas.
Evaluación explicativa. Trata de establecer la relación causal entre los diferentes factores que intervienen en el programa y entre éste y el contexto[7].

Marco legal del Sistema de Protección Social en Salud

El 15 de mayo de 2003 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto por el que se reforma y adiciona a la Ley General de Salud (LGS) para crear el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Esta reforma nace, a partir de la necesidad de proporcionar a la población un nuevo esquema de aseguramiento público en salud, a través de la protección social en salud, mismo que se brindará a la población que actualmente no cuenta con acceso a seguridad social. Este esquema pretende garantizar el acceso integral a los servicios públicos de salud para todos los mexicanos. De acuerdo con la Ley General de Salud, la Protección Social en Salud es un mecanismo por el cual el Estado garantiza el acceso efectivo y oportuno de la población a los servicios de salud. Este esquema de financiamiento también busca la reducción del pago de bolsillo que realizan las familias al momento de recibir la atención, ya que en éste se anticipa el pago de una cuota anual de afiliación, misma que va a depender de la capacidad económica de la familia. En el ámbito institucional, la protección financiera se encuentra fundamentada en el Programa Nacional de Salud (PRONASA) 2001-2006; dentro de la estrategia 5, se plantea "brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social en materia de salud a través de un esquema de aseguramiento con el fin de reducir el gasto de bolsillo y fomentar la atención oportuna en salud". En su línea de acción 5.1 se establece el "consolidar la protección básica y promover un seguro de salud popular". La reforma a la Ley General de Salud establece, que dentro del periodo 2004-2010, se llevará a cabo la incorporación al Sistema de Protección Social en Salud del 14.3 por ciento anual de la población no asegurada estimada en 2004[8].

Es importante entonces señalar que el término *protección financiera* significa: a) asegurar un financiamiento justo de la atención a la salud –que el que más tenga más pague y que el que nada tenga nada pague; b) evitar que las familias posterguen o incluso cancelen la atención de la salud de algunos de sus miembros por razones financieras, y c) evitar que los hogares incurran en gastos excesivos por

atender sus necesidades de salud. Estos gastos excesivos con frecuencia obligan a las familias a utilizar sus ahorros, endeudarse, vender el patrimonio familiar o sacrificar el consumo de otros bienes o servicios básicos, como la educación, quedando expuestas, además, al riesgo de empobrecimiento[9].

Este esquema de financiamiento sustituye el gasto de bolsillo por el pago anticipado de una cuota anual de afiliación, proporcional a la capacidad económica de la familia, logrando de esta manera proteger financieramente a los hogares y promover el principio de equidad bajo el cual las personas contribuyen al sistema de salud de acuerdo con su capacidad de pago, y reciben los servicios de acuerdo con sus necesidades de salud. El gasto de bolsillo comprende el pago que realizan de manera directa los hogares al prestador de los servicios en el momento de demandar o hacer uso de éstos. Según datos de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares de 2002, los hogares ubicados en el decil más bajo de ingresos dedican, en pagos directos, alrededor de 6.8 por ciento de su ingreso a la atención en salud, mientras que los hogares del decil de mayores ingresos, dedican a este rubro 2.2 por ciento de su ingreso familiar. El gasto de bolsillo expone a las familias a pagos excesivos que son imposibles de anticipar; además de frenar la efectividad de la atención preventiva porque los pacientes suelen posponer la atención médica hasta que su enfermedad se agrava, en muchos casos de manera irremediable. En la actualidad se calcula que dos a tres millones de familias mexicanas incurren en gastos catastróficos por motivos de salud que con frecuencia provocan su empobrecimiento[10].

Para efectos de la Ley General de Salud, son gastos catastróficos los que se derivan de aquellos tratamientos y medicamentos asociados, definidos por el Consejo de Salubridad General, que satisfagan las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, con criterios explícitos de carácter clínico y epidemiológico, que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con la que ocurren[11].

El creciente consumo de medicamentos y su costo, son una preocupación en cualquier sistema sanitario financiero público. Para el caso del Seguro Popular es importante señalar que su fundamento legal para lo referente al abasto de medicamento se sitúa en el artículo 19 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, el cual menciona que como parte sustancial de los beneficios del Sistema, la Comisión, en coordinación con los Regímenes Estatales, proveerá una política de medicamentos tendiente a reducir los costos de adquisición, favorecer sistemas eficientes de abasto y reposición de medicamentos y el uso racional de los mismos en la prescripción y consumo en los establecimientos para la atención médica del Sistema. En el caso de los Regímenes Estatales y los establecimientos para la atención médica del sistema se encargarán de celebrar los convenios de gestión de manera oportuna y se implantarán programas de capacitación al personal[12].

Antecedentes del abasto de medicamento en el Seguro Popular

Sin duda el abasto de medicamentos ha sido considerado como prioridad fundamental a nivel nacional, sectorial e institucional, y muy especialmente para el seguro popular, sin perder de vista que el SPSS brinda al afiliado la garantía de surtimiento completo de los medicamentos asociados a los tratamientos con cobertura en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). El no apegarse a los cuadros institucionales, ha provocado serios problemas en el abasto de medicamentos, dando como consecuencia un impacto negativo debido a que los médicos no hacen la prescripción a los pacientes, de acuerdo a los cuadros y catálogos de medicamentos que se encuentran definidos por cada institución, dentro del marco del cuadro básico y catálogo de medicamentos autorizado por el Consejo de Salubridad General como autoridad en este tema[13].

El Consejo de Salubridad General, es un órgano colegiado de carácter institucional, considerada como la máxima autoridad sanitaria del país, siendo sus disposiciones generales de obligatoriedad para toda la república. Una de las principales atribuciones de éste es la elaboración de los Cuadros Básicos de Insumos del Sector Salud, que han sido certificados como instrumentos de gran utilidad para todas las instituciones de salud, al establecer un listado de insumos que de la pauta para dar orden, tanto a los procesos de adquisición como de prescripción[14].

Como parte de la estrategia para el abasto, se ha procurado la mejora del proceso de prescripción en cada institución, ya que éste es en definitiva parte clave para el flujo de información que permita a las autoridades institucionales la toma de decisiones, mismas que se encuentren lo más apegadas posible a las necesidades de los usuarios[15].

Al considerar la problemática del bajo surtimiento de recetas a pacientes afiliados al Seguro Popular, abasto poco oportuno en los almacenes de las unidades médicas, diferencia entre el número de claves de medicamentos que se manejan en los cuadros básicos y catálogos de medicamentos del Seguro Popular y la Secretaría de Salud, así como las quejas de los usuarios al no recibir el medicamento que les es preescrito, problemática que se ha venido presentando de manera general en todo el territorio nacional, todo esto dió como resultado que la CNPSS estableciera la *estrategia de terciarización*, misma que tiene como objetivo principal "partir de un modelo de abasto en Seguro Popular de medicamentos que genere la mejor relación costo-beneficio y que considere un modelo a largo plazo del sector siendo un mecanismo mediante el cual, el surtimiento de recetas para los pacientes en las unidades de primer y segundo nivel, sea del 100 por ciento, así mismo, este mecanismo trasmite la responsabilidad del abasto y manejo de inventarios a la empresa adjudicada"[16].

Estrategia de terciarización

De acuerdo a Leal en su artículo llamado terciarización del trabajo en los servicios de salud: algunos aspectos conceptuales, legales y pragmáticos, establece que la terciarización de servicios ha adquirido importancia dentro del contexto económico mundial. En donde se puede visualizar a ésta como un proceso por el cual las empresas que contratan dichos servicios alcanzan una mayor calidad, productividad y reducción de costos. Entendiendo a la estrategia de terciarización como técnica innovadora de administración, que consiste en la transferencia a terceros de procesos complementarios que no forman parte del giro principal de la empresa. Existen varias formas de aplicar está técnica de terciarización y que son: a) la desverticalización, b) la prestación de servicios, c) Franquicias, d) compra de servicios, entre otros. Actualmente en los servicios de salud, existe una tendencia a la contratación de servicios a través de la estrategia de terciarización, como son de limpieza, vigilancia, alimentación, entre otros[17].

Es necesario tener presente que actualmente las empresas privadas ya no tan sólo prestan servicios médicos sino ahora también participan en otras áreas, como el mercado de seguros, la producción y comercialización de tecnología y medicamentos, así como la producción de exámenes de laboratorio, entre otras. La participación del sector privado en el campo de la salud en México es evidente, tanto en el financiamiento de los servicios como en la prestación de los mismos. Observando una amplia participación de diversas instituciones como laboratorios, compañías farmacéuticas, escuelas para la formación de las distintas categorías de personal de salud, etcétera. Lo antes mencionado da como resultado que el sector salud se enfrente a un reto con diferentes implicaciones, y que se tiene que dar a la tarea de generar estrategias de acción adecuadas para su desempeño. Además de que es preciso hacer hincapié que dentro del sector salud, desde hace algunos años el sector privado ha aumentado su presencia al punto de que la colaboración con el sector público es sumamente frecuente[18].

Después de llegar a establecer un diagnóstico en el abasto de medicamentos en donde se determinó que la prestación de servicios médicos a los beneficiarios del Seguro Popular, en la mayoría de las localidades tanto en áreas urbanas como rurales, se han podido identificar limitantes operativas en lo referente al abasto de medicamentos, determinando como origen en la mayoría de las veces, la falta de información oportuna y confiable, secundario a la imposibilidad de conocer en tiempo real, la demanda de los medicamentos día a día. Los planteamientos que se proponen para mejorar y optimizar los servicios y recursos del Seguro Popular, se encuentran basados en la necesidad de cambiar o desarrollar los siguientes conceptos: en el caso del servicio de medicamentos, "pasar de realizar acciones tendientes a lograr no tan sólo una provisión suficiente de los medicamentos, si no a realizar acciones tendientes a lograr el suministro eficiente y oportuno de medicamentos. Alcanzando sobre todo, mayores niveles de satisfacción de nuestros beneficiarios, al lograr surtir la totalidad de los medicamentos prescritos por el médico". Y con esto "ofrecer a las familias beneficiarias del Seguro Popular la oportunidad de contar con mayores opciones para surtir los medicamentos de la prescripción médica, al consolidar una red de farmacias tanto públicas como privadas". Lo que permitirá incluir toda la infraestructura de farmacias del país y desarrollar el concepto de elección en el suministro de medicamentos como un derecho de las familias afiliadas[19].

Es importante entonces establecer qué se entiende por abasto de medicamentos, y de acuerdo al glosario de términos del Instituto Mexicano del Seguro Social, establece que es un proceso institucional mediante el cual se atiende la demanda de bienes de las unidades de servicio y comprenden las fases para la determinación de la necesidad, trámite de la adquisición, contratación, control de calidad, almacenamiento, distribución, determinación de precios y desarrollo de nuevas fuentes de abasto[20].

En los Servicios de Salud de Veracruz la estrategia de terciarización, surge con la finalidad de garantizar el abasto de medicamentos eficaz y oportuno, al contratar un servicio de farmacia que asegure el abasto de medicamentos incluidos en las intervenciones que conforma el CAUSES 2006, para las unidades hospitalarias con población afiliada al Seguro Popular. Secundario a la Licitación Pública No. 59067001-001-06 relativa al *Contrato Abierto de Servicios de suministro de medicamentos mediante el establecimiento de módulos en hospitales y centros de salud que integran los Servicios de Salud para los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud,* se adjudicó a la empresa de *Farmacias de Genéricos S.A. de C.V.*, entrando en vigor a partir del 1º de abril de 2006, generándose los *Lineamientos para la operación del servicio de farmacia para unidades Hospitalarias con población afiliada al Seguro Popular* (anexo 1), estableciendo entre otras cosas que para segundo nivel proporcionará 125 las claves de medicamentos, mismos que se encuentran incluidos en él CAUSES 2006, así mismo dotara además de las 97 claves establecidas para el primer nivel de atención, por lo que en total se ofertaran 222 claves en el segundo nivel de atención[21].

ARGUMENTACIÓN EMPÍRICA

Cabe señalar que a pesar de que la terciarización de servicios en materia de salud, ha adquirido importancia dentro del contexto económico mundial y aquí en México, se llevó a cabo una revisión de 10 años a la fecha en revistas indexadas para la búsqueda de referentes sobre investigaciones realizadas a este respecto, no encontrándose investigaciones publicadas.

Se encontró un estudio realizado en el Estado de Tabasco en el año 2004 en donde tomaron como base, que el Seguro Popular ofrece a las familias afiliadas la posibilidad de contar con un catálogo de intervenciones y medicamentos asociados, en donde los beneficiarios del mismo tienen el derecho a recibir el 100 por ciento de los medicamentos prescritos, mismos que se encuentran incluidos dentro del paquete de servicios que éste oferta. Sin embargo, el abasto de medicamentos ha sido reportado como un problema que se ha presentado permanentemente en las unidades de atención primaria, así como en

unidades de segundo y tercer nivel que operan dicho programa, siendo necesario poner atención en lo que respecta a la cadena de abasto, para evitar los problemas que se presentan durante las diferentes etapas de las mismas, y que han dado como resultado el dificultar a los usuarios de los servicios de salud el acceso a los mismos. Fue por todo lo anterior, que se llevó a cabo por parte de la Coordinación de Atención Médica de la Secretaría de Salud de Tabasco un estudio comparativo para determinar el promedio de surtimiento de medicamentos entre afiliados al seguro popular y no afiliados al mismo, es importante señalar que esté se realizó antes de poner en marcha la estrategia de terciarización en dicho Estado, encontrando que en ese momento no existió diferencia significativa entre ambos grupos, alcanzando 82 por ciento de abasto de medicamentos en el caso de los afiliados al Seguro Popular y el 83 por ciento de abasto de medicamentos en los no afiliados al mismo[22].

Como ya se había comentado no hay a la fecha información publicada disponible sobre estudios realizados en el país con respecto al Seguro Popular a partir de la implementación de la estrategia de terciarización en el abasto de medicamentos en segundo nivel de atención, sin embargo, durante el primer semestre del año 2006, en el Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana se llevó a cabo un estudio aún no publicado, sobre el análisis del proceso de abasto del cuadro básico de medicamentos por medio de la estrategia de terciarización para el Seguro Popular en la Jurisdicción Sanitaria No. IV, Martínez de la Torre, Veracruz, en donde se logró concluir que la estrategia de terciarización en el primer nivel de atención no logró hasta ese momento el surtimiento de medicamentos prescritos al 100 por ciento, ya que se detectaron problemas importantes durante la ejecución de la misma, en donde sobresalió en primera instancia la falta de conocimiento de los implicados sobre los lineamientos operativos, lo que obstaculiza en gran medida el logro del objetivo de ésta. Teniendo a este estudio como único referente específico en lo que se refiere a la estrategia de terciarización en el abasto de medicamentos en el Seguro Popular[23].

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con toda la problemática que se ha venido dando en el ámbito nacional sobre el abasto de medicamentos en los Servicios de Salud de manera general, en donde se han identificado diferentes factores asociados en los últimos años, el Seguro Popular no ha sido exento de enfrentarse a esta misma problemática, dando como resultado un bajo surtimiento de recetas, abasto de medicamento poco oportuno en las unidades médicas, así como las quejas emitidas por parte de los usuarios de inconformidad al no recibir el medicamento prescrito, entre otras, ha llevado a la CNPSS a establecer mecanismos que permitan implementar un modelo de abasto de medicamento que de lugar a lograr el suministro eficaz y oportuno de medicamentos, conocida como estrategia de terciarización, para el logro de mayores niveles de satisfacción de los beneficiarios al lograr el surtimiento de recetas del 100 por ciento de los medicamentos prescritos. Por lo que en este trabajo se plantea evaluar la ejecución de la estrategia de terciarización y conocer si con está se cumple el objetivo que plantea el Sistema de Protección Social en Salud.

Pregunta de investigación

Por todo lo anterior se plantea para la presente investigación la siguiente pregunta:
¿La estrategia de terciarización logra el abasto de medicamento eficaz y oportuno para los usuarios del Seguro Popular en el segundo nivel de atención en la Jurisdicción Sanitaria No. IV de Martínez de la Torre, Ver?

Respuesta anticipada

La hipótesis considerada como respuesta anticipada, planteada para este trabajo de investigación: " *la estrategia de terciarización logra el abasto eficaz y oportuno, para los usuarios del Seguro Popular en el segundo nivel de atención en la Jurisdicción Sanitaria No. IV, Martínez de la Torre."*

Clasificación de la pregunta por el estado de los hechos
La pregunta planteada es descriptiva por el estado de los hechos.

Clasificación de la pregunta por la respuesta esperada
De acuerdo a la respuesta esperada, es de tipo cuantitativa.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Evaluar la ejecución de la estrategia de terciarización en el abasto de medicamento, de acuerdo al convenio para el control y suministro de medicamentos en el segundo nivel de atención para los afiliados al seguro popular en la Jurisdicción Sanitaria No. IV de Martínez de la Torre, Ver.

Objetivos específicos

- Analizar sí la estrategia de terciarización logra el abasto del 100 por ciento de los medicamentos al 100 por ciento de los usuarios del Seguro Popular en el segundo nivel de atención.
- Conocer si la prescripción médica se encuentra apegada al Catalogo Universal de Servicios de Salud 2006, para el segundo nivel de atención.
- Identificar las fortalezas y áreas de oportunidad de la estrategia de terciarización, para realizar propuestas que permitan mejorar la ejecución de la misma.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Este estudio es de corte *cuantitativo,* que se fundamenta en la *evaluación*, y según el análisis y alcance de los resultados es un estudio *descriptivo*, ya que en este se pretende especificar y medir los componentes del fenómeno a estudiar, es decir está dirigido a determinar *cómo es* o *como está* la situación de las variables a estudiarse. Según el periodo y secuencia del estudio, es *transversal*, ya que las variables serán estudiadas simultáneamente haciendo un corte en el tiempo. De acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza, es *observacional*, ya que solo se describirá el fenómeno, sin modificar ninguno de los factores que intervienen en el proceso.

Universo

El universo de la presente investigación son los hospitales que conforman la red hospitalaria del Seguro Popular en la Jurisdicción Sanitaria No. IV, Martínez de la Torre, misma que se enfocará en las áreas de consulta externa, así como en la farmacia a cargo de la empresa adjudicada que se encuentra en cada hospital, en donde se obtendrá información sobre el abasto de medicamentos que se lleva a cabo en el área de hospitalización y urgencias.

La red de hospitales de está Jurisdicción Sanitaria, se encuentra conformada por el Hospital de Gutiérrez Zamora, Hospital de Martínez de la Torre, Hospital de Tlapacoyan, Hospital de Misantla, y el Hospital de Altotonga, es importante señalar que este último pertenece a la Jurisdicción Sanitaria No. V, Xalapa, sin embargo existen siete unidades médicas de primer nivel de la Jurisdicción de Martínez de la Torre que refieren a éste a los usuarios del Seguro Popular para su atención. Para efecto de ésta investigación se trabajará con todo el universo (cinco farmacias de los hospitales señalados). Para el caso del levantamiento de la información en consulta externa se estableció una muestra, para conocer el número de usuarios del Seguro Popular a entrevistar.

El levantamiento de la información se llevará a cabo del 26 de febrero al 20 de abril del 2007 en los hospitales ubicados dentro del área de influencia de la Jurisdicción Sanitaria No. IV, Martínez de la Torre, Ver., y el hospital de Altotonga de la Jurisdicción Sanitaria No. V, Xalapa, Ver. Es importante señalar que el levantamiento de la información a través de la técnica de revisión documental, en las farmacias de cada hospital, se hará con base en la información generada en el mes de enero del 2007.

Muestra

La presente muestra corresponde a la selección del número de usuarios a entrevistar, que asistan a consulta externa.

El siguiente cálculo que se presenta es en función del *cálculo del tamaño de la muestra para estimar una proporción*.[24] Tomando como base los resultados obtenidos en el estudio realizado en el primer nivel de atención sobre el *Análisis del proceso de abasto del cuadro básico de medicamentos por medio de la estrategia de terciarización para el Seguro Popular*, para así obtener el número de individuos necesarios para estimar una proporción.
En donde:

$$\mathbf{d} = z\sqrt{\frac{p0 \,.\, q0}{n}}$$

Despejando **n**, se obtiene:

$$\mathbf{n} = \frac{Z^2 \,.p0.q0}{d^2}$$

En donde:
p = Variabilidad de .75, dado que en la investigación realizada en el primer nivel de atención el porcentaje de surtimiento de medicamentos, fue entre el 70 y 75 por ciento.
q = Es 1-p = .25
d = 0.05 (Error muestral)
Obteniendo que n = 288 serán los entrevistados en consulta externa.

Estos 288 usuarios afiliados al Seguro Popular han sido distribuidos de acuerdo al promedio mensual que se atienden en consulta externa en cada uno de los hospitales. Quedando de la siguiente manera:

Tabla 1. Número de usuarios del Seguro Popular a entrevistar en consulta externa por hospital

Hospital	Usuarios a entrevistar
Misantla	81
Martínez de la Torre	80
Tlapacoyan	52
Gutiérrez Zamora	50
Altotonga	25
Total	288

Tipo de muestreo

Para esta investigación se llevará a cabo un *Muestreo probabilístico,* ya que en este caso los sujetos tienen la misma probabilidad de formar parte de la muestra de estudio.

Método de muestreo

El método utilizado para la presente investigación será un *Muestreo aleatorio sistemático.* Es similar al aleatorio simple: los sujetos han de estar identificados, pero no es necesario disponer de un listado. Éstos no se eligen a partir de un listado de números aleatorios, sino que se hace sistemáticamente eligiendo a uno de cada cierto número de sujetos. Este número se denomina «fracción de muestreo» (k) y se calcula dividiendo el total de la población por la muestra necesaria:

$$k = \frac{N}{n}$$

Si se tiene una población de 8.000 individuos y el tamaño de la muestra necesario es de 400, se seleccionará uno de cada 20, que será la fracción de muestreo (8.000/400). Para decidir por cuál se ha de comenzar, se selecciona aleatoriamente, o por sorteo, un número del 1 al 20, y a partir de dicho número se va seleccionando a un sujeto de cada 20 [25].

Criterios de inclusión

Ser usuario afiliado al Seguro Popular que haya asistido a consulta externa y se le haya prescrito algún medicamento mediante receta médica.

Criterios de exclusión

No cumplir con los criterios de inclusión. Ser usuario del Seguro Popular y no querer participar en el estudio. Sí el caso se presenta se hace necesario que dicho sujeto sea sustituido por otro sujeto que tenga las mismas características y quiera participar en el presente estudio.

Criterios de eliminación

Haber acudido a consulta externa, y que no se le haya preescrito medicamento en receta médica.

Unidad de análisis

Las unidades de análisis consideradas son las farmacias de los hospitales que conforman el universo y los usuarios afiliados al Seguro Popular.

Variables e indicadores. Definiciones conceptuales y operacionales

A continuación se presenta en la tabla 2, las variables con sus definiciones conceptuales y operacionales, así como dimensiones e indicadores de cada uno de las variables, su fuente e instrumento construido.

Tabla 2. Variables e indicadores

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Tipo de indicador	Fuente	Instrumento
Abasto de medica-mento eficaz	Consiste en lograr el surtimiento programado de medicamentos en tiempo y forma en las unidades hospitalarias, para la entrega a los usuarios.	Surtimiento al 100% de las 222 claves de medicamentos a los que la empresa adjudicada se encuentra comprometida a entregar en el segundo nivel de atención, de acuerdo a lo solicitado.	Proceso	1. Porcentaje de claves de medicamentos solicitados que fueron surtidos por parte de la empresa adjudicada.	Cuantitativo Discreto	Secundaria: - Formato de solicitud de surtimiento y reposición de la farmacia adjudicada para el abasto de medicamentos del Seguro Popular en el segundo nivel de atención. - Formato de surtimiento de medicamentos por parte de la farmacia de la empresa adjudicada.	Cédula de concentración de información
		Surtimiento al 100% de los medicamentos prescritos y al 100% de los usuarios del Seguro Popular, apegado al Catálogo Universal de Servicios de Salud 2006 (CAUSES) para segundo nivel de atención.	Resultado	1. Porcentaje de recetas surtidas al 100%. 2. Porcentaje de recetas con prescripción apegada al Catálogo Universal de Servicios de Salud 2006 (CAUSES) 3. Porcentaje de claves no surtidas al usuario. 4. Porcentaje de piezas no surtidas por clave al usuario.	Cuantitativo Discreto	Primaria: - Usuarios del Seguro Popular - Encargados(as) del surtimiento de la receta médica de los usuarios del Seguro Popular en el área de hospitalización y urgencias. - Encargados de farmacia.	Cuestionario
						Secundaria: - Receta del usuario del Seguro Popular.	Cédula de concentración de información

Técnicas y procedimientos para la recolección de la información

Para el presente trabajo fue necesario primero, hacer la revisión de los objetivos revisar las variables, su definición conceptual, así como su operacionalización para poder establecer que tipo de técnica e instrumentos podían permitir obtener la información necesaria. Por lo que una vez hecho este análisis se estableció que las técnicas *de entrevista* y *de revisión documental* permitiría en este caso obtener la información requerida, para poder analizar y evaluar como se lleva a cabo el abasto de medicamentos en las unidades de segundo nivel dentro de las áreas de hospitalización, urgencias y consulta externa para los usuarios del Seguro Popular, de la Jurisdicción en cuestión.

A continuación se describe de acuerdo a cada técnica, los instrumentos construidos para la recolección de la información, así como los apartados que a cada uno componen.

Descripción de los instrumentos según los apartados que lo componen

Técnica: entrevista.
Instrumento: cuestionario
Se construyeron 3 cuestionarios mismos que a continuación se describen.

1. *Cuestionario dirigido al usuario* (anexo 2). Este instrumento consta de 5 apartados.

a) Consta en primera instancia de los logos del Instituto de Salud Pública y de la Universidad Veracruzana, así como del Título del proyecto y del título del cuestionario.
b) Instrucciones, en las que se describe la técnica a través de la cual se obtendrá la información, así como a quién se debe aplicar el mismo.
c) Ficha de identificación. Contiene el número de folio del cuestionario, los datos del hospital en donde se levantará la información, el folio del afiliado al Seguro Popular, diagnóstico del mismo, fecha de levantamiento de la información y nombre del entrevistador.
d) Consta de una introducción, para dar a conocer al usuario cual es el objetivo del presente cuestionario que se aplica así como la condición de anonimato del mismo.
e) Y consta por último de cinco preguntas, de las cuales cuatro preguntas son cerradas, con respuestas dicotómicas y una pregunta abierta.

A continuación se presenta como se encuentran relacionado el contenido de las preguntas con las variables y sus dimensiones.

Tabla 3. Relación de las preguntas del cuestionario dirigido al usuario con las dimensiones de las variables

Variable	Dimensión	Preguntas cuestionario
Abasto de medicamento eficaz	Resultado	Tres de las cinco preguntas que componen al cuestionario están relacionadas con esta dimensión y se
Abasto de medicamento oportuno		Dos de las cinco preguntas están relacionadas con esta variable.

2. Cuestionario dirigido al encargado del surtimiento de la receta médica en el área de hospitalización y urgencias (anexo 3). Este instrumento consta de cinco apartados.

a) Consta en primera instancia de los logos del Instituto de Salud Pública y de la Universidad Veracruzana, así como del Título del proyecto y del título del cuestionario.
b) Instrucciones, en las que se describe la técnica a través de la cual se obtendrá la información, así como a quién se debe aplicar el mismo.
c) Cuenta con ficha de identificación, en la cual se considera el número de folio del cuestionario, los datos del hospital en donde se levantará la información, el folio del afiliado al Seguro Popular, fecha de levantamiento de la información y nombre del entrevistador.
d) Consta de una introducción, para dar a conocer al entrevistado cual es el objetivo del presente cuestionario, así como la condición de anonimato del mismo y los fines para lo cual será usada la información.
e) Se compone de tres preguntas, mismas que son abiertas.

A continuación se presenta como se encuentran relacionado el contenido de las preguntas con las variables y sus dimensiones.

Tabla 4. Relación de las preguntas del cuestionario dirigido al encargado del surtimiento de la receta médica en el área de hospitalización y urgencias al usuario con las dimensiones de las variables

Variable	Dimensión	Preguntas cuestionario
Abasto de medicamento eficaz	Resultado	Las tres preguntas que componen al cuestionario están relacionadas con ambas dimensiones.

3. *Cuestionario dirigido al encargado (a) de la farmacia adjudicada* (anexo 4). Este cuestionario consta de cinco apartados.

a) En su primer apartado cuenta con los logos del Instituto de Salud Pública y de la Universidad Veracruzana, así como del Título del proyecto y el título del cuestionario.
b) El segundo apartado lo constituye las instrucciones, en las que se describe la técnica a través de la cual se obtendrá la información, así como a quién se debe aplicar el mismo.
c) En la ficha de identificación, se encuentra el número de folio del cuestionario, los datos del hospital en donde se levantará la información, fecha de levantamiento de la información y nombre del entrevistador.
d) Consta de una introducción, en donde se da a conocer al entrevistado cual es el objetivo del cuestionario, así como la condición de anonimato del mismo y los fines para lo cual será usada la información.
e) Se compone de once preguntas, de las cuales dos preguntas cerradas y el resto son abiertas.

A continuación se presenta como se encuentran relacionado el contenido de las preguntas con las variables y sus dimensiones.

Tabla 5. Relación de las preguntas del cuestionario dirigido al encargado de la farmacia adjudicada con las dimensiones de las variables

Variable	Dimensión	Preguntas cuestionario
Abasto de medicamento eficaz	Proceso	Las preguntas que componen al cuestionario están relacionadas con esta dimensión y se complementa con una cédula de concentración.
Abasto de medicamento oportuno		

Técnica: Revisión documental.
Instrumento: cédula de concentración de información.
Se construyeron tres cédulas de concentración de información, mismas que son complementarias a cada uno de los cuestionarios construidos. A continuación se describe cada una.

1. *Cédula de concentración RECETA, consulta externa* (anexo 5). Consta de cinco apartados.
   a) El primero corresponde a los logos del Instituto de Salud Pública y de la Universidad Veracruzana, así como el título del trabajo de investigación y el título de la cédula de concentración de información.
   b) El siguiente apartado corresponde a las instrucciones del llenado de la misma, en donde se describe la fuente de donde se tomaran los datos para el levantamiento de la información.
   c) En el apartado de ficha de identificación, se encuentra el número de folio de la cédula de concentración, los datos del hospital en donde se levantará la información, el folio del afiliado al Seguro Popular, el diagnóstico del usuario, fecha de levantamiento de la información y nombre de quien levantó la información.
   d) Se encuentra la tabla donde se asentaran los datos obtenidos en el levantamiento de la información, que consta de cinco conceptos en los que se consignará clave o nombre de los medicamentos indicados por el medico, número de cajas, frascos, cremas, ampolletas, indicados por clave, el número de piezas entregadas al paciente, un apartado en donde se pueda saber si los medicamentos preescritos por el médico se encuentran apegados al Catálogo Universal de Servicios de Salud y por último si fueron entregadas todos los medicamentos en un plazo de 24 hrs.
   e) Y por último consta de un aparatado de observaciones, en donde se harán las anotaciones que se consideren importantes para la investigación.

A continuación se presenta como se encuentran relacionado el contenido de la cédula de concentración de información con las variables y sus dimensiones.

Tabla 6. Relación del contenido de la cédula de concentración RECETA, consulta externa con las dimensiones de las variables

Variable	Dimensión	Contenido cédula
Abasto de medicamento eficaz	Resultado	El contenido de la cédula de concentración está relacionado con las dos variables.
Abasto de medicamento oportuno		

2. *Cédula de concentración de información HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS* (anexo 6). Está cédula consta de cinco apartados.

a) El primero corresponde a los logos del Instituto de Salud Pública y de la Universidad Veracruzana, así como el título del trabajo de investigación y el título de la cédula de concentración de información.
b) El siguiente apartado corresponde a las instrucciones del llenado de la misma, en donde se describe la fuente de donde se tomaran los datos para el levantamiento de la información.
c) En el apartado de ficha de identificación, se encuentra el número de folio de la cédula de concentración, los datos del hospital en donde se levantará la información, el folio del afiliado al Seguro Popular, diagnóstico, servicio en el que fue atendido el usuario, fecha de ingreso y de egreso según servicio, la fecha de levantamiento de la información y nombre de quien levantó la información.
d) Se encuentra la tabla donde se asentaran los datos obtenidos en el levantamiento de la información, que consta de 5 conceptos en los que se consignará clave o nombre de los medicamentos indicados por el medico, número de cajas, frascos, cremas, ampolletas, indicados por clave, el número de piezas entregadas al paciente, un apartado en donde se pueda saber si los medicamentos preescritos por el médico se encuentran apegados al Catálogo Universal de Servicios de Salud y por último si fueron entregadas todos los medicamentos en un plazo de 24 hrs.
e) Y por último consta de un aparatado de observaciones, en donde se harán las anotaciones que se consideren importantes para la investigación.

A continuación se presenta como se encuentran relacionado el contenido de la cédula de concentración de información con las variables y sus dimensiones.

Tabla 7. Relación del contenido de la cédula de concentración HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS con las dimensiones de las variables

Variable	Dimensión	Contenido cédula
Abasto de medicamento eficaz	Resultado	El contenido de la cédula de concentración está relacionado con esta dimensión.

3. *Cédula de concentración EXISTENCIAS FARMACIA DE GENÉRICOS* (anexo 7). Esta cédula consta al igual que las anteriores de cinco apartados.

a) En el primero se encuentran los logos del Instituto de Salud Pública y de la Universidad Veracruzana, así como el título del trabajo de investigación y el título de la cédula de concentración de información.
b) En el siguiente se encuentran las instrucciones del llenado de la misma, en donde se describe la fuente de donde se tomaran los datos para el levantamiento de la información.
c) En el apartado de ficha de identificación, se encuentra el número de folio de la cédula de concentración, los datos del hospital en donde se levantará la información, así como la fecha de levantamiento de la información.
d) En la tabla donde se asentaran los datos obtenidos en el levantamiento de la información, consta de 4 columnas, en donde sólo en la última de ellas se concentraran las existencias de acuerdo al último corte que se haga al momento del levantamiento de la información. Las otras tres columnas contienen, en la primera la clave, en la segunda el nombre de los medicamentos que la empresa adjudicada se ha comprometido a surtir a los usuarios del Seguro Popular, apegados al

Catálogo Universal de Servicios de Salud y la tercera columna en la que se hace la descripción de la presentación de dichos medicamentos.

e) Y por último consta de un aparatado de observaciones, en donde se harán las anotaciones que se consideren importantes para la investigación.

A continuación se presenta como se encuentran relacionado el contenido de la cédula de concentración de información con las variables y sus dimensiones.

Tabla 8. Relación del contenido de la cédula de concentración FARMACIA DE LA EMPRESA ADJUDICADA con las dimensiones de las variables

Variable	Dimensión	Contenido cédula
Abasto de medicamento eficaz	Proceso	El contenido de la cédula de concentración está relacionado con esta dimensión.

Validación del instrumento

De contenido

A este respecto para poder conocer el grado en el que la medición con los instrumentos construidos, realmente representaba en este caso al concepto medido, se hizo la revisión de la operacionalización de las variables planteadas, así como de las dimensiones e indicadores considerados para las mismas, llevándose a cabo a través de la matriz de congruencia trabajada en el aula de clases, con apoyo de los profesores del área de administración y de los compañeros alumnos de la maestría en Salud Pública de la misma área, ejercicio que nos permitió hacer la revisión correlacionada con el contenido de dichos instrumentos. Además de hacerse de manera complementaria la revisión de los seis instrumentos construidos con mi tutor, el Dr. Alejandro Escobar Mesa.

De construcción de las preguntas

Para llevar a cabo la validez de construcción de los instrumentos, fue necesario primero hacer la elección del tipo de técnica a desarrollar, para la obtención de la información necesaria para el logro de los objetivos de la investigación, así mismo fue necesario revisar las variables, su definición conceptual, así como su operacionalización para poder establecer que tipo de técnica e instrumentos podían permitir obtener la información necesaria. Por lo que una vez hecho este análisis se estableció como ya se describió en apartados previos la *técnica de entrevista* y la de *revisión documental,* permitiría en el caso de esta investigación obtener la información requerida.

Una vez elegida la técnica, fue necesario determinar el tipo de instrumento para poder proceder entonces con la revisión de diversos autores, que establecen como construir un *cuestionario* y la construcción de la *cédula de concentración* (instrumentos ya descritos previamente). Además en el aula de clases en el módulo de gestión 3, con apoyo de los profesores y alumnos se planeó la revisión y presentación de los lineamientos teóricos para la construcción de ambos instrumentos.

Una vez hecha la revisión teórica, se llevó a cabo la construcción propiamente de los instrumentos, considerando los lineamientos planteados para los mismos y sometiéndolos a revisión en el aula de clases para su validación. En donde se me hicieron sugerencias en el cambio de la redacción, así como la eliminación de algunos datos que no tenían sustento dentro de los indicadores de las variables, sugerencias que a lo largo de la construcción y validación de los mismos fueron consideradas para la corrección de los instrumentos.

Por otro lado también dichos instrumentos fueron presentados a mi tutor para la revisión y aprobación del mismo, y así poder llevar a efecto la pre-prueba de acuerdo a lo establecido por el cuerpo académico del Instituto.

De la capacidad del instrumento para medir u obtener datos
En este caso fue necesario hacer la aplicación de los instrumentos en dos diferentes hospitales, el Hospital General Yanga, de la ciudad de Córdoba, Veracruz de la Jurisdicción Sanitaria No. VI, y en el Hospital Regional Valentín Gómez Farías de la Ciudad de Coatzacoalcos, Ver., perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria No. XI, Coatzacoalcos, que operan el Seguro Popular, en donde se pudo corroborar que a través de los instrumentos se logró obtener información consistente de acuerdo al objetivo de cada instrumento.

Pre-prueba

Puesta en práctica
Cabe señalar que la aplicación de los instrumentos en el Hospital Gral. Yanga se hizo el día 24 de enero de este año en curso, con el apoyo del Dr. Alejandro Escobar Mesa y la Dra. Minerva Junco de la Subdirección de Atención Médica del Estado de Veracruz y del Director del Hospital el Dr. Rizo.

Es importante hacer mención, que al hacer la descripción de la actividad a realizar en las instalaciones del hospital, a los directivos y al personal, se me brindo gran apertura y apoyo para el logro de la aplicación de los instrumentos, así mismo causó gran interés debido a que me fue externada la problemática que en particular sufre dicho hospital referente al abasto de medicamentos por parte de la Farmacia de genéricos S.A. de C.V.

Una vez que se hizo el levantamiento de la información a través de los instrumentos aplicados, se encontró de manera general que de acuerdo al objetivo de cada uno de estos, se logro levantar la información sin problemas, sin embargo gracias a está aplicación ya en la práctica se logró identificar que hacía falta hacer algunos ajustes de forma en lo que a redacción se refiere. Como por ejemplo en la *cédula de concentración RECETA, consulta externa* se encontró de manera puntual que en la tabla de levantamiento de la información, en su primer apartado en la fila de *concepto,* se pedía poner la clave de los medicamentos indicados por el médico tratante, encontrando que en la mayoría de las recetas revisadas no colocan la clave del medicamento, sino sólo el nombre genérico del mismo, por lo que dicho apartado sufrió una modificación, en donde se agrego además de la clave el nombre del medicamento, según sea el caso. En el apartado de *apego al CAUSES,* había considerado que de primera instancia este punto no se podría obtener al hacer la revisión de la receta y sin embargo en la práctica encontré que sí se obtiene dicha información al momento del levantamiento de la misma. No encontrando así ningún otro problema al respecto.

En la pre-prueba realizada en el Hospital de Coatzacoalcos, está fue realizada por un compañero que conoce muy bien sobre el abasto de medicamentos en el Seguro Popular en el segundo nivel de atención, y que a consideración de él, no encontró mayor problema al aplicarlos, ya que en el caso expuesto previamente de la cédula de concentración, en dicho hospital los médicos sí consignan la clave de los medicamentos preescritos.

En cuanto al tiempo promedio del levantamiento de cada uno de los instrumento se encontró, que para el cuestionario aplicado al usuario fue de cuatro minutos y de la cédula de concentración RECETA consulta externa, fue un minuto, haciendo un total de cinco minutos en ambos instrumentos. En el caso de el cuestionario aplicado al encargado(a) del surtimiento de receta médica en las áreas de hospitalización y urgencias, el promedio fue de 3 minutos y de la cédula de concentración de Hospitalización y urgencias de 2 minutos por receta. En el caso del cuestionario aplicado al encargado de la farmacia adjudicada fue

de 5 minutos, y en el caso de la cédula de concentración de la farmacia de la empresa adjudicada, fue de 20 minutos.

Informe

Conclusiones
De manera muy particular fue una experiencia muy grata, a pesar de que por cuestiones de tiempo ya no se pudo probar en otros hospitales, para ver si era consistente la información obtenida.

En general este primer acercamiento con el levantamiento de la información, fue realmente enriquecedora, por que me permitió hacer algunas modificaciones en cuanto a redacción, así como conocer el nombre de los documentos que en la práctica utilizan a nivel de la farmacia adjudicada para el abasto de medicamentos a los usuarios del Seguro Popular.

Técnicas y procedimientos para el análisis de la información

Para el análisis de la información se llevará a cabo la construcción de la base de datos, en el programa SPSS versión 12.0, para la obtención de los porcentajes considerados para cada indicador, por variable.

La evaluación se va a realizar con base en el objetivo planteado por el *Modelo de suministro de medicamentos a beneficiarios del seguro popular (estrategia de terciarización),* en donde se establece que la finalidad de dicha modelo, es garantizar el abasto de medicamento eficaz y oportuno, al contratar un servicio de farmacia que asegure el abasto de medicamentos incluidos en las intervenciones que conforma el Catalogo Universal de Servicios de Salud 2006 (CAUSES), y que además se cumpla el surtimiento de recetas al 100 por ciento con apego al mismo, a todos los usuarios del Seguro Popular. Por lo que se considerará que dentro de los hospitales existe abasto de medicamento eficaz y oportuno para los usuarios del Seguro Popular cuando se cumpla la condición antes descrita. Así mismo se establece dicho objetivo dentro de los *Lineamientos para la operación del servicio de farmacia para unidades Hospitalarias con población afiliada al Seguro Popular*, como resultado del convenio celebrado por los Servicios de Salud de Veracruz y la Farmacia de Genéricos S. A. de C. V.

CRONOGRAMA DE TRABAJO CON DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS

ACTIVIDADES A REALIZAR	MES					
	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
1. Levantamiento de la información en campo.	Inicio 26		Término 20			
2. Captura de la información para su análisis	Inicio 26			Término 11		
3. Análisis de la información				Inicio 14		Término 6
4. Presentación de resultados						Plenaria 16

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Correa, S., Puerta A., Restrepo B. *Programa de especialización en Teoría, métodos y técnicas de investigación social. Investigación evaluativa.* Instituto Colombiano para el fomento de la Educación Superior, ICFES. Pp. 11. Diciembre de 2002. Composición electrónica: ARFO Editores e Impresores Ltda. Disponible en: http—www.icfes.gov.co-cont-s_fom-pub-libros-ser_inv_soc-modulo6.pdf.url. Consultado el 21 de diciembre del 2006.

[2] Suchman, E. *Evaluative research. Principles and practice in public service and social actino programs.* Nueva York. Russel Sage Foundation. Pp. 119. 1967.

[3] Weiss, C. H. *Investigación evaluativa. Métodos para determinar la eficiencia de los programas de acción.* México. Editorial Trillas. 2ª Edición Pp. 13-37. 1990.

[4] Cohen, E., Franco, R. *Evaluación de proyectos sociales.* Editorial: México: Siglo XXI editores. Pp. 72-84, 109-119. 2003.

[5] Inbidem. Correa S., Puerta A., Restrepo B. Pp. 27-47. Diciembre 2002.

[6] Op.cit.

[7] Op.cit.

[8] Sistema de Protección Social. *Elementos conceptuales, financieros y operativos*. México. 1ra Edición. Pp. 13-39. 2005.

[9] Secretaría de Salud. *Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México*. México, DF: Secretaría de Salud; Pp. 56-58. 2002.

[10] Ibidem. Sistema de Protección Social. Pp. 19-23. 2005.

[11] Secretaría de Salud (base web). *Subdirección de Regulación para la Formación de Recursos Humanos para la Salud*. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/dirgrss/srfrhs03.html. Consultado el 17 de septiembre de 2006.

[12] Sistema de Protección Social en Salud. Acuerdos de la 5ª Reunión Nacional del Seguro Popular, Tampico-Madero, Tamaulipas; 1 y 2 de diciembre del 2005. México. Consejo Nacional de Salud. 2006.

[13] Secretaría de Salud. Estrategia para mejorar la cadena de suministros, Terciarización de farmacias (Outsourcing). Mayo 2005.

[14] Consejo de Salubridad General. *Cuadro básico y catálogo de medicamentos.* Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, 3ra edición. México. 2004. Disponible en: http://www.csg.gob.mx. Consultado el 16 de septiembre de 2006.

[15] Ibidem. Secretaría de Salud. Mayo 2005.

[16] Op.cit.

[17] Leal M. *Terciarización del trabajo en los servicios de salud: algunos aspectos conceptuales, legales y pragmáticos.* Texto de apoio elaborado para o Curso de Especialização em Desenvolvimento de

Recursos Humanos de Saúde (CADRHU). Organização Pan-Americana da Saúde. Pp. 367-385 Disponible en:http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U3T5.pdf#search=por ciento22Mariangela por ciento20Leal%20Cherchglia.%20%22. Consultado el 3 de octubre de 2006.

[18] Nigenda G., Troncoso E., Arreola H., López M., González L. *Mezcla público-privada en el sector salud. Reflexiones sobre la situación en México.* Caleidoscopio de la salud. De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción. Pp. 229-242. Octubre 2003. Disponible en: www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/16%20MezclaPublicoPrivado.pdf. Consultado el 17 de septiembre de 2006.

[19] Sistema de Protección Social en Salud. *Modelo de suministro de medicamentos a beneficiarios del seguro popular (visión al 2010, transición de la implementación del Sistema de Protección Social en Salud).* Pp. 3-22. México. 2005. Disponible en: www.seguro-popular.gob.mx. Consultado el 17 de septiembre de 2006.

[20] Instituto Mexicano del Seguro Social. *Glosario de términos*. Disponible en http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS_SITIOS/IMSS_06/glosario.htm. Consultado en 24 de abril del 2006

[21] Servicios de Salud de Veracruz. *Lineamientos para la operación del servicio de farmacia para unidades hospitalarias con población afiliada a Seguro Popular.* Pp. 2-7. Junio 2006.

[22] Santos H., Mier J., Suárez T. *Satisfacción por surtimiento de recetas de usuarios y no usuarios del Seguro Popular en Tabasco.* Salud en Tabasco. Vol. 11, número 1-2, Enero-agosto 2005. pp. 327-332. Disponible en:

http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/487/48711205.pdf#search=%22SATISFACCI%C3%93N%20POR%20SURTIMIENTO%20DE%20RECETAS%20DE%20USUARIOS%20Y%20NO%22. Consultado el 3 de octubre de 2006.

[23] Bernal E., Calderón P., Santos G. Análisis del proceso de abasto del cuadro básico de medicamentos por medio de la estrategia de terciarización para el Seguro Popular. México. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana. 2006.

[24] Fuentelsaz C. *Cálculo del tamaño de la muestra.* Matronas Profesión. Vol. 5, No. 18. pp. 5-13. Barcelona. 2004. Disponible en: www.isciii.es/htdocs/redes/investen/publicaciones/calculo_muestra.pdf. Consultado el día 13 de noviembre del 2006.

[25] Op.cit.

EVALUACIÓN DE COSTOS DEL SEGURO POPULAR

Nelson Ariel Riera Vázquez
Tutor: Dr. Gabriel Riande Juárez
Asesor externo: Dra. Lyzzi Elena García Ortiz

INTRODUCCIÓN

Es una realidad que la demanda de los Servicios de Salud Pública para población abierta en México ha alcanzado un nivel muy alto, debido en gran medida, al aumento de la población desprotegida del derecho a la seguridad social, siendo además ésta, una población que en su mayoría percibe ingresos muy bajos y que tienen que recurrir en numerosas ocasiones a gastos catastróficos, en donde emplean más de la tercera parte de su ingreso para mantener su salud, la cual a su vez necesitan para poder hacer frente a una vida productiva cada vez más difícil; siendo por tanto, estos gastos una causa más que contribuye a empobrecerla.

Aunado a lo anterior, se encuentra también una capacidad rebasada de la atención médica que proporciona el gobierno federal y estatal, en donde impera una mala distribución de los recursos económicos, altos costos de la atención médica e insuficiente presupuesto designado.

Por situaciones como las anteriores, el gobierno se vio en la necesidad de recurrir a nuevas alternativas de financiamiento en salud, siendo una de ellas la creación del Seguro Popular, el cual a partir de la reforma a la Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación (1 de enero de 2004), se le denominó Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), que es el sistema de financiamiento con que cuenta el Estado para proporcionar los servicios de atención en salud a la población no derechohabiente de la seguridad social; pudiendo convertirse el SPSS en un futuro, en el sistema más importante de financiamiento en salud en nuestro país, esto en gran parte, por los problemas de pasivo que aquejan a los viejos Sistemas de Seguridad Social como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y que repercuten en los servicios de salud que otorgan.

El SPSS cuenta con una aportación solidaria y cuota social por parte de la Federación, una aportación solidaria por parte del estado, además de una cuota familiar, lo que lo convierte, al menos en el papel, en un programa sustentable, puesto que ya no es el gobierno federal el único que tiene la carga económica, sino también el gobierno estatal y en menor medida la propia familia; sin embargo, no hay información confiable para poder apoyar la sustentabilidad de este sistema, puesto que hay poca información sobre la correlación de su financiamiento con los costos derivados de la atención que otorga a sus afiliados.

Por lo que partiendo de lo anteriormente expuesto, en el presente trabajo se realizará una investigación basada en el estudio de los costos que se derivan de la atención médica a los afiliados del Seguro Popular en el Primer Nivel de Atención en la Jurisdicción No. VII de Orizaba, Ver., la cual pertenece a los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER), para analizar si corresponden con el financiamiento que se destina para el mismo.

Antecedentes

Economía

La economía tiene como objeto estudiar las elecciones que orientan la asignación de recursos y la distribución de la riqueza, atendiendo a qué, cómo y para quién producir bienes y servicios, así como a la necesidad de lograr beneficios máximos con un mínimo de riesgos económicos y sociales[1].

En este sentido, se ha observado un creciente interés en la Economía de la Salud, puesto que es imposible imaginar una estabilidad política o crecimiento económico sin que el bienestar se extienda a la sociedad en su conjunto[2].

Los sistemas de salud, al igual que el resto de la sociedad, actualmente se encuentran inmersos en la dinámica de la economía de la salud, por lo tanto la escasez de los recursos, el alto costo de la atención y el presupuesto asignado a la salud adquieren una mayor relevancia[3].

El análisis económico en el sector de la salud ha permitido incorporar los conceptos de eficiencia y eficacia en la gestión integral de los recursos, analizar los procesos y los costos de producción y evaluar los resultados obtenidos de un modo efectivo en función del costo según su impacto no sólo sobre la morbilidad y mortalidad, sino también sobre la calidad de la vida. La economía de la salud integra las teorías económicas, sociales, clínicas y epidemiológicas a fin de estudiar los mecanismos y factores que determinan y condicionan la producción, distribución, consumo y financiamiento de los servicios de salud. La economía de la salud se aplica para investigar los siguientes aspectos principalmente: los factores que determinan y afectan a la salud; el desarrollo de instrumentos de política; la salud y su valor económico; la demanda y la oferta de atención médica; el equilibrio del mercado; la planeación, regulación y monitoreo de las acciones sanitarias; la evaluación integral del sistema de salud; la evaluación económica de tecnologías sanitarias específicas; y la evaluación macroeconómica[4].

Financiamiento

Uno de los aspectos, en que la Economía de la Salud ha tenido un alto impacto, es el financiamiento en salud, entendiéndose por éste, el conjunto de recursos monetarios financieros para llevar a cabo una actividad económica, con la característica de que generalmente se trata de sumas tomadas a préstamo que complementan los recursos propios[5].

Dentro del Sistema de Salud, uno de los aspectos que más claramente manifiestan los efectos de la problemática económica nacional son los financieros; de ahí la importancia de conocer los recursos financieros que en los últimos años destinó la sociedad al gasto en salud y la distribución que las distintas instituciones hicieron de los mismos al instrumentar sus programas[6].

En México, el Sistema Nacional de Salud se encuentra estructurado por tres grandes componentes: 1) instituciones que atienden a población abierta, 2) instituciones de seguridad social, y 3) individuos, grupos, empresas e instituciones de los sectores social y privado que otorgan servicios de manera independiente al público en general, ya sea gratuitamente o mediante un pago convencional. Todos estos servicios se encuentran regulados por la Ley General de Salud. A la Secretaría de Salud le corresponde vigilar la aplicación de la misma, así como la política nacional en materia de servicios médicos. El Sector Salud comprende la totalidad de la parte pública federal de los servicios y el sector paraestatal. Su coordinación recae asimismo en la Secretaría de Salud, y adopta dos modalidades: la administrativa y la funcional-programática[7].

Para alcanzar sus propósitos en materia de bienestar social, el gobierno del país cuenta con el gasto público como instrumento mediante el que asigna recursos, atendiendo a una jerarquización claramente establecida, la cual se revisa anualmente. De esta manera, los recursos presupuestados de carácter público destinados a la salud expresan la prioridad concedida a la misma en la política gubernamental, al igual que la distribución de esos medios económicos revela las prioridades efectivas[8].

Por lo que en cuanto al financiamiento de las instituciones de salud que atienden a población abierta, el de la SSA se integra fundamentalmente con el aporte de recursos gubernamentales, a través del presupuesto de Egresos de la Federación, ya que las contribuciones de la población usuaria con carácter de pago de servicios (cuotas de recuperación) representan una parte relativamente pequeña del presupuesto. Además, del presupuesto de los gobiernos estatales, los cuales poco a poco van interviniendo con mayor peso en los montos de financiamiento; por otro lado el de IMSS Oportunidades se integra por una asignación presupuestal del gobierno federal y por un apoyo administrativo del IMSS[9].

Con respecto a las instituciones de seguridad social, el financiamiento del IMSS es tripartita y lo constituyen las cuotas de los trabajadores, las cuotas patronales y las aportaciones del gobierno federal; el financiamiento del ISSSTE es mediante aportaciones del gobierno federal y cuotas de los trabajadores; el de PEMEX es mediante un financiamiento propio; y el de SEDENA y SEMAR es a través del gobierno federal.[10]
En lo que respecta al financiamiento de los servicios estatales de salud, en los cuales por cierto, impera una gran disparidad entre las entidades federativas, así como entre los recursos destinados al nivel central y los canalizados a dichas entidades, siendo en clara desventaja para estas últimas: Dicho financiamiento se constituye de los recursos transferidos por la federación a los gobiernos estatales y con recursos propios de las entidades[11].

Por último, se encuentra la atención privada, la cual brinda una atención de calidad desigual, además de que se encuentra poco supervisada y por tanto no se tienen registros completos de la misma. Sin embargo, la atención privada tiene una gran importancia en la salud nacional, ya que su producción bruta de servicios, en términos monetarios casi iguala a la parte pública[12].

Investigaciones sobre financiamiento

En cuanto a investigaciones sobre financiamiento en salud tenemos el estudio realizado por Arredondo L. y Recaman M., quienes en su investigación realizan una revisión documental para identificar los resultados sobre algunas de las principales variables e indicadores de cambios, tendencias y evidencias del financiamiento de la salud en México en los últimos años.

Estos autores establecen que, al dividir el Sistema de Salud en asistencia pública para no asegurados, en seguridad social y en instituciones privadas, se observan fuentes de financiamiento unipartita, bipartita y tripartita que provienen de los Gobiernos Federal, Estatal y Municipal; de los empleadores y de los hogares.

Con respecto a la distribución del gasto en salud, los autores de este estudio reconocen que del total de éste, el quince por ciento se asigna para las necesidades de salud del 40 por ciento de la población (es la social y económicamente marginada); 37 por ciento para 50 por ciento de la población (pertenecen a la economía formal) y el restante 48 por ciento del gasto para el diez por ciento de la población (es la que tiene poder de compra).

Para la realización de este estudio analizaron las tendencias de 1990 a 2000 en la estructura de gasto para los estados del país, identificando tres patrones de comportamiento financiero: Patrón A: Estados

con cambios regulares en la estructura del gasto en salud. El gobierno federal es el principal financiador (aporta el 90 por ciento del gasto estatal en salud) pero con una participación cada vez más importante de las aportaciones provenientes de los hogares, del gobierno estatal y del gobierno municipal, en este orden de importancia. Patrón B: Estados del país donde la participación del gasto en salud ha tenido cambios importantes sobre las fuentes de financiamiento del gobierno federal vs. gobierno estatal. Estos cambios han permitido una inversión en el comportamiento del gasto de manera que para el año 2000 el aporte del gobierno del estado estaba por llegar al 50 por ciento del gasto estatal en salud. Por otra parte la participación financiera de los gobiernos municipales y los hogares se mantienen casi constantes y por abajo del cinco por ciento del gasto total en las aportaciones de los hogares y por abajo del uno por ciento en las aportaciones de los municipios. Patrón C: Estados con muy pocos cambios en la estructura del gasto en salud. En estos estados el gobierno federal prácticamente financia el 100 por ciento del gasto en salud con muy escasa participación de aportaciones financieras de los gobiernos estatal y municipal. Llama la atención que en estos estados la aportación financiera de los hogares al total del gasto estatal en salud es mayor que los aportes de los gobiernos estatal y municipal"[13].

Concluyendo que la efectividad de los cambios en las políticas de financiamiento, como parte de la reforma del Estado y en especial de la reforma del sector salud, resulta en una efectividad muy variable, dependiendo del estado que se trate. Destacan además la situación irregular que presenta el gasto en salud, así como la distribución porcentual de las diferentes fuentes de financiamiento y el que en algunos Estados exista aún, una participación importante de los usuarios en el financiamiento de los servicios de salud, mostrando evidencias contundentes de que en México las familias de menor ingreso son las que terminan pagando más por su salud[14].

En México, una buena parte de la población incurre en gastos catastróficos, debido a que emplean más de la tercera parte de su ingreso para solventar sus gastos en salud, los cuales afectan en mayor medida a la población que no cuenta con seguros de salud, que no pertenecen a la economía formal y que la mayoría de las veces reciben un ingreso familiar anual muy bajo (más de 40 millones de individuos)[15].

Costos

Otro aspecto, de gran importancia en la Economía, es el referente a los costos de producción; en un sentido general, costos son los recursos consumidos para fabricar el bien o prestar el servicio[16].

En esta línea, la Universidad de Antioquia, en el área de Administración de Costos y Administración Gerencial, establece que los costos tienen diferentes clasificaciones de acuerdo con el enfoque y la utilización que se les dé. Siendo las clasificaciones más utilizadas las siguientes:

Según el área donde se consumen los costos se clasifican en:

Costos de Producción: Son los costos que se generan en el proceso de transformar la materia prima en productos terminados: se clasifican en material directo, mano de obra directa, costos indirectos de fabricación y contratos de servicios.

Costos de Distribución: Son los que se generan por llevar el producto o servicio hasta el consumidor final
Costos de Administración: Son los generados en las áreas administrativas de la empresa. Se denominan Gastos.

Costos de financiamiento: Son los que se generan por el uso de recursos de capital.
Según su identificación los costos se clasifican en:

Directos: son los costos que pueden identificarse fácilmente con el producto, servicio, proceso o departamento. Son costos directos el material directo y la mano de obra directa.

Material directo (MD): llamado tradicionalmente primer elemento del costo, debido a que la contabilidad de costos en sus comienzos se desarrolló para empresas manufactureras donde el consumo de material era el costo más importante. Algunas de las características que permiten determinar cuando un costo puede clasificarse como material directo son: a) Se identifican directamente con el producto, b) Son de cuantía significativa, c) Integran físicamente el producto, y d) Son de fácil medición y cuantificación.

Mano de obra directa (MOD): tradicionalmente denominado segundo elemento del costo, aunque para las empresas de servicios pude convertirse en el elemento más representativo. Está conformado por los salarios, prestaciones sociales y demás conceptos derivados de la relación laboral de los empleados vinculados directamente con la producción.

Indirectos: su monto global se conoce para toda la empresa o para un conjunto de productos. Es difícil asociarlos con un producto o servicio especifico. Para su asignación se requieren bases de distribución, conocidos también como criterios de prorrateo (metros cuadrados, número de personas, etc.). Algunos de los costos indirectos más representativos son: Material indirecto (MI), mano de obra indirecta (MOI), energía, acueducto, arrendamientos, seguros y mantenimiento. Los Costos indirectos de fabricación son el elemento del costo de más difícil asignación.

De acuerdo con su comportamiento los costos se clasifican en:

Costos fijos: Son aquellos costos que permanecen constantes durante un periodo de tiempo determinado, sin importar el volumen de producción. Los costos fijos se consideran como tal en su monto global, pero unitariamente se consideran variables.

Costos variables: Son aquellos que se modifican de acuerdo con el volumen de producción, es decir, si no hay producción no hay costos variables y si se producen muchas unidades el costo variable es alto. Unitariamente el costo variable se considera Fijo, mientras que en forma total se considera variable.

Costos semi-variables: Son aquellos costos que se componen de una parte fija y una parte variable que se modifica de acuerdo con el volumen de producción. Hay dos tipos de costos semi-variables:

- Mixtos: Son los costos que tienen un componente fijo básico y a partir de éste comienzan a incrementar.
- Escalonados: Son aquellos costos que permanecen constantes hasta cierto punto, luego crecen hasta un nivel determinado y así sucesivamente.

La separación de costos en fijos y variables es una de las más utilizadas en la contabilidad de costos y en la contabilidad administrativa para la toma de decisiones. Algunas de las ventajas de separar los costos en fijos y variables son:

- Facilita el análisis de las variaciones.
- Permite calcular puntos de equilibrio.
- Facilita el diseño de presupuestos.
- Permite utilizar el costeo directo.
- Garantiza mayor control de los costos.

Otras clasificaciones incluyen a los costos históricos, predeterminados, controlables, no controlables, relevantes, no relevantes, desembolsables, de oportunidad, etc [17].

En este sentido, la aplicación de los costos, es una herramienta indispensable para poder establecer un impacto real de estos, pues en el campo de la salud, no sólo se miden los ingresos, o los egresos, sino también los beneficios, el bienestar y la calidad de vida. Siendo el costo una categoría económica, mientras que el gasto es una categoría contable. Es de destacar que la contabilidad de costos es un sistema de información que recopila, clasifica, registra, controla y notifica los costos para facilitar la toma de decisiones, la planeación y la administración. Los informes de costos son útiles también para la selección de opciones en cualquier situación[18].

Los principales objetivos de la contabilidad de costos son: 1) Generar informes para medir la utilidad proporcionando el costo correcto de producción, ventas o servicios; 2) Determinar los costos de los inventarios; y 3) Proporcionar informes para facilitar la planeación, ejercer el control administrativo y tomar decisiones[19].

La información contable de los servicios de salud es una herramienta útil que permite a los administradores de salud gestionar los recursos adecuadamente. Sirve no sólo para indicar la cantidad de fondos necesaria para llevar a cabo los programas, sino también para determinar el uso dado a los recursos humanos, materiales y financieros en la prestación de servicios a la población. Los recursos a disposición de los servicios de salud son limitados; de ahí la importancia de aprovecharlos mejor, cosa que puede lograrse mediante la información sobre los costos y su análisis. En este sentido, existen varias técnicas para estimar costos, teniendo cada una ventajas y desventajas sobre otras, teniendo entre ellas por ejemplo el modelo capitado el cual se realiza con base en costos fijos y variables de los sistemas generales y finales; el modelo con base en costos históricos, el modelo con base en costos relevantes e irrelevantes, la técnica de instrumentación, etc., destacando esta última de las demás técnicas ya que permite un análisis más preciso y sistemático, puesto que estima los costos directos e indirectos obteniéndolos a partir de una identificación de departamentos generales, intermedios y finales, y prorrateando los costos de los departamentos generales a los intermedios, y los de los departamentos generales e intermedios a los finales[20].

Investigaciones sobre costos

Se han realizado varias investigaciones sobre costos, entre ellas tenemos la realizada por Riande J. G., quien en 1990-1991 aplicó la técnica de instrumentación para realizar el cálculo de los costos del Hospital General del ISSSTE, destacando esta técnica como una herramienta sistemática, puesto que se obtiene mediante ésta un diagnóstico más exacto de los recursos de la unidad de salud que permitan determinar los atributos de los instrumentos y actividades que intervienen en el desarrollo de los programas de salud, logrando esto mediante la estimación de costos tanto directos como indirectos, con la finalidad de obtener información objetiva que facilite el proceso de planeación, programación, presupuestación, control y evaluación. Siendo destacada esta técnica, a criterio del autor, por ser más precisa que otras como el modelo capitado, puesto que calcula no sólo los costos fijos y variables sino que va más allá calculando además los costos directos e indirectos.

El estudio se realizó conforme a la técnica de instrumentación en cinco etapas, realizándose de la siguiente forma:

Primera etapa: Se realiza una departamentalización y se determina la población del área de responsabilidad. Para esta técnica se va a denominar departamento a la unidad funcional de producción y de costos, en que se divide un establecimiento de salud. Para los fines de esta técnica se clasifican de

acuerdo al tipo de actividades que producen y al destino de las mismas, distinguiéndose tres tipos de ellos: departamentos generales, departamentos intermedios y departamentos finales.

Denominándose departamentos generales, aquellos cuyos productos se destinan al apoyo de los departamentos intermedios y finales, caracterizándose sus funciones en aspectos de dirección, control y aprovisionamiento. Por ejemplo: Dirección, Subdirección, almacén general, administración, etc. Departamentos intermedios, aquellos cuya producción se destina a apoyar o a complementar a los departamentos finales, y a su vez reciben apoyo de los departamentos generales. Por ejemplo: Anestesiología, Radiología, laboratorio, farmacia, etc. Y departamentos finales, aquellos cuya producción de actividades se destinan directamente a los usuarios, con la finalidad de mantener o modificar su estado de salud. Para que estas actividades sean producidas se requiere del apoyo y complemento de los departamentos generales e intermedios. Por ejemplo: consulta externa, vacunación, urgencias, etc.
Segunda etapa: Se realiza la recolección de la información sobre las actividades y los recursos que ocuparon para su realización. Se divide en dos subsistemas de información: contable y estadístico.

El subsistema contable considera cuatro capítulos de gastos: el capítulo 1000 de recursos humanos, el capítulo 2000 de materiales y suministros, el capítulo 3000 de servicios generales y el capítulo 5000 de depreciación de bienes, muebles e inmuebles En los capítulos 2000 y 3000 se considerarán tanto el gasto ejercido directamente por la unidad, como el ejercido a nivel central, pero otorgado a la unidad en forma de bienes y servicios (en especie). El subsistema de información estadística contempla los registros diarios de las actividades de cada departamento según el destino de su producción y su concentración.

Tercera etapa: se determinan los costos directos de cada departamento por capítulos, así como la producción de actividades del mismo. También se establecen los criterios de prorrateo para asignar los gastos de los departamentos generales hacia los departamentos intermedios y finales según el peso específico de cada departamento en función de sus recursos humanos disponibles. En los departamentos intermedios, se obtiene el costo total del departamento (costos directos más costos del prorrateo de los departamentos generales) y se relaciona éste con su producción total, llegando así al costo de sus productos intermedios. Finalmente se determinan los criterios de prorrateo del gasto total de los departamentos intermedios hacia los finales, con base en el destino de la producción intermedia hacia los departamentos finales.

Cuarta etapa: al costo directo de cada departamento final se le agregarán los costos procedentes del prorrateo de los departamentos generales e intermedios, obteniéndose así el costo total del departamento final, así como también se determinará la producción total de actividades de los mismos.

Quinta etapa: se correlaciona el total de productos con el total del costo y se determinan los atributos de las actividades e instrumentos de dichos departamentos, como identificación, cantidad, costo total de las actividades, costo unitario de la actividad, concentración, etc.[21]

Otro estudio sobre determinación de costos en salud es el realizado por Villarreal, E., y cols., quienes en 1995 realizaron un estudio para obtener el cálculo del costo unitario de los 15 principales motivos de consulta en medicina familiar, considerando que la estimación de los costos de la atención tiende a su estandarización, tal es el caso de las instituciones de salud del sector público, y específicamente de aquéllas con régimen de derechohabiencia, en donde generalmente el cálculo de los costos se establece con base en promedios. El objetivo de su estudio fue calcular los costos unitarios y los costos promedio a nivel estatal para compararlos con los establecidos por el IMSS.

El estudio lo realizaron en 35 de 40 unidades de medicina familiar del IMSS del estado de Nuevo León, México. La metodología consistió en la identificación de los motivos de consulta, el cálculo de los costos

fijos, costos variables, costos unitarios, procedimiento para recolectar la información y plan de análisis. La identificación de los quince principales motivos de consulta de medicina familiar lo realizaron mediante la codificación con base en la Novena Clasificación Internacional de Enfermedades y registrados en el Sistema único de información (SUI).

El cálculo de los costos fijos incluyó la departamentalización, la determinación de insumos, la determinación de costos, la determinación de ponderadores, la determinación de gastos de servicios básicos y la construcción de matrices. Mientras que los costos variables se calcularon para pacientes por motivo de consulta, determinando los costos y los insumos. Por lo tanto, en este estudio se realizó una estimación de costos con base en costos fijos y costos variables.

Por último, el costo unitario fue el producto de la suma de los costos fijos y variables, identificando previamente las fuentes de información.

Los resultados de este estudio arrojaron un costo unitario promedio general total estimado de $142.64 por intervención. El costo promedio por intervención más bajo correspondió a la atención prenatal con $92.26, mientras que el más alto a la atención de la hipertensión arterial sistémica con $312.54. También se encontró que las unidades de un consultorio (localizadas en la zona no metropolitana en su totalidad) informaron los costos más altos.

Concluyendo los autores que el costo unitario promedio para los motivos de consulta analizados fueron mayores al reportado por el IMSS. Considerando que posiblemente diferencias metodológicas en el cálculo de los costos variables pudieran ser la razón de estas discrepancias. Y cabe destacar que en este estudio se obtuvo un costo promedio por motivo de consulta para todo el estado y se observó una gran variación al analizarlo por Unidad Médica, sobre todo en la de área metropolitana y no metropolitana.[22]

En este sentido, otra investigación es la de Cahuana, H. L., y Sosa, R. S., quienes en septiembre de 2001 realizaron un estudio piloto para estimar el costo financiero o gasto de la provisión de atención materno infantil y compararlo con el modelo del Paquete Madre Bebé (PMB), este estudio fue de corte transversal y efectuado en establecimientos de salud de la Jurisdicción Sanitaria III de los Servicios de Salud del Estado de Morelos, México.

Eligieron para el estudio dos centros de salud rurales, un centro de salud urbano y un hospital general de la Secretaría de Salud. En donde calcularon el costo total y por intervención del modelo actual y del modelo PMB, usando para esto el Modelo de estimación de costos de este paquete (el Modelo de estimación de costos del PMB es un libro de Microsoft Excel, cuyas hojas se encuentran interrelacionadas para estimar los costos financieros o gastos proyectados de la provisión de 18 intervenciones de salud materno infantil en una región rural de bajos recursos).

El Modelo de estimación de costos distinguió dos grandes categorías de costos: costos de capital, que se realizaron una sola vez y no fueron variables (como la construcción de edificios o la compra de equipo grande), y costos variables o costos operativos. Los costos variables se subdividieron en costos directos e indirectos. Los costos directos fueron aquellos que se pueden atribuir directamente a una intervención individual como medicinas, consumibles médicos y de laboratorio, días cama, productos sanguíneos, transporte y el tiempo que el personal médico dedica por paciente. Los costos indirectos fueron costos variables que no pueden ser atribuidos directamente a una intervención médica específica, como el costo de mantenimiento y uso de los edificios, los salarios del personal de apoyo, costos del mercadeo social y material educativo y de publicidad para el programa, así como el costo de supervisión. Es decir, en esta investigación los costos directos e indirectos se calcularon sólo a partir de los costos variables.

Incluyó además, para la región estudiada estimaciones de costos totales, costos promedio per cápita y costos promedio por parto. Desagregando las estimaciones de costos por insumo (como medicinas, vacunas, salarios e infraestructura), por intervención (como el manejo de parto normal, hemorragia, eclampsia y sepsis), diferentes tipos de costos (costos variables y de capital), por nivel de establecimiento (hospital, centro de salud o puesto de salud), per cápita y por parto.

Este Modelo de estimación de costos se acompaña de una serie de cuestionarios para recolectar información, lo que permite capturar la forma como se lleva a cabo cada intervención (formato de recolección de datos del PMB). Asimismo, ante la necesidad de generar costos promedios a partir de datos para varios establecimientos de salud en un mismo nivel de atención, se incluye el documento formato de consolidación de datos del PMB. Finalmente, se adjuntan archivos con resultados gráficos para facilitar el análisis de datos.

Los resultados de este estudio mostraron que con la aplicación hipotética del modelo PMB, comparado con el costo del modelo actual, el costo de la atención materno infantil aumentaría hasta dos veces. Esta situación se presenta en todos los componentes del costo (costo directo, indirecto y de capital) así como en todos los tipos de establecimientos. Observándose que con el modelo PMB algunas intervenciones serían de menor costo que con el modelo actual, como es la atención post-parto.

Concluyendo las autoras del estudio, que el costo hipotético de la atención materno infantil, bajo los protocolos de atención del modelo PMB es dos veces más alto que el costo total de los servicios materno infantiles provisto bajo la práctica actual en los establecimiento estudiados (modelo actual), en todos los componentes de costos y en todos los tipos de establecimientos examinados.

Cabe destacar que las autoras establecen que la diferencia entre el costo total en el modelo PMB y el costo actual se puede deber a múltiples factores. Uno de ellos es el incremento de la cobertura sugerido por el modelo PMB, que genera un aumento del total de pacientes atendidos y, por ende, del costo total. De igual modo, respecto al modelo actual existe un aumento en el número de intervenciones prestadas y los servicios que las componen bajo el modelo PMB. Así como el que el modelo actual tenga estimados sus costos mediante técnicas de análisis no específicas.

Por otro lado, las autoras se encontraron algunas dificultades metodológicas en la aplicación del Modelo de estimación de costos que pueden tener implicaciones en el costeo. Una primera dificultad se deriva de la falta de criterios claramente establecidos para la recopilación de información de los servicios provistos por los establecimientos de salud, como día-cama, por ejemplo. Otra dificultad se refiere a la inclusión de la productividad del personal en los costos laborales, especialmente en casos en los que la capacidad del establecimiento puede ser excedida por la demanda. Asimismo, se deben mencionar dificultades enfrentadas en la recolección de aquellos datos que también pudieran haber influido en la estimación de costos.

Sin embargo, a pesar de ellas, las autoras consideran que el uso del Modelo de estimación de costos mostró ser útil para obtener resultados que ilustren la relación entre el costo de la provisión actual de servicios de salud y la provisión bajo estándares internacionales y ser una herramienta práctica que puede emplearse para la toma de decisiones económicas que permitan determinar prioridades y, por tanto, la redistribución adecuada de recursos para la atención materno infantil entre diferentes tipos de establecimientos, por medio de la estandarización de las intervenciones que comprende el PMB[23].

Otra investigación sobre determinación de costos, es la realizada por Villareal, R. E., y cols., quienes de junio a noviembre de 1999 realizaron una investigación con el objetivo de determinar el costo de atención de la hipertensión arterial, su impacto en el gasto en salud y en el Producto Interno Bruto (PIB) de

México. Para ello eligieron una Unidad de Medicina Familiar y un Hospital General de Zona pertenecientes al IMSS, en cada uno de ellos estimaron los costos unitarios de atención.

La metodología incluyó cuatro grandes apartados: intensidad de uso de los servicios de salud, estimación de los costos unitarios, definición de la población de hipertensos y la identificación del gasto en salud. Las variables que incluyeron en la encuesta fueron el tipo y la intensidad de utilización de los servicios de salud.

Los autores utilizaron el modelo de presupuesto capitado. Por lo que estimaron costos fijos y variables. Para la estimación de los costos fijos unitarios, este modelo identifica servicios generales y servicios finales; considera como insumos de cada uno de los servicios incluidos los siguientes: recursos materiales (edificio y terreno), recursos físicos (mobiliario equipo e instrumental), recursos humanos (directivos, secretarias, médicos, enfermeras y personal auxiliar), servicios básicos (electricidad, agua, gas, teléfono) y material de oficina.

El gasto en servicios generales lo desagregaron e imputaron a servicios finales de acuerdo con ponderadores dinámicos construidos ex profeso; este gasto, más el propio del servicio final, fueron ajustados por la productividad del servicio analizado para así definir el costo unitario fijo de cada uno de los servicios finales.

El costo variable unitario de cada uno de los motivos de demanda de servicio se construyó identificando consumos promedio de insumos (medicamentos y material de curación) para un caso típico; esto fue definido por grupos de expertos en el área.

La suma del costo fijo unitario y el costo variable unitario se convirtió en el costo unitario de cada uno de los motivos de demanda de servicio.

Estimaron el costo total por nivel de atención y por institución, ajustado por la cantidad de población atendida. La suma correspondiente representó el costo total de la atención de la hipertensión. Finalmente, se comparó con el gasto total destinado a la salud y con el PIB.

En sus resultados identificaron que los costos como el del cateterismo cardiaco en $3,362 pesos, el día-cama en Cardiología (alta especialidad) y en el segundo nivel de atención en $1,249 y $917 pesos respectivamente, el costo de la consulta externa de Cardiología $111 pesos; mientras que el servicio más costoso por hipertenso por año fue el de medicina familiar con $1,554 pesos.

Por lo que los autores destacan dos aspectos, los cuales considero de gran importancia y un fundamento para la presente investigación:

- El análisis de los costos unitarios por servicio demostró una cifra baja para la consulta de medicina familiar, pero es conveniente comentar que en buena medida esto estuvo determinado por los bajos costos de los insumos variables, específicamente los medicamentos, los cuales se estimaron sobre la base de precios consolidados y por lo tanto muy por debajo de los precios de mercado. Sin embargo, la alta utilización de este servicio lo convierte en el de mayor consumo de recursos. En contraste, a pesar de que el costo unitario del tercer nivel de atención fue el más alto, no se manifestó este predominio al hacer el análisis del costo por servicio utilizado por hipertenso, ya que, para este caso en particular, su utilización fue baja y en consecuencia el costo promedio por hipertenso también lo fue. Este mismo patrón se observa en el segundo nivel de atención. Por lo que considerando lo anterior, e inmersos en la dinámica de la economía de la salud, si el mayor consumo de recursos por hipertenso se ubica en el primer nivel de atención, además de la identificación de las intervenciones más costo efectivas para prevenir las

complicaciones propias de la enfermedad se encuentran en este nivel, es de gran importancia para hacer un análisis de costos enfocarse en el primer nivel de atención.

- En México, de acuerdo con lo reportado por Hernández y colaboradores, el gasto en salud per cápita para la población en general corresponde a 1 390 pesos, cifra superior al gasto por hipertenso calculado para la seguridad social y las instituciones del estado, pero que a su vez quedan por debajo del costo estimado en esta investigación de hipertenso en medicina familiar de $1,554 pesos[24].

La protección social en México

En 1943 nació el actual sistema de salud. El primero de enero de ese año se fundó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que habría de ofrecer servicios de pensiones y de salud a los trabajadores de la economía formal[25].

El 15 de octubre de 1943, se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia cuyo nombre tenía implícita una concepción asistencial, para atender principalmente a los mexicanos de escasos recursos.[26]
El sistema de salud nació dividido al separar a la población entre aquellos que tenían derechos sociales perfectamente definidos a quienes llamó "derechohabientes", y aquellos que eran sujetos a la acción asistencial del Estado, a quienes eventualmente se les denominó como "población abierta"[27].

Posteriormente y bajo esta misma división de origen, se crearon en paralelo otras instituciones de seguridad social. Entre ellas, fue creado en 1959 el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que ofrece cobertura en salud para los trabajadores al servicio del Estado[28].

En este sentido, la Ley General de Salud como principal marco normativo en materia de salud de nuestro país, previo a la reforma de 2003, carecía de elementos que precisaran de manera clara las reglas de financiamiento para la prestación de servicios de salud por parte de los servicios estatales de salud[29].

Por lo tanto, con la Reforma de Ley de mayo de 2003 se estableció el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), imprimiendo con esto una gran innovación al Sistema de Salud en México, ya que se busca que éste se extienda a todos los mexicanos desprotegidos de la seguridad social. Por lo que con este tercer seguro público, como nuevo componente financiero del Sistema Nacional de Salud (SNS), se busca alcanzar el ideal de la universalidad de la protección social en materia de salud, ya que el SPSS ofrece la oportunidad de que las familias no aseguradas y qué estén interesadas, se incorporen a un esquema de protección social en salud operado de manera estatal, bajo la coordinación de la Federación[30].

Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) es un mecanismo por medio del cual el Estado garantizará a todos los mexicanos desprotegidos de la seguridad social, el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de la utilización y sin discriminación a los servicios médico quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan sus necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones, de promoción, prevención diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación[31].

Antecedentes del SPSS

En cuanto a antecedentes del SPSS, la página Web www.seguro-popular.gob.mx de la Secretaría de Salud explicita como se instituyó éste teniendo como instrumento al Seguro Popular en el año 2001, periodo en

el cual se llevó a cabo una prueba piloto en cinco estados del país: Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco.

En 2002 fueron afiliadas 295 mil 513 familias en catorce entidades federativas. Y para 2003, el Sistema estaba operando ya en 21 estados, logrando que 622 mil 819 familias se afiliaran.

En el 2004, el Seguro Popular instituido ya como Sistema de protección Social en Salud, cerró con 1 millón 563 mil familias afiliadas, y operando en 30 estados de la República Mexicana.

En el 2005, la cifra de beneficiarios aumentó a 3 millones 555 mil 977 familias en todo el país, es decir, en los 31 estados y el Distrito Federal.

Y para el año 2006, se había alcanzado una cobertura de 5 millones cien mil familias que habitan en 2,058 municipios del país, para lo cual el gobierno federal a través de la Secretaría de Salud transfirió a los estados durante este año más de doce mil millones de pesos.

La operación del SPS incorporó a las familias de bajos ingresos ubicadas en los primeros seis deciles de la distribución del ingreso. Como todo esquema de aseguramiento, el SPS ofreció una serie de beneficios explícitos a los cuales el asegurado tuvo acceso en caso de padecer algún evento que lesionará su salud, siempre y cuando dicho evento este comprendido en la cobertura otorgada y sus derechos estuvieran vigentes.

La operación y estimación de costos del SPS fue regulada en un inicio por el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME) que establecía el servicio para 78 intervenciones diferentes, seleccionadas con base en su importancia epidemiológica, la demanda de atención y la capacidad instalada para proporcionar estos servicios.

Para el 2004 fue sustituido por el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES), que incrementó a 91 intervenciones el servicio médico del Seguro Popular; con ello se estimó una cobertura del 90 por ciento de la atención médica registrada anualmente.

En el 2005 el CASES aumentó el número de intervenciones, pasando de 91 a 154. En el caso del listado de claves de medicamentes, asociadas a estas intervenciones, se aumentó de 168 en el año 2004 a 172 en el 2005.[32]

En el 2006 el CASES, fue sustituido por el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) que cubre 249 intervenciones de salud distribuidas en los conglomerados de Detección y Prevención (20), Medicina Ambulatoria (83), Odontología (8), Salud Reproductiva (9), Embarazo, Parto y Recién Nacido (20), Rehabilitación (2), Urgencias (20), Hospitalización (22) y Cirugía (65). y 307 claves de medicamentos.[33]

Organización y operación del SPSS

La estructura organizacional a nivel federal del Sistema de Protección Social en Salud se compone del Consejo Nacional de Protección Social en Salud, que es un órgano colegiado consultivo, y de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, que es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud. A nivel estatal la organización para la operación del Sistema de Protección Social en Salud recae en los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, los cuales están regulados y coordinados por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, y se encargan de realizar todas las acciones en materia de protección social en salud dentro de las entidades federativas, contando con autonomía relativa dentro de los Sistemas Estatales de Salud. En cada entidad federativa se contará con una unidad de gestión o

Unidad Estatal de Protección Social en Salud, la cual deberá ejercer las responsabilidades que la Ley le otorga a los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud

En cuanto a la operación del Sistema de Protección Social en Salud, la Secretaría de Salud es quien lo regula; el Consejo Nacional de Protección Social en Salud es el encargado de opinar sobre su financiamiento y de proponer medidas para mejorar el funcionamiento de éste; la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud son los encargados de administrar el financiamiento que recibe, y por último, la Secretaría de Salud y los Sistemas Estatales de Salud son los encargados de prestar los servicios de salud; todo esto tal como lo establece la Ley General de Salud.

Marco jurídico del SPSS

En su marco jurídico, el SPSS parte del derecho a la protección de la salud, que se instituye en el artículo 4º Constitucional, el cual establece entre otras cosas que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, en donde la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.[34]

Por lo cual, mediante la reforma a la Ley General de Salud de mayo de 2003, se incorporó la protección social en salud como materia de salubridad general y se adicionó el Título Tercero Bis, adecuaciones que establecen las reglas generales de financiamiento y prestación de los servicios para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud en el caso de la población sin acceso a la seguridad social[35].

Esta reforma a la Ley General de Salud modificó los artículos 3, 13, 17, 28 y 35 de la Ley General de Salud. Adicionándose el Título Tercero Bis, el cual incluye diez capítulos y 41 artículos que engloban los siguientes rubros (Decreto de reforma a la Ley General de Salud del 15 de mayo de 2003):

- Definición del concepto de la protección social en salud.
- Distribución de competencias entre la Federación y las entidades federativas.
- Definición explícita de los beneficios asociados a la protección social en salud.
- Definición de la población beneficiaria.
- Creación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS).
- Establecimiento del esquema de aportaciones para el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), incluyendo los Fondos de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona y a la Comunidad.
- Especificaciones en torno a la definición y cobro de las cuotas familiares.
- Objeto y constitución del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.
- Objeto y constitución de la previsión presupuestal anual.
- Reglas para garantizar la transparencia, control y supervisión del manejo de los recursos del SPSS.
- Establecimiento del Consejo Nacional de Protección Social en Salud (CONPSS) y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) como expresiones organizacionales para la operación del SPSS.
- Definición de los derechos y obligaciones de los beneficiarios, así como causas de suspensión y cancelación al SPSS[36].

Dentro de estos Capítulos, en lo que respecta a las Aportaciones para el Sistema de Protección Social en Salud, y que son materia de la presente investigación, el título Tercero Bis de la Ley General de Salud, establece en su Capítulo III De las Aportaciones para el Sistema de Protección Social en Salud, en sus artículos 77 bis 11, bis 12, bis 13, bis 15, bis 17 y bis 18, que el Sistema de Protección Social en Salud será financiado de manera solidaria por la Federación, los estados, el Distrito Federal y los beneficiarios[37].

El Gobierno Federal cubrirá anualmente una cuota social por cada familia beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud equivalente al quince por ciento de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal. Y la cantidad resultante se actualizará trimestralmente de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor, más una aportación solidaria federal que representa al menos una y media veces el monto de la cuota social[38].

Por su parte el estado, contribuirá con la aportación solidaria estatal mínima por familia, la cual será equivalente a la mitad de la cuota social[39].

El gobierno federal transferirá a los gobiernos de los estados y el Distrito Federal los recursos que por concepto de cuota social y de aportación solidaria le correspondan, con base en los padrones de familias incorporadas que no gocen del beneficio de las instituciones de seguridad social, validados por la Secretaría de Salud[40].

De la cuota social y de las aportaciones solidarias, la Secretaría de Salud canalizará anualmente el 8% al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos[41].

Para lo cual se instituye un Manual de Operación del Seguro Popular para la notificación de casos de enfermedades que generan gastos catastróficos, en el cual se considerarán enfermedades que generan gastos catastróficos a la Leucemia Linfoblástica Aguda, el Cáncer Cérvico-Uterino, los Cuidados Intensivos Neonatales de recién nacidos prematuros y al VIH/SIDA[42].

De la cuota social y de las aportaciones solidarias, la Secretaría de Salud canalizará anualmente el 3% para la constitución de una previsión presupuestal anual, aplicando dos terceras partes para atender las necesidades de infraestructura para atención primaria y especialidades básicas en los estados con mayor marginación social, y una tercera parte para atender las diferencias imprevistas en la demanda de servicios durante cada ejercicio fiscal, así como la garantía del pago por la prestación interestatal de servicios[43].

Asimismo, en su Capítulo IV Del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, establece que el gobierno federal establecerá un Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, mediante el cual aportará recursos que serán ejercidos por los estados y el Distrito Federal para llevar a cabo las acciones relativas a las funciones de rectoría y la prestación de servicios de salud a la comunidad. La Secretaría de Salud determinará el monto anual de este fondo así como la distribución del mismo con base en la fórmula establecida para tal efecto en las disposiciones reglamentarias de esta Ley[44].

Por último, en el aspecto referente a las aportaciones del Sistema de Protección Social en Salud establecidas en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, tenemos que en el Capítulo V De las Aportaciones familiares, se establece que los beneficiarios del Sistema de Protección Social en salud participarán en su financiamiento con cuotas familiares que serán anticipadas, anuales y progresivas, que se determinarán con base en las condiciones socioeconómicas de cada familia. Así como también, se establece que cuando exista la incapacidad de la familia de cubrir la cuota, no se le impedirá incorporarse y ser sujeto de los beneficios que se deriven del Sistema de Protección Social en Salud[45].

El Decreto de reforma a la Ley General de Salud del 15 de mayo de 2003 incluye también 21 artículos transitorios mediante los cuales se establecen las condiciones de gradualidad para implantar progresivamente el Sistema de Protección Social en Salud[46].

De la Ley se desprenden tres reglamentos en los que se precisan diversas disposiciones en materia financiera y organizacional: el Reglamento en Materia de Protección Social en Salud, el Reglamento Interno del Consejo Nacional de Protección Social en Salud (CONPSS) y el Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS)[47].

Por último, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, cuyo Reglamento Interno fue publicado en el DOF el 27 de febrero de 2004, coordina y vigila la operación del Sistema a través de su estructura central en coordinación con las oficinas estatales del Seguro Popular que operan en todo el país[48].

Investigaciones sobre el SPSS

Después de una exhaustiva revisión de bases de datos como medline e imbiomed, de los últimos cinco años, se encuentran pocas investigaciones realizadas sobre el Seguro Popular desde su perspectiva económica, entre las cuales se pueden citar:

La de García y Tejero, quienes en el 2003 realizaron un abordaje del Seguro Popular desde un aspecto macroeconómico, en donde consideraron que existe un desequilibrio entre la demanda y la oferta de servicios de salud.

Los autores establecieron en su investigación que la demanda de la atención médica está determinada por el precio del servicio, el ingreso de la población, las expectativas y preferencias de los usuarios, y también por el crecimiento poblacional. Y con base en la ley de la demanda, establecen que a medida que los servicios médicos son más económicos, los usuarios aumentarán su consumo, lo que hace que la curva de demanda siempre tenga una pendiente negativa. Mientras que por otro lado, la oferta de atención médica estará siempre determinada por el precio del servicio, la infraestructura disponible, el personal médico y paramédico existente y la tecnología existente. Por lo que a medida que los servicios médicos ofrecidos son más valorados y alcanzan un mayor precio en el mercado, la curva de oferta tendrá siempre una pendiente positiva.

De esta manera los autores de esta investigación consideran que la situación de desequilibrio entre oferta y demanda que caracteriza a los servicios públicos de salud de nuestro país, es entre otros uno de los principales motivos para que las familias incurran en gastos catastróficos ante un evento de salud. Y estableciendo que para que el Seguro Popular logre sus objetivos, es necesario que el aumento de la demanda sea acompañado también por un aumento en la oferta.

Por lo que los autores consideran necesario el incrementar la productividad marginal de cada trabajador de la salud, es decir, que por cada médico y enfermera haya un mayor número de personas atendidas y disminuir con esto los costos por incrementos de productividad en el trabajo, y por la distribución de los costos en una población de usuarios más grande. Por lo que establecen que para lograr esto, el mecanismo fundamental sería una mejor capacitación gerencial, así como la implantación de programas de estímulos a la eficiencia y productividad[49].

Otra investigación realizada sobre el Seguro Popular, es la de Knaul, F., y Cols., quienes en el 2004 realizaron un análisis del impacto de la implantación del Seguro Popular de Salud sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares. Estudio que elaboraron con base a los datos provenientes de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2000 y de la Encuesta Nacional de Aseguramiento y Gasto en Salud (ENAGS) 2001, realizaron cálculos en base a proyecciones de la extensión del Seguro Popular de Salud bajo diferentes escenarios de cobertura y de reducción del gasto de bolsillo entre la población no asegurada.

Realizando una simulación matemática que consistió en imponer una nueva estructura financiera del Seguro Popular de Salud a los parámetros de gastos existentes en 2000, según la ENIGH, dada la probabilidad de afiliarse por parte de los hogares. En donde utilizaron como variables significativas el pertenecer a los quintiles de ingreso I y II, el que el jefe del hogar sea mujer y que alguien en el hogar tuviese una consulta médica en el último año.

Y obteniendo como resultados de las simulaciones, el que aún antes de lograr la meta de la cobertura universal en 2010 habrá un impacto significativo en el desempeño del sistema de salud mexicano en lo que se refiere a justicia financiera. Con una reducción de 40% en el gasto de bolsillo y una cobertura de 100% del Seguro.

Por lo que concluyen argumentando que con la reducción en el gasto de bolsillo de los hogares, que acompañaría al modelo de financiamiento y de prestación de servicios de salud del Seguro Popular de Salud, se podría esperar una mejoría en el índice de justicia en la contribución al financiamiento del sistema de salud y en el porcentaje de hogares con gastos catastróficos[50].

Otra investigación, es la de Hernández M. B., y cols., en 2004 realizaron una evaluación económica del Seguro Popular de Salud en Tabasco, con el objetivo de probar que el esquema actual de subsidio a la oferta en los servicios de salud no responde a la necesidad de austeridad en la aplicación de los recursos públicos, puesto que los autores de la presente investigación consideran que este mecanismo es menos rentable que el nuevo esquema de subsidio a la demanda en los servicios de salud, mecanismo en el cual se ubica el Seguro Popular de Salud.

Los autores de esta investigación emplearon la metodología de evaluación de proyectos denominado Valor Presente Neto, la cual incorpora el valor del dinero en el tiempo en la determinación de los flujos de efectivos netos (ingresos netos-costos netos) del proyecto, para de esta manera hacer comparaciones correctas entre los flujos de efectivo en diferentes a lo largo del tiempo.

La evaluación se realizó en un periodo de tiempo de 4 años, correspondiendo de 2003-2006; en la cual se realizaron proyecciones de la población total, se basaron en la información histórica del reporte de Coberturas de Salud, etc.

A partir de la evaluación que realizaron los autores de esta investigación, concluyeron que el Seguro Popular aporta beneficios positivos siempre y cuando sólo sea demandado anualmente por el 30% de sus afiliados, pero si este porcentaje se incrementa, se tendrían beneficios negativos pero nunca mayores a los que se enfrentaría por cubrir el mismo número de familias a través del mecanismo tradicional, llamado subsidio a la oferta[51].

Por último, en cuanto a información sobre costos del Seguro Popular, existe un cálculo realizado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud en el catálogo Universal de Servicios de Salud (2006), en donde realizó una actualización de los costos a partir de los costos estimados en el Catálogo de Beneficios Médicos (2002), en el cual consideran un ajuste por inflación para el caso de los costos fijos y la descripción explícita de cada intervención para actualizar el costo estimado de los costos variables; en donde realizan una estimación de costos por capitación, a partir del cálculo de costos fijos y costos variables[52].

Además de haber un cálculo de costos realizado en el 2005 por parte del Régimen Estatal de protección Social en Salud, el cual fue realizado también mediante capitación.

Evaluación

Como en el presente trabajo se pretende realizar una evaluación de costos, comparándolos a su vez con sus montos de financiamiento, considero oportuno el identificar primeramente los fundamentos sobre la investigación evaluativa y más aún sobre la evaluación económica.

Investigación evaluativa

Cohen, E., y Franco, R., establecen en su libro varios argumentos sobre la evaluación y la investigación evaluativo, en donde empiezan por citar a varios autores sobre sus definiciones sobre lo que es la evaluación, entendiéndose por "Evaluar el fijar el valor de una cosa, para hacerlo se requiere un procedimiento mediante el cual se compara aquello a evaluar respecto de un criterio o patrón determinado" (Franco 1971).

Alternativamente se ha definido a la evaluación como aquella rama de la ciencia que se ocupa del análisis de la eficiencia (Musto 1975).

Se ha dicho que el objeto de la investigación evaluativo es comparar los efectos de un programa con las metas que se propuso alcanzar a fin de contribuir a la toma de decisiones subsiguiente acerca del mismo y para mejorar así la programación futura (Weiss 1982); o que la evaluación "mide hasta qué punto un programa alcanza ciertos objetivos" (Banners, Doctors y Gordon 1975).

En estas definiciones Cohen y franco consideran que hay dos tipos de riesgos, el que exista una sobrestimación de las metas y ello implique que, independientemente de la calidad del diseño y de la implementación, se consideren fracasados aquellos programas que no las han alcanzado aún cuando desde otra perspectiva, puedan haber sido exitosos; así como también existe el riesgo de lo contrario: una subestimación de las metas. En cuyo caso proyectos bien concebidos y ejecutados podrían tener una evaluación inadecuadamente positiva, debido a que sus formularios fueron cautos en el momento de plantearse las metas.

Mencionan también que la evaluación se ha definido como "el proceso encaminado a determinar sistemática y objetivamente la pertinencia, eficiencia, eficacia e impacto de todas las actividades a la luz de sus objetivos. Se trata de un proceso organizativo para mejorar las actividades todavía en marcha y ayudar a la administración en planificación, programación y toma de decisiones futuras" (ONU 1984).

Por lo que Cohen y Franco establecen que las definiciones expuestas anteriormente ponen de relieve la pertinencia (correspondencia del diseño y la formulación con los objetivos del proyecto), la eficiencia (minimización de los costos de los insumos o maximización de los productos del proyecto) y la eficacia (grado en que se alcanzan los objetivos del proyecto). Por lo que en este contexto entiende la evaluación como la actividad que tiene por objeto maximizar la eficacia de los programas en la obtención de sus fines y la eficiencia en la asignación de recursos para la consecución de los mismos.

En cuanto a la relación entre la evaluación y la investigación, Cohen y franco consideran que muchos autores utilizan a la evaluación y a la investigación evaluativa como sinónimos. Por ejemplo: "En el sentido amplio, evaluación es el proceso de generar información sobre las operaciones y el impacto de la aplicación de programas y política. La investigación evaluativa es la aplicación de métodos de investigación científicos o empíricos a la evaluación de programas para llegar a afirmaciones causales, y lógicamente defendibles, sobre la eficacia de los mismos. De esta manera la investigación evaluativa puede considerarse como un subconjunto del proceso más general de la evaluación" (Hennigan et al. 1982).

No todas las evaluaciones son iguales. Pueden establecerse diferencias entre ellas según variados criterios, tales como: a) el momento de su realización y los objetivos que persigue, por lo que puede ser evaluación ex ante, cuando se realiza previa al comienzo del proyecto y la evaluación ex post, cuando se lleva a cabo cuando el proyecto ya está en ejecución o ya ha concluido; b) en función de quien realiza la investigación, pudiendo ser evaluación externa cuando es realizada por personas ajenas a la organización, evaluación interna cuando se lleva a cabo dentro de la organización gestora del proyecto, evaluación mixta cuando se busca combinar los dos tipos de evaluación antes mencionadas, o bien la evaluación participativa cuando se busca minimizar la distancia entre el evaluador y los beneficiarios; c) en función de la escala de los proyectos, en donde puede distinguirse entre la evaluación de proyectos grandes y la de proyectos pequeños; y por último d) en función de los destinatarios de la evaluación, precisando los alcances y contenidos de la evaluación[53].

Evaluación económica

En cuanto a la evaluación económica, Collazo H. M., y cols., establecen en su investigación que consiste en valorar una acción concreta en términos del monto de inversiones que precisa y su rentabilidad económica y social. Por lo tanto, se puede considerar como un proceso analítico que establece criterios útiles para tomar decisiones y elegir entre diferentes formas de asignar los recursos.

Aplicando esto al sector sanitario, el proceso sirve para valorar la relación entre el monto de los recursos invertidos y los resultados obtenidos, tanto en efectos como en utilidades y beneficios.

En la práctica se reconocen distintos métodos de evaluación económica. Drummond los dividió en parciales y completos, atendiendo a tres elementos: costos, consecuencias o resultados, y alternativas, de tal manera que si se prescinde de uno de estos elementos el estudio será parcial y completo si se incluyen los tres elementos.

Entre los estudios parciales incluye: a) *descripción de consecuencias*, donde se evalúa un programa o un servicio en términos de sus efectos y beneficios sin comparar alternativas ni analizar los costos; b) *descripción de costos*, en los cuales se analizan los costos, entre ellos los que se asocian con una enfermedad, sin tener en cuenta las alternativas ni las consecuencias; c) *costos y consecuencias*, en los cuales no se tienen en cuenta las alternativas, sino solamente los costos y los resultados del tratamiento de una enfermedad; d) estudios de *eficacia y efectividad*, en los cuales se examinan las alternativas y los resultados, sin estimar los costos; y por último e) *análisis de costos*, en los que se comparan distintas alternativas y se tienen en cuenta los costos, sin tomar en cuenta los resultados.

Los estudios completos de evaluación económica son: a) los de *costo-beneficio*, cuya característica principal es que tanto los costos como los efectos de las opciones comparadas se miden en unidades monetarias. Desde el punto de vista económico se considera la forma de análisis más ortodoxa; b) los de *costo-efectividad*, en que se comparan los efectos de las distintas opciones en unidades clínicas, entre las cuales se encuentran, por ejemplo, los años de vida ganados, las complicaciones evitadas, etc. Los resultados pueden presentarse como valor medio de la razón de costos a efectividad; c) los de *costo-utilidad*, que buscan valorar la vida ganada no sólo en términos de cantidad (años de vida), sino también de calidad. Las unidades obtenidas son los años de vida ajustados por calidad (AVAC) y los resultados se presentan de la misma forma que en el análisis de costo efectividad, pero usando como denominador de la fracción los AVAC obtenidos en lugar de la efectividad; y por último d) el análisis de *minimización de costos*, que se utilizan cuando no hay diferencia entre los efectos de las alternativas comparadas. En este caso se selecciona la opción menos costosa[54].

En este sentido, Rodríguez, J. E., economista en salud, realizó una investigación en 1999 en San José, Costa Rica, sobre algunas técnicas de análisis de costos en salud, proponiendo la introducción de una perspectiva económica dentro de los estudios de costos, como un complemento necesario en el contexto de la reforma del sector salud.

La autora hace referencia a los costos en la Caja Costarricense del Seguro Social, los cuales se han calculado tradicionalmente desde una perspectiva contable, sugiriendo ésta que ante las características de la demanda actual de atención en salud, es recomendable introducir los factores económicos en el análisis tradicional de costos.

Por lo que realiza una breve descripción de los diferentes tipos de estudios de costos, citando entre ellos:
Los costos contables, los cuales son los que ayudan a la planificación de flujos de efectivo, al establecimiento de tarifas o a la asignación de recursos presupuestarios, pero que tienen limitaciones respecto a la evaluación económica de aquellos costos que no involucran flujos de efectivo, así como respecto a la evaluación de resultados.

Un segundo tipo es la descripción de los costos, estos estudios se limitan a hacer una recopilación de todos los costos en los que se necesita incurrir par llevar acabo una intervención. No compara con otras alternativas ni tampoco evalúa los resultados. Son de utilidad cuando no se dispone de otras alternativas para resolver un problema particular o como primera etapa para estudios económicos completos.

Otro tipo es el análisis de costos, el cual compara dos intervenciones alternativas en relación con sus costos. Este tipo de análisis es una evaluación económica parcial. El análisis de costos puede ser útil cuando se dispone de un monto reducido y fijo para la inversión, que obliga a elegir la opción de menor costo, dejando de lado los resultados.

Por último, el análisis de minimización de costos, el cual constituye una evaluación económica completa, tanto en términos de costos como en beneficio. Este análisis requiere ante todo ser exhaustivo con los costos relevantes, por lo que los costos irrelevantes, es decir, los que no aportan una diferencia fundamental al resultado, se pueden omitir, pues muchas veces el costo de recopilarlos hace que su inclusión no sea en sí misma costo beneficiosa.

Concluyendo la autora que el nuevo modelo de asignación de recursos, implantado en Costa Rica por el proceso de reforma, requiere de la introducción de una nueva perspectiva en los estudios de costos, pasando de los estudios contables a los estudios económicos, los cuales, entre otras cosas, introducen una perspectiva social en la evaluación de costos y beneficios.

Considerando además que los estudios económicos de minimización de costos aparecen como la técnica apropiada para resolver muchas de las disyuntivas en materia de asignación de recursos. Puesto que, en el ambiente hospitalario y en la administración de los recursos del sistema de salud, en general, se presenta con frecuencia el problema de elegir entre dos o más alternativas con iguales resultados pero con diferencias de costos, problemas que deben ser resueltos a partir de un análisis de minimización de costos[55].

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En principio, con los cambios que está sufriendo México, como son el aumento en los costos de la atención médica, la distribución inequitativa de los recursos financieros en salud, etc., han dado como resultado un creciente interés en la Economía de la Salud, dando origen a diversas investigaciones sobre costos en salud, ya sea sobre programas especiales o programas inespecíficos, así como también sobre

financiamiento en salud, tales como las que se presentaron en el marco teórico del presente trabajo, en las cuales los autores de los estudios han observado una falta de correspondencia entre los costos calculados por las instituciones públicas y los costos reales calculados por ellos.

Aunado a lo anterior, existe un vacío en información sobre correlación de costos con su respectivo financiamiento, no encontrándose investigaciones sobre este tema, a pesar de haber realizado una exhaustiva búsqueda de los últimos cinco años en bases de datos como medline, imbiomed, etc., existiendo sólo estudios sobre correlación del gasto en salud con base al Producto Interno Bruto (PIB).

Por otra parte, en materia del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) no existen investigaciones realizadas sobre análisis de costos, y mucho menos una correlación de estos con su financiamiento; existiendo sólo las estimaciones de costos hechas de forma institucional por parte de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y por parte del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, las cuales corresponden al catálogo Universal de Servicios de Salud (2006), en donde la primera realiza una actualización de los costos a partir de los costos estimados en el Catálogo de Beneficios Médicos (2002), en la cual considera un ajuste por inflación para el caso de los costos fijos y la descripción explícita de cada intervención para actualizar el costo estimado de los costos variables, realizando por tanto una estimación de costos por capitación, en donde estiman costos como el de la consulta general que tiene un costo promedio de $9.55 pesos, de inmunizaciones $2.67 pesos y de detecciones como diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer cérvicouterino, tuberculosis, $20.19 pesos. Los cuales se encuentran muy por debajo de los estimados en el CABEME 2002. Y la segunda es realizada también mediante capitación, pero de los costos fijos y variables calculados por ellos mismos, en donde por ejemplo las inmunizaciones tienen un costo promedio de $9.49 pesos.

Considerando además que, la Ley General de Salud, en uno de los artículos sobre el SPSS, el cual es el Artículo 77 bis 15, establece que, el gobierno federal transferirá a los gobiernos de los estados y el Distrito Federal los recursos que por concepto de cuota social y de aportación solidaria le correspondan, con base en los padrones de familias incorporadas, que no gocen de los beneficios de las instituciones de seguridad social, validados por la Secretaría de Salud.[56] Siendo ésta última, una cantidad en pesos fija por familia para todos los estados de la República Mexicana, no obstante, que los estados implican enormes diferencias en los costos que se pueden derivar de la atención médica de sus usuarios, ya sean diferencias de tipo social, cultural, económico, etc.
Por lo que, con base en estos argumentos formulo la siguiente pregunta de investigación:

Pregunta de investigación

¿El financiamiento destinado para los servicios de atención médica de los usuarios del Seguro Popular en el Primer Nivel de Atención de la Jurisdicción Sanitaria de Orizaba, Ver., corresponde al costo de su producción u otorgamiento?

Justificación

La importancia de esta investigación radica en que el Sistema de Protección Social en Salud de nuestro país se puede convertir en un futuro próximo en el Sistema de financiamiento en salud más importante, por encima de otros que operan actualmente como son el IMSS y el ISSSTE. Por lo que es de gran trascendencia para la Salud en México, analizar si el financiamiento destinado a dicho sistema corresponde a los costos que se derivan de la atención médica de los afiliados; para que en caso de lo contrario, este estudio de pie a que se tengan los sustentos necesarios para poder modificar dicho financiamiento y se logre una eficiencia y optimización de los recursos dirigidos al mismo, lo que se verá traducido en un beneficio para toda la población que no cuenta con seguridad social y que es la que, en

su mayoría, se encuentra en peores condiciones económicas, representando por tanto un asunto de importancia para la Salud Pública.

Además de que el estudio cuenta con el recurso humano necesario para su realización, aunado a que el Instituto de Salud Pública cuenta con los vínculos necesarios con los Servicios de Salud de Veracruz, para la realización de esta investigación, y el asesor de esta tesis cuenta con la vinculación con la Jefa de la Jurisdicción de Orizaba, Ver., que es la Jurisdicción en donde se va a realizar el trabajo de recolección y análisis de la información; siendo ésta la Jurisdicción elegida para el análisis de esta investigación por ser una de las Jurisdicciones del estado de Veracruz e incluso del país con localidades y municipios de alta marginación, además de una cobertura del Seguro Popular en todas sus unidades.

Hipótesis

Los costos de los servicios de atención médica de los usuarios del Seguro Popular, en el Primer Nivel de Atención, corresponden al financiamiento destinado para los mismos.

Clasificación de la pregunta por el estado de los hechos

De acuerdo al estado de los hechos la pregunta de este estudio es de tipo descriptiva.

Clasificación de la pregunta por la respuesta esperada

De acuerdo a la respuesta esperada la pregunta de este estudio es de tipo cuantitativa.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Identificar el gasto actual que efectúan los Servicios de Salud de Veracruz para prestar servicios de Atención Médica en el primer nivel a los afiliados al Seguro Popular, y el correspondiente financiamiento destinado para dicha atención.

Objetivos específicos

- Determinar los costos de los servicios de atención médica en el primer nivel.
- Identificar los montos por financiamiento dirigidos para el primer nivel de la Jurisdicción Sanitaria de Orizaba, Ver., según sus fuentes, en particular las del Seguro Popular.
- Comparar los costos estimados en esta investigación con los montos de financiamiento identificados en la misma.
- Contrastar los costos estimados en esta investigación con los costos estimados en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES 2006) por parte de la Comisión Nacional de Protección Social en salud, así como también con los costos estimados por el Régimen Estatal de Protección Social en Salud del estado de Veracruz.

METODOLOGÍA

Diseño

Será un estudio cuantitativo, observacional, de corte transversal y descriptivo; cabe mencionar que será de corte transversal por que se realizará una sola medición de los datos obtenidos sobre costos y financiamiento de las unidades médicas seleccionadas.

Universo

57 unidades médicas de Primer Nivel de Atención que contaron con Seguro Popular al 1 de enero de 2006 en la Jurisdicción Sanitaria de Orizaba, Ver.,

Universo temporal

En el estudio se analizará la información que se generó sobre costos y financiamiento del Seguro Popular de la Jurisdicción Sanitaria de Orizaba, Ver., en el periodo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre de 2006.

Muestra

Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio estratificado, a partir del listado de 57 unidades de Primer Nivel de Atención que operan con Seguro Popular al 1 de enero de 2006 en la Jurisdicción Sanitaria de Orizaba, Ver. Para este cálculo se utilizaron dos estratos: las unidades médicas rurales que son 52 y las unidades médicas urbanas que son 5, sumando en total las 57 unidades de primer Nivel de la Jurisdicción en estudio.

Posteriormente, se consideraron los costos fijos promedio de los departamentos finales que se van analizar en este estudio, obtenidos del Catálogo Universal de Servicios de Salud Nacional 2006, los cuales fueron en consulta general $9.55 pesos, inmunizaciones $2.67 pesos y detecciones como diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer cérvicouterino, tuberculosis, entre otras $20.19 pesos, lo que representa un costo promedio de $10.80 pesos. Con este resultado se realizó un cálculo utilizando una desviación estándar de 7.20, un nivel de precisión de cuatro y un nivel de confiabilidad del 95 por ciento dando como resultado once unidades que serán elegidas aleatoriamente a intervalo tres en cada estrato, de estas once unidades: diez unidades médicas serán rurales y una unidad médica será urbana. Habiéndose obtenido estos resultados mediante el programa Epidat, programa desarrollado por instituciones públicas y dirigido a epidemiólogos y otros profesionales de la salud para el manejo de datos tabulados, el cual estima el tamaño de la muestra a través de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z\ DE}{d}$$

En donde:

$Z = 1.96$

$DE = 7.20$

$$n = \frac{(1.96)\ (7.20)}{(4)} = 11$$

$d = 4$

Unidades médicas seleccionadas

Rurales		Urbanas	
Número	Nombre de la unidad	Número	Nombre de la unidad
1	Acultzingo.	1	Orizaba.
2	Puente de Guadalupe.		
3	Atzacán.		
4	La Sidra.		
5	Ixtaczoquitlán.		
6	Cuautlapan.		
7	Mariano Escobedo.		
8	Chicola.		
9	Rancho Viejo.		
10	San Andrés Tenejapan.		
10 unidades médicas rurales.		1 unidad médica urbana.	

Criterios de inclusión

Unidades médicas de Primer Nivel de Atención de la Jurisdicción Sanitaria de Orizaba, Ver., que contaran con Seguro Popular al 1 de enero de 2006 y hayan contado con él hasta el 31 de diciembre del mismo año.

Criterios de exclusión

Unidades médicas de la Jurisdicción Sanitaria de Orizaba, Ver., que no sean de Primer Nivel de Atención o que no contaran con Seguro Popular al 1 de enero de 2006 o lo hayan perdido antes del 31 de diciembre del mismo año.

Criterios de eliminación

Unidades médicas que hayan sido seleccionadas en el muestreo realizado en una fase previa, y que al momento de la recolección de información no cuenten con la información necesaria para la realización de este estudio; en este caso se substituirán por otra elegida aleatoriamente.

Unidad de análisis

Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria de Orizaba, Ver., que contaran con Seguro Popular al 1 de enero de 2006 y hayan contado con él hasta el 31 de diciembre del mismo año.

Variables

- Costos de los servicios de atención médica en el Primer Nivel de Atención: Definiéndose conceptualmente como los recursos consumidos para fabricar el bien o prestar el servicio[57].
- Financiamiento para la atención médica en el Primer Nivel de Atención: Definiéndose conceptualmente como el conjunto de recursos monetarios financieros para llevar a cabo una actividad económica, con la característica de que generalmente se trata de sumas tomadas a préstamo que complementan los recursos propios[58].

VARIABLE	Los costos de los servicios de atención médica de los usuarios del Seguro Popular en el Primer Nivel de Atención.
Definición Operacional	Son los costos tanto directos como indirectos ocupados para la contratación de mano de obra, compra de recursos materiales y para pagos por servicios generales, necesarios para la realización de la actividad.
Dimensiones	- Costos directos: - Contratación de mano de obra directa. - Compra de material directo. - Gastos por servicios generales directos. - Costos indirectos: - Contratación de mano de obra indirecta. - Compra de material indirecto. - Gastos por servicios generales indirectos.
Indicadores	Consulta externa: - Costo promedio de la hora/médico. - Costo promedio por consulta. - Vol. total de consultas realizadas. - Vol. de consultas realizada a los afiliados del Seguro Popular. Vacunación: - Costo promedio de hora/enfermera. - Costo promedio por vacuna. - Vol. total de vacunas aplicadas. - Vol. de vacunas aplicadas a los afiliados del Seguro Popular. Activ. de detección: - Costo promedio de hora/personal que hace la Detección. - Costo promedio por actividad de detección - Vol. total de detecciones realizadas.

	- Vol. de detecciones realizadas a los afiliados del Seguro Popular.
Tipo de Indicadores	Cuantitativos continuos.
Tipo de Fuente	Tipo secundaria, a través de: - Sistema de información de actividades de la Jurisdicción Sanitaria en general y del Seguro Popular en dicha Jurisdicción. - Sistema de información contable por capítulos y partidas de la Jurisdicción Sanitaria en general y del Seguro Popular en dicha Jurisdicción.
Instrumento	Cédula de concentración de información de costos por unidad médica.
VARIABLE	Financiamiento para la atención médica de los usuarios del Seguro Popular en el Primer Nivel de Atención.
Definición Operacional	Son los montos recibidos en la Jurisdicción Sanitaria de Orizaba, Ver., ya sea proveniente del Seguro Popular o de otro origen diferente al Seguro Popular.
Dimensiones	- Financiamiento específico del Seguro Popular: cuota social y aportación solidaria de la federación, aportación solidaria del estado y la cuota familiar (esta última llega al estado incluida en la aportación federal). - Otros financiamientos.
Indicadores	- Monto recibido en la Jurisdicción sanitaria específicamente para el Seguro Popular. - Monto general recibido en la Jurisdicción Sanitaria para programas especiales. - Montos inespecíficos que recibe la Jurisdicción Sanitaria para otro fin diferente a Seguro Popular o programas especiales.
Tipo de Indicadores	Cuantitativos continuos.
Tipo de Fuente	Tipo secundaria, a través de: - Sistema de información contable por capítulos y partidas de la Jurisdicción en general, y del Seguro Popular en dicha Jurisdicción.
Instrumento	Cédula de concentración de información de financiamiento por unidad médica.

Técnicas y procedimientos de recolección de información

El procedimiento de recolección de información consistirá en la técnica de revisión documental, en donde se usarán siete cédulas de concentración, de las cuales 6 se aplicarán tanto a las unidades médicas como a la Jurisdicción Sanitaria, referentes a la información sobre los costos derivados de la atención médica a los afiliados del Seguro Popular y una cédula se aplicará sólo en la Jurisdicción Sanitaria, referente al financiamiento destinado para la atención médica a los afiliados del Seguro Popular.

En este estudio se utilizará la técnica de instrumentación para hacer el análisis de costos, ya que ésta se destaca por su precisión y sistematización, puesto que calcula tanto costos directos como el prorrateo de los costos indirectos de todos los departamentos, tanto generales, intermedios como finales.
Por lo tanto, la recolección se realizará de la siguiente forma:

Primeramente se determinará la población del área de responsabilidad, para posteriormente realizar una departamentalización de dicha área, en la cual se clasificarán de acuerdo a sus características a las áreas que conforman tanto la Jurisdicción Sanitaria como las unidades médicas, para identificar con esto los departamentos generales, intermedios y finales.

Una vez realizada la departamentalización, se procederá a la recolección de la información sobre las actividades y los recursos que se ocuparon para la prestación de la atención médica a los afiliados del Seguro Popular. Para esto la información que se va a solicitar, se subdividirá en sistema contable y sistema estadístico. En el subsistema contable se revisarán tres de sus capítulos de gastos, que serán: el capítulo 1000 de recursos humanos, el capítulo 2000 de materiales y suministros, y el capítulo 3000 de servicios generales. En el Capítulo 2000 y 3000 se considerará tanto el gasto ejercido directamente por la unidad, como el ejercido a nivel central, pero otorgado a la unidad en forma de bienes y servicios. El

subsistema de información estadística contempla los registros diarios de las actividades de cada departamento según el destino de su producción y su concentración.

Una vez realizado todo lo anterior, se aplicarán las cédulas de concentración, las cuales son las siguientes:

Descripción de los instrumentos

- La cédula sobre financiamiento, la cual consta de: a) Título, que contempla la institución de salud, la jurisdicción sanitaria en donde se va a realizar, el nombre de la cédula y los logos de las instituciones que participan en el estudio; b) Instructivo, que describe la forma en que deben llenarse todos los apartados de la cédula de concentración; c) Ficha de identificación que considera la fecha en que se levantará la información, nombre de la unidad médica en donde se levantará, el nombre de la persona que levantará la información y el nombre del departamento que proporciona la información necesaria; d) Contenido, que contempla las fuentes de financiamiento, considerando por un lado los diferentes destinos de las aportaciones como son para programas especiales, la específica para el Seguro Popular, así como una inespecífica, y por otro los tipos de fuentes como son la federal, estatal, municipal u otras, con sus respectivos totales tanto horizontal como vertical; y e)Fuentes de información de los documentos de donde se obtendrá la información necesaria. (Véase anexo 1)

- La cédula sobre los costos de los departamentos generales, la cual consta de: a) Título, instructivo y ficha de identificación igual a la cédula de financiamiento; b) Contenido, que contempla los costos de los capítulos 1000, 2000 y 3000 de los departamentos identificados como generales, con sus respectivos totales tanto horizontal como vertical; y c) Fuentes de información de los documentos de donde se obtendrá la información necesaria. (Véase anexo 2)

- La cédula sobre los costos de los departamentos intermedios, la cual consta de: a) Título, instructivo y ficha de identificación igual a la cédula de financiamiento; b) Contenido, que contempla los costos de los capítulos 1000, 2000 y 3000 de los departamentos identificados como intermedios más el prorrateo de los departamentos generales, con sus respectivos totales tanto horizontal como vertical; y c) Fuentes de información de los documentos de donde se obtendrá la información necesaria. (Véase anexo 3)

- La cédula sobre los costos de los departamentos finales, la cual consta de: a) Título, instructivo y ficha de identificación igual a la cédula de financiamiento; b) Contenido, que contempla los costos de los capítulos 1000, 2000 y 3000 de los departamentos identificados como finales más el prorrateo de los departamentos generales y de los departamentos intermedios, con sus respectivos totales tanto horizontal como vertical; y c) Fuentes de información de los documentos de donde se obtendrá la información necesaria. (Véase anexo 4)

- La cédula sobre los costos del departamento final de consulta externa, la cual consta de: a) Título, instructivo y ficha de identificación igual a la cédula de financiamiento; b) Contenido, que contempla las horas médico laboradas y contratadas, el total de consultas, el promedio de consultas por hora médico y el costo tanto unitario de cada consulta como total del departamento; y c) Fuentes de información de los documentos de donde se obtendrá la información necesaria. (Véase anexo 5)

- La cédula sobre los costos del departamento final de vacunación, la cual consta de: a) Título, instructivo y ficha de identificación igual a la cédula de financiamiento; b) Contenido, que contempla las horas enfermera laboradas y contratadas, el total de vacunas aplicadas, el promedio de vacunas por hora enfermera y el costo tanto unitario de cada vacuna como total del departamento; y c) Fuentes de información de los documentos de donde se obtendrá la información necesaria. (Véase anexo 6)

- La cédula sobre los costos del departamento final de detecciones, la cual consta de: a) Título, instructivo y ficha de identificación igual a la cédula de financiamiento; b) Contenido, que contempla las horas personal de detecciones laboradas y contratadas, el total de detecciones realizadas, el promedio de detecciones por hora personal de detecciones y el costo tanto unitario de cada detección como total del departamento; y c) Fuentes de información de los documentos de donde se obtendrá la información necesaria. (Véase anexo 7)

Cabe hacer la mención que todas las cédulas de concentración antes descritas, se realizaron con base en las dimensiones e indicadores de cada variable contemplados en la investigación y los cuales se enumeraron en el apartado antes descrito de variables.

Posteriormente se realizó la validación y pre-prueba de una de las siete cédulas, aunque esta última no se realizó por completo en la primera etapa, debido a que las Jurisdicciones que cuentan con Seguro Popular se encuentran a tres o cuatro horas de esta ciudad (Jurisdicciones de Orizaba, Córdoba o Martínez de la Torre), y debido también a falta de tiempo por las demás actividades de la maestría, aunado a que las instituciones públicas pueden tardar demasiado tiempo en proporcionar la información que se les solicita, prolongando esto mi estadía en el lugar y con ello sus respectivos gastos; por lo que me vi en la necesidad, y con autorización de mi tutor de tesis, de realizar la pre-prueba en la Jurisdicción local, que es la de Xalapa, Ver., aunque ésta aún no cuente con Seguro Popular; con el fin de probar el mayor número posible de apartados del instrumento, y ya realizar en una segunda etapa la prueba piloto de los instrumentos en una Jurisdicción que cuente con Seguro Popular.

Validación

En la pre-prueba se validó sólo una cédula que es la que mide la variable financiamiento destinado para la atención médica a los afiliados del Seguro Popular.

No obstante, cabe mencionar, que ya en la prueba piloto se validaron las siete cédulas, encontrándose razones para crear una octava cédula de concentración con la que se realice una categorización de las áreas que conforman tanto la Jurisdicción Sanitaria como las unidades médicas, con el objeto de identificar, con base a sus funciones, los departamentos generales, intermedios y finales. Para de esta manera poder hacer una cédula de concentración sobre costos de cada uno de los departamentos identificados. Además con la experiencia de la prueba piloto se dividieron los capítulos 1000, 2000 y 3000 de las cédulas de concentración sobre costos.

De contenido

La cédula sobre financiamiento fue validada por: compañeros del área de administración, maestros del área disciplinar de Administración, como Dra. Elsa Ladrón de Guevara Morales y Dra. Edit Rodríguez Romero, tutor de mi tesis, que es el Dr. Gabriel Riande Juárez, además de maestros del área disciplinar de Informática, como Mtro. Salvador Luzanía Valerio y Mtra. Cristina Ortiz León, así como también por un experto en Seguro Popular que fue la Dra. Lyzzi Elena García Ortiz que es supervisora estatal del Régimen de Protección en Salud.

En cuanto a las observaciones que me realizaron durante la validación de este instrumento, fueron las siguientes: en un principio, la cédula contemplaba más puntos de los que realmente podría obtener a partir de la información que me proporcionaran los Servicios de Salud de Veracruz, por ejemplo: contemplaba la cuota familiar, puesto que ésta en teoría es una de las tres fuentes de financiamiento del Seguro Popular (además de la federal y estatal), pero a la práctica me encontré con la situación de que el monto obtenido a partir de ésta se envía a la federación y ésta última se lo envía a cada Régimen Estatal

de Protección Social en Salud, al cual llega ya unido al monto de la cuota social y aportación solidaria de la federación, por lo tanto no se puede identificar cuánto es el monto exacto de la cuota familiar.

Así también la fuente federal, ésta en teoría se constituye de dos aportaciones, la cuota social y la aportación solidaria, pero a la práctica tampoco se puede conocer el monto exacto de cada una, por que al Régimen Estatal de Protección Social en Salud llegan ya unidas en una sola fuente.

En otro aspecto de la validación, no coincidían algunos apartados de la cédula con los indicadores de la tabla de operacionalización de la variable, por ejemplo: los apartados de las aportaciones que recibe la Jurisdicción sanitaria para programas especiales, para Seguro Popular e inespecíficas, no coincidían con los indicadores que tenía descritos en la tabla que eran montos recibidos en la Jurisdicción Sanitaria por el seguro Popular y montos recibidos en la Jurisdicción por otro origen diferente al Seguro Popular.

Lo que hice al respecto para solucionar estas observaciones, fue primero eliminar la cuota familiar del apartado de orígenes de financiamiento. También englobé la cuota social y la aportación solidaria federal como una sola fuente de financiamiento, que en este caso es la federal. Por último, agregué a la tabla de operacionalización de la variable en estudio, los apartados que faltaban o no correspondían con los de la cédula, los cuales tenía contemplado desde el inicio de la investigación, pero no los había descrito de esa forma.

De construcción

El instrumento fue validado en su construcción por las mismas personas que en su validación de contenido.

En cuanto a las observaciones que se realizaron durante la validación, fueron las siguientes: En la definición operacional de la variable estaban repetidos los indicadores de dicha variable, debido a que en ese momento se había entendido que la operacionalización eran los indicadores con los que se va a medir dicha variable.

Otra observación fue que se tenía que incluir otros orígenes de financiamiento (por que puede haberlos) y no sólo el específico para el Seguro Popular, además de desglosar este último en cada una de sus tres fuentes de financiamiento.

Lo que se hizo al respecto para solucionar estas observaciones, fue corregir la definición operacional de la variable en estudio, aumentar las dimensiones de la variable otros orígenes de financiamiento e incluir de forma desglosada las tres fuentes de financiamiento del Seguro Popular.

Cabe mencionar que las seis cédulas de concentración restantes ya fueron validadas también, pero en una segunda etapa, siendo validadas tanto en contenido como en construcción por tres expertos en Seguro popular (la supervisora estatal del SPSS, así como el administrador y la jefa de recursos financieros de la Jurisdicción de Orizaba, Ver.), por los maestros del ISP, además del tutor de tesis y compañeros alumnos del ISP, presentando observaciones similares a las de la cédula validada en la primera etapa, las cuales ya fueron corregidas en su totalidad.

- De la capacidad del instrumento para medir u obtener datos

El instrumento no se pudo validar por completo en la primera etapa, ya que no se pudo probar debido a motivos que se mencionaron antes, por lo tanto, no se pudo conocer la capacidad de medir la variable que pretende medir, que en este caso es el financiamiento para la atención médica de los usuarios del

Seguro Popular en el primer nivel de atención; sin embargo, en la Jurisdicción de Xalapa, Ver., si se pudieron identificar las fuentes de financiamiento y el destino de las aportaciones que son la información que se pretende obtener con este instrumento, aunque que no se haya probado el apartado de Seguro Popular.

Cabe mencionar también en este punto, que en la prueba piloto realizada en la segunda etapa, se aplicaron las siete cédulas en la Jurisdicción sanitaria de Orizaba, Ver., la cual si cuenta con Seguro Popular, observando que tanto la cédula sobre financiamiento como las demás si cuentan con validez, puesto que el personal administrativo de dicha Jurisdicción entendió perfectamente la información que se requiere para la realización de esta investigación, proporcionándo una parte de ella, aunque no toda, debido a que se va a requerir de un proceso para su recolección y concentración. Observando además, que las siete cédulas tienen la capacidad para medir la variable que buscan medir, puesto que aún con la poca información que se obtuvo el día de prueba piloto si se pudieron llenar varios de los apartados que las componen.

Pre-prueba

La experiencia al probar la cédula de concentración en su primera etapa, fue la de que no se pudo evaluar el apartado de financiamiento dirigido específicamente para Seguro Popular, puesto que la Jurisdicción donde se probó la cédula aún no cuenta con éste, aunado a que la información financiera de las Jurisdicciones del estado que ya cuentan con este sistema de financiamiento tampoco la pude obtener del Departamento de Recursos Financieros de los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER).

Por otro lado me encontré con que la información que me proporcionaron en la Jurisdicción de Xalapa está dispersa por lo que para llegar a los datos que requiero para mi investigación tuve que calcular los totales.

Otra situación con la que me encontré en la Jurisdicción, fue que el presupuesto llega a ésta proveniente de la Secretaría de Finanzas y Planeación, la cual a su vez lo recibe tanto de la federación como del estado, uniéndolo y enviándolo en un solo monto a la Jurisdicción; por lo tanto no pude obtener la información del financiamiento que envía el estado y la federación por separado; por lo que recurrí al Departamento de Recursos Financieros de SESVER para tratar de obtener los montos separados de la federación y del estado, así como su destino, ya sea éste para programas especiales, para fondos, etc., encontrándome, como mencioné antes, con la negativa del contador a cargo, quien me comentó que les llevaría varios días el recopilarla (no pudo decirme cuántos días), ya que en este momento no pueden hacerlo debido a que se encuentran elaborando los informes del cierre presupuestal del año 2006, además de que debo llevar un oficio proveniente ya sea del Régimen Estatal de Protección Social en Salud o del Instituto de Salud Pública solicitando dicha información.

Por lo que toda la información la obtuve de la Jurisdicción Sanitaria identificando en algunos apartados la fuente por separado federal del estado, pero en otros me los proporcionaron combinada en un solo monto. Además de observar que son varias las fuentes de donde voy a obtener la información, por lo que debo ampliar este espacio dentro de la cédula.

En el aspecto de los participantes que intervinieron en la prueba del instrumento, el departamento que participó fue el Departamento de Administración de la Jurisdicción Sanitaria No. V, el cual contribuyó de forma muy amable, y un servidor fue quien levantó y calculó la información.

El producto que se obtuvo de la pre-prueba del instrumento, fue el correcto llenado de los apartados, excepto el de aportación específica para Seguro Popular, el cual se llevará a cabo en una siguiente etapa en la que se cuente con más tiempo para su realización.

Conclusiones y recomendaciones de la Pre-prueba

La información no se va a encontrar desglosada para el análisis de mi investigación, por lo que me daré a la tarea de recopilarla y calcular los datos que necesito para pasar a la fase de procesamiento de la información.

Por otro lado, con la pre-prueba me di cuenta de que va a ser difícil contar con toda la información que se requiere para el estudio, por lo que lograré los objetivos planteados en mi investigación con la información que tenga disponible, y a partir de ésta estimar o calcular los datos que no tenga disponibles. Es necesario también identificar de donde se va a obtener la información de cada cédula, ya que por ejemplo la cédula de financiamiento posiblemente se obtenga exclusivamente de la Jurisdicción, y de esta forma eliminar el espacio de esta cédula para el llenado del nombre de la unidad médica.

Por lo que mi recomendación va en el sentido de que se deben mejorar los sistemas de información financieros, como son los sistemas de costos, los presupuestos, etc., puesto que me encontré con la situación de que la información no la tienen bien estructurada y detallada en las áreas de administración jurisdiccionales; y sobre todo, la cual es una situación que obstaculiza una realización más precisa de esta investigación, es la de que la información sobre gastos, presupuestos, etc., asentada en los documentos no corresponde exactamente con la realidad sobre la forma como se ejercieron los mismos, sino que le quiten a un programa y se lo pasan a otro, o aumentan los gastos de camino, etc.

Prueba piloto

La prueba piloto se realizó en los Departamentos de Administración, Recursos Humanos y Financieros de la Jurisdicción Sanitaria de Orizaba, Ver., la cual cuenta con Seguro Popular en la totalidad de sus unidades médicas. En cuanto a la información que pude obtener durante la prueba, fue sobre el gasto ejercido por parte de esta Jurisdicción en el año 2006, pero sólo de los capítulos 2000 (recursos materiales) y 3000 (servicios generales), sin estar ésta desglosada por departamentos (facturas) en los cuales se ejerció; además de que no pudieron proporcionarme los gastos del capítulo 1000, ya que no cuentan con ellos de manera desglosada, sino que tendré que calcularlos con base al personal, sus categorías y sus respectivos sueldos.

También me proporcionaron información referente a las cuotas de recuperación del periodo enero-diciembre de 2006, las cuales ocupan (máximo el 50 por ciento) para gastos de jardinería, agua potable, etc., teniéndola desglosada por unidades médicas.

Por otro lado, en el departamento de recursos humanos me proporcionaron el organigrama de la Jurisdicción, para poder identificar las áreas de que se conforma y clasificarlas en departamentos generales, intermedios y finales, de acuerdo con sus características.

En cuanto a información sobre Seguro Popular, me proporcionaron el análisis de servicios otorgados a población de Seguro Popular, correspondiente al periodo enero-agosto de 2006, siendo esta información obtenida a partir del informe de servicios medico asistenciales exentos que entrega mensualmente cada unidad médica.

Observando que en esta Jurisdicción, al igual que la Jurisdicción de Xalapa, Ver. (la cual fue probada en una primera etapa), la información se encuentra dispersa o incluso no cuentan con ella, ya que el administrador jurisdiccional me sugirió que acuda al departamento de Recursos Financieros de la Jefatura Estatal de los Servicios de Salud de Veracruz, para presentarme con el Lic. Carlos González o la Lic. Paty Gaona, para solicitar la información que requiero sobre el gasto ejercido de esta Jurisdicción desglosado por facturas, los gastos de recursos materiales ejercidos en especie, los gastos en recursos humanos, etc.

En cuanto al tiempo de levantamiento de la información de las cédulas, pude observar que lo que me llevará mayor tiempo no será el recolectar la poca o mucha información que me proporcionen, sino el desglose de la misma además de estimar los costos y prorratear los departamentos.

Por otro lado, con la información obtenida de la prueba piloto, se optó por crear una octava cédula de concentración con el fin de obtener una categorización de las áreas que conforman tanto la Jurisdicción como las unidades médicas, identificando de esta manera y de acuerdo a sus funciones, los departamentos generales, intermedios y finales. Para de esta manera poder hacer una cédula de concentración sobre costos de cada uno de los departamentos identificados.

Además de lo anterior, se dividieron los capítulos 1000, 2000 y 3000 de las seis cédulas de concentración sobre costos, debido a razones que observé en dicha prueba piloto, tales como la de que un mismo trabajador puede dedicar su tiempo laboral a más de un departamento, así como también la de que la información que me proporcionaron fue el gasto ejercido por la Jurisdicción, comentándome que además de este gasto está el ejercido en especie, información que podré obtener del almacén jurisdiccional, aunque probablemente no se pueda identificar a que áreas van dirigidos los mismos (se prorratearán).

Por último, se agregó al final de cada cédula sobre costos, el criterio con el cual se prorrateará ese departamento hacia los intermedios y/o finales, dependiendo de las funciones que desempeñe éste, y por último se agregó el costo total del departamento.

Técnicas y procedimientos de análisis de información

El procedimiento de análisis de información se hará como se mencionó antes, con base en la técnica de Instrumentación, a partir de la información obtenida de las cédulas de concentración, las cuales serán aplicadas en la fase de recolección de información. Por lo que esta fase de análisis se desarrollará de la siguiente manera:

Primeramente se determinarán los costos directos, tanto ejercidos como en especie, de cada departamento y en cada capítulo, así como también la producción de actividades de los mismos. También se establecerán los criterios de prorrateo para asignar los gastos que no se encuentren perfectamente identificados por departamento, con el objeto de prorratear los gastos de los departamentos generales hacia los departamentos intermedios y finales.

Al costo directo de cada departamento final se le agregarán los costos procedentes del prorrateo que se haya calculado de los departamentos generales y de los departamentos intermedios, obteniéndose así el costo total del departamento final, así como también determinar la producción total de actividades de los mismos.

Posteriormente se correlacionará el total de productos con el total del costo y se determinarán los atributos de las actividades e instrumentos de dichos departamentos, como la identificación, cantidad, costo total de las actividades y costo unitario de la actividad.

Una vez calculados los costos, se identificarán las fuentes de financiamiento, de las cuales obtuvieron los recursos necesarios para proporcionar la atención médica a los afiliados del Seguro popular.

Por último se realizará un análisis de los costos que se generaron de la atención médica a los afiliados del Seguro popular en las unidades médicas seleccionadas para compararlos mediante una evaluación con los montos recibidos para el financiamiento de su producción. Para así comprobar la hipótesis de este estudio.

La comprobación de la hipótesis se realizará mediante un análisis de regresión lineal que es un modelo matemático para estimar el efecto de una variable sobre otra[59], además de un coeficiente de correlación de Pearson que es una prueba estadística para analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel por intervalos o de razón[60]; con el objetivo de estudiar la relación entre las dos variables de este estudio, por un lado el financiamiento como variable independiente y por el otro los costos como la dependiente.

Por último se contrastarán los costos estimados en la presente investigación con los calculados por parte de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES 2006), así como con los estimados por parte del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.

CRONOGRAMA

Actividad	Feb	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Jul
Correcciones al protocolo de tesis e instrumentos.	13-28					
Prueba piloto en la Jurisdicción de Orizaba, Ver.		1-2				
Correcciones resultantes de la prueba piloto.		5-9				
Levantamiento y concentración de la información.		Inicia 20	Finaliza 30			
Análisis de la información.				Inicia 2	Finaliza 29	
Elaboración de conclusiones y recomendaciones.						2-13
Presentación del trabajo final.						16

Recursos

Los recursos necesarios para la realización de esta investigación, son los siguientes, con una aproximación de sus costos:

Recursos	Cantidad	Costo unitario aprox.	Costo total aprox.
Estudiante de Maestría.	1	------	------
Personal de apoyo.	4	------	------
Fotocopias	300	$0.30	$90.00
Hojas tabulares.	3 blocks	$70.00	$210.00
Hojas blancas	300	$0.15	$45.00
Lápices.	10	$3.00	$30.00
Gomas.	5	$5.00	$25.00
Sacapuntas.	5	$2.00	$10.00
Transporte (de la Jurisdicción a las unidades médicas).	22 traslados	------	------
Transporte (Xalapa-Orizaba y Orizaba-Xalapa).	10 viajes	$220.00 c/viaje	$2,200.00
Hospedaje en Orizaba, Ver.	15 días	$300.00 c/día	$4,500.00
Alimentos durante la estancia.	20 días	$150.00 c/día	$3,000.00
Total	------	------	$10,110.00

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Collazo HM, Cárdenas RJ, González LR, Miyar AR, Gálvez GA, Cosme CJ. La economía de la salud: ¿debe ser de interés para el campo sanitario? Rev. Panam. Salud Pública/Pan Am J Public Health 2002; 12:359.

[2] Ibídem.359.

[3] Villarreal RE, Mathew QA, Garza EM, Núñez RG, Salinas MA, Gallegos HM. Costo de la atención de la hipertensión arterial y su impacto en el presupuesto destinado a la salud en México. Salud Pública de México 2002; 44:8.

[4] Collazo HM, Cárdenas RJ, González LR, Miyar AR, Gálvez GA, Cosme CJ: 359. Op. Cit.

[5] Disponible en: www.definicion.org/financiamiento (Consultado el 11 de octubre de 2006 a las 21:00 hrs.)

[6] Ruíz de ChM, Márquez M, Ochoa de MM. El enfoque de la salud como sector social y económico. Gasto y financiamiento para la atención de la salud en México. Secretaría de Salud 1989:15.

[7] Ibídem.15.

[8] Ibídem.16.

[9] Ibídem.17.

[10] Ibídem.18.

[11] Ibídem.19.

[12] Ibídem.21.

[13] Arredondo LA, Recaman MA. El financiamiento de la salud en México: Algunas evidencias para las políticas del sector. Hitos de Ciencias Económico-Administrativas 2003; 9:9-16.

[14] Ibídem.p 14.

[15] Disponible en: www.seguro-popular.gob.mx (Consultado el 14 de febrero de 2007 a las 13:00 hrs.)

[16] Administración de Costos y Administración Gerencial. Universidad de Antioquia, Colombia 2004: 1-14.

[17] Op, cit:9-12.

[18] Collazo HM, Cárdenas RJ, González LR, Miyar AR, Gálvez GA, Cosme CJ: 361. Op. Cit.

[19] Ibídem.361.

[20] Ibídem.361.

[21] Riande, J. G. Metodología para la autoevaluación y costeo de servicios en un Hospital General. México. HIGIA. Órgano informativo de la Sociedad Veracruzana de Salud Pública, A.C. (1):1 1993. p 13-16.

[22] Villarreal, R. E., y cols. Costo en el Primer Nivel de atención. México. Salud Pública de México. (38):5. 1996. p 332-340.

[23] Cahuana, H. L., Sosa, R. S. Costo de la atención materno infantil en el estado de Morelos. México. Salud Pública de México (46):4. 2004. p 316-325.

[24] Villareal, R. E., y cols. p 7-13. Op. Cit.

[25] Informe de resultados del segundo semestre de 2006. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Secretaría de Salud. Enero 2007. p 12.

[26] Ibídem.p 12.

[27] Ibídem.p 12.

[28] Ibídem.p 12.

[29] Ibídem.p 12.

[30] Ibídem.p 12.

[31] Manual de Operación para la Notificación de casos de enfermedades que generan gastos catastróficos. Dirección General de Gestión de Servicios. 2005. p 1-31.

[32] www.seguro-popular.gob.mx Op. Cit.

[33] Catálogo Universal de Servicios de Salud 2006. Comisión Nacional de protección Social en Salud. Salud Seguro Popular. Primera Edición. Enero 2006. p 7.

[34] Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ultima reforma aplicada 29/10/2003. Título Primero. Capítulo I - De las Garantías Individuales.

[35] Sistema de Protección Social. Elementos conceptuales, financieros y operativos. Secretaría de Salud. México. Primera Edición 2005. p 31.

[36] Sistema de Protección Social. p 31. Op. Cit.

[37] Ley General de Salud. Última Reforma D.O.F. 02/06/2004. Título Tercero Bis De la Protección Social en Salud. Capítulo III De las Aportaciones para el Sistema de Protección Social en Salud. p 24-25.

[38] Ibídem.p. 24.

[39] Ibídem.p. 24.

[40] Ibídem.p. 24.

[41] Ibídem.p. 25.

[42] Manual de Operación para la Notificación de casos de enfermedades que generan gastos catastróficos. Op. Cit.

[43] Ley General de Salud. p 25. Op. Cit.

[44] Ibídem.p. 25-26.

[45] Ibídem.p. 26.

[46] Sistema de Protección Social. p 31. Op. Cit.

[47] Ibídem.p. 31.

[48] www.seguro-popular.gob.mx. Op. Cit.

[49] García, J., Tejero, A. Programa del Seguro Popular de Salud en México. Un análisis económico. México. Salud en Tabasco (9):1. 2003. p 178-187.

[50] Knaul, F., y Cols. Justicia financiera y gastos catastróficos en salud: Impacto del Seguro Popular de Salud en México. Salud Pública de México. (47):1. 2005. p 54-65.

[51] Hernández, M. B., y cols., Evaluación económica del Seguro Popular de Salud en Tabasco. México. Salud en Tabasco. (11):1-2. 2005. p 320-326.

[52] Catálogo Universal de Servicios de Salud 2006. Op. Cit.

[53] Cohen, E., Franco, R. Evaluación de proyectos sociales. México. Editorial Siglo XXI Editores. 1992. Pp. 72-79, y 109-119.

[54] Collazo, M., p 361-362. Op. Cit.

[55] Rodríguez, J. E. Costos en Salud: del análisis contable a la evaluación económica. San José, Costa Rica. Rev. Cienc. Adm. Financ. Segur. Soc. (8):1. 2000.

[56] Ibídem.p 24.

[57] Universidad de Antioquia. p 7. Op. Cit.

[58] www.definicion.org/financiamiento. Op. Cit.

[59] Hernández Sampieri R., Fernández Collado C., y Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. México. Editorial McGraw Hill. Tercera Edición. 2003. p 534-539.

[60] Ibídem.p. 532-534.

EQUIDAD DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD EN POBLACIÓN ABIERTA DE VERACRUZ

Gaudencio Gutiérrez Alba
Tutor: Dra. Elsa Ladrón de Guevara Morales
Asesores externos: CP. Teofila Mendo Castellanos y CP. David de Felipe Flores

INTRODUCCIÓN

La falta de equidad en salud es un tema que ha sido estudiado por un sin número de investigadores, es un tema ampliamente conocido e identificado en la mayoría de los países como al interior de los mismos, sin embargo, es poco lo que se hace para medir la equidad y de la misma manera no se han implementado estrategias eficaces que ayuden a alcanzar un mayor grado de equidad en salud.

En México se han hecho algunos intentos para lograr una mayor equidad en salud en la población, sin embargo existen estudios que han demostrado la falta de equidad tanto en las diferentes entidades federativas como en determinados grupos sociales y entre las mismas instituciones de salud, lo que sin duda ha repercutido directa y negativamente en las familias que más problemas tienen para satisfacer adecuadamente sus necesidades y que por ende serían quienes más se beneficiarían si existieran políticas en salud que garantizarán un proceso de asignación de recursos de manera equitativo.

Por lo que en este trabajo se hará una investigación sobre la manera de como se distribuye el gasto público en salud para la población abierta en las diferentes jurisdicciones sanitarias del estado de Veracruz durante el periodo 2000-2005; de la misma manera se analizará el comportamiento en la misma población de las tasas de mortalidad por causas evitables como posible consecuencia de la distribución de dicho gasto en salud, para hacer un análisis e identificar si se consideran las necesidades de salud de la población que demanda los servicios de salud al distribuir el gasto público y de qué manera se contribuye a crear las condiciones de equidad en salud. Además con los resultados obtenidos se puede dotar de herramientas para mejorar la planeación y la toma de decisiones en el sector salud y de esta manera contribuir hacia una equidad en salud tan necesaria en el Estado y a nivel nacional.

MARCO TEÓRICO

Teorías y conceptos

Los derechos humanos en la salud

Soberón y colaboradores mencionan que así cómo la ética médica evalúa las acciones que realizan los profesionales de la medicina, la ética médica en el campo de la economía aplicada a la salud, tiene que evaluar los logros en cuanto a la justicia social y esencialmente lo referente a la equidad en salud de la población.

Así mismo, los autores refieren que en 1946 la OMS estableció que "La salud de todos los pueblos es fundamental para alcanzar la paz, la seguridad y depende de la más completa cooperación entre el individuo y el Estado"[1]. Lo anterior implica la responsabilidad de los gobiernos para buscar la salud de sus pueblos.

Hofbauer y Lara mencionan que dentro de las características que tienen los derechos humanos es conferir a todos los individuos un cierto *estatus existencial,* de la misma manera el Estado tiene la responsabilidad de hacer todo para que los individuos alcancen este estatus existencial.

Ellos mismos mencionan que las obligaciones de los Estados “es respetar los niveles básicos de subsistencia necesaria para vivir con dignidad, proteger esos niveles para que no sean menoscabadas por terceros, así como tomar medidas apropiadas para que los grupos en situación vulnerable vean satisfechos sus niveles básicos de subsistencia” [2].

En lo referente a los derechos económicos, sociales y culturales los mismos autores mencionan que los gobierno, para satisfacer estos derechos deben de hacer uso del máximo de sus recursos disponibles, lo más pronto posible y de manera efectiva, cabe mencionar que dentro de estos derechos se incluyen el trabajo, *la salud* y la educación. También mencionan que El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas enfatiza que “un Estado miembro en el que un número significativo de personas sean privadas de asistencia alimentaria esencial, de servicios básicos de salud, de vivienda o de los niveles básicos de educación, está fallando en cumplir con las obligaciones contraídas bajo el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales" [3].

Por lo que los gobiernos tienen la obligación de implementar estrategias efectivas, con el objeto de reducir las inequidades existentes y asegurar el disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales para todos.

En el concepto de equidad subyace el criterio de justicia social y es, precisamente, el tema tratado en los instrumentos de protección de los derechos humanos, tales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), la cual establece en su articulo dos, numeral uno "Toda persona tiene los derechos y libertades proclamadas en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición“[4] y en el articulo 25, sostiene: “Todos tienen derecho a un nivel de vida adecuado para su salud y bienestar propia y de su familia, incluyendo alimentación, ropa, vivienda y atención médica, además de los servicios sociales necesarios y el derecho a la seguridad en caso de desempleo, enfermedad, discapacidad, viudez, vejez u otra escasez en su vida debido a circunstancias fuera de su control” [5].

Teorías de justicia social en salud

Diferentes autores han estudiado las teorías de la justicia social en el pensamiento contemporáneo, que ha servido para ampliar el concepto de equidad en general y así mismo definir qué tipo de igualdad se busca, cuáles serían aceptables e incluso cuáles deseables. Por lo que a continuación se sintetizan las características principales de las teorías de la justicia social según Porto:[6]

A). Teoría de la justicia por Rawls. Él propone una sociedad que camine hacia la obtención de ventajas mutuas, mediante un sistema en donde todos participen activamente, teniendo como punto inicial a los individuos ubicados en una posición de imparcialidad, olvidando odios y simpatías (el velo de la ignorancia) pero sin descuidar los principios económicos, aspectos políticos, la organización social y las leyes de la psicología humana[7].

Porto menciona que según Rawls las personas libres, iguales y racionales llegarían a definir los siguientes principios:

- Cada persona debe tener un derecho igual al sistema más amplio posible de libertades básicas.
- Las desigualdades económicas y sociales deben servir al mayor beneficio de los más desfavorecidos, dentro de los límites de un justo principio de repartición; y deben estar relacionadas las funciones y posiciones abiertas a todos, de acuerdo con el principio de justa igualdad de oportunidades.[8]

- Además Porto menciona que la teoría de Rawls le da prioridad a la libertad y propone lo siguiente; no son admisibles las desigualdades entre los individuos; pretende disminuir las desigualdades por medio de la elección de una política **maximin** (maximizar el beneficio de los menos desfavorecidos); manifiesta la aceptación de la desigualdad entre los hombres, siempre que se entienda que son justas; considera que para la efectiva realización de los criterios de justicia es necesaria la intervención gubernamental a través de sus instituciones[9].

B). Porto cita a Sen refiriendo que este autor ha hecho aportaciones importantes en cuanto a justicia social dentro de las que destacan las siguientes:

- Que los valores centrales de igualdad y libertad deben incluir la seguridad social y económica.
- La capacidad de los individuos para desarrollar funciones, dependen esencialmente de su capacidad de transformar bienes en funciones.
- La equidad debe ser definida como la igualdad de oportunidades, siempre y cuando se compensen las desigualdades de capacidades[10].

Recordando que en una sociedad, todos los individuos somos diferentes, cuyas diferencias son resultado de características biológicas y sociales, las cuales pueden compensarse o agravarse dependiendo de las características de la política social vigente[11].

C). Teoría de Fleurbaey. Porto manifiesta que para este autor lo importante es la obtención de *igualdad de realizaciones fundamentales* por lo que propone hacer una lista de las realizaciones expresivas indicando si el resultado es responsabilidad personal o social, para estas últimas las denomina equalisanda (entre las cuales se encuentra la salud) y aquí deben ser definidos los recursos distribuibles, los no redistribuibles pero que justifican la intervención pública, por ejemplo la distribución de los recursos económicos.

Se puede decir de las tres posturas anteriores, que garantizando la libertad de elección y compensando las desigualdades entre las correspondientes capacidades básicas determinadas por factores biológicos, socioeconómicos y por la disponibilidad de oferta existente, sería posible asegurar la efectiva igualdad de oportunidades en la consecución de bienestar[12].

Equidad en salud

El concepto de salud durante la primera mitad del siglo pasado era muy simple al referirse a ella como la ausencia de enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) le dio un giro radical al establecer a la salud positivamente y definirla como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”[13]. Desde entonces, la salud se ha definido en un sentido más amplio, debiéndose entender en relación con el medio ambiente, la nutrición, la alimentación, el trabajo y las condiciones de vida; además, también abarca aquellos factores que se constituyen en un obstáculo para alcanzarla como son la pobreza y la distribución del ingreso.

La Oficina Panamericana de la Salud ha tomado a la equidad como un valor para promover la justicia social en el campo de la salud pública, su Director, ha expresado las razones por las cuales la OPS/OMS propuso a la equidad como un valor.

El mismo personaje ha citado que la *justicia demorada es justicia negada* y a medida que en nuestros países se alcance una mayor equidad en general y en particular en materia de salud, se estará avanzando en la solución de un gran número de problemas en salud, repercutiendo en las demás esferas de la sociedad, por lo que es necesario diseñar políticas públicas que influyan para lograr dicha equidad tan

urgente en nuestros pueblos, refiriéndose así a la "equidad en salud como un tema ético moral, y a la salud como un concepto social, también condicionado por las características biológicas, pero donde el aspecto social es mucho más importante"[14].

La equidad en salud ha sido estudiada por múltiples autores y en diferentes enfoques, por lo que no tiene una definición única, éstas no pueden separarse del contexto social en el que han surgido. También en el proceso de asignación de recursos siempre subyace algún concepto de equidad. Así mismo, los diferentes conceptos de equidad en salud no son nuevos, al contrario desde hace muchos años se ha estudiado y se han buscado diversos medidas para garantizarla, logrando en muchos países, que la equidad en salud esté incorporada en su constitución política y forme parte de los objetivos fundamentales de los sistemas de salud públicos.

Por lo anterior, en esta sección se da un acercamiento a los conceptos básicos tradicionalmente manejados en los debates sobre equidad en los sistemas de distribución de recursos con el fin de establecer un marco teórico que pueda servir de referencia para la estructura de este trabajo.

Un primer acercamiento a la conceptualización falta de equidad en salud es aquélla que la considera como la existencia de diferencias innecesarias, evitables e injustas, en el ámbito de la salud.

Frenk, ex-Secretario de Salud de México, definió hace algunos años a la equidad en salud en dos dimensiones: en la primera se refiere a que los recursos son distribuidos en forma proporcional a la **c**ontribución de cada individuo; y en la segunda se refiere a que la equidad en salud existe cuando los recursos son distribuidos en forma proporcional a las necesidades de cada quien,[15] lo anterior nos puede dar una idea de la manera en la que se repartieron los recursos económicos en salud en el sexenio anterior, mismo periodo que se analizará en el presente trabajo.

Para Tamayo, la taxonomía clásica de equidad en salud, resulta desde su punto de vista la más amplia ya que permite plantear la vinculación entre sanidad y equidad, por lo tanto habrá equidad en salud cuando exista lo siguiente:

a) Igualdad de salud
b) Igual utilización de la asistencia sanitaria (para igual necesidad)
c) Igualdad de acceso a la asistencia sanitaria (para igual necesidad)
d) Igual gasto sanitario per cápita[16].

Otra manera muy parecida para clasificar y definir la equidad en salud es la que propone Tovar y colaboradores, el cual la define en tres dimensiones:

a) Equidad en la asignación de recursos financieros. Lo cual significa que cada población y área dispongan del volumen de dinero suficiente para satisfacer sus necesidades. Para lo cual es importante discernir entre tratamiento igualitario (todos recibir lo mismo) y tratamiento equitativo (cada uno reciba lo que necesita, de acuerdo a las características de cada individuo).

b) Equidad en el acceso a los servicios. Lo que implica la posibilidad de recibir atención en cualquier episodio de enfermedad, y en cualquier nivel de complejidad, de manera equivalente para todos los ciudadanos.

c) Equidad en los resultados. Es el extremo en cuanto a equidad, ya que ofrece la posibilidad de alcanzar resultados equitativos de salud para todos los individuos, sin importar las condiciones sociales, económicas, el lugar de origen y su trabajo[17].

Por su parte Sen, premio Nobel de economía, hace mención que la enfermedad y la salud deben tener un lugar primordial en cualquier discusión sobre la equidad y la justicia social, destaca la importancia de estar sano ya que es esencial para el bienestar, que nuestras libertades y posibilidades dependen de nuestros logros en la salud ya que las discapacidades o la enfermedad limitan nuestras vidas, por lo que la salud y la supervivencia son fundamentales para entender no sólo la calidad de vida, sino también para que uno haga lo que quiere, es el estado más importante para el hombre y lo que más debe valorar, por lo tanto la equidad en salud no puede dejar de ser una característica central de la justicia de los acuerdos sociales en general.

Menciona también que la equidad en salud no debe verse en forma aislada sin tomar en cuenta aspectos más amplios como la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluyendo para su análisis la distribución económica y prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humana.

El mismo autor menciona que la equidad en salud es multidimensional y siempre que la justicia social tenga como principales componentes la distribución equitativa y el manejo eficiente de recursos, se debe de tener en cuenta la equidad en salud y entre más nos acerquemos a esta equidad, estaremos logrando una sociedad sana, dejando aún lado las *muertes prematuras, los sufrimientos y las muertes evitables.*

También menciona que los logros y fracasos en el campo de la salud pública van más allá de la atención sanitaria ya que existen influencias muy distintas tal como las predisposiciones genéticas, los ingresos individuales, los hábitos alimentarios, los estilos de vida y las condiciones de trabajo; por lo que la equidad en salud no puede preocuparse únicamente de la desigualdad en la salud o en la atención sanitaria, y debe tomar en consideración aspectos que relacionen la salud con otras características a través de la *asignación de recursos* y de los acuerdos sociales, ya que estos pueden facilitar la salud de los pobres mediante un acuerdo que modifique la asignación de recursos.

Concluye Sen, mencionando que la equidad es muldimensional, que abarca aspectos relacionados con el estado de salud y ausencia de discriminación de los individuos y no sólo el acceso a los servicios de salud, además que la equidad en salud debe de estar siempre presente en los debates de justicia social y de equidad global[18].

Por su parte Porto, hace una recolección sobre equidad, en donde recupera aspectos sobre la teoría de la justicia social y en especial de equidad en salud y retoma la definición de Sen sobre equidad que debe ser entendida como igualdad de oportunidades y que, para su efectiva consecución, es necesario compensar las desigualdades de capacidad. También cita a Le Grand al definir y hacer la distinción entre equidad horizontal y vertical en salud. La primera la define como tratamiento igual para necesidades de salud iguales, considerando la existencia de necesidades diferentes según el género, edad o condiciones sociales. La equidad vertical busca el tratamiento *apropiadamente desigual* de necesidades de salud distintas, incorporando la cuestión de las prioridades y al final la misma autora concluye que la equidad debe ser entendida como el principio que rige funciones distributivas, las cuales tienen por objetivo compensar o superar las desigualdades existentes, consideradas socialmente injustas y evitables[19].

Además de la variedad de las definiciones, una dificultad adicional resulta lo difícil e inalcanzable de lograr la equidad en salud, pero una manera de comenzar y hacer frente es demostrando la existencia de la equidad en salud.

Cabe retomar aspectos importantes de las diferentes posturas mencionadas anteriormente, dentro de las que destacan lo manejado por Sen, al referirse que en la justicia social donde se acepta la necesidad de una distribución equitativa no puede ignorarse el papel de la salud para evitar la *mortalidad prematura*;

por lo que se debe tomar en consideración aspectos que relacionen la salud con otras características a través de la *asignación de recursos***,** si a lo anterior le agregamos la definición que Porto menciona de Le Grand sobre *equidad vertical* que busca el tratamiento *apropiadamente desigual* de necesidades de salud distintas, entonces tenemos que para el presente trabajo se entenderá *equidad en salud* como la asignación del *gasto público* en salud de mayor magnitud para aquellas jurisdicciones sanitarias del estado de Veracruz, que más problemas en salud tengan, definiendo dichos problemas como el promedio de tasas de mortalidad de ciertas patologías susceptibles o modificables por la distribución del gasto público mejor conocidas como *muertes evitables* y donde estarán incluidas muertes maternas, perinatales, ligadas a la nutrición y por tuberculosis pulmonar.

Gasto público en salud

Un elemento clave de la capacidad para recaudar impuestos es el beneficio social del gasto público. Es decir, la forma como el aparato gubernamental le devuelve a la sociedad los recursos que le quita por la vía de los impuestos, es aquí donde la equidad también se refleja por la manera de cómo se destinan los recursos[20], denominado gasto público en salud, que es el medio por el cual se vale el Estado para procurar la salud, facilitando el acceso de la población a los servicios y programas de salud institucionales y tiene como metas:

- Promover la salud y prevenir las enfermedades.
- Curar las enfermedades y reducir la mortalidad prematura.
- Tratamiento para las personas que padecen enfermedades crónicas y que requieran los cuidados de enfermería.
- Tratamiento para discapacitados.
- Promover y administrar la salud pública.
- Promover y administrar los programas de salud.

La manera como se integra el gasto público en salud para población abierta en las entidades federativas, está formado por dos fondos federales que son: el Ramo administrativo 12, destinado al sector salud para apoyo a programas de combate a la pobreza y el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) del Ramo 33; además de las aportaciones estatales que son recursos canalizados por los gobiernos de las entidades para el financiamiento público de la salud.

Es así como el gasto en salud se ha asumido como un instrumento para alcanzar la equidad en salud.

Muertes por causas evitables

Existen diversas maneras para medir las necesidades en salud, una forma de hacerlo es analizando cuáles causas de muerte están afectando mayoritariamente la mortalidad de una determinada región o población, es así como la mortalidad por causas evitables (ME) ha sido utilizada para aproximarse a este análisis, pero además se ha utilizado para analizar también la falta de equidad en salud, es evidente que se limita a representar el máximo daño en la vida del individuo.

La ME "*se considera cuando ocurre de forma innecesaria y prematura, y cuando se puede prevenir mediante acciones individuales o sociales orientadas a controlar factores determinantes del entorno socioeconómico, o mediante la atención de la salud"* [21].

La manera de dividir las ME varía considerablemente, algunos autores como Molina y López lo definen en nueve grupos:

1. Evitables por vacuna o tratamiento preventivo, por las características propias de algunos padecimientos pueden prevenirse por acciones como la inmuno-prevención y el establecimiento de acciones de vigilancia, educación para la salud, control y regulación de ambiente (difteria, tosferina, fiebre reumática).

2. Evitables por diagnóstico y tratamiento médico precoz. Patologías que dependen de las características cualitativas y cuantitativas de los servicios de salud (úlcera, gastritis y algunos tumores).
3. Evitables por condiciones de saneamiento ambiental. Incluyen enfermedades relacionadas con las características del medio ambiente y que acompañan a las condiciones propias de la población (fiebre tifoidea, cólera y salmonelosis).

Evitables por acciones mixtas donde se incluyen enfermedades prevenibles con el mejoramiento en la prestación de los servicios médicos y además relacionadas con las condiciones del desarrollo, dentro de las que destacan:

4. Infecciones de las vías respiratorias;
5. Perinatales y de la primera infancia;
6. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio, cirrosis hepática y tuberculosis;
7. Accidentes, envenenamientos y violencias;
8.Difícilmente evitables por el estado actual del conocimiento científico y desarrollo tecnológico (leucemia, esclerosis múltiple, linfosarcoma y diabetes mellitus).
9. Mal definidas y otras causas no clasificables en los grupos anteriores.

Cabe mencionar que tradicionalmente la mortalidad ha sido estudiada para identificar los principales problemas de salud, permitiendo una mejor asignación de recursos, establecer prioridades, metas y de la misma manera evaluar estas acciones e identificar los efectos en la salud de la población; sin embargo es necesario avanzar para identificar ¿cuáles serían las posibles ganancias en salud si se evitarán algunos de los problemas identificados? [22].

El término de *muerte evitable* se ha utilizado desde hace 30 años e indica que con una distribución equitativa de recursos y por consiguiente atención médica efectiva y oportuna se estarán evitando muertes prematuras que no se deberían de estar presentando en nuestros días, por ejemplo, la mortalidad materna que es una condición mundialmente aceptadas como rastreadoras de la calidad de la atención de la salud en virtud de que con el conocimiento y la tecnología médica disponible muchas de estas defunciones podrían ser evitadas, por lo que es importante reconocer que no se trata de mejorar la tecnología disponible para abatir los problemas, sino de distribuir y garantizar el acceso a ellas. Por lo que la presencia de ME además de reflejar la falta de equidad, también debe ser el motivo principal para encaminar acciones enfocadas[23].

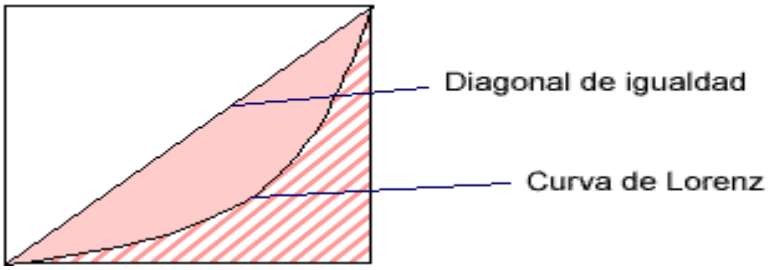
Es así como las ME se usan como indicadores sensible a las debilidades de los servicios de salud en un determinado sitio y tiempo, dado que mide de manera indirecta la efectividad y oportunidad de las acciones en salud, permitiendo evaluar en forma amplia los componentes de los sistemas de salud (equidad y calidad). Para el presente trabajo nos estaremos refiriendo a la ME *como aquellas muertes que ocurren de forma innecesaria y prematura, que son prevenibles mediante la atención oportuna en los servicios de salud, que además con el conocimiento y la tecnología médica disponible muchas de estas defunciones podrían ser evitadas*, bajo esta concepción se incluyen: *las muertes maternas, perinatales, las ligadas a la nutrición y las muertes por tuberculosis pulmonar*. Cabe destacar que para hacer frente a dichas patologías, actualmente gracias a los avances en medicina, existen medidas eficaces y que sólo basta la existencia de recursos suficientes en las unidades de salud, para lo cual es indispensable una asignación equitativa de los mismos y así evitar la muerte prematura causada por estas enfermedades.

Coeficiente de Gini

Existen diversos procedimientos metodológicos utilizados para evaluar el grado de inequidad que existe entre la sociedad, hay consenso que el indicador con mayor aceptación es el denominado índice de Gini, el cual es de fácil interpretación, comúnmente encontrado en los debates sobre bienestar y equidad; además la sociedad esta muy al pendiente de su comportamiento para poder sancionar el funcionamiento de los gobiernos en materia de desigualdad y sus efectos en el nivel de vida de la población.

El coeficiente de Gini se basa en la curva de Lorenz y se define como el cociente de las diferencias que resultan entre la línea de equidad perfecta o diagonal de igualdad y los valores de la curva de Lorenz (Figura 1). Por lo que en la medida que la curva de Lorenz se aproxime a la diagonal de igualdad, se estará observando una situación de mayor equidad y cuanto mayor es la distancia mayor es la inequidad.

Figura 1. Áreas para calcular el Coeficiente de Gini



Este diagrama sirve para visualizar la distribución de los recursos y es extremadamente útil para el análisis de la inequidad.

Es así como el coeficiente de Gini representa dos veces el área entre la curva de Lorenz y la diagonal (Figura 1) y toma valores entre cero (equidad perfecta) y uno (inequidad total). La forma más simple para calcular es la siguiente:

$$G = |1 - \sum_{k=0}^{k=n-1} (X_{k+1} - X_k)(Y_{k+1} + Y_k)|$$

Donde:
G: Coeficiente de Gini
X: Proporción acumulada de la variable población
Y: Proporción acumulada de la variable ingresos [24]

Cabe mencionar que actualmente existe una forma automatizada para obtener el coeficiente de Gini, en la cual se ingresan los datos que se desean analizar, el programa los ordena y automáticamente se obtienen los resultados, recordando que estos van de uno a cero.

Relación entre distribución del gasto público en salud y repercusión en la salud de la población

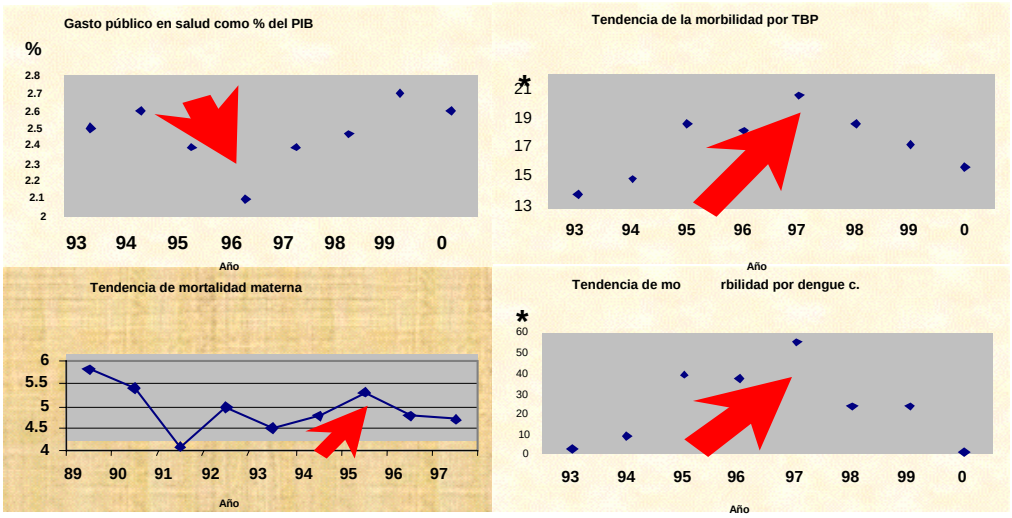
Cuando se manejan recursos públicos de manera limitada como lo hace el Sector Salud en México, estos recursos deben ser utilizados en actividades que sean capaces de generar los mayores beneficios en la población, es decir deben ser distribuidos de manera equitativa, de tal forma que se beneficien los sectores de la población que más necesidades en salud tengan.

Si recordamos que la tipología tradicional de la enfermedad es tripartita: enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles y lesiones. Y que la primera generación de enfermedades está vinculada a la pobreza, como es el caso de las infecciones habituales, la malnutrición y los peligros para la salud reproductiva que afectan sobre todo a niños y mujeres pobres de los países de ingreso bajo. Y como se

menciona anteriormente, quienes más necesidades en salud tienen y que una distribución inequitativa traería como consecuencia cambios negativamente en su salud[25].

Para ejemplificar la repercusión que tiene en la salud de la población, la manera en la que se distribuye el gasto público, se presentan a continuación unas gráficas que fueron diseñadas tomando en consideración la tendencia de las tasas de mortalidad y morbilidad de ciertos padecimientos a nivel nacional y comparando estos con la asignación de recursos durante el mismo periodo, logrando demostrar que cuando existe una disminución en el gasto en salud, esto repercute directamente en ciertos padecimientos, mismos que afectan a las familias más pobres.

Gráfica 1. Gasto público en salud y su repercusión en ciertos padecimientos. México 1993-1999



Fuente: SSA. Mortalidad. Tendencias 2000. Defunciones por 10,000 nacimientos registrados. * Tasa por 100 mil hab.

Con este primer acercamiento, a continuación se hace mención de algunos trabajos que han retomado la temática y que, de cierta manera, reflejan el interés por el tema, además de reconocer que todavía falta mucho por hacer tanto a nivel nacional como mundialmente.

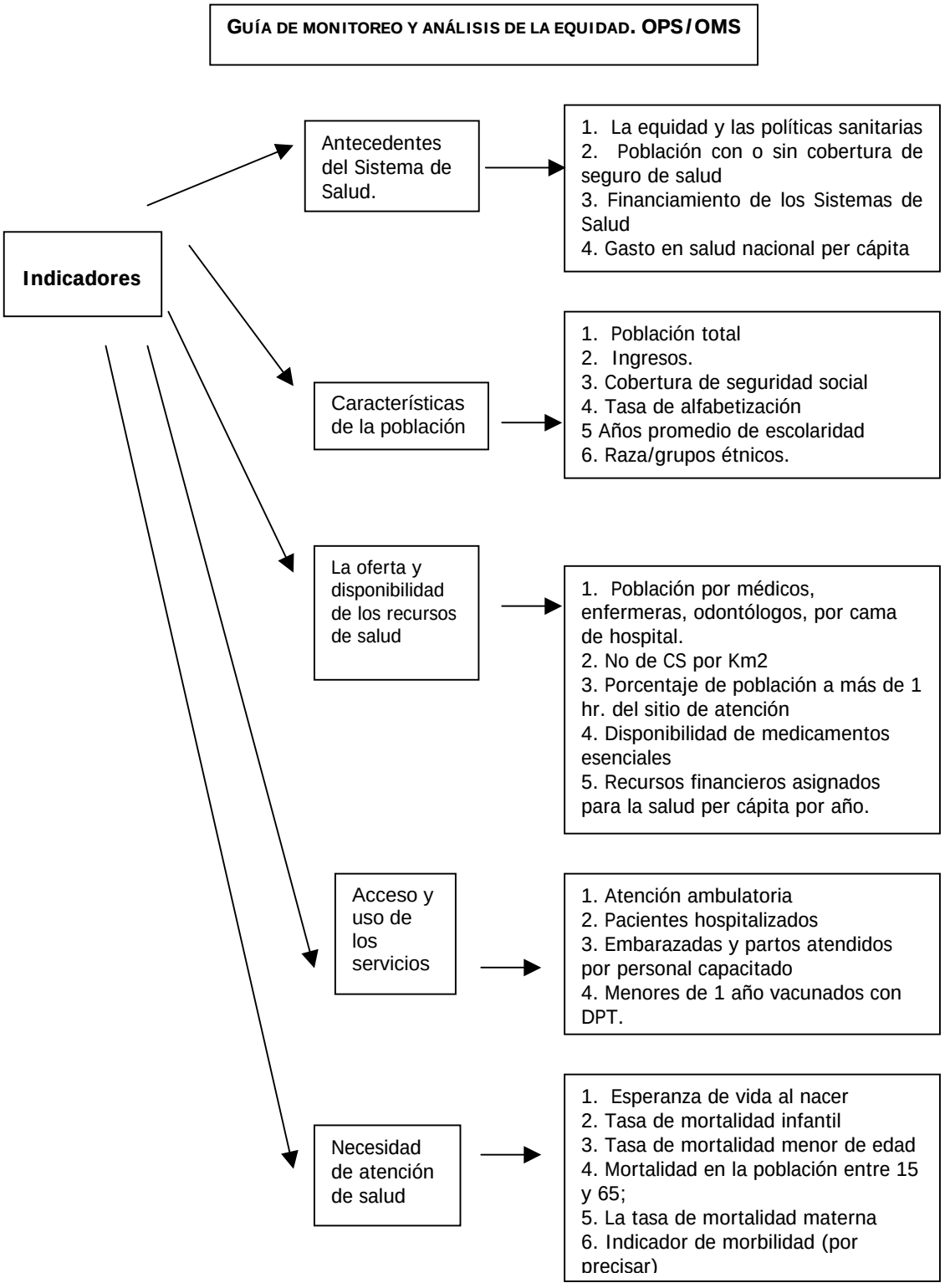
Argumentación empírica

LA OMS/OPS en el año de 2000 presentó una guía de monitoreo y análisis de la equidad en el acceso a los servicios básicos de salud en los países de América Latina y el Caribe, orientada a apoyar el cumplimiento de las políticas sanitarias, para el monitoreo regular de los países.

Dicha guía esta diseñada para ser usada de manera amplia, además contiene los formatos predefinidos, que sirven tanto al momento de estar recolectando información como al estar analizándola, de tal manera que se propone como una herramienta útil para los responsables de diseñar políticas públicas relacionadas con la equidad en salud. Esta guía promueve los usos y la comparación de los datos a diferentes niveles del sistema de salud, el nivel local (por ejemplo municipio, jurisdicción sanitaria) y el nivel regional.

Los indicadores que para la presente guía se eligieron incluyen datos normalmente disponibles en todos los países, sobre cobertura, acceso, distribución de los recursos, disponibilidad y uso de los servicios, los

cuales no sólo se evaluarán individualmente, sino se agruparán en un índice que facilita una visión global de la situación de un área o país. A manera de esquema se presentan los indicadores: [26]



Para la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) la equidad es el segundo objetivo dentro de los 38 objetivos en de su política Salud para todos; además consideran que América Latina y el Caribe es la región donde se presenta la mayor inequidad en cuanto a la distribución de ingresos. En referencia a la salud, gracias a factores sociales, ambientales, culturales, tecnológicos y a los programas de salud pública, ésta ha venido mejorando de manera continua.

Por tal motivo, la medición de las desigualdades en salud es fundamental para poder avanzar y alcanzar una mejoría general en cuanto a situación de salud ya que de esta manera se fundamenta la toma de decisiones, y recordemos que la equidad en salud es imperativa para el desarrollo económico de todos los países.

La misma OPS propone una serie de indicadores para la medición de la desigualdad en salud y entre estos se encuentran:

a) Razón de tasas y diferencia de las tasas
b) Índice de efecto
c) Riesgo atribuible poblacional
d) Índice de disimilitud
e) Índice de desigualdad de la pendiente e índice relativo de desigualdad
f) Coeficiente de Gini
g) Curva e índice de concentración.

Estos indicadores ayudan a medir la situación de salud y consideran aspectos de mortalidad y morbilidad, de tiempo y de nivel de anclaje, pero no sirven para medir la situación de servicios[27].

Hofbauer y Lara, una vez que identifican los recursos públicos para la salud, tanto para la población abierta como para población con seguridad social, hacen un estudio comparativo entre estas dos poblaciones y entre entidades federativas de México, donde obtiene que en el año de 1998 en gasto per cápita para población con seguridad social fue de $497 y para ese mismo año, pero para población abierta fue de sólo $212; también analizan y comparan el gasto total en salud para el año 2000, dando como resultado que 71 por ciento de este gasto fue destinado a población derechohabiente y para la población abierta se destino 29 por ciento. Por último comparan en el año de 1999, el gasto per cápita total en salud entre las entidades federativas de Baja California Sur (BCS) y Chiapas, y presentan que en dicho gasto para BCS fue de $2 299 y para Chiapas fue de $595, pero lo más grave del asunto es que este último estado tenía el mayor índice de marginación, alta población indígena, alto rezago en salud y alta tasa de mortalidad infantil. Lo que refleja la inequidad tan marcada tanto a nivel de instituciones, como entre entidades federativas[28].

En México, Arzoz y Knaul; establecen la equidad horizontal y vertical de la siguiente manera:

La equidad horizontal la dividen a nivel de hogar y a nivel de entidad federativa, por lo que existirá equidad en ambos niveles cuando el gasto per cápita sea el mismo para todos los estados y para todos los deciles de la población.

La equidad vertical de la misma manera la dividen a nivel del hogar y a nivel de entidad federativa, y hay éste tipo de equidad cuando se da mayor recurso fiscales y público a aquellas poblaciones en deciles más bajos y a entidades con mayor marginación.

Así la investigación considera los siguientes indicadores para medir y comparar tanto la equidad horizontal como la equidad vertical.

a) gasto per cápita población derecho habiente
b) gasto per cápita población abierta
c) índice de marginación
d) gasto per cápita promedio comparando entre entidades federativas.
e) Coeficiente de Gini

Las autoras comparan entre la población asegurada y la población abierta, así como entre las diferentes entidades federativas con diferentes grados de marginación; concluyendo que para el año 2000 que fue el año del análisis, hubo inequidad horizontal y vertical en la distribución de los recursos fiscales y públicos per cápita en este sector. Atribuyen estas inequidades a que se gasta más en las personas amparadas por la seguridad social que en la población abierta, además otro factor que tiene un fuerte impacto en la distribución es que los recursos públicos destinados a la población abierta están repartidos de manera inequitativa entre la población de las diferentes entidades federativas. Esta inequidad se debe a las transferencias que se hacen a través del Ramo 33 a los Servicios Estatales de Salud y al gasto propio de los Estados[29].

Lara y Díaz; mencionan que con la creación de las instituciones de seguridad social, quedó establecido en México un sistema de salud público desigual para los mexicanos, tanto desde el tipo de atención que se brinda, como con los recursos que se le destinan; por un lado se encuentra la población con seguridad social que para el año 2001 equivalía a 46 por ciento de la población total y por el otro lado se encuentra la población abierta que es atendida casi en su mayoría por la Secretaría de Salud y que equivale a 54 por ciento del total de población. Para el mismo año el 70.1 por ciento del gasto total para salud se destinó a la población derechohabiente, y sólo 29.9 % restante a la población abierta, lo que refleja la falta de equidad en la distribución de los recursos públicos, por si esto fuera poco las diez entidades federativas con mayor población abierta, (entre ellos Veracruz) tienen la asignación per cápita más bajas para 2002[30].

Es importante considerar que la situación en Veracruz se hace más crítica al considerar que es también uno de los estados con niveles muy altos de marginación según el Consejo Nacional de Población[31].

Por otro lado, es necesario resaltar que la inequidad es un fenómeno que se da entre las diferentes instituciones de salud, grupos sociales y entidades federativas y que seguramente se replica al interior de éstas últimas, sin embargo, a la fecha no se ha localizado ningún trabajo que analice el comportamiento de la inequidad en este ámbito ni para Veracruz ni para las otras entidades federativas que conforman el país.

La equidad en salud como derecho en México

Ya se mencionaron aspectos importantes en cuanto a definición de salud propuesta por la OMS, aspectos de ética en el campo de la economía de la salud, las teorías de la justicia social, derechos humanos en salud y el compromiso u obligaciones que tiene el Estado para dar solución a la equidad, por lo que es importante mencionar que avances hay en cuanto a equidad en salud aquí en México.

El artículo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos menciona que en los Estados Unidos Mexicanos todo individuo gozará de las garantías que otorga esta constitución, las cuales no podrán restringirse ni suspenderse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece.

Fue en 1983 cuando en México el derecho a la protección de la salud se elevó a rango constitucional, mediante la introducción del párrafo tres en el artículo cuarto de la Constitución Política, en la cual quedo estipulado que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”. La ley definirá las bases y

modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general[32].

De acuerdo con la Ley General de Salud, que es el marco normativo que detalla las acciones que el Estado Mexicano deberá llevar a cabo para instrumentar su quehacer en la materia, el derecho a la protección de la salud se traduce primordialmente en el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan las necesidades de la población (art. 2). La salubridad general es responsabilidad de la Federación y de las Entidades Federativas e implica, entre otras, la atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables (art. 3). A la Federación le corresponden las facultades normativas de la salubridad, ámbito en el cual se encuentra la atención médica a la población, mientras que a las entidades les corresponde organizar, operar, supervisar y evaluar la atención médica, entre otras facultades (art. 13).

En la Ley General de Salud se consideran como servicios básicos de salud la atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias (art. 27). Para ello se establece un cuadro básico de insumos para el primer nivel de atención médica y un catálogo de insumos para el segundo y tercer nivel (art. 28), cuya existencia y disponibilidad debe estar garantizada por la Secretaría de Salud (art. 29).

Sobre la prestación de los servicios de salud, la Ley establece que los servicios públicos a la población en general se prestarán a los habitantes que lo requieran, garantizando "la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables" (art. 25). Además, estos servicios se regirán por criterios de *universalidad* y de *gratuidad*—esta última fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios (art. 35).

No obstante, el Ejecutivo Federal y las Entidades Federativas pueden determinar cuotas de recuperación por la prestación de los servicios de salud, basadas en el costo de los servicios y la condición socioeconómica de los usuarios. Estas cuotas deberán fundarse en el principio de solidaridad social, *eximiendo de ellas a los usuarios que carezcan de recursos para cubrirlas* (art. 36)[33].

En el reglamento interno de la Secretaría de Salud, dentro de las atribuciones que le competen al Subsecretario de Innovación y Calidad están: establecer las políticas y estrategias, que permitan optimizar y garantizar la equidad en la asignación de recursos financieros para la atención a la salud (art.9-IV)[34].
Por último el Programa Nacional de Salud 2001-2006 tiene tres desafíos a vencer y entre ellos encontramos el de alcanzar una mayor equidad en las condiciones de salud entre la población.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Importancia

Es fácil reconocer la falta de equidad en salud tanto en instituciones públicas de salud, como en las diferentes regiones del país, siendo por lo regular los más afectados los más pobres, los grupos indígenas y las entidades federativas con mayor población abierta y por ende con mayores necesidades en salud. Esta misma falta de equidad es reconocida a nivel mundial, por lo que las diferentes organizaciones de salud han considerado la equidad en salud como uno de los objetivos prioritarios a vencer, dichas organizaciones han implementado diferentes estrategias para alcanzar el nivel de equidad deseada.

Es así como en México, a más de 20 años de que el gobierno federal iniciara el proceso de descentralización de sus servicios de atención a la salud con el fin de imprimir mayor eficiencia a la operación del sector orientado a atender a la población no asegurada y ya terminado el sexenio 2001-

2006 cuyo Plan Nacional de Salud (PNS) estableció como principal problema del gasto en salud su inequitataiva distribución hacia las instituciones, entre entidades federativas y entre diferentes grupos sociales y el documento ponía como ejemplo que el gasto por persona en los servicios de PEMEX, era de dos a seis veces mayor que en otras instituciones, además el gasto per cápita por estados varía considerablemente ya que 19 entidades se situaban por encima del promedio y 13 por debajo del mismo, entre éstas Veracruz. Por lo que se proponía, un PNS conformado por un sistema de salud guiado por los siguientes valores: justicia, autonomía y corresponsabilidad social, garantizando un trato semejante ante necesidades semejantes y búsqueda permanente de una mejor distribución de recursos y oportunidades.[35] A nivel del estado de Veracruz, el Plan Veracruzano de Desarrollo 2005-2010 en el Capítulo X propone como acciones prioritarias: impulsar una *asignación equitativa de los recursos* para la salud en el esquema de coordinación fiscal. Así mismo se retoma en el Programa Sectorial de Salud, al referir que en la actualidad uno de los retos son las cambiantes necesidades y expectativas de salud las cuales siguen siendo más rápidas y superiores a la capacidad de respuesta pública y social existente, particularmente en lo que a *equidad,* eficiencia, calidad y satisfacción de los grupos de interés se refiere, y para hacer frente se propone una línea estratégica denominada: *equidad y protección financiera* que tiene como objetivo reducir las brechas de las desigualdades sociales y regionales que determinan el perfil de salud, tanto para la sociedad como para los prestadores del servicio. Los objetivos de esta estrategia son: garantizar el acceso oportuno, la *equidad* y calidad en la atención médica[36].

Por todo lo anterior se puede observar que la asignación presupuestal parece contribuir a incrementar las desigualdades entre grupos sociales y entre regiones ya que afecta más aquellos que presentan más problemas de salud y menor capacidad de gasto para la atención de los problemas de salud. Por lo que se considera necesario hacer un ejercicio a nivel del estado de Veracruz y de esta manera saber qué está sucediendo aquí en un estado que no ha sido beneficiado por el gobierno federal y de la misma manera saber cómo repercute directamente en nuestro sistema estatal de salud y cómo se traduce en la población abierta, por ende la más necesitada. Por lo tanto se considera pertinente tratar de resolver la siguiente *pregunta de investigación*:

> ¿Es equitativa la distribución del gasto público en salud para la población abierta atendida por los Servicios de Salud de Veracruz?

Hipótesis

> *La distribución del gasto público en salud para población abierta entre las Jurisdicciones Sanitarias de Veracruz no es equitativa.*

Se estará realizando una investigación con una perspectiva de tipo cuantitativa ya que se procederá a recoger y analizar datos cuantitativos sobre las dos dimensiones de la variable equidad en salud (ver cuadro de variables).

Clasificación de la pregunta por el estado de los hechos

Para el presente trabajo, según el análisis y alcance de los resultados será exploratorio ya que el problema de la falta de equidad en salud es un tema poco abordado a nivel de las Jurisdicciones Sanitarias del estado de Veracruz, también será descriptivo porque se hará una descripción de los resultados obtenidos en cuanto a la manera en la que se distribuye el gasto público en salud y si esta distribución considera las necesidades en salud de las jurisdicciones sanitarias (mortalidad por causas evitables).

Además será comparativo entre las dos dimensiones (distribución de gasto público y mortalidad por causas evitables) y también se compararán las once Jurisdicciones Sanitarias del estado de Veracruz y será observacional según la postura del investigador.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar si el gasto público en salud en Veracruz para población abierta es equitativo.

Objetivos específicos

- Describir y analizar la distribución del gasto público en salud en las diferentes jurisdicciones sanitarias el Estado de Veracruz.
- Analizar el comportamiento de tasas de mortalidad por causas evitables en las once Jurisdicciones Sanitarias de Veracruz.
- Determinar si existe o no equidad en salud entre las Jurisdicciones Sanitarias de Veracruz.
- Determinar si la asignación presupuestal a los programas de Arranque Parejo en la Vida y Micobacterisosis se rige por criterios de equidad entre las J.S. de Veracruz.
- En caso de no existir equidad; proponer una manera más equitativa para la distribución del gasto público en salud, la cual considere las verdaderas necesidades de la población abierta, favoreciendo en la práctica la toma de decisiones.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Según el periodo y secuencia del estudio será transversal, observacional, y comparativo, ya que se estudiarán las variables en un periodo determinado (2000-2005), y se realizarán comparaciones entre las jurisdicciones sanitarias del estado.

Universo

Las once Jurisdicciones Sanitarias de los Servicios de Salud del estado de Veracruz.

Universo temporal

Serán analizados los datos en el periodo 2000-2005.

Unidad de análisis o de observación

El gasto público en salud y las tasas por muertes evitables de las once Jurisdicciones Sanitarias de los Servicios de Salud de Veracruz.

Variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones.
Equidad en salud	Tomando cómo referencia la equidad vertical, se entenderá equidad en salud como la distribución de mayor magnitud del gasto público en salud para aquellas jurisdicciones sanitarias del estado de Veracruz, que más problemas en salud tengan y definiendo estas últimas como el concentrado de tasas de mortalidad de ciertas patologías susceptibles o modificables a la distribución del gasto público mejor conocidas como muertes evitables.	a) Distribución del gasto público en salud b) Mortalidad por causas evitables
	Definición operacional	
	Existirá equidad en salud cuando la distribución del gasto público sea de mayor magnitud para aquellas jurisdicciones sanitarias que tengan mayor tasa promedio por ME para lo cual se sacará la media estatal de gastó per cápita y la tasa promedio por ME y se compararán estas variables entre las Jurisdicciones sanitarias para identificar aquellas en las que exista equidad y en las que exista inequidad. Inequidad en salud: estaremos hablando de inequidad en salud cuando exista una distribución del gasto público en salud por encima de la media estatal con una tasa de mortalidad por causas evitables por debajo de la media estatal y también cuando exista una distribución del gasto en salud por debajo de la media estatal con una tasa de mortalidad por causas evitables por encima de la media estatal.	

Dimensiones	Definición conceptual	Indicadores	Escala del indicador
Distribución del gasto público en salud	Es la distribución de los recursos económicos destinados a la salud de la población abierta a nivel estatal, entendiéndose para este trabajo como el gasto per cápita por jurisdicciones sanitarias del estado de Veracruz durante el periodo analizar. Definición operacional La distribución del gasto público en salud se medirá a través del gasto per cápita y el coeficiente de Gini	Gasto público total en salud para población abierta del estado de Veracruz, 2000-2005 (a precios constantes) Gasto público para población abierta por Jurisdicción Sanitaria (JS). Gasto per cápita para población abierta entre JS Coeficiente de Gini con el gasto per cápita de las JS se sacará el coeficiente de Gini para medir el grado de inequidad entre las mismas.	DISCRETAS
Mortalidad por causas evitables.	Definición conceptual Serán aquellas muertes que ocurren de forma innecesaria y prematura, que son prevenibles mediante la atención oportuna en los servicios de salud, que además con el conocimiento y la tecnología médica disponible muchas de estas defunciones podrían ser evitadas. Definición operacional Para el presente trabajo se entenderá como la tasa promedio que generan las muertes maternas, originadas en el periodo perinatal, muertes provocadas por desnutrición y otras deficiencias nutricionales y muertes por tuberculosis pulmonar.	Promedio de tasas de mortalidad por causas evitables. Tasas de mortalidad materna a nivel estatal y por jurisdicciones sanitarias. Tasas de mortalidad por tuberculosis pulmonar a nivel estatal y por JS. Tasas de mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal estatal y por JS. Tasa de mortalidad por desnutrición y otras deficiencias nutricionales estatales y por JS	CONTINUAS

Técnicas, instrumentos y procedimientos para la recolección de la información

Tipo de fuente

Serán fuentes secundarias obtenidas de:

- El Sistema Epidemiológico Estadístico de Defunciones (SEED).
- El concentrado de la distribución del presupuesto ejercido de gasto de operación por procesos, de la Subdirección de Recursos Financieros por jurisdicción sanitaria del periodo 2000-2005, de la Subdirección de Recursos Financieros de los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER).

Técnica e instrumentos a utilizar

La técnica que se utilizará para este trabajo será la revisión documental de la información disponible en los Servicios de Salud de Veracruz, de las fuentes secundarias antes mencionadas.
Los instrumentos para la recolección de la información, que permitirán obtener información necesaria para alcanzar los objetivos de la investigación serán dos cédulas de concentración de información, con cada una de ellas estaré midiendo las dos dimensiones de la propia investigación.

Descripción del instrumento: Uno de los instrumentos que se utilizará en dicha investigación es una cédula de recolección de información, la cual tiene la siguiente organización:

- Título en donde se indica a que se refiere y además da una idea del contenido de la misma cédula.
- Instrucciones que habla sobre el llenado, dónde y cómo anotar la información solicitada.
- Datos de identificación, la fecha, el departamento o área que proporciona la información y de la persona quien concentra la información.
- El contenido en si, que será llenado de acuerdo las indicaciones anteriores y que cubrirá del periodo 2000-2005 de las once Jurisdicciones Sanitarias del Estado de Veracruz.

Con este primer instrumento se obtendrá el gasto público para población abierta, en el periodo antes señalado, para que posteriormente en el análisis de la información se obtenga el gasto público a precios constantes, el gasto per cápita y sacar con esta información el coeficiente de Gini. Por lo que se estará midiendo la dimensión de la distribución del gasto público y los indicadores de dicha dimensión, midiendo con ésta una parte de la variable a estudiar que es la Equidad en Salud.

Este instrumento ya ha sido validado tanto en su contenido como en su constructo, por un grupo de expertos, ya que han colaborado en este procedimiento tanto tutor, asesores externos, cuerpo académico del área de administración y alumnos.

La segunda cédula de concentración de información tiene la misma estructura, pero esta servirá para medir la dimensión correspondiente a la tasa promedio por muertes evitables en la población abierta, de las once jurisdicciones sanitarias y se hará una por cada uno de los años a analizar (seis), complementando con esta cédula la medición de la variable equidad en salud.

Técnicas, instrumentos y procedimientos para el procesamiento y análisis de la información

Para esta etapa se usarán bases de datos los siguientes programas de Access (realizada en el curso optativo) y en Excel.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

UNIVERSIDAD VERACRUZANA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

CRONOGRAMA DEL TRABAJO PARA EL PROYECTO DE TITULACIÓN

MES	Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio			
Actividad / Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Validación de instrumentos	■	■																		
Piloteo de instrumentos			■	■																
Levantamiento de la información					■	■	■		■	■										
Curso de Protección Social, Políticas de								■												
Salud y Equidad, México D.F																				
Codificación y captura de la información									■	■	■	■								
Analisis de la información											■	■	■	■						
Integración de resultados														■	■	■	■	■		
Presentación final																			■	
Tutorias *	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

* Al menos una vez por semana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Soberón G., Torres J., Zurita B. Bioética y economía de la salud: perspectiva para el siglo XXI. México. Fundación Mexicana para la Salud; 2002

[2] Hofbauer H., Lara G. La salud: Un derecho, no un privilegio. México 2002. Fundar.; 2002, p. 2-17

[3] Loc. Cit.

[4] Instrumentos Internacionales de Protección de los Derechos Humanos. Comisión de la Unión Europea Instituto Interamericano de Derechos Humanos.; 1998.

[5] Loc. Cit.

[6] Porto S. Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en los sistemas de salud. Cad. Saúde Pública. [periódico en la Internet]. 2002 Ago 18(4): 939-957. [consultado Sep 30 de 2006]; Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?

[7] Loc. Cit.

[8] Loc. Cit.

[9] Loc. Cit.

[10] Loc. Cit.

[11] Loc. Cit.

[12] Porto S. Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en los sistemas de salud. Cad. Saúde Pública. [periódico en la Internet]. 2002 Ago [citado 2006 Sep 30]; 18(4): 939-957. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?

[13] Organización Panamericana de la Salud, “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”, en *Documentos Básicos*, Documento Oficial núm. 240, Washington, 1991, p. 23.

[14] George A. O. Alleyne Director, OPS Presentado en la Conferencia Magistral Políticas de Salud y Equidad en las Américas. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS) México, DF., México 14 de marzo de 2002.

[15] Frenk. J. La salud de la población: Hacia una nueva salud pública. México, DF: FCE; 1993: p. 58-70

[16]Tamayo P. Descentralización sanitaria y asignación de recursos en España: un análisis desde la perspectiva de la equidad; España; 2001.

[17] Tovar F, L. Montiel R, Gaya R, Martínez E. "Modelos equitativos de distribución de recursos sanitarios"; Argentina; 2001

[18] SEN A. ¿Por qué la equidad en salud? Rev Panam Salud Publica, May/June 2002, vol.11, no.5, p.302-309. ISSN 1020-4989. Documento Electrónico

[19] Ibídem Porto S.

[20] Lara G, Díaz D. La salud de los mexicanos más pobres: una prioridad no atendida. México. FUNDAR ; 2002.

[21] Gattini C, Sanderson C, Castillo C. Variación de los indicadores de mortalidad evitable entre comunas chilenas como aproximación a las desigualdades de salud. Rev Panam Salud Publica, dic. 2002; 12(6): 454-61.

[22] Molina CA, López MV. Avoidable mortality: the case of the North border of Mexico, 1980-1990. Cad. Saúde Pública. [serial in the Internet]. 1995 Sep [citado 2006 Nov 13]; 11(3): 395-407. Disponible en:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000300016&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0102-311X1995000300016

[23] Secretaría de Salud. La Mortalidad en México, 2000-2004: "Muertes Evitables: magnitud, distribución y tendencias". México SSA; 2006.

[24] OPS. Medición de Desigualdad en salud: Coeficiente de Gini e Índice de concentración. Washington: OPS; 2001.

[25] OPS. Desafío a la falta de equidad en salud: de la ética a la acción. Washington 2001

[26] OMS/OPS. Monitoreo de equidad en el acceso a los servicios básicos de salud. Guía metodológica. Washington: OPS; 2000. pp15-24.

[27] Schneirder M, Castillo C, Bacallao J, Loyola E. Métodos de medición de las desigualdades de salud. Rev. Panam Salud Pública, Dec, 2002, 12(6):398-414.

[28] Ibídem Hofbauer H., Lara G.

[29] Arzoz J., Knau F. Inequidad en el gasto de gobierno en salud. México.; Funsalud; 2002. p. 1-10.

[30] Ibídem Lara G, Díaz D.

[31] Consejo Nacional de Población. Marginación por entidad federativa, 2000. México

[32].Congreso de la Unión. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México: Diario Oficial de la Federación; 2005.

[33] Congreso de la Unión. Ley General de Salud. México. Diario Oficial de la federación;2004

[34] SSA. Reglamento Interior de la Secretaria de Salud. México: Diario Oficial de la Federación; 19 de enero de 2004.

[35] Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México: SSA; 2001

[36] Secretaria De Salud. Programa Sectorial de Salud 2005-2010 Veracruz México. SSA; 2005.

PERFIL DE LOS RECURSOS HUMANOS QUE REALIZAN LA FUNCIÓN ESENCIAL DE SALUD PÚBLICA No. 5

Josefa Patricia Marín Lozano
Tutor: Manuel Salvador Luzanía Valerio
Co-tutor: Dr. Francisco Domingo Vázquez Martínez
Asesora externa: Dra. Norma Leticia Jiménez Illescas

INTRODUCCIÓN

Las Funciones Esenciales de la Salud Pública, como una responsabilidad del Estado de carácter indelegable, surgen con el propósito de mejorar la práctica social y fortalecer la actuación del Estado en materia de salud pública, debilitada por las medidas derivadas de las reformas del sector salud a partir de la década de los ochenta[1].

A más de veinte años de reformas en salud, que se orientaron a la privatización de los servicios de salud, su descentralización, la separación del financiamiento y la prestación de los servicios de salud por el gobierno, así como proporcionar a la población que no cuenta con servicios de seguridad social un paquete básico de servicios de salud, limitó el cumplimiento de la universalidad en el acceso a los servicios de salud, la promoción de servicios de atención primaria y prevención, así como de la participación de la comunidad, bases del modelo de atención a la salud aprobado en la reunión de Alma Ata, en 1978.

Lo anterior favoreció la reducción de la calidad de los servicios y la inequidad, esta última entre los estados y al interior de los mismos, e impactó en las acciones tendientes a mejorar, promover y preservar la salud publica de la población en general, en las instituciones prestadoras de servicios de salud, y en los recursos humanos (RH) que tienen bajo su responsabilidad su ejecución.

Los RH en salud han sido los ausentes en la RSS y para cumplir que los sistemas de salud proporcionen servicios de salud con calidad, no hay que dejar de lado que los RH son la base del sistema de salud, que su contribución, sus características laborales, de formación académica, su continua formación para el desempeño y la respuesta a sus necesidades y a las necesidades cambiantes de los sistemas de salud, deberán tomarse en cuenta para promover, fortalecer y desarrollar los RH[2].

Las Funciones Esenciales en Salud Pública, (FESP) definidas en la iniciativa continental “La Salud Pública en las Américas”, promovida y acordada por los Estados miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) las propone como base en la mejora de la practica de la salud pública y fortalecer el liderazgo de la autoridad sanitaria en todos los niveles del Estado las cuales de manera dispersa se expresan en los programas prioritarios o de acción que cada Secretaría de Salud considera responden, a las necesidades nacionales, estatales, regionales o locales en materia de salud pública[3].

Las FESP resultado de una amplia consulta a expertos, propone once funciones y un instrumento de medición de su desempeño institucional e invita a los estados miembros a reuniones nacionales para establecer un diagnóstico en materia de salud pública.

México, participa en la elaboración de la iniciativa y en el ejercicio promovido por la OPS para medir el desempeño institucional de las FESP en el año 2002, con resultados que ratifican las debilidades relacionadas con garantizar y mejorar la calidad de los servicios de salud, individuales y colectivos(FESP 9), en el desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública (FESP 8), en la participación de

los ciudadanos en la salud (FESP4), en el fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública (FESP6), en promoción de la salud(FESP3), en el desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública(FESP5), siendo las dos primeras con un menor desempeño y el resto de las mencionadas con un desempeño moderado calificado en un escala de cero a uno.

Sin embargo, no todos los países, incluido México, las han promovido ni adoptado como parte de sus políticas públicas en salud o para fortalecer la capacidad institucional en el Sistema Nacional de Salud por lo que esta investigación desde una perspectiva exploratoria, pretende identificar el perfil de los recursos humanos que a través de su actividad diaria participan en el desarrollo de la Función Esencial de Salud Pública No. 5 que mide el desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública y si bien no ha sido adoptadas institucionalmente las FESP, en el Sistema Nacional o Estatal de Salud como eje rector en su ejercicio, los estándares propuestos en las FESP y la del objeto de este estudio la FESP5, para su ejecución, pueden ser reconocidas en los documentos que fundamentan la prestación de los servicios de salud, en este caso en los Servicios de Salud de Veracruz, como son la Ley de Salud del Estado de Veracruz, el Programa Estatal de Salud, el Reglamento Interno de los Servicios de Salud de Veracruz , y en el Manual de Organización de la unidad técnica administrativa de estos últimos, las Jurisdicciones Sanitarias.

Es claro que el instrumento diseñado por la OPS mide el desempeño institucional, sin embargo quienes llevan a cabo el funcionamiento de los servicios de salud son los recursos humanos de los diferentes niveles, normativos u operativos y en su quehacer cotidiano implementan los programas en salud pública derivados de políticas en salud que las autoridades gubernamentales y sanitarias nacionales y estatales han establecido.

Por lo que al realizar este trabajo considerando tanto el perfil de los recursos humanos que participan en el desarrollo de la FESP5 y de está última, no en forma exhaustiva, ciertos estándares que propone, en los Servicios de Salud de Veracruz y específicamente en la Jurisdicción Sanitaria No. V Xalapa, nos permitirá identificar aspectos considerados relevantes, como son los recursos humanos y la capacidad institucional en este caso la Jurisdicción Sanitaria, para el logro de objetivos en materia de salud pública.

Antecedentes

Consenso de Washington y la crisis de la Salud Pública

En el contexto actual, los expertos señalan que en todos los países, de América y Europa, la salud pública, atraviesa por una crisis, al ser las sociedades incapaces de promover y proteger la salud, ante padecimientos que se consideraban eliminados o controlados, enfermedades causadas por nuevos agentes patógenos, así como las derivadas de los estilos de vida, o las violencias responsables de muertes prematuras[4].

La salud pública depende de elementos económicos, políticos, sociales, culturales y ecológicos en la cual intervienen tanto la educación en salud pública, el estado de salud de la población, la prestación de los servicios de salud, el ejercicio de la salud publica como práctica social y la responsabilidad del Estado, los profesionales de la salud, los nuevos actores que son tomadores de decisiones en salud, así como los organismos no gubernamentales[5].

Sin embargo, la crisis en Salud Pública, en algunos países de América, ha sido el resultado de la aplicación de políticas económicas (reformas estructurales) emanadas de la iniciativa denominada el Consenso de Washington que fueron consideradas durante los años 1990 por los organismos financieros

internacionales como son el Fondo Monetario Internacional, el Tesoro de los E. U. A. el Banco Mundial y los asesores económicos del Congreso de los Estados Unidos, como una propuesta que los países debían aplicar para impulsar el crecimiento económico[6].

El Consenso consta de diez medidas:(1) disciplina presupuestaria;(2) reorientación del gasto público desde los subsidios indiscriminados a actividades ineficientes, hacia la sanidad, la enseñanza primaria y las infraestructuras;(3) reforma fiscal encaminada a ampliar la base imponible y a mantener tipos marginales moderados;(4) liberalización financiera (sobre todo en lo relativo a los tipos de interés); (5) tipo de cambio competitivo;(6) apertura comercial; (7) liberalización de la inversión directa extranjera;(8) privatización de empresas públicas; (9) desregulación (esto es, eliminación de barreras a la entrada y salida en los mercados de trabajo y productos); y (10) derechos de propiedad (privada) garantizados, especialmente en el sector informal[7].

Lo anterior en economías en vías de desarrollo como Latinoamérica y México, produjeron que el libre comercio y la rápida privatización de empresas estatales, que los productos nacionales fueran desplazados por productos manufacturados en el exterior en detrimento de la producción interna y la segunda propiciara transacciones poco transparentes que favorecieran la corrupción, reestructuraciones laborales y despidos, generando diferencia entre los trabajadores de un mismo sector o entre sectores y dificultando también su organización sindical[8] de las cuales salud no fue la excepción.

A más de veinte años, las reformas y medidas adoptadas, en el Sector Salud (RSS) la orientación fue hacia la privatización, la descentralización y separación de funciones entre la provisión y regulación de los servicios, orientar la focalización de políticas y gasto público hacia grupos sociales vulnerables, por ejemplo: los programas complementarios de vacunación, y el programa de extensión de cobertura[9].Lo que dio como consecuencia el debilitamiento de las secretarias de salud, el deterioro de los programas y acciones de salud pública, propiciando la aparición de padecimientos que estaban controlados, nueva enfermedades, inaccesibilidad a los servicios básicos de salud, la prestación de servicios por personal no capacitado, tasa de mortalidad materna similar a la que en los años cuarentas y sesenta presentaban los países desarrollados, todo ello aunado al continuo aumento de la pobreza y de las inequidades sociales[10].

En nuestro país, la RSS fue enfocada a la descentralización de los servicios de salud en dos etapas, la primera de 1983 a 1988, y la segunda a partir de 1994 a la fecha., la cual ha formado parte de la agenda política y de los programas sexenales quienes la han promovido tanto a nivel estatal como a nivel municipal, ésta última aún pendiente. La primera que coincide con la grave recesión económica, sólo catorce de los 31 estados la realizaron y sus resultados fueron negativos pues el Gobierno Federal no transfirió la autoridad para la toma de decisiones en las tres áreas fundamentales: de gerencia programática, de recursos humanos y financiera. Los programas verticales continuaron sin ningún cambio a pesar de que las prioridades epidemiológicas señalaran lo contrario, por falta de recursos[11].

En el área de recursos humanos su designación, destino y la composición de la fuerza laboral dependía de la Secretaría de Salud y Asistencia (SSA). En relación a los recursos financieros la federación continuó con su control y al transferir los programas que operaban con cierto éxito al estado pero sin recursos para su operación favoreció en la prestación de los servicios la inequidad y la reducción de la calidad. Así también, se destaca que no hubo cambios en las condiciones de salud en los estados en que se llevo a cabo la descentralización en relación con aquellos que en el mismo periodo no la adoptaron[12].

En la segunda época de la descentralización, en 1994, coincide con una grave crisis financiera y una nueva administración federal. La descentralización termina en 1999, sin embargo se continúa con la verticalidad de los programas, los salarios estatales se homologaron a los federales, aunque la

dependencia de la contratación con la SSA continúa, se les autorizó a los estados tomar decisiones en la movilización de los trabajadores de un centro de adscripción a otro[13].

En el año 2003, el Congreso Federal modifica la Ley General de Salud para adicionar la creación del seguro popular para población abierta, surge como un programa vertical, y actualmente todos los estados están inscritos, los cuáles se comprometen a seguir las reglas de operación y las familias inscritas pagan una póliza a la SSA y quedan exentas de pago para la prestación del servicio en detrimento de los ingresos y del control que los estados requieren, resultando paradójico en el proceso de descentralización, ya que se continúa fortaleciendo el nivel central y no el nivel estatal[14].

Lo anterior ha favorecido continuar con un sistema de salud segmentado, poco articulado, dividir a la población sin seguridad social en la que se puede afiliar y la que no, con la propuesta del Programa de Protección Social en Salud, el seguro popular, restringido a un catalogo de acciones que privilegian al individuo (CAUSES) en detrimento de acciones integrales y de la salud pública[15].

Las Funciones Esenciales de Salud Pública una respuesta a la crisis de la Salud Pública

La Iniciativa "La Salud pública en las Américas" a través de Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), plantea incorporar la salud pública en las RSS, la definición de su ejercicio, y fortalecer las capacidades del Estado.

La propuesta plantea cuatro retos: el desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y la salud, el reto de atender a las necesidades y demandas de la población en salud, el desarrollo de entornos saludables y el control de riesgos y daños para la salud y el último convertir a la salud en el espacio de construcción y desarrollo de ciudadanía[16].

Planteada en tres momentos:

1. Conceptual: Promover un concepto común de Salud Pública que surge a su vez como las Funciones Esenciales de Salud Pública.

2. Metodológico: Crear un marco para la evaluación del desempeño de la FESP, con el desarrollo de instrumentos para su medición de la practica de salud pública en la región

3. Acción-Propuesta: Proponer un plan de acción continental para fortalecer la infraestructura y mejorar la práctica de la salud pública.

Lo cual se ha tornado impostergable en virtud de los efectos que como resultado de la RSS dieron los esfuerzos centrados en cambios estructurales, financieros y de organización en los sistemas de salud propiciando un descuido y desdeñando el papel del Estado en su ejercicio.

La definición de salud pública desarrollada en la iniciativa es:

> *El esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de organizaciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones, por medio de actuaciones de alcance colectivo.*

Con el claro señalamiento de que la salud es un bien público global, un derecho humano y social fundamental y que tiene que ser garantizado por el Estado.

El ejercicio de la salud pública va más allá de las acciones que bajo la rectoría del Estado se ejecutan, considerando en el sistema de salud no sólo a las instituciones prestadoras de servicios de salud individual y colectivos, sino a todos los actores, instituciones y recursos que emprenden acciones de salud, cuya intención primaria es mejorar la salud, lo que permite a las FESP desplegar su intervención colectiva y una práctica social de naturaleza interdisciplinaria[17].

Al ser definidas las FESP, e incluir las capacidades que se deben privilegiar para el ejercicio de la salud pública, a nivel de estructura se asegurará una infraestructura adecuada, a nivel de procesos el análisis del financiamiento, y definición de recursos humanos y materiales y en los resultados se pretende disminuir la inequidad en el acceso a los servicios de salud, aumentar la calidad de la atención y reorientar los servicios de salud en una cultura de promoción y prevención de la salud[18].

El medir el desempeño de las FESP de la autoridad sanitaria nacional permite caracterizar los elementos críticos de los sistemas de salud: que no han alcanzado un desarrollo armónico, equitativo de calidad y eficiente, hay poca coordinación, duplicación de servicios y aún no se logra la cobertura de servicios sobretodo en población de las áreas rurales y marginales de las grandes ciudades[19]. Y destacar que los sistemas de salud deben fortalecer la práctica de la salud pública para cumplir con su objetivo: realizar intervenciones en la sociedad para producir salud[20].

El puntualizar las tareas que fortalecen el desarrollo de la capacidad institucional en los sistemas de salud, como son la conducción de acciones sectoriales, de regulación y fiscalización de bienes y servicios relacionados con la salud, de aplicación de las funciones esenciales de salud publica, de modulación del financiamiento, de vigilancia del aseguramiento, de supervisión de la compra y de la armonización de las condiciones de provisión de servicios, para garantizar la prestación y el acceso a los servicios de salud así como su desempeño, de acuerdo a sus fortalezas respecto a la estructura organizacional y al perfil de los directivos, se podrá apreciar el grado de capacidad que a la fecha han alcanzado[21].

Las FESP fueron producto de un análisis de consulta de 145 expertos en Salud Pública, de diferentes nacionalidades, a través del estudio Delphi en 1998, con la colaboración de la OPS, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y el Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud (CLAISS), quienes partieron de la experiencia desarrollada en los Estados Unidos de América, a través del Proyecto Nacional de Medición de Estándares y desempeño de la Salud Pública (NPHPSP)[22].

El instrumento en una primera versión, detalla 12 FESP, sin embargo posterior a las pruebas pilotos quedan once y ofrece un marco común para la medición del desempeño de las FESP aplicable a todos los países de la Región pero respetando la estructura organizativa de cada uno de los sistemas de salud. Así, en países de estructura federal o unitaria el ejercicio se conforma a las respectivas formas de organización y procesos de distribución de competencias existentes en cada Autoridad Sanitaria Nacional[23].

Las Funciones Esenciales de Salud Pública, son once:

1) Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud.
2) Vigilancia en Salud Pública, investigación y control de riesgos y daños.
3) Promoción de la salud.
4) Participación de los ciudadanos.
5) Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión.
6) Fortalecimiento de la capacidad de regulación y fiscalización.
7) Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud.
8) Desarrollo y capacitación de recursos humanos en Salud Pública.
9) Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.
10) Investigación en Salud Pública.

11) Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.
Para su realización cabe señalar, que la Iniciativa, considera las siguientes condiciones, más de índole conceptual que operativas, que son importantes para una buena práctica de salud pública, señalando doce para su logro:

1. Concepto y práctica de la salud pública
2. La conducción como condición previa
3. Aspectos estructurales y programáticos en el ejercicio de las FESP
4. Complementariedad y desarrollo integral de las FESP
5. Infraestructura de la salud pública y desarrollo de capacidad de acción
6. La información y la inteligencia en la salud pública
7. La práctica de la salud pública y los servicios de atención de salud
8. Los recursos humanos
9. La salud pública, las FESP y los programas
10. La financiación, intersectorialidad y viabilidad política
11. Cooperación internacional
12. Hacia prácticas sociales salutogénicas

Por *concepto* se refiere a la abstracción teórica que la ASN desarrolla a partir del conocimiento de la realidad en la que desenvuelve y en el momento de realizar intervenciones en esa realidad definida, por medio de recursos humanos (entre otros) a través de las instituciones se convierte en práctica.

La *conducción* es un componente de la Autoridad sanitaria y del sistema de salud, lo que en el caso de la FESP, implica una evaluación de la situación existente, definir lo que se quiere a través de objetivos, estrategias y toma de decisiones que generen el cambio que desea.

Los *aspectos sistémicos o estructurales y específicos o programáticos* de las FEPS, contribuyen tanto al objetivo último de la salud pública y de los sistemas de salud como el medio para conseguir dichos objetivos, a través de crear las condiciones para la realización de acciones finales como lo mencionan los enunciados de cada una de las once FESP. Sin embargo el punto de equilibrio entre estos aspectos, dependerá de la magnitud e importancia de los problemas específicos que aborde la salud pública, del nivel de desarrollo de las sociedades y de su estructura institucional de salud, de ahí la importancia del diagnóstico del desempeño de las FESP que se hará con base en el grado de cumplimiento de estándares óptimos.

La *complementariedad y desarrollo integral de las FESP* es otra de sus características, ya que el balance de la especificidad de cada función y la integración de los aspectos comunes constituyen una regla de oro para su administración. Así tenemos, que la FESP 1, 5, 8, y 10 son funciones sistémicas que apoyan o complementan a las demás y que constituyen áreas de capacidades comunes a todas las actuaciones de la SP, las FESP3 y 4 cambian las condiciones operativas de todo el sistema de salud. La FESP 6 es instrumental y básica para garantizar el funcionamiento adecuado de todo el sistema de salud y la FESP 2, 7 y 9 están vinculadas directamente a los objetivos finales de la SP.

En relación a *la infraestructura de la SP y desarrollo de la capacidad para la acción,* son considerados como de medios y recursos estables para el cumplimiento de las FESP. Siendo la infraestructura la base sobre la cual se promueve el desarrollo de la capacidad, entendiendo como elementos fundamentales: la información, los recursos humanos calificados y en condiciones de trabajo satisfactorias, la organización como elemento articulador como son las bases jurídicas con relación a la SP, atribuciones y responsabilidades, los procesos administrativos y técnicos fundamentales.

Otra de las condiciones para su funcionamiento es *la información* como insumo ya que en base a su veracidad, calidad, oportunidad y procesamiento dependerá la mejora de la práctica de la SP.

La relación a *la práctica de la SP y los servicios de atención a la salud*, son quizás la causa principal de la baja eficacia social de los sistemas de salud, al menospreciar el papel de la SP en las organizaciones y los sistemas de atención, ya que contribuye y propicia la calidad de la atención y la gestión de recursos.

Los *recursos humanos*, son el factor fundamental en la práctica de la salud pública ya que esta última es el producto de su trabajo, y desafortunadamente es el recurso más descuidado y menos valorado en el sector salud.

Sin embargo su actuación abarca una amplia gama de intervenciones que tienen efectos directos en la salud de la población basadas en la variedad de capacidades e información que poseen por su carácter multidisciplinario y que a través de equipos de trabajo aplican su diversidad de conocimientos en la consecución de los objetivos en SP: Actualmente, ya no se considera solamente al profesional egresado del área de la salud, como el personal idóneo para el ejercicios de la SP por lo que se requiere que su capacitación esté orientada a la salud pública, fortaleciendo el conocimiento sobre la responsabilidad que tenemos todos en la SP, como trabajadores y ciudadanos, sobre el aprendizaje autónomo y permanente, la ética social y la capacidad de trabajar en equipo.

Dado que los trabajadores de salud pública participan en la generación de bienes de naturaleza pública su actividad es poco reconocida, su organización y gestión es una responsabilidad del Estado, el que a su vez deberá de gestionar en forma adecuada, favoreciendo su mejoría laboral, incentivos tanto individuales como colectivos y adecuados procesos de evaluación en su desempeño.

Sobre la relación de la Salud Pública, FESP, programas y la institución rectora del sistema de salud, cabe destacar que se puede estudiar en cuatro componentes, sea estudiar la FESP en forma individual o en su conjunto que será el núcleo básico de la SP, su estudio en el marco de programas específicos, su practica en la atención individual y la practica de la SP que realizan otras instituciones no sanitarias pero que son sujetas por la AS desde el punto de vista de la regulación y la fiscalización.

Al respecto del *financiamiento, la intersectorialidad y viabilidad política*, se consideran básicas ya que tanto los recursos como su coordinación con otros sectores, y la realización de una estrategia política para la creación de condiciones favorables que permitan realizar las actividades propuestas sea a través de programas o acciones específicas de las FESP dependerá de la capacidad de liderazgo de la AS construyendo una imagen de eficacia, eficiencia, al mostrar calidad técnica en la elaboración de proyectos y propuestas, sobre su capacidad de negociación con la creación de alianzas institucionales o con los sectores que se requieran, y capacidad de movilizar a la sociedad en su conjunto, para que el desarrollo de la SP sea un proceso permanente y sostenible.

Referente a la *cooperación internacional*, es de gran relevancia sobre todo para el perfeccionamiento de la adaptación de las FESP, sus instrumentos, los resultados de medición, las propuestas de proyectos o de colaboración entre países, que pueden tener una influencia muy benéfica en la practica de SP a nivel regional.

Y por último las *prácticas sociales salutogénicas*, son el producto esperado, ya que es la apropiación de la salud pública por las personas, comunidades o poblaciones y que son manifestadas por conductas y actitudes saludables las cuáles sólo se incorporan a través de la participación, organización, y voluntad social.

Función Esencial de Salud Pública No. 5 Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública

En el plan de estudios de la Maestría en Salud Pública una de las cuatro áreas disciplinares es Administración de Servicios de Salud, que enuncia tres funciones principales: 1."Desarrollo de políticas que apoyen los esfuerzos individuales y colectivos en salud publica y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional" 2. "Rectoría, Regulación y fiscalización en salud pública" y la función 3 "Capacidad de gestión para organizar sistemas y servicios de salud de complejidad operativa" que a su vez retoman de las FESP, la FESP5, FESP6 Regulación y fiscalización en materia de salud, FESP7 Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud pública, y la FESP9 Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos.

El área disciplinar enuncia como objetivo Analizar, evaluar, diseñar y materializar políticas, planes y programas integrales de salud - con la participación de la población - que respondan a las condiciones de salud de la misma, y asegurar el acceso universal y equitativo a los servicios de salud.[24]

Así también como parte de las competencias a alcanzar se encuentran entre otros: analizar y evaluar políticas, planes y programas integrales de salud.

Por ello, el objeto de investigación propuesto sobre el perfil de los recursos humanos que participan en el desarrollo de la FESP No.5, vincula a la funcion1 y 2 definida en el área disciplinar.

La FESP 5, es considerada una función sistémica por su apoyo al resto de las funciones y los programas de salud un medio para el alcance de sus objetivos.

Sin embargo con base en el desarrollo de la infraestructura y la organización y de esta última, los recursos humanos, su capacidad técnica administrativa y la organización institucional, se medirá la capacidad institucional alcanzada.

Los estándares propuestos por la OPS para su medición son cinco, que a su vez incorporan estándares y preguntas que los definen.

1. Para el indicador 5.1, *La definición nacional y subnacional de objetivos en materia de salud pública*, le corresponden 6 estándares y propone 18 preguntas.
2. Para el indicador 5.2, Desarrollo y seguimiento y evaluación de las políticas de salud pública, 3 estándares y 17 preguntas.
3. Para el indicador 5.3, Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública, 5 estándares y 51 preguntas.
4. Para el indicador 5.4, Gestión de la cooperación internacional en materia de salud pública, 4 estándares y 8 preguntas.
5. Para el indicador 5.5, Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles subnacionales para el desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública, 4 estándares y 16 preguntas.

La FESP no.5, cuenta con un total de 22 estándares y 110 preguntas que exploran el grado de desarrollo de políticas institucionales que permitan la planificación y la gestión en Salud Pública.

Los resultados obtenidos en la medición del desempeño de las FESP por México, si bien son el resultado conjunto con cinco países del Cono Sur, mostraron los siguiente: su desempeño fue considerado moderado con un valor promedio de 66 por ciento, identificando que la mayor parte de la región desarrolla metas y objetivos relacionados con las prioridades sanitarias, basados en el perfil del sistema de salud, que es liderado por la autoridad sanitaria nacional y con una clara identificación de los responsables en los diferentes niveles para su aplicación. Existe un buen nivel de diseño y utilización de indicadores para medir el logro de los objetivos planteados, sin embargo hay deficiencias en el financiamiento cuando se trata de orientar la gestión hacia los objetivos sanitarios[25].

Existe la traducción de políticas en conjunto de leyes contando con personal capacitados. El plan nacional de salud pública es encabezado por la autoridad sanitaria e incorpora la participación de otros sectores, así también se cuenta con un sistema de seguimiento y evaluación de impacto de dichas políticas.
En la mayoría de los países se cuenta con pericia técnica en los procesos de planificación, toma de decisiones y evaluación de actividades que se basan en datos, con sistemas de información como apoyo, que se encuentra deficiente en calidad.

Cuenta con personal calificado para la supervisión y evaluación sin embargo no se utilizan en los niveles estatales y regionales, mediciones de indicadores de desempeño en materia de salud pública. En cuanto al desarrollo organizativo es un área de menor avance en todos los países evaluados, y en relación a la gestión de recursos, se cuenta con la capacidad adecuada y experiencia en la reasignación en relación a las prioridades sanitarias y necesidades detectadas.

En relación a la cooperación internacional, sólo un país de la región desconoce los mecanismos y requisitos para llevarla a cabo. Por último en cuanto al asesoramiento a los niveles estatales y regionales, se cuenta con personal capacitado para ello, sin embargo hay deficiencia en la definición de políticas, planificación estratégica, y mejoramiento continuo de la gestión, sobretodo en la incapacidad identificada en ese momento, de detectar las necesidades de asesoramiento en los niveles estatales y regionales.

Perfil de los recursos humanos para operar la FESP5

La planificación de los RH en salud, ha sido un proceso reactivo a las variaciones del sistema de salud, poco estudiado, no ha considerado los entornos institucionales, se ha centrado en el médico, ha sido esporádico, y no han sido procesos permanentes con proyección al futuro[26].

Con las RSS, los cambios que han impactado a los RH, entre otros han sido: nuevas formas de contratación, debido en gran medida por las restricciones presupuestarias, el surgimiento de instituciones no gubernamentales en la formación de especialistas, la regulación del ejercicio o del perfeccionamiento de los profesionales en ejercicio, la certificación profesional, la instalación y evaluación de sistemas de incentivos para incrementar la calidad de la prestación de los servicios, la preparación de profesionales y técnicos y la educación para el desempeño del personal en activo, el cual ha sufrido también modificaciones debido a las ya restricciones presupuestarias , las nuevas formas de organización que van generando nuevos modelos de organización y de gestión , requiriendo nuevos perfiles ocupacionales o la inclusión de nuevos perfiles ocupacionales en los perfiles actuales. Así también, la rotación del personal, el absentismo y la falta de motivación[27].

Sin embargo la Iniciativa Salud pública en las Américas, para el fortalecimiento de la SP, considera como indelegable a la FESP8, Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública, en la cual uno de sus estándares enuncia la importancia de caracterizar la fuerza de trabajo en salud publica, proponiendo entre otros estándares; conocer al menos cada dos años el numero, tipo, distribución geográfica,

estructura salarial, requisitos mínimos de educación, acreditación, contratación y permanencia del personal especializado en salud pública.

Propone mantener un inventario en función de un perfil predeterminado y actualizado de los puestos de trabajo necesarios para desempeñar funciones de salud pública. Y asegurar que los trabajadores y gerentes de la salud pública posean el nivel de educación y certificación de estudios demostrables de acuerdo a la legislación y criterios preestablecidos.

Coordinar programas de educación continúa y de posgrado con instituciones educativas en salud pública así como orientar la capacitación de los trabajadores de salud para dar respuesta a los grupos culturalmente diversos a los cuales prestan servicios.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La importancia de la evidencia empírica certera para la toma de decisiones en el logro de los objetivos de los sistemas de salud, su monitoreo, así como el desarrollo de los recursos humanos en salud, es ampliamente reconocido[28,] ya que son una parte fundamental para el otorgamiento de los servicios de salud y en la gran mayoría de países contabilizan una gran proporción de los presupuestos nacionales asignados al sector salud. La definición precisa de los recursos humanos en salud puede ayudar a identificar las fortalezas y áreas de oportunidad, como de prever el impacto potencial sobre la salud de la población. El análisis de los recursos humanos en salud también puede ser utilizado como una herramienta para sensibilizar a los defensores sociales y políticos acerca de la su importancia e incorporarlos a la agenda pública y política. Si bien para el monitoreo en el funcionamiento de los sistemas de salud las propuestas para la evaluación de la misma son sujeto de debate, como es el financiamiento, la provisión de servicios de salud, la distribución de los mismos, la eficiencia, y en cada uno de ellos esta presente el componente de recursos humanos, hay consenso en el papel crítico de los recursos humanos en salud en el aseguramiento de que los servicios sean otorgados de manera efectiva, el cual se puede ver afectado sea por la permanencia, la diversidad de profesionales que los otorgan, las condiciones de trabajo en que se desenvuelven, y otros factores externos como el mercado laboral.

Por otro lado, El Dr. Ruales, considera que uno de los objetivos principales del sistema de salud es producir salud de la mejor manera posible en cada situación especifica y constituye el eje del proceso social de generación de salud, es decir producir salud para las personas o la población en su conjunto. Pondera el papel integrador de la salud pública en el sistema de salud y que para su logro, incorpora la definición de Gestión como el proceso de toma de decisiones al comprometer una serie de recursos, pretende su consecución de una serie de objetivos asumiendo el resultado que ellos arrojen, tomando en cuenta el objetivo de lograr el equilibrio entre las necesidades y los recursos. Así también considera la capacidad institucional de acuerdo a lo definido en la Función Esencial de Salud pública No.5 como son: liderazgo y comunicación, toma de decisiones basadas en los datos, planificación estratégica, desarrollo organizativo y gestión de recursos, especialmente humanos y financieros, todo ello identificable en los diferentes procesos que en el ámbito regional se realiza en la generación de salud. Por lo que se debe de contar con personal necesario para la consecución de los elementos antes mencionados. El Dr. Ruales hace énfasis en no perder de vista que las instituciones de salud gestionan la salud de las personas, gestionan procesos productivos como son los servicios integrales proporcionados a los usuarios y gestión del conocimiento para aumentar la competencia y mejora de los aspectos técnicos, gestión de interrelaciones personales ya que son personas las que las llevan a cabo, y que se da en diferentes niveles como son el nacional, el estatal, regional y el local[29].

Para esta investigación el ámbito de estudio es considerado un nivel regional, en la cual además de llevarse a cabo la política sanitaria como resultado del ajuste de condiciones y características

socioeconómicas, culturales y epidemiológicas específicas se da también la planificación y la gestión de la salud pública, la coordinación intersectorial, el aseguramiento y la asignación de recursos, la gestión contractual y la supervisión o inspección, vigilancia y control de los procesos como el Dr. Ruales lo menciona.

Por lo que el identificar un ámbito geográfico denominado Jurisdicción Sanitaria No. V-Xalapa, como Autoridad Sanitaria Regional, parte del sector salud y del sistema estatal de salud, en donde se concretan las políticas sanitarias emitidas por la autoridad sanitaria nacional y estatal, nos permitirá identificar en ese ámbito del sistema de salud, quienes llevan a cabo los indicadores de la FESP no. 5 propuestos, cuáles se realizan, y el perfil de los recursos humanos[30].

Como se ha mencionado en los referentes empíricos, la SP, en la época actual, es sujeta de una revisión crítica y una reformulación para su fortalecimiento, por lo que la iniciativa de Salud Pública en las Américas, a través de la difusión de las FESP como una estrategia para su logro, presenta una oportunidad invaluable y el establecer como se lleva a cabo aún más.

Importancia

Debido al campo tan diverso de formación que tienen los recursos humanos en salud y más aún, los que realizan actividades de salud pública en el sector salud, se le considera una fuerza de trabajo numerosa, heterogénea, multi-profesional, multi-ocupacional, asalariada, casi nunca objeto de planificación, con escasa posibilidades de desarrollo profesional[31].

El Informe sobre la salud del mundo 2006. Colaboremos por la salud, centra la información en el recurso humano, y la crisis a nivel mundial por la escasez de trabajadores sanitarios que en el documento es definido como toda persona que lleva a cabo tareas que tienen por principal finalidad promover la salud. Incluyendo a todos los trabajadores remunerados empleados en organizaciones o instituciones cuya principal finalidad es mejorar la salud y a todos aquellos que cuyas actividades individuales persiguen mayormente ese mismo objetivo pero que trabajan en otro tipo de organización. Así también menciona que la OMS está tratando de establecer un sistema normalizado de clasificación más detallado para los trabajadores sanitarios que deberían permitir aplicar en el futuro la definición de referencia. Hace la diferenciación entre dispensadores de servicios de salud y trabajadores sanitarios con funciones administrativas y sanitarias. En los primeros están considerados los médicos y profesionales afines (excepción de personal de enfermería y partería), Personal de enfermería y partería de nivel superior, profesionales de nivel medio de la medicina moderna y salud, personal de enfermería y partería de nivel medio, practicantes de medicina tradicional y curanderos[32].

En el capítulo uno del Informe, también nos refiere la distribución de los trabajadores entre los sectores públicos y privados, por sexo y edad, la remuneración que destinan los sistemas de salud, cual es su distribución entre países y al interior de éstos, y considerar la disponibilidad de trabajadores necesarios para asegurar un conjunto de intervenciones de salud esenciales y lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El creciente interés de documentar los recursos humanos que realizan las tareas de salud pública, y en este caso aquellas derivadas de las funciones esenciales de salud publica nos motiva a estudiar las características de los recursos humanos que en el ámbito regional de salud, en este caso en la Jurisdicción Sanitaria No. V Xalapa, que es el área técnico-administrativo de los Servicios de Salud de Veracruz, en el estado de Veracruz, realizan las actividades de salud pública y en especial la Función Esencial No. 5, planteando la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el perfil de los recursos humanos que participan en las actividades relacionadas con la Función Esencial de Salud Pública No. 5 de la Jurisdicción Sanitaria No. V- Xalapa?

OBJETIVOS

Objetivo general

- Identificar y analizar el perfil de los recursos humanos que participan en el desarrollo de la Función Esencial de Salud Pública No. 5 en la Jurisdicción Sanitaria No. V Xalapa

Objetivos específicos

- Analizar el marco normativo de la jurisdicción sanitaria respecto de las atribuciones establecidas para el desarrollo de las actividades necesarias para el cumplimiento la FESP No. 5
- Identificar el perfil de los recursos humanos que acorde al marco normativo participan en la FESP No. 5.
- Identificar, evaluar y analizar los indicadores para el cumplimiento de los estándares de la FESP No. 5 en el ámbito jurisdiccional.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio
Observacional, Descriptivo, Transversal

Universo

Espacio
Jurisdicción Sanitaria V Xalapa, Veracruz.

Tiempo
Año 2007

Muestra
Se elegirá por conveniencia a todo personal adscrito a la jurisdicción sanitaria que realiza actividades de planeación, programación, control, supervisión y evaluación, y otras que estén relacionadas con la Función Esencial de Salud Pública No. 5.

Cuadro 1. Recursos Humanos adscritos a la Jurisdicción Sanitaria No. V y que realizan la FESP No. 5

Área	No. De Recursos Humanos
Jefatura Jurisdiccional	1
Coordinación de Servicios de Salud	43
Administrativo	5
Jurídica	3
Regulación y Fomento Sanitario	5
Planeación	2
Equipos Zonales	21
Total	80

Unidad de análisis

Son los recursos humanos que de acuerdo a la estructura organizacional de la jurisdicción sanitaria llevan a cabo la Función Esencial de Salud Pública No.5.

Criterio de inclusión

Los recursos humanos que laboran en la jurisdicción sanitaria y que realizan las actividades descritas en la FESP No. 5.

Criterio de exclusión

Los recursos humanos que en el momento de realizar el estudio se encuentran de incapacidad por enfermedad, de licencia, en el periodo prejubilatorio, de vacaciones, de permisos o no acudieron a laborar o no quieran participar.

Criterio de eliminación

Aquellos recursos humanos que no contestaron el 25 por ciento de la totalidad de preguntas propuestas en el instrumento.

Variables

Una variable: Perfil de los Recursos Humanos

Definición

Es el conjunto de características, sociales, demográficas, académicas y laborales, incluida la satisfacción en el desarrollo de su trabajo, así como las funciones que realizan vinculadas con las propuestas en la FESP No. 5 (Ver anexo 1).

Consta de siete dimensiones:

1. Formación académica,
2. Situación laboral,
3. Capacitación
4. Certificación y membresía, (definirla)
5. Satisfacción Laboral,
6. Datos Generales
7. Función

Pasos para la realización del proyecto

Evaluación de la suficiencia de las atribuciones establecidas en el marco normativo de la jurisdicción sanitaria, para esto se realizará una revisión de los Manuales de Organización, identificándose las coincidencias de las funciones que describen con las propuestas por la FESP No. 5 tomadas del libro “La Salud Pública en las Américas”, una vez identificadas se vaciaran en una matriz de información.

C*onstrucción del Cuestionario que refleje la FESP No. 5* para el personal de la Jurisdicción Sanitaria No. 5 y que permita la identificación del perfil. Una vez identificado las actividades para llevar a cabo la FESP No. 5 se enlistaran en el cuestionario para que los entrevistados señalen las actividades que realizan. Estas actividades estarán agrupadas de acuerdo a los cinco indicadores propuestos por la FESP No. 5 para su logro.

A. *Aplicación del cuestionario para recolectar la información.* Previa autorización de la jefatura jurisdiccional, a través de una sesión, se convocarán a los recursos humanos que integran el

universo de estudio, y se les informará el propósito de la aplicación del cuestionario, haciendo énfasis en el carácter anónimo, académico y no evaluatorio del desempeño de su función como trabajadores de la jurisdicción sanitaria.

B. *Análisis y procesamiento de la información.* En el apartado de técnicas y procedimientos para el análisis de la información se detallan las técnicas y procedimientos para este fin. El producto de esta etapa será obtener la caracterización del perfil del personal de la Jurisdicción No. V de acuerdo a las actividades relacionadas con la FESP No. 5.

Técnicas e instrumentos para la recolección de la información

En este proyecto se realizarán dos instrumentos para la recolección de la información.

En el paso A se contempla la realización de una matriz de resultados que permita identificar las coincidencias de las funciones que describen con las propuestas por la FESP No. 5 tomadas del libro "La Salud Pública en las Américas". Esta matriz esta compuesta de cinco filas que representan cada uno de los indicadores que conforman la FESP No. 5. y de seis columnas, en la primera se anota la definición conceptual del indicador, en la segunda la variable, en la tercera se ubican las funciones del Manual de Organización que coinciden con el enunciado del indicador, en la cuarta se anota el puesto de quien o quienes despeñan esas funciones y por último se construye una definición operacional. (Ver anexo 2).

En el paso B se realizará un cuestionario para la Identificación del perfil, el cual se aplicará a través de entrevista, con un cuestionario auto administrado, el cual deberá de responderse y entregarse en el momento que termine su llenado.

El cuestionario estructurado, contará con los siguientes apartados:

I) Formación Académica, que refiere el nivel de estudios, de educación media como secundaria, bachillerato, y profesionales técnicos. De educación superior: Licenciatura universitaria y tecnológica. De estudios de posgrado: especialidad, maestría o doctorado. En caso de contar con postgrado se le solicitará que especifique el tipo de licenciatura, y el año de egreso.

II) Situación Laboral, que se refiere a la antigüedad, tipo de contrato, código funcional, programa al cual esta adscrito en su área, su puesto y función (es) que realiza y salario.

III) Capacitación, se refiere a: cursos recibidos para la inducción al puesto, los cursos que institucionalmente ha tomado para desarrollar su función, modalidad de cursos, cursos no institucionales o que por iniciativa personal ha tomado, cursos que se relacionen con el desempeño de la FESP.

IV) Experiencia Laboral, tiempo que tiene en la actividad que actualmente desempeña, puestos o actividades que ha desempeñado en los últimos tres años.

V) Satisfacción laboral, se refiere a la percepción que tienen con respecto del ámbito de trabajo que considera, su puesto de trabajo, dirección de la coordinación, la comunicación y coordinación, condiciones ambientales, de infraestructura y recursos, actividades de mejora, motivación y reconocimiento.

VI) Generales, incluye datos como son: lugar de nacimiento, lugar de residencia, edad, sexo, estado conyugal, condición de jefe de familia, número de dependientes y quienes lo son.
VII) Función Se presentaran las actividades identificadas en el paso A, dentro del cuestionario y el entrevistado señalara si la realiza o no. (Ver anexo 3).

Técnicas y procedimientos para el análisis de la información

En el paso A, en la matriz de resultados, se vaciará y analizará las evidencias encontradas de la concordancia de las funciones descritas en el Manual de Organización y se comparara con las que se desprenden de la FESP No. 5.

Una vez aplicado el cuestionario para la identificación del perfil, éste se procesará en forma electrónica, para lo cual se utilizará el programa Epi Info para Windows.

Después de capturada la información se procederá la depuración de la misma, en la que se eliminaran errores o duplicación de los datos.

Con la información depurada se procederá a la elaboración de tablas y gráficas. Las tablas presentaran los indicadores descritos en el cuadro de variables.

- Tablas por edad y sexo.
- Tablas por edad , sexo y función
- Tablas por edad y antigüedad
- Tablas por salario y función
- Tablas por salario y satisfacción
- Tablas por salario, grado de estudios y función
- Tablas por edad, función y número de puestos que ha ocupado
- Tabla por grado de estudios, función y cursos de capacitación
- Tabla por función, años en el puesto y cursos de liderazgo, toma de decisiones, planeación estratégica, desarrollo organizativo, gestión de recursos humanos y recursos financieros.
- Tabla de profesionales certificados y pertenecientes alguna asociación profesional
- Tabla de satisfacción laboral.
    - Para la definición de los valores encontrados, se consideró la Escala General de Satisfacción, se califica con una escala mínima de 15 y máxima de 75. Clasificándose la satisfacción en nociva (muy insatisfecho. insatisfecho) de 0-30 puntos, intermedia (ni insatisfecho ni satisfecho) de 31-45 puntos y satisfactoria (satisfecho-muy satisfecho) 46-75 puntos.
- Tablas de lugar de nacimiento y lugar de residencia
- Tablas de condición familiar
- Tabla de condición familiar por edad y sexo
- Tabla por condición familiar y No. de dependientes económicos
- Tabla por sexo y jefatura de familia
- Tabla de jefatura de familia

También se realizaran algunos cruces de información a continuación se presentan estos:

- Función que desempeñan y cursos de capacitación para el desarrollo.
- Formación Profesional y número de cursos de capacitación recibidos
- Satisfacción personal y función que desempeñan

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1]Feo, O. La Salud Pública en los procesos de reforma y las funciones esenciales de salud pública. Disponible en:URL: http:// www.guajiros.udea.edu.co/fnsp.

[2] Organización Panamericana de la Salud. Llamado de acción de Toronto2006-2015.Hacia una década de los recursos humanos en salud para las Américas. Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. Disponible en URL:http//www.observatoriorh.org/Toronto/LlamadoAcción_esp1.pdf.

[3] Organización Panamericana de la Salud. La Salud pública en las Américas. Nuevos Conceptos. Análisis del desempeño y Bases para la acción.2002. Washington, D.C.

[4] Rico, J. El profesional de la salud pública ante los retos del nuevo milenio. Colombia. Revista Colombia Médica. 1998,29:97-107.

Disponible en:URL:http://colombiamedica.univalle.edu.co/vol29no2-3/retos.pdf

[5] ibídem

[6] Bustelo P. Desarrollo económico del Consenso al Post-Consenso de Washington y más allá. Disponible en URL:http//www.ucm.es/info/eid/pb/BusteloPCW03.htm

[7] ibídem.

[8] Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. Rev. Panam Salud Pública.2005,17(3):210-220.Disponible URL: http://journal.paho.org/?a_ID=228

[9] Maldonado A, Revisión de literatura en español en torno a gobernabilidad y salud. Disponible URL: http://www.alcueh.org/esp/pdf.

[10] Feo O. La misión de la salud pública y sus funciones esenciales En Hernández, E, Vázquez D, compiladores Taller de Planeación Educativa en Salud Pública. Seminario. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana. Primera edición. Xalapa, Ver 2006.

[11] Homedes N. Op. Cit.

[12] Moreno C. La descentralización del gasto en salud en México.

[13] Homedes N. Op. Cit.

[14] Homedes N. Op. Cit.

[15] Laurell, A. Seguro Popular en Salud. Siete Perspectivas Salud pública Méx.2005 vol. 47 (1):78-82.

[16] Feo,O. Op Cit.

[17] Organización Panamericana de la Salud. La Salud pública en las Américas. Nuevos Conceptos. Análisis del desempeño y Bases para la acción.2002. Washington, D.C.

[18] ibídem.

[19] Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en la Américas. Op.Cit

[20] Ruales, J. Desafíos y perspectivas de los Sistemas de Salud y la Gestión frente a las Funciones Esenciales de la Salud Pública. Rev Fac Nac de Salud Pública 2004,(22):21-32 Universidad de Antioquia,Medellín,Colombia.

[21] Muñoz,F, López-Acuña D, Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud. Rev Panam de Salud Pública.2000,(8):126-134.

[22] Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Op.cit.

[23] Funciones esenciales. Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe Disponible desde URL: http//www.lachealthsys.org.

[24] Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana. Programa de Estudio: Maestría en Salud Pública. Área disciplinar de Administración de Servicios de Salud. 2006.

[25] Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Op.cit.

[26] Brito P. Planificación de recursos humanos y reformas del sector salud. Rev Cubana Educ Med Super 2002:16 (4).Disponible URL http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems09402.htm

[27] Brito P. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. Rev Panam Salud Publica /Pan Am J Public Health 8 (1/2) 2000. Disponible URL:http://www.paho.org/spanish/dbi/es/ART-Brito.pdf

[28] Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Op.cit.

[29]Ruales, J. Op. Cit.

[30] Programa Operativo Anual 2006.Jurisdicción Sanitaria No. V Xalapa. Servicios de Salud de Veracruz.

[31] Feo, O. Op. Cit.

[32] Organización Mundial e la Salud. Informe sobre la salud del mundo 2006-Colaboremos por la salud.

capítulo 2

COMUNICACIÓN EN SALUD

Dr. Francisco Domingo Vázquez Martínez
Coordinador del área disciplinar

CONTENIDO

PRESENTACIÓN 277
Dr. Domingo Vázquez Martínez
Coordinador del Área Disciplinar Comunicación en Salud

IMAGEN INSTITUCIONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ 279
Eric Abad Espíndola
Tutoras: Mtra. Josefina Aguirre Martínez y Dra. Elizabeth Bonilla Loyo

CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD Y MEDIOS POR LOS QUE SE ENTERAN LOS ADOLESCENTES DE LA JURISDICCIÓN V DE XALAPA 303
Francisco Javier Auñón Segura
Tutora: Mtra. Josefina Aguirre Martínez
Co-tutor: Dr. Domingo Vázquez Martínez
Asesor externo: Dr. Luis Ayala Monroy

LA IMPORTANCIA DE LAS NECESIDADES DE SALUD ORAL EN LA FORMACIÓN DE ODONTÓLOGOS 319
Jaziel Anaya Cassou
Tutor: Dr. Francisco Domingo Vázquez Martínez
Co-tutor: Dr. Víctor López Cámara
Asesor externo: Dra. María de los Ángeles Carrión Rodríguez

PROCESOS DE COMUNICACIÓN EN EL ABASTO DE MEDICAMENTOS PARA EL SEGURO POPULAR 339
Perla Madahí Calderón Rodríguez, Guadalupe Berenice Santos Adolfo
Tutora: Dra. Elizabeth Bonilla Loyo
Asesora externa: Dra. Lizzi E. García Ortiz

UNA EXPERIENCIA UNIVERSITARIA INTERCULTURAL DE INVESTIGACIÓN-ACCIÓN-PARTICIPATIVA EN SALUD MENTAL 361
Mónica Carrasco Gómez
Tutor: Mtro. Enrique Hernández Guerson
Asesor externo: Dr. Gilberto Domínguez Estrada

PERIODONTITIS: ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN PARA PERSONAL DE SALUD DE LOS SERVICOS DE SALUD DE VERACRUZ 399
María de la Luz Díaz Zamudio
Tutora: Dra. Elizabeth Bonilla Loyo
Co-tutor: Dr. Domingo Vázquez Martínez
Asesor externo: M.A.S.S. Martha Esperanza Medina Holguín

POSICIONANDO LÍNEA DE VIDA EN USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ 415
Sara Flores Méndez
Tutora: Mtra. Sandra Areli Saldaña Ibarra
Co-tutor: Mtro. Enrique Hernández Guerson
Asesora externa: Dra. Graciela Rojas Carrera

RECONOCIMIENTO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN Y RIESGO PARA SALUD MENTAL EN FAMILIARES DE MIGRANTES 433
Nancy Villegas García
Tutora: Dra. Dulce María Cinta Loaiza
Co-tutora: Dra. Patricia Eugenia Zamudio Grave

ÁREA DISCIPLINAR: COMUNICACIÓN EN SALUD

PRESENTACIÓN

El plan de estudios 2005 de la Maestría en Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana gira alrededor del desarrollo de las competencias profesionales en salud pública y tiene una duración de dos años. Durante el primero, las competencias son generales y todos los egresados deben desarrollarlas. A partir del segundo los alumnos eligen una de entre cuatro áreas disciplinares: Administración en Salud, Comunicación en Salud, Epidemiología, e Informática para la Salud. Durante el tercer semestre los alumnos cursan dos módulos, uno de los cuales es Gestión del Conocimiento III. Este es un módulo que refuerza la competencia adquirida de manera fundamental en Gestión del Conocimiento 1, a saber:

Diseñar y ejecutar proyectos de investigación de acuerdo con las necesidades sociales relacionadas con la salud.

Esta competencia corresponde a la Función Clave:

Promover y participar en la formación de recursos humanos en salud, así como en la producción y utilización del conocimiento para el beneficio de la salud de la población; de igual manera, en la educación para la salud de la población, buscando el empoderamiento de la misma en lo que se refiere a su salud.

Que a su vez es una de las funciones que corresponden al propósito clave de la Maestría:

Realizar diagnósticos de la situación de salud de una población desde una perspectiva participativa y promocional; hacer un aporte técnico significativo y proactivo para generar y materializar políticas, planes y programas integrales de salud que respondan a las necesidades detectadas; promover y participar en la formación de recursos humanos en el campo de la Salud Pública y en la producción y utilización del conocimiento necesario.

El objetivo fundamental del Módulo de *Gestión del Conocimiento III* es que los alumnos inicien de manera formal su trabajo de titulación y que culminen la primera parte del mismo con su definición y planeación. En consecuencia, el producto más importante a presentar al finalizar el Módulo es el proyecto de titulación. Éste se realizará en el último semestre de la Maestría.

Los proyectos desarrollados por los alumnos son los que conforman el material que ha continuación se presenta. Es conveniente explicitar las razones de publicar proyectos, ya que de ordinario no se hace sino hasta que se ejecutan y se tienen los resultados correspondientes.

Primero, es valioso no perder de vista que la serie de *Colecciones Educativas* del Instituto de Salud Pública tiene el propósito fundamental de servir como material de apoyo a los procesos de enseñanza aprendizaje que se desarrollan en la Maestría en Salud Pública. En este sentido, y dada la determinación del proyecto elaborado sobre la calidad de la investigación realizada, resulta esencial guardar en la memoria de la Maestría los productos obtenidos. Éstos, definitivamente, serán una referencia para la actividad que realicen los alumnos durante el cuarto semestre y para los proyectos que desarrollen estudiantes de generaciones futuras. Es elemental construir sobre la experiencia adquirida y no partir de cero en cada generación.

Segundo, los proyectos de investigación son un material de invaluable valor para los alumnos y profesores de la Maestría, dado que su difusión y divulgación favorecerá la obtención de los comentarios y observaciones que se hagan por profesionistas de otras instituciones académicas y de servicios, ajenos del todo a su elaboración. En sentido pedagógico, además del disciplinario, la difusión y discusión de los proyectos de investigación son tan significativas como las de los resultados de la misma.

Tercero, Para evaluar el trabajo de titulación es importante no olvidar su antecedente principal: el proyecto. Así se podrán contestar preguntas convenientes relacionadas con el proceso de formación de los alumnos y con el desarrollo de la Maestría: ¿qué tanto se apega el trabajo realizado al programado? ¿Los cambios que se hicieron fueron motivados por una mala planeación o por circunstancias ajenas a la misma? ¿Estos cambios favorecieron o no el trabajo final? En este sentido, las respuestas a estas y otras preguntas similares son fundamentales para la evaluación y mejoramiento permanente de la Maestría en general, y en particular, del Módulo de Gestión del Conocimiento III.

En total, los nueve alumnos del área disciplinar de Comunicación en Salud presentan ocho proyectos de investigación (hay un proyecto elaborado de manera conjunta entre dos alumnas). Los temas considerados son: imagen institucional, información sobre salud y medios de comunicación, comunicación en la formación del personal de salud, comunicación organizacional, comunicación y salud mental, posicionamiento de programas de salud en la población, e impacto de las campañas de educación y comunicación sobre la calidad de la atención médica. Hay temas importantes para la comunicación en salud que están ausentes, por ejemplo, comunicación interpersonal (profesional de la salud-paciente), la comunicación de riesgo y la mercadotecnia en salud.

Ciertamente, en la elección de un tema para desarrollar un trabajo de titulación intervienen muchos factores. En un grupo dado (como el de la actual generación), no tienen que estar presentes todos, ni siquiera los más importantes. Sin embargo, es necesario reflexionar al respecto, ¿qué factores determinaron en los alumnos la selección del tema del proyecto de titulación? ¿Son estos temas un reflejo de los contenidos del programa del módulo de Comunicación en Salud? ¿Se abordan los temas de mayor importancia de acuerdo con el perfil epidemiológico de la población o con las necesidades de atención a su salud? No se trata aquí de dar respuesta a estas preguntas, simplemente se señalan como ejemplo del tipo de preguntas a las que puede contribuir a contestar el material aquí recopilado.

En cuanto a la metodología propuesta, se nota una presencia tanto de la cuantitativo como de la cualitativa. El material presentado cobra una especial importancia para la evaluación y planeación del módulo Gestión del Conocimiento 1[1], que es donde se abordan los temas correspondientes a la metodología cuantitativa y cualitativa y en donde se inicia el desarrollo de la competencia para la investigación.

Los proyectos fueron realizados a lo largo de un semestre (20 semanas), cada proyecto se presentaba y discutía de manera grupal y se expusieron resultados parciales al momento de concluir la definición de problema de investigación, la metodología propuesta, y la presentación y prueba de instrumentos. Al terminar el Módulo, los nueve alumnos presentaron de manera oral y escrita el proyecto de titulación.

Para concluir, es importante repetir la disposición que se tiene para recibir comentarios y sugerencias que permitan mejorar cada vez más los procesos educativos relacionados con el desarrollo de competencias para la investigación. Por ello, agradeceremos sus contribuciones al respecto.

[1] El programa y los productos del Módulo de Gestión del Conocimiento I se pueden ver en: F. Domingo Vázquez Martínez (compilador). *Gestión del Conocimiento I: productos del módulo (Generación 2005-2007, primer semestre)*. Xalapa, Ver. Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, 2007 (Colecciones Educativas en Salud Pública, No. 2)

IMAGEN INSTITUCIONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ

Eric Abad Espíndola
Tutoras: Mtra. Josefina Aguirre Martínez y Dra. Elizabeth Bonilla Loyo

INTRODUCCIÓN

El estudio a realizar se centra en el contexto de los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER) y está orientado a conocer su Imagen Institucional ante sus públicos internos y externos.

Cabe señalar que, en los últimos años, el nivel de confianza que posee la ciudadanía en los Servicios Públicos de Salud, parece ir decayendo; prueba de ello es que según datos emitidos en la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud (2000), los mexicanos calificaron el nivel de calidad de los servicios de salud por debajo de servicios como: escuelas públicas, agua y drenaje, teléfonos y transporte público y sólo por arriba de la policía[1].

Aspectos como el mencionado, destacan la necesidad de realizar esfuerzos a fin de fortalecer la imagen de los servicios públicos de salud ante sus agentes sociales.

La investigación parte de tres aspectos importantes: la comunicación, imagen institucional y servicios de salud.

La conjunción de estos tres componentes permitirán identificar, analizar y en la medida de lo posible, proponer estrategias de comunicación que coadyuven al fortalecimiento de la imagen institucional de los SESVER.

Justificación

La problemática a abordar en este estudio, permitirá de manera personal, fortalecer profesionalmente a quien esto escribe, dado que el contacto como profesional y estudiante de la maestría en Salud Pública a través de las estancias realizadas durante los dos primeros semestres, centraron el interés en conocer la imagen que tienen los SESVER con sus públicos. Desde el contexto institucional, llama la atención la interacción social entre sus agentes sociales, respecto a la forma en como se socializa internamente la información sobre los diversos programas que la dependencia promueve ante la población, así como los procesos de comunicación interna y externa que se generan al interior de esta institución.

Desde el punto de vista académico, se conjugarán fortalezas propias de la carrera de comunicación aplicada al ámbito de la salud pública; logrando así ejercer y poner en práctica los principios teórico-prácticos del área de comunicación en salud, aportando con ello experiencia y conocimientos emanados de ambas disciplinas, a partir de las políticas propuestas por organismos internacionales, derivadas de las declaraciones manifestadas por Alma Ata, Ottawa y Jakarta, quienes toman como marco de referencia la promoción de la salud, en distintos momentos de la revolución tecnológica[a] de la comunicación y la información, aplicados al campo de la salud.

La propuesta de dichos organismos internacionales, permitirá incursionar en el campo de la salud, desde la perspectiva de la comunicación en la organización, generando conocimiento tanto básico de utilidad a

[a] La trayectoria de la revolución tecnológica en el campo de la comunicación, se dio en distintas fases siendo en primer lugar, los medios de comunicación, nuevas tecnologías y tecnologías de información y comunicación.

la institución (SESVER) como básico para el Instituto de Salud Pública en la línea de investigación Comunicación en Salud.

En la medida de lo posible, este trabajo desde la perspectiva social**,** puede coadyuvar a los SESVER, a fortalecer su imagen institucional, lo cual podría incrementar la eficiencia de sus servicios con la población y con los medios de comunicación.

De igual forma, la investigación puede abrir camino hacia un proceso de reflexión, análisis y toma de decisiones con respecto al papel que está desempeñando el departamento de comunicación social de los Servicios de Salud de Veracruz, como principal vínculo entre la institución, medios de comunicación y población abierta.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Argumentación teórica

El tema central de este estudio es precisamente la comunicación, desde cuyo ámbito se describirá la imagen de los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER).

Algunos autores abordan el tema desde el ámbito empresarial, a pesar de ello sus aportes son susceptibles de ser aplicados a nuestro objeto de estudio, aunque vale hacer la aclaración que tanto comunicación corporativa, organizacional, empresarial e institucional, tienen rasgos que las distinguen.

Autores como Alberto Pérez[2] destaca la importancia de la comunicación en el ámbito empresarial; advirtiendo que es fundamental conocer profundamente la esencia de la empresa a través de sus actos y sus comunicaciones con el fin de hacerlos más eficaces.

Para este autor todo parte de las acciones; plantea que la comunicación es el principio de la vida social; por tanto, actuar y comunicar son los principios vitales para una empresa; explica la relación que existe entre acción y comunicación desde tres características:

- La condición psicológica: las empresas son un grupo de individuos, sin los cuales no existirían.
- La condición sistémica: define el funcionamiento vital de la empresa – no el organizacional o administrativo- como un organismo vivo; esta condición explica el funcionamiento equilibrado y abierto que la vincula a otro sistema mayor, por el cual ésta existe: el sistema social constituido por grupos tipológicos de públicos diversos que son afectados por la empresa.
- La condición semiótica de la empresa ya que ésta trasmite significados, todo lo que dice y hace comunica algo.

En este sentido, se derivan otros conceptos: la responsabilidad pública y la ética institucional, reconocidos como el punto de convergencia de los dos discursos – el hacer y el decir- el fluir que configura la conducta global y el desarrollo de la empresa, su reputación y su imagen pública[3].
La imagen institucional ha sido objeto de estudio abordado desde las relaciones públicas, Fita Jaume [4] por ejemplo, plantea una propuesta metodológica tendiente a facilitar a las compañías la mejora de sus procesos de comunicación; advierte que, para que las estrategias de comunicación cumplan con los objetivos deseados, es necesario adecuarlos según el público ante el que una compañía se enfrenta ante una situación de crisis institucional que pudiera afectar su imagen.

De igual forma retoma algunos postulados de Ivy Lee , a quien reconoce como pionero en contra de la política del silencio informativo[5] ante la esperada reacción negativa del públicob.
Entre las aportaciones de Ivy Lee para la teoría de la comunicación empresarial en las relaciones públicas están:

a) Rompe la tradicional y negativa concepción del agente de prensa como encubridor de malas noticias de sus patrones. Apoya la libre información como fundamento teórico de la propia existencia de las relaciones públicas en pro de una mayor eficacia en la opinión de la prensa y del público.
b) Rompe la tradicional y negativa concepción de la actividad informativa en pro de la aceptación de las corporaciones en otras entidades y/o sus mandatarios mezclada con la publicidad propiamente dicha y sin discriminarla de ésta y de otras actividades semejantes.
c) Inicia regularmente la concepción de las relaciones públicas como conjunto de acciones no sólo defensivas sino también ofensivas, esto es , para crear buena aceptación y no sólo para palear la mala.
d) Rompe la tradicional y negativa concepción del "press agent" como comprador de periodistas.
e) Crea otra técnica que llega hasta nuestros días: la concepción de las empresas y sus directivos con conceptos filantrópicos, intentando mostrar el lado positivo y humano de los negocios[7].

Por otra parte, existen metodologías como la de la Escuela Superior de Relaciones Públicas de la Universidad de Girona [7], en la que se establece un plan de comunicación global para realizar un estudio sobre el análisis y la investigación de las organizaciones frente a su imagen, su comunicación interna y estrategias de comunicación externa.

En esta metodología menciona que la primera acción comunicativa para desarrollar un plan de comunicación y conocimiento de las organizaciones, estriba en el conocimiento de la personalidad corporativa de la identidad, la cual no es posible conocer sino se realiza antes una evaluación del estado actual de la compañía con referencia a la imagen. Partiendo del conocimiento exhaustivo de la realidad corporativa; en este sentido, la investigación sirve para definir, prever, predecir y orientar en las propuestas estrategias para definir la imagen que se desea proyectar[8].

Con lo anterior se plantea como base para el proceso de comunicación global de una organización, el cual de acuerdo a esta metodología debe partir de: la identidad y la imagen, la comunicación interna y la comunicación externa.

Como se puede observar, se presta especial atención en la imagen que una organización proyecta tanto a su interior como a su exterior; para esto, los autores señalan que hay que dar prioridad a la definición de la identidad corporativa, toda vez que se quiera comunicar a los públicos la imagen que pretende conseguir.

Las acciones comunicativas, entonces, juegan un papel importante ya que cuantas más acciones comunicativas se realicen sobre la identidad institucional, más proyección de imagen se creará hacia el interior y el exterior de la organización[9].

Otro autor, que aborda la imagen como objeto de estudio es Justo Villafañe; reconoce tres dimensiones que hay que analizar: la auto imagen, la imagen intencional y la imagen pública[10].

[b] Se entiende por públicos a aquellas personas que se encuentran en un contexto interno o externo de una organización

Los autores antes mencionados brindan aportaciones importantes para el estudio de la imagen de una organización; con algunos puntos convergentes a tomar en cuenta al momento de emprender estudios de esta naturaleza.

El presente estudio reconoce estos aportes y además los propuestos por Norberto Chaves[11] cuya metodología sirvió como guía en la estructuración del proyecto de investigación orientado a conocer la Imagen Institucional de los Servicios de Salud de Veracruz.

Chaves presenta un esquema de cuatro elementos: identidad institucional, realidad institucional, imagen institucional y comunicación institucional cada uno aportará elementos necesarios que orienten el conocimiento de la imagen de la institución.

La identidad institucional es entendida como el conjunto de atributos asumidos como propios de la institución. Este conjunto de atributos constituye un discurso - "el discurso de la identidad"- que se desarrolla en el seno de la institución de un modo análogo al de la identidad personal del individuo[12].

Por otra parte Chaves señala que la realidad institucional es el conjunto de rasgos y condiciones objetivas del ser social de la institución. En esta primera dimensión analítica nos situamos en el terreno de la pura facticidad: se trata de datos objetivos, hechos reales, anteriores e independientes a las formas de "conciencia institucional".

Se trata de la "materialidad" del sujeto social en el sentido teórico del término, o sea el conjunto de condiciones empíricas en que se plasma su experiencia real como agente social. Dicha "materialidad" de la institución está representada, entonces por elementos tales como: su identidad jurídica y funcionamiento legal correcto, su estructura o modalidad organizativa y operativa, la índole y peculiaridades de su función, su realidad económico-financiera, la infraestructura en que se sustenta y su sistema de recursos materiales, su integración social interna (individual, grupal, societaria, técnica, etc.), el sistema de relaciones y condiciones de comunicación operativa interna y externa, etc.[13]

Finalmente, la imagen institucional aparece como el registro público de los atributos identificatorios del sujeto social; es la lectura pública de una institución, la interpretación que la sociedad o cada uno de sus grupos, sectores o colectivos, tiene o construye de modo intencional o espontáneo[14].

Argumentación empírica

De acuerdo a una revisión de estudios similares que se hayan realizado, se encontraron tesis de maestría y doctorado que han abordado el tema de imagen institucional; luego de una búsqueda en bases de datos de universidades nacionales y extranjeras se encontraron antecedentes concretos que refieren a casos distintos a instituciones de salud, que guardan estrecha relación con este objeto de estudio.

En el contexto internacional, destaca el trabajo de tesis doctoral de Manuela Saco Vázquez, de la Universidad Complutense de Madrid, denominada “Metodología y análisis de la imagen como factor de marketing en las entidades públicas e instituciones no lucrativas: el caso de la Unión Europea”[15]. El objeto de estudio seleccionado, fue el análisis de la imagen de la institución, a través de los medios de comunicación. Las teorías desde las cuales abordó el objeto de estudio provienen de las disciplinas de la comunicación y de la administración a partir de la mercadotecnia.

Desde la comunicación, abordó a los autores: Norberto Chávez, Joan Costa y Manuel Martín Serrano; a través de las teorías: identificación institucional, imagen institucional y comunicación pública. Desde la perspectiva mercadológica, abordó a los autores: Philip Kotler, Ignacio Cruz Roche y Martín Armario; a

través de las teorías: análisis de mercado y posicionamiento de productos. Tomó como referencia a la prensa escrita, mediante la cual analizó la imagen de la Unión Europea. Los conceptos centrales sobre los cuales se centró el estudio fueron: opinión pública, imagen institucional e información.

La hipótesis de partida fue averiguar cómo influyen los medios de comunicación en la construcción de la imagen de una institución, cómo percibe el receptor esa imagen y cuáles son los ajustes y desajustes entre la imagen emitida y percibida. Dicha hipótesis se abordó a través del análisis cualitativo y cuantitativo por considerarse complementarios y dependientes para identificar la imagen.

Los aspectos donde se coincide con este estudio refieren al análisis de la forma en que los medios de comunicación contribuyen en la configuración de una imagen de la institución; de la diferencia se da en que el estudio se basa sólo en estudios de opinión sobre la realidad presente y expectativas a futuro que la Unión Europea ofrece a la comunidad; por tal razón se considera como un caso ejemplar que apoyará este estudio desde la perspectiva teórica, a través de los conceptos imagen institucional y percepción de los agentes sociales involucrados en la problemática.

En el contexto nacional, segundo estudio, es el que realizó Manuel Tomás Demirdjian y Perchemlian quienes abordan el tema de la imagen institucional en la tesis de maestría realizada en la Universidad Iberoamericana de la Ciudad de México, titulado "La imagen de responsabilidad social de empresa Cervezas Cuauhtémoc Moctezuma SA de CV, agencia Guasave"[16]. El objeto de estudio seleccionado fue: determinar hasta qué punto se cumple la expectativa de responsabilidad social, así como los motivos reales o trasfondo de estas acciones, que la empresa tiene en relación con sus públicos internos, externos y especiales en Guasave, Sinaloa.

Los conceptos utilizados fueron: el concepto que los referentes tienen de responsabilidad social corporativa o empresarial, la imagen de responsabilidad social de la que goza la empresa en cuestión, los valores positivos y negativos que la ingesta de cerveza trae consigo, la responsabilidad social de los intervinientes en los procesos de fabricación, distribución, comercialización, difusión y consumo.

Las teorías con las cuales abordó el objeto de estudio provienen de la comunicación. Abordó a los autores: Abraham Nosnick, Norberto Chávez, Cees B. M Van Riel; a través de las teorías: comunicación productiva, imagen corporativa, comunicación corporativa. Se trató de una investigación cualitativa, a través de entrevistas de profundidad grabadas. Se implementó el método denominado historial ideográficos[17].

Se utilizó un método de muestreo no probabilístico, de criterio buscando a líderes de opinión o referentes de los estratos o sectores más representativos de la sociedad y cuya opinión, resultará ser la más distintiva. Con base a lo anterior la sectorización realizada se conformó por sectores de académicos, medios de comunicación, sector privado o empresarial, sector gubernamental, sector social o de organizaciones no gubernamentales.

El trabajo logró concluir que "la responsabilidad social empresarial, permite ampliar las perspectivas de éxito económico futuro para una empresa, pues fomenta la aceptación social, la buena imagen ante la sociedad y la comprensión y tolerancia de la autoridad gubernamental"[19].

Los aspectos donde se coincide con este estudio refieren al análisis de la imagen institucional a partir de la selección de agentes sociales implicados en la problemática; la diferencia se da en que el estudio toma en cuenta públicos externos, dejando al margen a los públicos internos de la organización por tal razón se considera como un caso ejemplar que apoyará este estudio desde la perspectiva teórica y metodológica.

Por otro lado, se encontraron algunos casos empíricos en México, donde se han realizado algunos esfuerzos orientados a conocer el grado de confianza que posee la ciudadanía en las instituciones públicas.

Se hará referencia a la Encuesta Nacional de Satisfacción realizada por la Fundación Mexicana para la Salud por tener relación con el objeto de estudio del presente trabajo.

En el año 2000 la Fundación Mexicana para la Salud realizó la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud; como resultado de ella se logró determinar que el grado de confianza que los entrevistados expresaron tener de los servicios de salud en sus comunidades, se encontraba por debajo del expresado en el anterior ejercicio realizado en 1994; es decir el nivel de confianza decreció[20].

De igual forma, se logró determinar que la población percibe a los servicios de salud sólo con mayor calidad a los de seguridad pública y por debajo de los servicios de: escuelas públicas, agua y drenaje, teléfonos y transporte público[21].

Por otra parte, es importante destacar que en el estudio a realizar se está prestando especial interés a los agentes sociales de los medios de comunicación; por tanto me permito hacer referencia al estudio titulado "Las enfermedades crónicas en la prensa mexicana. Estudio a partir de un boletín de información periodística"[22]. En este trabajo se analizó la imagen y los contenidos que transmite la prensa escrita, en México, sobre las enfermedades crónicas. La información se obtuvo de un boletín de información periodística; ésta información se abordó a partir de la técnica de análisis de contenido.

Las conclusiones que el trabajo emitió advierten que ``los medios de comunicación revisados reproducen la perspectiva biomédica y excluyen las de otros actores sociales. Se discuten las implicaciones de estos hallazgos en la reforma del sector salud y se propone prestar más atención al estudio de los medios de comunicación y el ámbito sanitario[23].

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a la revisión bibliográfica antes mencionada, este estudio abordará desde una perspectiva histórica y sociocultural, la imagen institucional que tiene la población de la ciudad de Xalapa, acerca de los Servicios de Salud de Veracruz.

Desde la perspectiva histórica, interesa conocer la trayectoria institucional de SESVER, conocer con base en qué necesidades sociales surgió, bajo que contexto político-económico del Estado Mexicano surge como Servicios de Salud, y cómo ha sido su proceso de institucionalización en el Estado de Veracruz.
Desde el punto de vista social permitirá identificar la imagen, como institución prestadora de servicios de salud, que tienen los agentes sociales tanto a nivel interno como externo.

Desde el punto de vista cultural existe interés por definir cómo podría afectar la imagen que se posea de los SESVER en la utilización de los servicios por la población abierta.

El conocer la perspectiva histórica y sociocultural, permitirá identificar la imagen como institución prestadora de servicios de salud, que tienen los agentes sociales tanto a nivel interno como externo. La imagen institucional que ha proyectado SESVER como institución responsable de otorgamiento de servicios de salud en el estado de Veracruz, se está viendo afectada de manera desfavorable por no dar seguimiento a un programa de comunicación estratégica que favorezca la percepción de la institución ante sus agentes sociales.

Por otro lado, se encuentra la información que SESVER emite y la percepción que los agentes sociales de los medios de comunicación interiorizan a partir de su agenda setting y la forma como difunden la información al público, a partir de la prensa escrita y audiovisual.

Marco epistémico

Pregunta central de investigación

¿Cuál es la imagen institucional de los Servicios de Salud de Veracruz, a partir de la percepción de sus agentes sociales[c] internos y externos?

Hipótesis general

La imagen institucional que tienen los Agentes Sociales de la Ciudad de Xalapa, sobre los Servicios de Salud de Veracruz, se fortalecerá en la medida que se establezcan estrategias de comunicación, tanto al interior como al exterior de la institución.

OBJETIVO GENERAL

Proponer una estrategia de comunicación que fortalezca la Imagen Institucional de los Servicios de Salud de Veracruz ante sus agentes sociales en la ciudad de Xalapa.

Subpreguntas de investigación sobre imagen institucional

a. *Identidad Institucional*

A.1. ¿Cuál es la percepción que tienen los agentes sociales internos de SESVER sobre su identidad institucional (misión, visión y valores institucionales)?

a.1.1. Hipótesis A.1:
Los agentes sociales internos de SESVER perciben que la visión, misión y filosofía institucional no se ve reflejada en sus actividades laborales.

a.1.2.Objetivo Particular:
Conocer la percepción que se tiene sobre la identidad institucional (misión, visión y valores institucionales) de los Servicios de Salud de Veracruz por parte de sus agentes sociales.

A.2 ¿ Cuáles son los atributos que, desde la perspectiva de los agentes internos de SESVER, definen a los prestadores de servicios de salud en Xalapa?

a.2.1 Hipótesis A.2:
Los atributos que auto perciben los agentes sociales internos SESVER están en función de una actividad laboral apegada a la normatividad institucional.

[c] Se asume como agentes sociales, aquellas personas que están involucrados en su organización interna con los Servicios de Salud, y hacia el exterior, como aquellas personas que tienen una percepción, sobre los Servicios de Salud como son los usuarios y medios de comunicación.

a.2.3 Objetivo Particular:
Identificar, desde la perspectiva de los agentes sociales internos de SESVER, los atributos que definen a los prestadores de servicios de salud en la ciudad de Xalapa.

A.3 ¿Cuáles son las características que les son atribuidas a los prestadores de servicios de salud por los agentes sociales externos?

a.3.1 Hipótesis A.3:
Los atributos que los agentes sociales externos encuentran en los prestadores de servicios de salud van en función de una actividad laboral que no impacta favorablemente en la satisfacción de los usuarios con el servicio recibido.

a.3.2 Objetivo Particular:
Identificar las características que les son atribuidas a los prestadores de servicio de salud por los agentes sociales externos de SESVER

A.4 ¿Cuáles son los atributos con que los prestadores de servicio de salud esperan ser identificados por sus agentes sociales externos?

a.4.1 Hipótesis A.4:
Los prestadores de servicios de salud esperan ser identificados por los agentes sociales externos de SESVER en función de una practica laboral eficiente (con orientación a un buen servicio) y en cumplimiento a normas y reglamentos institucionales.

a.4.2 Objetivo Particular:
Identificar los atributos mediante los cuales los prestadores de servicio de salud esperan ser identificados por los agentes externos de SESVER.

b. *Realidad Institucional*

B.1 ¿Cuál es la percepción de los agentes sociales de SESVER con respecto a su funcionamiento legal?

b.1.1 Hipótesis A.1:
El funcionamiento legal de SESVER es percibido por sus agentes sociales como poco funcional y aplicable en la practica laboral.

b.1.2 Objetivo Particular:
Describir la forma en que es percibido por los agentes sociales de SESVER su funcionamiento legal.

B.2 ¿Cómo son percibidas por los agentes sociales de SESVER las condiciones normativas de la Institución?

b.2.1 Hipótesis A.2 :
Los agentes sociales de SESVER perciben como eficaces y funcionales las condiciones normativas de la institución.

b.2.2 Objetivo Particular:
Describir la forma en que son percibidas por los agentes sociales de SESVER las condiciones normativas de la institución.

B.4 ¿Cómo son percibidas por los agentes sociales de SESVER las condiciones estructurales de la institución referidas a la centralización del poder?

b.4.1 Hipótesis A.4:
De acuerdo a la percepción de los agentes sociales de SESVER existe poca participación de su parte en la toma de decisiones de la institución; sin embargo, la participación del personal en programas de mejora continua va en aumento.

b.4.2 Objetivo:
Describir la forma en que son percibidas por los agentes sociales de SESVER las condiciones estructurales de la institución.

B.5 ¿ Cuál es la infraestructura de que dispone SESVER para dar cobertura de servicio en la ciudad de Xalapa?

b.5.1 Hipotesis A.5:
La infraestructura de que dispone SESVER para atender la demanda de servicio es insuficiente en cuanto al número de unidades de salud, equipamiento y recursos humanos.

b.5.2 Objetivo Particular:
Nombrar los recursos de infraestructura con que cuenta SESVER para dar cobertura de atención en la ciudad de Xalapa.

B.6 ¿ Cuáles son los programas de promoción, prevención y atención a la salud implementados por SESVER en la ciudad de Xalapa?

b.6.1 Hipótesis A.1:
Los programas de promoción, prevención y atención a la salud que SESVER que se encuentran implementando, abordan los padecimientos prioritarios de acuerdo a su alta incidencia en la ciudad de Xalapa.

b.6.2 Objetivo Particular:
Nombrar los programas de promoción, prevención y atención a la salud que SESVER se encuentran implementando en la ciudad de Xalapa.

C. Imagen Institucional

C.1 ¿Cuál es la imagen pública de SESVER a partir de los servicios que otorga, programas que oferta, atención a usuarios y acciones que realiza en situaciones de contingencia por causas diversas?

c.1.1Hipótesis A.1:
La perspectiva de los agentes sociales con respecto a los servicios que otorga SESVER está determinada por el nivel de satisfacción, confianza en el personal de salud y capacidad resolutiva.

c.1.2 Objetivo Particular:
Conocer la imagen pública de los SESVER a partir de la perspectiva de sus agentes sociales en cuanto a los servicios que otorga, programas que oferta, atención a usuarios y acciones que realiza en situaciones de contingencia por causas diversas.

Subpreguntas de investigación sobre comunicación institucional

a. Comunicación Interna

A.1 ¿Cómo se establece la relación entre jefes y demás personal en las unidades de primer y segundo nivel?

a.1.1 Hipótesis A.1:
Las unidades de primer y segundo nivel de atención presentan diferencias en cuanto a la relación con los jefes de unidad o departamento; mientras menos compleja es su estructura organizativa, núcleos básicos o departamentos que la conforman, la relación tiende a ser horizontal.

a.1.2 Objetivo Particular:
Describir la forma en que se establece la relación entre los jefes de unidades o departamentos y el personal en las unidades de primer y segundo nivel de atención.

A. 2 ¿Cómo se coordinan los prestadores de servicio para cumplir sus funciones?

a.2.1 Hipótesis A.2:
La coordinación entre prestadores de servicio para el cumplimiento de sus funciones se da de manera cooperativa y con apego a la normatividad institucional.

a.2.1 Objetivo Particular:
Describir el tipo de coordinación que se establece entre prestadores de servicios de salud para el cumplimiento de sus funciones.

A.3 ¿Cuáles son los canales de comunicación utilizados al interior de las unidades de primer y segundo nivel?

a.3.1 Hipótesis A.3:
Los canales utilizados en las unidades de primer y segundo nivel corresponden principalmente a canales formales; existiendo, principalmente en las unidades de primer nivel , intercambio de mensajes por canales informales que favorecen la ejecución de procesos más efectivos de comunicación.

a.3.2 Objetivo Particular:
Identificar los canales de comunicación que son utilizados en las unidades de primer y segundo nivel de atención.

A.4 ¿Cuáles son los recursos tecnológicos de que dispone SESVER para establecer procesos de comunicación con sus públicos internos?

a.4.1 Hipótesis A.4:
Los SESVER cuentan con recursos tecnológicos suficientes para establecer procesos efectivos de comunicación con sus públicos internos; sin embargo, éstos están siendo sub utilizados.

a.4.2 Objetivo Particular:
Identificar los recursos tecnológicos de que dispone SESVER para establecer procesos de comunicación con sus públicos internos.

b. Comunicación Externa

B.1 ¿Cuáles son los recursos tecnológicos de que dispone SESVER para establecer procesos de comunicación con sus públicos externos?

b.1.1 Hipótesis A.1:
Los SESVER no cuentan con recursos tecnológicos suficientes que le permitan establecer procesos efectivos de comunicación con sus públicos.

b.1.2 Objetivo Particular:
Identificar los recursos tecnológicos de que dispone SESVER para establecer procesos de comunicación con sus públicos internos.

B.2 ¿De qué manera se dan los procesos de comunicación entre prestadores de servicio y usuarios?

b.2.1 Hipótesis A.2:
El tipo de comunicación que existe entre prestadores de servicio y usuarios se da principalmente de manera impersonal, habiendo lugar a barreras , en cuanto al uso de lenguaje, verbal y no verbal, que impiden el intercambio efectivo de mensajes.

b.2.2 Objetivo Particular:
Identificar los rasgos que caracterizan los procesos de comunicación entre personal de salud y usuarios.

B.3 ¿Con base en qué criterios se sustenta el discurso que los funcionarios de SESVER emiten a los medios de comunicación social ?

b.3.1 Hipótesis A.3:
El discurso que los funcionarios de SESVER emiten a los medios de comunicación social , carece de sustento en políticas de comunicación externa.

b.3.2 Objetivo Particular:
Identificar los criterios en que los funcionarios de SESVER sustentan los discursos que emiten a los medios de comunicación.

B.4 ¿Qué tipo de información requieren los agentes sociales, para estimular una cultura de información sobre salud?

b.4.1 Hipótesis A.4:
La información que requieren los usuarios y medios de comunicación para estimular una cultura de salud refiere a información sobre formas de prevención y atención de padecimientos, servicios y programas que oferta SESVER y ubicación de las unidades de salud de primer y segundo nivel.

b.4.2 Hipótesis A.5:
Los prestadores de servicio requieren de información suficiente que les permita identificar aspectos sociodemográficos, epidemiológicos y estilos de vida de la población que habita dentro del área de responsabilidad de la unidad de salud.

b.4.3 Objetivo Particular:
Identificar el tipo de información que requieren los agentes sociales para estimular una cultura de información sobre salud.

Subpreguntas de investigación sobre salud pública

a. *Estructura Organizacional*

A.1 ¿Cuáles han sido las etapas, que los agentes sociales, identifican como las más importantes para SESVER y que le han permitido conformar su trayectoria como institución prestadora de servicios públicos de salud?

a.1.1 Hipótesis A.1:
Los momentos en la trayectoria institucional de SESVER que los agentes sociales identifican como más importantes hacen referencia a etapas de funcionarios públicos que han ocupado la titularidad de la Secretaría y no al aumento de programas o de cobertura de servicios.

a.1.2 Objetivo Particular:
Mencionar las etapas que son identificadas, por sus agentes sociales, como las más importantes en la trayectoria Institucional de SESVER.

A.2 ¿Cuál es la percepción, de los agentes sociales de SESVER, respecto a las políticas internas institucional en torno a las cuales se desempeña el personal de salud?

a.2.1 Hipótesis A.2:
Los agentes sociales de SESVER perciben que las políticas internas institucionales no son puestas en práctica por los prestadores de servicio en su desempeño laboral.

a.2.2 Objetivo Particular:
Describir la percepción que tienen los agentes sociales de SESVER respecto a las políticas internas institucionales.

A.3 ¿De qué manera participa el personal en la toma de decisiones dentro de las unidades de salud de primero y segundo nivel?

a.3.1 Hipótesis A.3:
Existe centralización del poder en las unidades de primer y segundo nivel de atención; la opinión del personal operativo pocas veces es tomado en cuenta en la toma de decisiones que afectan su desempeño.

a.3.2 Objetivo Particular:
Describir de qué manera participa el personal de salud en la toma de decisiones al interior de las unidades de salud de primer y segundo nivel de atención.

A.4 ¿Cuáles son los niveles jerárquicos y las líneas de mando de SESVER?

a.4.1 Hipótesis A.4 :
La estructura organizativa que SESVER presenta es de forma vertical descendente; por lo que las líneas de mando se dan de igual forma limitando la participación del personal en la toma de decisiones.

a.4.2 Objetivo Particular
Describir los niveles jerárquicos y las líneas de mando de SESVER.

A.5 ¿De qué manera son asignadas responsabilidades y distribuidas las funciones que realiza el personal de salud?

a.5.1 Hipótesis A.5:
Las responsabilidades y las funciones en las unidades de salud son asignadas de acuerdo al perfil profesional de los prestadores de servicio.

a.5.2 Objetivo Particular:
Describir la forma en que son asignadas responsabilidades y funciones que realiza el personal de salud.

Clasificación de la pregunta por el estado de los hechos
Tipo de Pregunta: Descriptiva y explicativa

Clasificación de la pregunta por la respuesta esperada
De acuerdo a la respuesta esperada la pregunta se clasifica como de tipo cualitativa.

METODOLOGÍA

El estudio será de corte cualitativo; el abordaje del objeto de estudio se caracterizará a partir de tres elementos principales: el conocimiento o desconocimiento que se tenga de las categorías y del contexto, en función de la postura paradigmática y/o teórica desde la cual se analiza el dato y en función de la profundidad del análisis[24].

De acuerdo al nivel de conocimiento que se tiene de las categorías a estudiar y del contexto, es posible ubicar los estudios en general, a partir de tres clasificaciones: exploratorios, comprensivos o reconstructivos. En este sentido, el presente trabajo es comprensivo ya que de acuerdo a la teoría se trabaja con el habla, a partir del discurso social, considerando escenarios construidos *a priori* teniendo como producto discursos, de los agentes sociales involucrados con los Servicios de Salud de Veracruz y con los agentes sociales externos como son usuarios y medios de comunicación.

La imagen institucional ha sido objeto de estudio de investigaciones orientadas a mejorar la percepción de organizaciones, principalmente del sector privado, ante sus públicos; sin embargo, en lo que refiere a las instituciones públicas y específicamente a las prestadoras de servicios de salud existen referentes de trabajos relacionados con el tema, no de manera específica tal y como se abordará en este trabajo, de acuerdo a las bases de datos nacionales y extranjeros consultados para efecto de la presente investigación.

En función de la postura paradigmática y/o teórica desde la cual se analiza el dato, el estudio tiene como base el paradigma interpretativista desde cuya perspectiva advierte que *"las acciones humanas implican una interpretación de las situaciones sociales específicas (…) su argumento principal señala que el objetivo fundamental de las ciencias de la cultura es la interpretación de las acciones humanas, que responden a un contexto histórico determinado, pero que tienen una expresión particular´´*[25].

Se pretende captar las acciones de los agentes sociales implicados con sentido subjetivo; bajo el entendido de que la imagen referente a los Servicios de Salud de Veracruz puede variar dependiendo del sector social, y de las características espacio-temporales en que sea analizada.

Se lograrán obtener datos que ayuden a entender las dimensiones de la imagen pública de los SESVER, además de cuáles son los elementos que influyen en el estado que guarda dicha imagen.

En cuanto a la perspectiva teórica, la presente investigación se guiará a partir de la fenomenología ya que se tiene interés en la reflexión entre el hombre, sus procesos y realidades.

> *"La fenomenología retoma la preocupación por la descripción sosteniendo que para poder establecer relaciones entre fenómenos es indispensable múltiples observaciones y vivencias en forma profunda, de modo tal que esto pueda dar pauta para reconstruir el proceso interno de los individuos para adquirir ciertas pautas sociales y reconocer el significado y sentido que éstas adquieren para ellos"*[26].

En función de la profundidad del análisis, existen tres niveles de profundidad: reproducción fiel, descriptivo/comprensivo e interpretativo/ de reconstrucción[27].

Este estudio pretende alcanzar un segundo nivel de profundidad de análisis: descriptivo comprensivo.

> *"La investigación cualitativa pretende finalmente la comprensión e interpretación de las experiencias subjetivas del investigador y de los involucrados respecto de lo que ocurrió u ocurre en el contexto del fenómeno; la exploración de los significados que las cosas tienen para las personas; la recuperación del punto de vista de los autores, y la comprensión de los significados que un fenómeno o situación tiene para las personas"*[28].

El presente estudio centrado en el campo de la salud pública, a través de los Servicios de Salud de Veracruz, permitirá identificar información discursiva de sus agentes sociales sobre este objeto de estudio; por lo que se ubica para su análisis en un nivel comprensivo que se realizará respecto al discurso social generado por los agentes sociales involucrados.

Diseño

La fase del diseño de investigación se hará a partir de tres componentes: número total de grupos/eventos, tamaño y atributos que definirán a los participantes y dispersión geográfica de los grupos/eventos.

Número total de eventos

a. *Grupos de discusión:*
   En un diseño inicial de la investigación, se prevé realizar cuatro grupos de discusión:
   GD 1: Usuarios unidades de primer nivel de atención.
   GD 2: Usuarios de unidades de segundo nivel de atención.
   GD 3: Personal de salud de las unidades de primer nivel de atención.
   GD 4: Personal de salud de las unidades de segundo nivel de atención.

b. *Entrevista en profundidad:*
   En un diseño inicial de la investigación, se prevé realizar seis entrevistas en profundidad.
   EP 1 y 2: Periodista de medio de comunicación impreso

EP 3 y 4: Periodista de medio de comunicación audiovisual (Radio)
EP 5 y 6: Periodista de medio de comunicación audiovisual (TV)

Dispersión geográfica de los grupos eventos

El universo de los participantes en el grupo de discusión estará constituido por el personal de salud que labora en unidades de salud de primer y segundo nivel en la ciudad de Xalapa, así como periodistas de los principales medios de comunicación impresa y audiovisual que se ubican en la misma zona.

Tipos Sociales

Los tipos sociales son características o atributos de las personas por medio de los cuales son reconocidos como representantes de conglomerados y grupos. Los tipos sociales involucrados constituyen las variables discursivas, procurando en la medida de lo deseable, mantener mínimos de homogeneidad y heterogeneidad para poder conservar la asimetría en el discurso, Los tipos sociales involucrados en el estudio constituyen las variables discursivas[29].

En este estudio los tipos sociales corresponden a:

- Personal de salud que labore en unidades de primer y segundo nivel de atención en la ciudad de Xalapa, Ver..
- Usuarios de las unidades de primer y segundo nivel de atención en la ciudad de Xalapa, Ver.
- Periodistas de medios de comunicación impresos y audiovisuales de la ciudad de Xalapa, Ver.

Variables discursivas

Médicos:

En las unidades de primer nivel se tomarán como informantes a los médicos de unidad, por ser en quienes recae principalmente la responsabilidad de los Centros de Salud además de que de ellos depende parte importante del trabajo que en ellos se realiza.

Criterios a considerar:

- Hombres y Mujeres Médicos, que laboren en la unidad.
- Hombres y mujeres con condición laboral de contrato o base.

Personal de enfermería:

Se considerará a las enfermeras que laboran en las unidades de primer y segundo nivel de atención; se consideran como elementos importantes a incluir en el grupo de discusión debido a que son quienes interactúan más con el usuario al realizar acciones informativas sobre programas de salud o al momento de la atención en la unidad.

Criterios a considerar:

- Hombres y mujeres enfermer@s que laboren en la unidad.
- Hombres y mujeres con condición laboral de contrato o base.

Promotores de Salud:

Son quienes tienen a su cargo la difusión de los programas que oferta SESVER entre los usuarios y habitantes del área de influencia. Además de que son los encargados de establecer contacto entre los usuarios para gestionar su participación en programas de salud.

Criterios a considerar:

- Hombres y Mujeres promotores de salud que laboren en la unidad de salud.
- Hombres y mujeres con condición laboral de contrato o base.

Personal Administrativo(caja, ventanilla de consulta externa):

Se considera como parte importante a incluir a los grupos de discusión al personal administrativo de las unidades de salud debido a que al igual que médicos y enfermeras, dentro del proceso de atención , mantienen relación directa con los usuarios; por lo que se consideró que su participación proporciona información necesaria.

Criterios a considerar:

- Hombres y Mujeres del área administrativa que laboren en la unidad.
- Hombres y mujeres con condición laboral de contrato o base.

a. Entrevista en profundidad:

Periodistas:

Se consideran informantes clave ya que tienen la responsabilidad de procesar y producir información en medios de comunicación impresa y audiovisual referente a los Servicios de Salud de Veracruz.

Criterios a Considerar:

- Hombres y Mujeres que laboren en medios de comunicación impresos o audiovisuales de la ciudad de Xalapa y que además cubran la agenda sobre salud.

Universo

Agentes sociales internos y externos de los Servicios de Salud de Veracruz en la Ciudad de Xalapa.

Tipo de muestreo

Como ya se mencionó, la intención de esta investigación es conocer cuál es la imagen institucional de los Servicios de Salud de Veracruz para proponer una estrategia de comunicación que sirva de ayuda para fortalecerla ante sus públicos internos y externos. Lo que llevó a plantear más que un estudio representativo numéricamente de la totalidad de la población (usuarios, agentes de los medios de comunicación y personal de salud) que fuese significativo con respecto a los que están actualmente implicados, ya que son considerados como una fuente de información más interesante de cara a conocer los principales problemas que inciden en la temática desde su perspectiva. Ante esto, se optó por un muestreo estratificado intencional en el que se han seleccionado las personas relevantes en la problemática y que además se encuentran actualmente implicados en ella.

> *"Al igual que el muestreo estratificado en la investigación cuantitativa, esta estrategia consiste en tomar los casos agrupados según alguna característica. La diferencia es que en este caso, una vez escogidos los estratos, los casos no se seleccionan en forma aleatoria sino intencionalmente"*[30].

El muestreo intencional está constituido por dos unidades de primer nivel, dos unidades de segundo nivel, usuarios que acuden a cada una de ellas (Tabla 1); dos reporteros por cada tipo de medio de comunicación: impresos, radio y televisión (Tabla 2).

Tabla1. Unidades de salud de acuerdo al nivel de atención, número de jurisdicción y ciudad en que se ubican

Ciudad	No. de jurisdicción	Nivel de atención	Institución
Xalapa	5	Segundo	Hospital Luis F. Nachón
Xalapa	5	Segundo	Hospital Centro de Especialidades Médicas
Xalapa	5	Primer	Centro de Salud Gastón Melo
Xalapa	5	Primer	Centro de Salud Maraboto

Fuente: Protocolo de Investigación. Imagen Institucional de los Servicios de Salud de Veracruz.ISP/UV.

Tabla 2. Medios de Comunicación de acuerdo a su tipo y ciudad en que se ubican

Ciudad	Tipo de Medio	Nombre
Xalapa	Impreso	Diario de Xalapa
Xalapa	Impreso	Política
Xalapa	Audio visual(TV)	Televisa Veracruz
Xalapa	Audio visual(TV)	TV Azteca Veracruz
Xalapa	Audio visual(radio)	Grupo Radio centro
Xalapa	Audio visual (radio)	Avan Radio

Fuente: Protocolo de investigación. Imagen Institucional de los Servicios de Salud de Veracruz. ISP/UV.

La selección de entrevistados (unidades de análisis)

a. Universo

Reporteros de los principales medios de comunicación impresa y audiovisual de la ciudad de Xalapa.

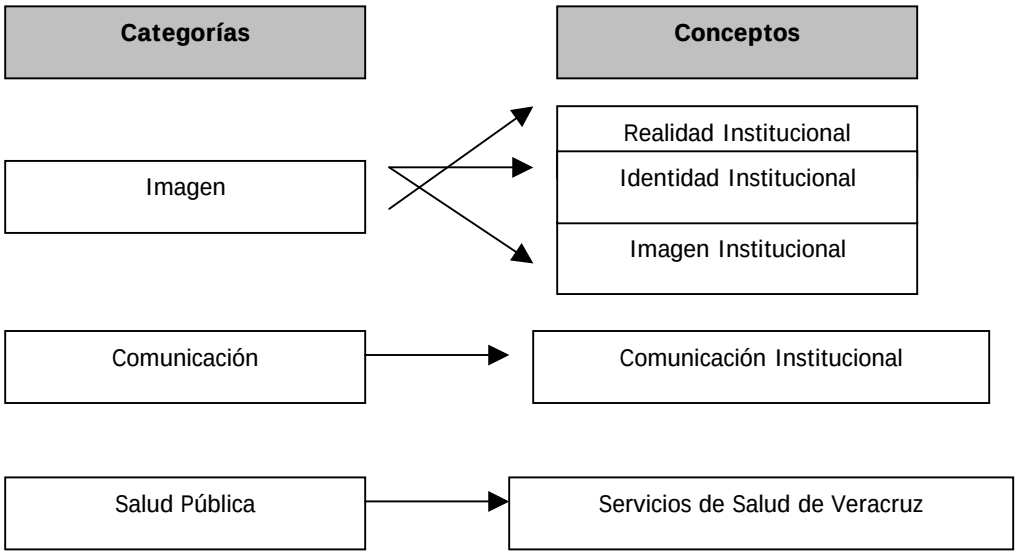
b. Tipo de muestreo

El tipo de muestreo será cualitativo a partir de las características institucionales y socioculturales de los agentes sociales involucrados en el estudio. Ante esto, se optó por un muestreo estratificado intencional en el que se han seleccionado las personas relevantes en la problemática y que además se encuentran actualmente implicados en ella.

El muestreo intencional está constituido por dos reporteros por cada tipo de medio de comunicación(impresa, radio y televisión). Los criterios de selección y atributos de cada uno de los participantes ya han sido descritos con anterioridad.

Sede	Tipo de Medio	Nombre
Xalapa	Impreso	Diario de Xalapa
Xalapa	Impreso	Política
Xalapa	Audio visual(tv)	Televisa Veracruz
Xalapa	Audio visual(tv)	TV Azteca Veracruz
Xalapa	Audio visual(radio)	Grupo Radiocentro
Xalapa	Audio visual (radio)	Avan Radio

Categorías teóricas



Definición conceptual y operacional de las categorías

La imagen de los servicios de servicios de salud en lo general o de productos sanitarios, en lo particular; es abordada desde el punto de vista mercadotécnico; es así como encontramos el concepto de imagen de marca, el cual refiere a "cuestiones que confieren una personalidad al producto sanitario, es decir, permiten su identificación, se personaliza un servicio de salud por medio de colores, logotipo, eslogan, distribución espacial, e instalaciones en general" [31].

Cuando se hace referencia a imagen institucional, no sólo implica el nombre con el que se puede identificar un servicio o producto; el término va más allá y debe es empleado en el caso concreto de un sistema de salud[32].

En la imagen de una institución influyen, además, todos los medios con los que disponga la organización -materiales y humanos- ya que actúan como portavoces de la identidad del organismo; en este sentido, el término también involucra "desde la gráfica hasta la indumentaria del personal; de la arquitectura y el ambiente interior hasta las relaciones humanas y estilos de comunicación verbal"[33].

Por tanto, si lo que se pretende es abordar la imagen institucional, será necesario estudiar los procesos de comunicación interna y externa de la organización.

La comunicación es entendida como un proceso por medio del cual existe una interacción entre dos sujetos (como elementos básicos) misma que permite que el individuo adquiera algún tipo de conocimiento o experiencia; a través de dicha interacción están en flujo constante ideas, estados afectivos, valores , tradiciones y otros[34].

En dicho proceso de comunicación interfieren aspectos propios de la organización y de su contexto; es por ello que se hace la diferenciación entre comunicación interna y externa.

La primera de ellas corresponde al "medio que permite orientar las conductas individuales y establecer relaciones interpersonales funcionales que ayuden a trabajar juntos para alcanzar una meta"[35].

Los procesos de comunicación externa son aquellos que la institución sostiene con sus públicos externos entendidos como "aquellos individuos o sistemas sociales que forman parte del medio ambiente externo del sistema institución y que lo afectan y/o son afectados por el, en mayor o menor grado, en función del logro de los objetivos de ambos (institución y públicos)"[36].

"La importancia de la comunicación institucional externa, es decir, la que se da entre la institución y sus públicos externos, radica en que es a través de ella que la institución entra en contacto con su medio ambiente. Es precisamente de ese medio ambiente donde la institución obtiene los insumos necesarios para el desarrollo de sus funciones. Mediante la comunicación institucional externa, el sistema institución transforma los insumos de información en productos de naturaleza comunicativa y los devuelve al medio ambiente para lograr la coordinación de los objetivos de la institución con los de los públicos externos"[37].

Tabla 3. Operacionalización de variables

Categoría (Tópicos)	Variables (Detonadores)	Definición Conceptual	Definición Operacional
Realidad institucional	Condiciones Empíricas	Conjunto de condiciones empíricas en que se basa su existencia como agente social (Chaves,1996)	Condiciones normativas, estructurales y organizativas en las que se desempeña el personal de salud.
Identidad Institucional	Autopercepción	Conjunto de atributos asumidos como propios por la institución. Este conjunto de atributos constituyen un discurso -el discurso de la identidad- que se desarrolla en el seno de la institución de un modo análogo al de la identidad personal del individuo.(Chaves, 1996)	Conjunto de atributos que el personal de salud reconoce como propios y que se manifiestan a través del discurso; será reconocidas como formas de auto representación aquellas derivadas de las actividades regulares de los Servicios de Salud.
Imagen Institucional	Representación Colectiva	Lectura pública de una institución, la interpretación que la sociedad o cada uno de sus grupos, sectores o colectivos, tiene o construye de modo intencional o espontáneo.(Chaves,1996)	Percepción de los agentes sociales con respecto a los Servicios de Salud de Veracruz, a partir de los servicios que otorga, la atención a usuarios, infraestructura, etc.
Comunicación Institucional	Interna	Patrón de mensajes compartidos por los miembros de la organización; es la interacción humana que ocurre dentro de las organizaciones y entre los miembros de las mismas.(Trelles,2001)	Formas de interacción al interior de las unidades de salud y entre el personal que labora en ellas.
	Externa	Intercambio de mensajes entre la institución y sus públicos externos; mediante este tipo de comunicación, la institución transforma los insumos de información en productos de naturaleza comunicativa y los devuelve al medio ambiente para lograr la coordinación de los objetivos de la institución con los de sus públicos externos. (Trelles,2001)	Conjunto de acciones comunicativas que los Servicios de Salud realizan para mantenerse en contacto con sus públicos externos a nivel social o interpersonal.
SESVER	Estructura	Medio de control que se produce y	Condiciones en las que opera el

	Organizacional	recrea continuamente en la interacción, y sin embargo da forma a esa configuración:las estructuras se constituyen y son constituyentes.(Ranson , Hinnings y Greenwood en Hall, 1996)	personal de salud y las cuales pueden ser contextuales(tamaño de la unidad, tecnología, clima laboral y ambiente) además de las características organizacionales de las unidades de primer y segundo nivel de atención de los Servicios de Salud de Veracruz en cuanto a: líneas de mando, vinculación inter departamental , funciones de cada uno de los departamentos .

Técnicas y procedimientos para recolectar la información

Las técnicas cualitativas que se utilizarán para obtener datos y que además permitirán obtener el nivel de profundidad deseado serán: grupo de discusión y entrevista en profundidad; a continuación se describirá teóricamente cada una de ellas.

Técnica de Grupo de Discusión

El grupo de discusión es una técnica de investigación social que (como la entrevista abierta o en profundidad, y las historias de vida) trabaja con el habla. En ella se dice -lo que alguien dice en determinadas condiciones de enunciación-, se asume como punto crítico en el que lo social se reproduce y cambia, como el objeto, en suma, de las ciencias sociales[38].

En un grupo de discusión, los participantes expresan sus opiniones sobre un tema de interés común. Las personas aportan informaciones sin modificar las de los demás participantes; más que un hecho de imponerse ante los participantes se trata de un ejercicio para aportar ideas.

De igual forma, el grupo de discusión se reconoce como un espacio de producción de realidad, de prácticas culturales en el que no se reproducen mecánicamente ciertas visiones sobre un tema o problema sino que detrás del intercambio de puntos de vista, se dan condiciones de asimetría en la socialización de información así como una base de pensamiento especulativo (sentido común), que impactan la orientación de la interacción y la puesta en común de las individualidades[39].

En la etapa de diseño de los grupos de discusión parte de la selección de la información, la selección de la muestra, selección de las unidades de análisis, el tiempo destinado a la realización del grupo, registro de informantes, y selección del lugar en que se llevará a cabo[40].

En lo que corresponde a la etapa de aplicación, es necesario realizar la categorización, revisión y evaluación de la información generada por los participantes; buscando siempre la relación de dicha información con los detonadores y los campos semánticos planeados en el protocolo de la técnica[40].

La etapa última de la técnica corresponde a la redacción del informe de investigación.
Los grupos de discusión implican:

- Un esfuerzo por convocar personas de acuerdo a criterios establecidos de representatividad
- Un moderador entrenado que establece el encuadre de la conversación y sus temas, preguntas o guías
- La meta de explicitar los sentimientos, actitudes, percepciones, opiniones, argumentos, etc. De los participantes de acuerdo a un tema elegido.

Entrevista en profundidad

Una entrevista individual en profundidad es entendida como un ´"*intercambio intensivo de uno a uno en el que el entrevistador y el entrevistado tratan temas relacionados al proyecto de investigación. La entrevista individual significa que el entrevistador entrevista a una sola persona a la que a menudo se llama informante*"[41].

"Los "informantes clave" son entrevistados que tienen conocimientos o posiciones especiales, o acceso a observaciones, y que están dispuestos a compartir sus conocimientos y habilidades"[42].

Las entrevistas individuales en profundidad son técnicas de recolección de datos recomendables cuando el investigador prevé que el discurso del entrevistado puede ser influenciado por el de los demás participantes, en el caso de técnicas grupales, como el grupo de discusión o cuando el acceso a un determinado grupo de participantes se dificulta por el tiempo, distancia u otras variables[43].

Las características principales de la entrevista en profundidad:

- No dirección (libre y espontánea)
- Especificidad (animar a respuestas concretas)
- Amplitud (indagar la gama de evocaciones experimentadas por el sujeto)
- Profundidad y contexto personal (significación central y periférica)[44].

Técnicas y procedimientos para el análisis de la información

La investigación hará uso de dos fuentes de información, grupo de discusión y entrevista en profundidad.

En ambas técnicas se realizará un proceso de categorización, revisión y evaluación de la información que se genere a partir de los participantes buscando siempre relación entre dicha información con los detonadores y los campos semánticos en el caso del grupo de discusión y con los núcleos temáticos y temas básicos en el caso de la entrevista en profundidad.

El trabajar con campos semánticos y detonadores en grupos de discusión y con núcleos temáticos en el de la entrevista en profundidad permitirá reconstruir la experiencia personal que los participantes trasmitan y que al ser extraída por el investigador orientaran la búsqueda y sistematización de las categorías utilizadas por el entrevistado; este proceso permitirá codificar el grupo de discusión y la entrevista en profundidad por medio de palabras, frases o párrafos para ser analizados cualitativamente a través del análisis del discurso argumentativo.

Para abordar el análisis del discurso argumentativo es pertinente abordar la semántica y las condiciones de producción del discurso, lo cual se da a partir de la argumentación misma, que se define como un discurso esencialmente finalizado que tiene por objeto intervenir sobre un destinatario individual o colectivo para modificar o reforzar su representación de la realidad[45].
Con base en lo anterior, se hará uso del análisis del discurso argumentativo con soporte tecnológico[46].
Fases:

1. Ordenación de la información.
2. Transcripción del discurso de los informantes.
3. Separación de los párrafos en frases cortas.
4. Incorporación de la explicitación de la gramática de argumentos y construcción de estrategias discursivas o mapa ideológico.

CRONOGRAMA DE TRABAJO

PROYECTO:IMAGEN INSTITUCIONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MES / ACTIVIDAD	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Realización del Protocolo de Investigación											
Fase de Campo											
Procesamiento de la Información											
Analisis de Resultados											
Redacción del Informe Final											
Entrega del Informe Final											

Actividad Programada	
Actividad Cumplida	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 .SSA. Programa de acción: Cruzada por la calidad de los Servicios de Salud. México: Secretaría de Salud;2000.

2. Costa, J. La Comunicación en programas de crisis. España: Editorial Gestión;2000.

3. Costa, J. Op. Cit.

4. Fita, J. Comunicación en programas de crisis. España: Editorial Gestión; 2000.

5. Fita, J. Op. Cit.

6. Fita, J. Op. Cit.

7. Fita, J. Op. Cit.

8. Fita, J. Op. Cit.

9. Fita, J. Op. Cit.

10. Fita, J. Op. Cit.

11. Chaves, N. La imagen corporativa: teoría y metodología de la identificación institucional. México: G. Gili; 1994.

12. Chaves, N. Op. Cit.

13. Chaves, N. Op. Cit.

14. Chaves, N. Op. Cit.

15. Saco Vázquez M. Metodología y análisis de la imagen como factor de marketing en las entidades públicas e instituciones no lucrativas: el caso de la Unión Europea. Tesis Doctoral. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid; 2002 [citado 1 de octubre 2006]; disponible en : URL: http://www.ucm.es/eprints/3526/

16. Demirdjian, M. La imagen de responsabilidad social de empresa Cervezas Cuauhtémoc Moctezuma, S.A de C.V, Agencia Guasave. Tesis de Maestría. México 2004: Universidad Iberoamericana.

17. Demirdjian, M. Op. Cit.
18. Demirdjian, M. Op. Cit.
19. SSA. Op. Cit.
20. SSA. Op. Cit.
21. SSA. Op. Cit.
22. Mercado, F. Las enfermedades crónicas en la prensa mexicana. Estudio a partir de un boletín de información periodística. Guadalajara, Jalisco, México: Universidad de Guadalajara;2000.
23. Mercaco, F. Op. Cit.
24. Hernández, E. Saldaña SA. Investigación Cualitativa. Guía práctica para la elaboración del proyecto. México; 2002.
25. Hernández, E. Op. Cit.
26. Hernández, E. Op. Cit.
27. Hernández, E. Op. Cit.
28. Hernández, E. Op. Cit.
29. Hernández, E. Op. Cit.
30. Pineda E, Alvarado E, Canales F. Metodología de la investigación. México;2000.
31. Priego, H. Mercadotecnia en salud. Villa Hermosa, Tabasco, México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco; 2002.
32. Priego, H. Op. Cit.
33. Chaves, N. Op. Cit.
34. Rodríguez, M. Técnicas de comunicación en salud; 2004 [citado 17 septiembre 2006]; disponible en: URL: http:www.imbiomed.com/index3.html
35. Trelles, I. Comunicación organizacional: selección de lecturas. La Habana, Cuba: Félix Varela; 2001.
36. Trelles, I. Op. Cit.
37. Trelles, I. Op. Cit.
38. Canales M. Grupos de discusión. En métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: síntesis sociológica.1994.
39. Bonilla, E. El grupo de discusión en la mercadotecnia en salud. Ponencia presentada en el Simposio Internacional *"Posicionando la salud".* Xalapa, Ver. México 19 al 21 de octubre 2006.
40. Bonilla,E. Op. Cit.
41. Bonilla,E. Protocolo de Entrevista en profundidad. Propuesta metodológica en Tesis Doctoral, México;2006.
42. Tocornal, X. Análisis conversacional y grupos de discusión. 2005 [citado 23 de noviembre de 2006],. Disponible en URL: http://www.congresoaled2005.puc.cl/pdf/tocornal2.pdf
43. Tocornal, X. Op. Cit.
44. Hernández, E. Op. Cit.
45. Bonilla, E. Op. Cit.
46. Bonilla, E Op. Cit.

CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD Y MEDIOS POR LOS QUE SE ENTERAN LOS ADOLESCENTES DE LA JURISDICCIÓN V DE XALAPA

Francisco Javier Auñón Segura
Tutora: Mtra. Josefina Aguirre Martínez
Co-tutor: Dr. Domingo Vázquez Martínez
Asesor externo: Dr. Luis Ayala Monroy

INTRODUCCIÓN

El presente estudio pretende realizar un diagnóstico con el cual se identifique el grado de conocimientos sobre salud y los medios por los que se informan los adolescentes de quince a diecinueve años de edad, los cuales son parte de la población que atiende el Programa de Atención de la Salud al Adolescente (PASA) de los Servicios de Salud de Veracruz.

La atención a la salud de la población infantil siempre se le ha prestado mucha atención en todos los tiempos y en la actualidad vemos como esta atención está puesta en el adulto mayor, quedando al margen el adolescente, del cual se presupone que por su juventud no es tan vulnerable a enfermar o morir, por lo que la morbilidad y mortalidad en esta población no se le da tanta importancia como a la niñez o vejez; es por ello que este estudio tratará de catalogar a los adolescentes como un grupo vulnerable en riesgo de enfermar y morir.

Para llevar a cabo este estudio se aplicará una entrevista a adolescentes, que habitan en la zona que atiende la jurisdicción V de Xalapa Veracruz, con el objetivo de identificar que grado de conocimientos tienen sobre salud y los medios por los que obtienen información; con base en estos resultados la jurisdicción sanitaria a través del PASA, tendrá elementos que le permitirán desarrollar estrategias de intervención, con las cuales se pretende disminuir los vacíos que existen en cuanto a información sobre salud dirigida a adolescentes. Se pretende que se pueda informar mejor a través de los distintos medios acerca de la salud, para que la puedan disfrutar en plenitud.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Argumentación teórica

Los adolescentes son el presente, el camino hacia el progreso, y por ello, en Veracruz se busca integrar en un sólo programa acciones que beneficien a la salud de esta población y que incluyan promoción, consejería y atención asistencial, donde dispongan de espacios en las unidades de salud para satisfacer sus necesidades de atención médica, información y educación para el autocuidado de su salud. “Falta mucho camino por recorrer, pero es seguro que si todos ponen de su parte se logrará brindar atención de calidad a la población adolescente del estado”[1].

En 1993 se realizó en México una reunión de trabajo con el fin de definir estrategias en Salud Reproductiva para las y los adolescentes. De este evento surge la Declaración de Monterrey que aportó bases para consolidar las acciones aisladas que realizaban las instituciones gubernamentales y reforzar las actividades de los organismos no gubernamentales hacia los y las adolescentes. La Secretaría de Salud (SSA), en julio de 1994 inicia el Programa de Cobertura Nacional de Salud Integral del Adolescente con énfasis en Salud Reproductiva denominado “*En buen plan, planifiquen*”. Dando énfasis en salud sexual y reproductiva y con acciones contra las adicciones y el abuso de sustancias tóxicas. El acceso es abierto y gratuito a los servicios de salud en el primer y segundo nivel de atención.

En el año 2000, el Consejo Nacional de Vacunación, como instancia técnica administrativa de la Secretaría de Salud, que coordinaba el Programa de Atención a la Salud del Niño, se transforma en el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) y se da inicio así a la creación del Programa de Acción para la Atención a la Salud de las y los Adolescentes (PASA). "Este Programa fue elaborado en una estrecha coordinación en el interior de la Secretaría de Salud con la Dirección General de Salud Reproductiva, la Dirección General de Promoción de la Salud, el Consejo Nacional contra las Adicciones, el Centro Nacional para el Control del VIH/SIDA y el Centro Nacional para la Prevención de Accidentes. Además, fuera de la SSA participaron la Coordinación de Medicina Comunitaria del Instituto Mexicano del Seguro Social, (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Pediatría, instituciones pediátricas, así como varias organizaciones de la sociedad civil" [2].

A partir del 2001, el Gobierno Federal decidió constituir como programa prioritario el de Atención a la Salud de las y los Adolescentes. Entre marzo y mayo del 2001, se reunió información sobre 160 instituciones oficiales y particulares que trabajan con cinco temas de adolescentes, de los cuales, sólo alrededor de 37 operan acciones de promoción, consejería, atención asistencial y rehabilitación. Es por ello que el Programa para la Atención a la Salud de la Adolescencia, pretende ser un instrumento que permita la integración institucional de la respuesta social organizada en México[3].

Argumentación empírica

Algunos medios de comunicación son más eficaces para incrementar el conocimiento de los adolescentes en enfermedades de transmisión sexual, así lo demuestra un estudio realizado por Velásquez, en donde se evaluó el efecto de la implementación de un disco compacto (CD) con un programa multimedia en donde se determinó el efecto, el estudio se realizó en una muestra aleatoria de los alumnos del cuarto y quinto año de secundaria de 26 colegios estatales y particulares, participaron en dicho estudio 454 adolescentes de catorce a 17 años, a quienes se les aplicó una encuesta de "conocimientos, actitudes y prácticas" antes y después de la exposición al CD educativo, los resultados fueron, que la comparación pre y post, muestran diferencias significativas, se logro incrementar en más de un 20 por ciento los conocimientos sobre Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), en 21 por ciento sobre las formas de transmisión y en 16 por ciento sobre las formas de prevención , nueve por ciento de los adolescentes piensan usar el condón en sus relaciones sexuales, el CD demostró ser un medio de comunicación eficaz para lograr el conocimiento acerca de las infecciones de transmisión sexual[4].

El análisis bivariado es de gran utilidad para realizar intervenciones, sobre todo para determinar conocimientos, esto lo demostró la investigadora Támez en la Ciudad de México al realizar un estudio para determinar los conocimientos, riesgos y daños a la salud derivados del uso de videoterminales de un diario informativo, el objetivo de la investigadora fue evaluar la relación de daños a la salud con el uso de videoterminal, los riesgos laborales y factores psicosociales en trabajadores de dicho medio, a través de la aplicación de una encuesta, en donde los resultados se compararon con los exámenes clínicos de los trabajadores y posterior a esto, se realizó una intervención[5].

La fundación Instituto de Ciencias del Hombre, hizo un estudio para determinar los factores de riesgos y daños a la salud, para implementar técnicas de prevención y protección, a trabajadores de una empresa, aplicó un cuestionario para la creación de un diagnóstico de salud y a través de este conocer los factores de riesgo y daños a la salud, con base a los resultados, se realizó una capacitación para las oportunidades de mejora[6].

"De acuerdo con la definición operativa de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006), el grupo de adolescentes corresponde a la población de diez a 19 años de edad. Este grupo tiene características de interés que obedecen a su dinámica demográfica y a su creciente importancia en la salud pública"[7].

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, Entrevistó a 25,056 adolescentes de diez a 19 años que, al aplicar factores de expansión, representaron a 22,874 970 jóvenes. De éstos, 50.8 por ciento son hombres y 49.2 por ciento mujeres y se observa un ligero aumento en las proporciones de hombres entre los doce y quince años de edad; después los porcentajes se invierten para encontrar un discreto aumento en las mujeres.

Se determinó que la prevalencia de tabaquismo entre adolescentes de diez a 19 años de edad fue de 7.6 por ciento, existe diferencias de prevalencia entre los hombres y mujeres conforme aumenta la edad, entre los trece a quince años la prevalencia fue de 4.6 por ciento y es cinco veces mayor para las edades de 16 a 19 años (25.9 por ciento), en las mujeres de trece a quince, se observa una prevalencia relativamente baja (2.4 por ciento), pero se cuadruplica para el rango de 16 a 19 años (9.5 por ciento).

En cuanto al consumo de alcohol, el 17.7 por ciento de la misma ha ingerido bebidas que contienen alcohol. La mayor prevalencia es en los hombres con el 21.4 por ciento y para las mujeres el 13.9 por ciento . En lo que se refiere a las relaciones sexuales el 14.4 por ciento de los adolescentes del país refieren haberlas tenido y va aumentando conforme aumenta la edad, de los doce a los quince años el dos por ciento reporta haber iniciado su vida sexual, mientras que en el grupo de 16 a 19 años, son 29.6 por ciento que ya refieren haberlas iniciado.

De los adolescentes que tuvieron relaciones sexuales, se observó que el porcentaje de utilización de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual es más alto en los hombres, el 63.5 por ciento , declaró haber utilizado condón, cerca del ocho por ciento hormonales y el 29 por ciento no utilizó ningún método. En las mujeres es menor ya que el 38 por ciento mencionó que su pareja usó condón, el 56.6 por ciento no uso nada en su primera relación sexual.

La tasa de embarazo en adolescentes de doce a 19 años, fue de 79 por cada mil mujeres, se estima que 695,100 mujeres de doce y 19 años han estado embarazadas alguna vez. En cuanto a las conductas alimentarías de riesgo, esta situación se ha convertido en un problema de salud pública. El 18.3 por ciento reconocieron que los tres meses previos a la encuesta les preocupó engordar, consumir demasiado o bien perdieron el control para comer. Esta situación afecta a las mujeres en mayor proporción y las más afectadas son el grupo de 16 a 19 años de edad.

En cuanto a la prevalencia de accidentes al año previo de la encuesta, este grupo etáreo en estudio aumentó, al pasar de seis por ciento según resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000, a 8.8 por ciento en el 2005, tanto en mujeres como hombres aumentó la prevalencia. El 2.3 por ciento de los adolescentes entre diez y 19 años de edad, han sufrido un robo, agresión o violencia durante los doce meses previos a la encuesta, el 66.8 por ciento de los hombres ha sufrido golpes, las mujeres sufren con mayor frecuencia que los hombres agresión sexual, pues 15.9 por ciento reportaron haber sido violentadas, las mujeres fueron agredidas con mayor frecuencia en su hogar que los hombres, pues 21.1 por ciento de ellas, declaró haber sufrido agresión o violencia en su propia casa, los hombres sufren agresión en vías públicas y el transporte.

El intento de suicidio en adolescentes fue de 1.1 por ciento , con porcentaje mayor en mujeres y esta conducta se dio más en mujeres de 16 a 19 años de edad, coincidentes con los últimos años de secundaria o preparatoria, se identifica que la incidencia de intento de suicidio aumenta en adolescentes

que viven con su pareja (3.1 por ciento), en los que consumen alcohol (3.0 por ciento) y en los que sufrieron alguna violencia en los últimos doce meses (4.1 por ciento)[7].

Entre los estudios que ha realizado La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en torno a los adolescentes, en el año 2004, se llevo a cabo un estudio donde comprobó que los adolescentes confían en las noticias sobre salud que difunden los medios masivos de comunicación. La encuesta se realizó entre 533 adolescentes de entre doce y 19 años de distintas localidades de once países de Latinoamérica, en donde se les cuestionó la manera en que se relacionan con los medios masivos de comunicación.

El estudio se realizó de manera cualitativa con adolescentes que provienen de familias de ingreso medio y bajo, de áreas urbanas y vinculadas al sistema escolar, se exploraron sus experiencias y opiniones con relación a los medios de comunicación disponible: prensa, radio, televisión, videojuegos, celulares y la Internet.

El estudió reveló que existe suficiente acceso a los medios electrónicos principalmente en la radio y la televisión y también se comprobó que los medios impresos no son una fuente constante para informarse. Los adolescentes revelaron que la información que reciben sobre salud es por parte de la familia, la escuela y los medios, sin embargo; en ninguno de estos casos satisfacía en su totalidad sus necesidades.

Los adolescentes ubicados entre el rango de edad de 16 a 19 años de edad, revelaron dificultades al establecer comunicación con sus padres al momento de tratar temas de salud sobre todo acerca de sexualidad, a pesar de esta situación confesaron que esta información resultaba creíble.

El tema más frecuente del que se habla en los medios dirigido a los adolescentes es el de VIH/Sida. Sin embargo; resulta difícil el lenguaje técnico que se maneja y no es entendible, lo que crea confusiones.

Los adolescentes revelaron su confusión en el manejo de información con respecto al alcohol y al tabaco, ya que afirmaron que existe contradicción entre los atractivos avisos publicitarios que invitan al consumo y los mensajes de prevención. En Latinoamérica, los adolescentes de diez a 19 años representan el 20 por ciento de la población y más del 80 por ciento de ellos vive en zonas urbanas[8].

La determinación de medios de comunicación a través del método de encuesta, es una excelente herramienta para poder hacer llegar los mensajes más dirigidos al mercado meta, como lo demostró en el año 2004 Auñón Segura, al realizar una investigación de corte cuantitativo denominada Estrategias Publicitarias para el Posicionamiento del Programa Arranque Parejo en la Vida para el centro de salud Maraboto de la Ciudad de Xalapa, Veracruz, donde la muestra fue de 200 mujeres embarazadas o con hijos menores de dos años de edad, el 48.50 por ciento de las mujeres se encontraban en el rango de catorce a 24 años de edad, dentro de dicha investigación se preguntó que medios de comunicación o medios publicitarios preferían para recibir información acerca de su salud y acerca de la salud del menor, el resultado que se obtuvo fue; que el 67 por ciento quiere informarse a través de pláticas y conferencias en su centro de salud.

El 23.50 por ciento prefirieron los folletos y los trípticos, el 5.5 por ciento refirió los medios masivos de comunicación como la radio y la televisión sólo el dos por ciento manifestó quererse informar a través de anuncios espectaculares, el 1.50 por ciento quiso informarse en aquel tiempo a través de los periódicos y las revistas y por último el 0.50 por ciento quiso videos informativos. Lo que ayudó a dirigir eficientemente las estrategias publicitarias a emplearse y a colocarlas adecuadamente en el medio de comunicación de mayor demanda[9].

Similar al estudio anterior, pero para determinar el consumo de medios, Javier Ballesta y colaboradores realizaron una investigación de corte cuantitativo y posterior, a los resultados obtenidos un libro denominado el consumo de medios en los jóvenes de secundaria, tratando de dar respuesta a las preguntas ¿Qué leen, escuchan, miran y consultan los jóvenes? ¿A qué medios de comunicación atienden?

Se diseñó una encuesta con preguntas sobre los entrevistados y sus familias, la dotación y equipamiento domésticos y finalmente, las preferencias y usos de los medios por parte de los jóvenes. Aplicaron 2400 encuestas a adolescentes de secundaria de 41 escuelas.

El estudio se realizó en la comunidad autónoma de Murcia durante el curso 2001 y 2002. Se llegó a la conclusión que la televisión es el aparato más difundido en el hogar, con la particularidad de que forma parte del equipamiento privado del adolescente, pues la mayoría posee un aparato receptor en su recamara.

Frente a la presencia mayoritaria de recursos audiovisuales quedan en un lugar muy pequeño los equipamientos como la biblioteca personal e Internet. La telefonía móvil tiene una presencia muy notable en los hábitos comunicativos de los jóvenes[10].

Los medios de comunicación son eficaces, siempre y cuando se sepa hacer uso de estos, ya que el medio varia de acuerdo al grupo de edad que lo mira a una determinada hora, así mismo los temas de interés son distintos y el uso lo es también, así lo demostró López Jiménez quien desarrolló una investigación denominada consumo de medios en estudiantes de secundaria de Bogotá. Una mirada desde cuatro escuelas de pensamiento de la comunicación. Se desarrolló entre los meses de febrero y mayo de 2004 cubrió a 567 estudiantes de diez colegios de Bogotá escogidos por método aleatoria estratificado, entre la muestra representativa de los estratos económicos 1 y 2 de una población total de 69,485 alumnos, pertenecientes a 3,538 colegios, el margen de error fue de tres por ciento y la confiabilidad del 95 por ciento .

El estudio reveló que el 71 por ciento prefiere informarse a través de la televisión, doce por ciento a través de la Internet, diez por ciento radio, siete por ciento prensa y el resto no contesto. Del total de la población el 51 por ciento utiliza los medios para entretenimiento, seguido por el 35 por ciento para informarse, sólo el ocho por ciento lo ocupa para realizar tareas y el resto no contestó. Este mismo estudio presenta diferencias entre programación televisiva, es decir que tanta audiencia tiene un canal a diferencia de otro. El estudio presenta la importancia de hacer llegar la información a través de los medios de comunicación que los adolescentes demandan[11].

Definición conceptual de las variables

De acuerdo a la definición acerca de conocimiento Aristóteles menciona que es "a través de la experiencia como se va nutriendo el entendimiento de sus objetos de conocimiento, a través de un proceso en el que intervienen la sensibilidad, la memoria y la imaginación"[12].

El autor corporativo de la página oficial especializada en gestión del conocimiento del sitio en Internet www.gestiondelconocimiento.com, define al conocimiento partiendo de la premisa de que "el conocimiento para operar en el mundo es una *cosa,* fácilmente transmisible desde las personas que lo tienen a las que lo necesitan, ejemplo (maestros hacia los alumnos)"[13].

Para fines de las variables que se pretenden despejar en la presente investigación, se hará uso de la definición de Aristóteles para conceptualizar la variable conocimiento.

Paoli Bolio, define a los medios como "el vehículo transportador de información, el cual lleva el mensaje del emisor al receptor, y pueden ser carta, telegrama, teléfono, radio, encuentro cara a cara, cine, casete, videocasete, discurso desde una tribuna, aclamación de las masas desde una plaza pública, televisión, entre otros. Cada medio tiene sus peculiaridades y las razones para elegir pueden ser variadas"[14].

Enzensberger define a los medios como "fuerzas productivas de un gran potencial liberador"[15].

Raúl Ernesto Beltrán y Cruces en su libro de Publicidad en medios impresos, define al medio como "toda técnica de comunicación que hace posible que el mensaje llegue de un emisor a un receptor"[16].

Para fines de las variables que se pretenden despejar en la presente investigación, se hará uso de la definición de Paoli Bolio, para conceptualizar la variable *medios*.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

"La necesidad de abordar la problemática de salud del adolescente, como un grupo con características propias, aunque no necesariamente uniforme, es algo reciente en México, ya que se encuentran altas tasas de mortalidad, en el 2004 la primera causa de muerte en el estado de Veracruz en jóvenes de entre diez y 19 años fueron los accidentes, según informes preliminares 209 muertes fueron por esta causa, en este mismo año la 2ª causa fue VIH-SIDA con 23 muertes, no obstante que esta mortalidad aumenta linealmente en los siguientes grupos de edad esta población se sigue considerando socialmente sana, pero analizando que los principales problemas de mortalidad en los siguientes grupos etáreos, son derivados de comportamientos adquiridos durante la adolescencia, resulta importante tomar acciones con una mira proyectiva" [1].

Existen programas que se interesan por la salud del niño (Programa de Vacunación, Arranque Parejo en la Vida) y programas que se interesan por los adultos mayores (Programa del Adulto Mayor), y fue a partir del año 2001 cuando en el estado de Veracruz, surgió la necesidad de atender la salud del adolescente, ya que se observó que se están produciendo cambios en el ámbito socio cultural del país. Lo que coloca a este grupo en condición vulnerable para su vida y su salud[1].

Se dice que la población en estudio se ha vuelto vulnerable ya que se cree que no enferma ni muere por patologías que prevalezcan en ellos, sin embargo; "es en este rango de edad (quince a 19 años) cuando se adquieren malos hábitos como los alimentarios, el tabaquismo, el sedentarismo, alcoholismo relaciones sexuales sin protección, entre otras costumbres negativas para la salud lo que viene a perjudicar en años posteriores al individuo, es en éste entonces cuando surge la morbilidad y la mortalidad como causa de los hábitos adquiridos en la adolescencia"[17].

"Los padecimientos de más alta prevalencia como causa de mortalidad en la infancia y adolescencia, representan una importante carga económica y social para el estado y la familia, en virtud del elevado costo que por concepto de atención curativa deben pagar, además de los costos indirectos dedicados al cuidado de los mismos, que ocasionan ausentismo escolar y laboral.

Considerando que estas niñas, niños y jóvenes serán a futuro ciudadanos que con su esfuerzo y dedicación contribuirán al progreso de México, el programa pretende por primera vez una intervención en salud, que sea significativa desde la infancia a la adolescencia y de esta manera a la vida adulta. El mundo actual ofrece a las y los adolescentes no sólo oportunidades notables, sino también riesgos para su salud. Resulta evidente que las medidas de prevención se deben intensificar y su inclusión como grupo de edad específico en la planeación a nivel nacional debe estar ligada a los programas relacionados con la infancia. Así el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CENSIA), define la atención

que se ha de dar a toda la población en crecimiento y genera las medidas preventivas dirigidas a un grupo humano cuyo cuidado está aún a cargo de la sociedad" [3].

La población adolescente de acuerdo al CENSO del 2000, representa el 20 por ciento del estado de Veracruz, siendo una población sumamente vulnerable a infecciones de transmisión sexual, a conductas de riesgo y al mundo de las adicciones. "Los adolescentes en Veracruz demandan servicios de salud, sobre todo de padecimientos que se pueden prevenir o controlar, por otro lado ese grupo poblacional en diez años o menos demandará más servicios médicos debido a los padecimientos que se fueron generando durante la adolescencia debido a la falta de atención"[1].

"El adolescente se ha catalogado como un grupo vulnerable"[20], en cuanto a la morbilidad y mortalidad que se da en ese grupo etáreo y sobre todo las enfermedades que se pueden desarrollar en etapas posteriores (adultos y adultos mayores), por tal razón y para fortalecer el área disciplinar de comunicación en salud, se ha definido la siguiente pregunta:

Pregunta de investigación

¿Qué grado de conocimientos tienen sobre la salud los adolescentes de quince a 19 años de la jurisdicción V de Xalapa, Veracruz? y ¿A través de que medios obtienen información?

Clasificación de la pregunta por el estado de los hechos

Explicativa, cuantitativa.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los conocimientos sobre salud y a través de que medios obtienen información los adolescentes de quince a 19 años de edad de la jurisdicción sanitaria V de Xalapa, Ver.

Objetivos Específicos

- Identificar los conocimientos de salud de los adolescentes.
- Identificar los medios de comunicación que más utiliza la población objetivo.
- Identificar a las personas e instituciones con las que se relaciona el adolescente para obtener información sobre salud.
- Identificar posibles diferencias según sexo, edad y escolaridad.

Magnitud: se realizará un análisis de los conocimientos que tienen los adolescentes de quince a 19 años de edad que atiende la jurisdicción sanitaria número V de Xalapa, perteneciente a los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER); así mismo se identificarán los medios por las que se informan los jóvenes.

Trascendencia: con un diagnóstico que determine los conocimientos a la salud, identifique los medios por los que se informan los adolescentes de quince a 19 años de edad, es posible cubrir las áreas de oportunidad que posee dicho grupo etáreo y así mismo disminuir los años de vida potencialmente perdidos y los años de vida perdidos por discapacidad.

Viabilidad: es una necesidad del PASSA el contar con un diagnóstico que identifique las variables ya mencionadas en el estudio.

Factibilidad: existen apoyos en cuanto a recursos humanos, técnicos y materiales, recursos financieros por parte del PASA y de la maestría en Salud Pública de la Universidad Veracruzana.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio
Cuantitativo, observacional y transversal.

Universo
Población adolescente en edades comprendidas de quince a 19 años de edad, que habita en la zona que atiende la jurisdicción V de Xalapa de los SESVER.

Muestra
A través del programa Epi-Dat se determinó la muestra para cada jurisdicción sanitaria, se eligió una precisión tres con una muestra de 1,066 adolescentes, del total de la población que es 739,009 adolescentes de 15 a 19 años de edad. (Ver anexo 1)

Método de muestreo
A partir de la muestra obtenida se realizó la división de las encuestas por género y por zona (rural y urbana) (Ver anexo 2).

Tipo de muestreo

El muestreo es polietápico "Un ejemplo clásico de un muestreo polietápico resulta cuando se quiere seleccionar una muestra de una ciudad grande; la ciudad se divide en barrios y de ellos se eligen algunos por muestreo aleatorio simple; los barrios se dividen en calles, y dentro de ellas se seleccionan algunas también por muestreo aleatorio simple, y así sucesivamente"[21].

Se seleccionarán los municipios que conforman a la jurisdicción sanitaria V de Xalapa, Veracruz, de manera aleatoria simple. De los municipios seleccionados se hará otra selección aleatoria simple para elegir las localidades que pertenecen a los municipios seleccionados, en estas localidades se localizarán los centros de salud que se encuentren dentro del área de influencia y será ahí a través de los núcleos básicos donde se aplique el cuestionario.

La aplicación de los cuestionarios se realizará casa por casa de acuerdo al censo nominal que tengan los centros de salud y se encuentren registrados los adolescentes en edades comprendidas de quince a 19 años de edad, en dado caso que no se tenga registrados a los adolescentes se realizará la búsqueda de manera aleatoria casa por casa, a través de un mapeo de las viviendas que conforman el Área Geoestadística Básica (AGEB) y por manzana se visitarán las viviendas excluyendo aquellas que no viva el grupo de edad en estudio y hasta completar el número de adolescentes a entrevistar. Será recomendable realizar el levantamiento de la información los fines de semana, ya que es cuando se reúne la familia, debido a que entre semana los adolescentes estudian o trabajan, algunos incluso fuera de Xalapa.

Criterios de inclusión

Adolescentes (hombres y mujeres) en edades comprendidas entre quince a 19 años que habiten en la zona que atiende la jurisdicción V de Xalapa de los SESVER. Área rural y Urbana.

Criterios de exclusión

Adolescentes que se encuentren en las edades comprendidas de once a catorce años.

Otros grupos etáreos de hombres y mujeres (niños, adultos, adultos mayores)

Adolescentes que vivan en municipios que atienda el Instituto Mexicano de Seguro Social – Oportunidades (IMSS- Oportunidades).

Variables

Tabla 2. Definición teórica, dimensión, definición operativa indicadores y escala de medición de las variables a despejar en la investigación

Variable teórica/conceptual	Definición teórica	Dimensiones	Definiciones operativas	Indicadores	Escala de medición
Conocimiento	A través de la experiencia como se va nutriendo el entendimiento de sus objetos de conocimiento, a través de un proceso en el que intervienen la sensibilidad, la memoria y la imaginación (Aristoteles 322 a. de J.C)	Nutrición	Declaración que hace la persona sobre lo que sabe acerca de la nutrición Conocimiento suficiente Conocimiento insuficiente Desconoce del tema	Apartado III Sub-apartado 3.1 pregunta 3.1.1-3.1.4 De 3 a 4 preguntas correctas = Conocimiento suficiente 2 preguntas incorrectas o no lo sabe = Conocimiento insuficiente De 1 a 4 respuestas incorrectas o no lo sabe = desconoce del tema	Intervalo
		Salud mental	Declaración que hace la persona sobre lo que sabe acerca de la salud mental Conocimiento suficiente Conocimiento insuficiente Desconoce del tema	Apartado III Sub-apartado 3.2 pregunta 3.2.1-3.2.4 De 3 a 4 preguntas correctas = Conocimiento suficiente 2 preguntas incorrectas o no lo sabe = Conocimiento insuficiente De 1 a 4 respuestas incorrectas o no lo sabe = desconoce del tema	

		Auto cuidado de la salud	Declaración que hace la persona sobre lo que sabe acerca de la prevención de patologías Conocimiento suficiente Conocimiento insuficiente Desconoce del tema	Apartado III Sub-apartado 3.3 pregunta 3.3.1-3.3.4 De 3 a 4 preguntas correctas = Conocimiento suficiente 2 preguntas incorrectas o no lo sabe = Conocimiento insuficiente De 1 a 4 respuestas incorrectas o no lo sabe = desconoce del tema	
		Violencia	Declaración que hace la persona sobre lo que sabe acerca de violencia Conocimiento suficiente Conocimiento insuficiente Desconoce del tema	Apartado III Sub-apartado 3.4 pregunta 3.4.1-3.4.4 De 3 a 4 preguntas correctas = Conocimiento suficiente 2 preguntas incorrectas o no lo sabe = Conocimiento insuficiente De 1 a 4 respuestas incorrectas o no lo sabe = desconoce del tema	
		Adicciones	Declaración que hace la persona sobre lo que sabe acerca de adicciones Conocimiento suficiente Conocimiento insuficiente Desconoce del tema	Apartado III Sub-apartado 3.5 pregunta 3.5.1-3.5.4 De 3 a 4 preguntas correctas = Conocimiento suficiente 2 preguntas incorrectas o no lo sabe = Conocimiento insuficiente De 1 a 4 respuestas incorrectas o no lo sabe = desconoce del tema	
		Accidentes	Declaración que hace la persona sobre lo que sabe acerca de accidentes Conocimiento suficiente Conocimiento insuficiente Desconoce del tema	Apartado III Sub-apartado 3.6 pregunta 3.6.1-3.6.4 De 3 a 4 preguntas correctas = Conocimiento suficiente 2 preguntas incorrectas o no lo sabe = Conocimiento insuficiente De 1 a 4 respuestas incorrectas o no lo sabe = desconoce del tema	

		Salud sexual y reproductiva	Declaración que hace la persona sobre lo que sabe acerca de su salud sexual y embarazo Conocimiento suficiente Conocimiento insuficiente Desconoce del tema	Apartado III Sub-apartado 3.7 pregunta 3.7.1-3.7.4 De 3 a 4 preguntas correctas = Conocimiento suficiente 2 preguntas incorrectas o no lo sabe = Conocimiento insuficiente De 1 a 4 respuestas incorrectas o no lo sabe = desconoce del tema	
		VIH / SIDA	Declaración que hace la persona sobre lo que sabe acerca de VIH / Sida Conocimiento suficiente Conocimiento insuficiente Desconoce del tema	Apartado III Sub-apartado 3.8 pregunta 3.8.1-3.8.4 De 3 a 4 preguntas correctas = Conocimiento suficiente 2 preguntas incorrectas o no lo sabe = Conocimiento insuficiente De 1 a 4 respuestas incorrectas o no lo sabe = desconoce del tema	
				Del total de la muestra que responda arriba de 24 preguntas hasta 32 =Conocimiento suficientes generales a cerca de la salud, pero falta conocer el tema de "X" De 23 preguntas a 0 = Conocimiento insuficiente sobre salud, hace falta conocer todos los temas	Nominal Ordinal
Medio	Vehículo transportador de información, el cual lleva el mensaje del emisor al receptor, y pueden ser carta, telegrama, teléfono, radio, encuentro cara a cara, cine, casete,	Radio	Declaración de la persona si escucha o no escucha, que estación y a qué hora Proporción de la población que usa el medio	Apartado IV Pregunta 4.1 Pregunta 4.2 Sub preguntas 4.2.1-4.2.3.4 Número de personas que usan radio X100/ el total de la muestra	Nominal Ordinal

	videocasete, discurso desde una tribuna, aclamación de las masas desde una plaza pública, televisión, entre otros. Cada medio tiene sus peculiaridades y las razones para elegir pueden ser variadas (Bolio, 2002).	Televisión	Declaración de la persona si ve o no ve, que canal y a qué hora Proporción de la población que usa el medio	Apartado IV Pregunta 4.3 Sub preguntas 4.3.1-4.3.3.4 Número de personas que usan televisión X100/ el total de la muestra	Nominal Ordinal
		Revistas	Declaración de la persona Si lee o no lee, con que frecuencia y que revistas Proporción de la población que usa el medio	Apartado IV Pregunta 4.4 Sub preguntas 4.4.1-4.4.2 Número de personas que leen revistas X100/ el total de la muestra	Nominal Ordinal
		Periódicos	Declaración de la persona Si lee o no lee, con que frecuencia, que periódico y que sección Proporción de la población que usa el medio	Apartado IV Pregunta 4.5 Sub preguntas 4.5.1-4.5.3 Número de personas que leen periódicos X100/ el total de la muestra	Nominal Ordinal
		Internet	Declaración de la persona Si usa o no usa el internet, con qué frecuencia y que sitios visita Proporción de la población que usa el medio	Apartado IV Pregunta 4.6 Sub preguntas 4.6.1-4.6.2 Número de personas que usan internet X100/ el total de la muestra	Nominal Ordinal
		Trípticos y/o volantes	Declaración de la persona Si lee o no lee y que lee Proporción de la población que usa el medio	Apartado IV Pregunta 4.7 Sub pregunta 4.7.1 Número de personas que leen trípticos y/o volantes X100/ el total de la muestra	Nominal Ordinal
		Anuncios en la calle	Declaración de la persona Si los ve o los escucha y en que parte de las calles los escucha Proporción de la población que observa o escucha el medio	Apartado IV Pregunta 4.8 Sub pregunta 4.8.1 Número de personas que leen trípticos y/o volantes X100/ el total de la muestra	Nominal Ordinal

		Otro:	Declaración de la persona Si hace uso de otro medio de comunicación y de que manera lo usa Proporción de la población que usa el medio	Apartado IV Pregunta 4.1 Sub pregunta 4.1.1 Número de personas que usan otro medio de comunicación X 100/ el total de la muestra	Nominal Ordinal
		Personas e Instituciones	Declaración de la persona, si tiene relación con otros individuos y/o instituciones para informarse acerca de la salud Proporción de la población que se relaciona con otros individuos o instituciones y da mayor importancia a alguno de éstos	Apartado IV Pregunta 4.9 Número de personas que se relacionan con otro individuos e instituciones X100/ el total de la muestra Sub pregunta 4.9.1 Proporción de la población que da mayor importancia a alguno de éstos	Nominal Ordinal

Técnicas para recolectar información

Se recolectará la información a través de entrevistas por el método de encuesta, haciendo uso de la herramienta elaborada para tal investigación, dicho instrumento está conformado por cinco apartados. (Ver anexo 3)

En el primer apartado denominado *datos geográficos e identificación*, se encuentran las opciones que serán llenadas con base a las características del lugar en donde se aplique la entrevista, a través del método de encuesta, el entrevistador debe de marcar la jurisdicción sanitaria, el municipio y localidad en donde se está llevando a cabo la aplicación, así mismo se da pauta a la identificación de la entrevista.

El apartado II se denomina *escolaridad,* compuesto por dos preguntas, para identificar hasta que grado cursó o está cursando y el tipo de escuela ya sea rural o urbana y pública o privada.

El apartado III, se denomina *conocimiento sobre salud,* compuesto por ocho sub apartados, que determina el conocimiento suficiente, insuficiente o si ignora el tema, con base a los conocimientos que el adolescente tenga acerca de la salud. Los apartados refieren a todos los sub programas del PASA, de los SESVER.

Los sub apartados que componen el apartado III son los siguientes: 3.1 Nutrición, 3.2 Salud mental, 3.3 Autocuidado de la salud, 3.4 Violencia, 3.5 Adicciones, 3.6 Accidentes, 3.7 Salud sexual y reproductiva y 3.8 VIH/ SIDA.

El IV apartado es denominado medios, compuesto por nueve preguntas y 17 sub preguntas, la cantidad de éstas varía de acuerdo a la pregunta principal.

Tipo de preguntas: el instrumento de recolección de datos contiene preguntas de tipo cerradas y abiertas.

Tipo de respuestas: dicotómicas, politómicas, de opción múltiple y abiertas.

Las preguntas del apartado III denominado *Conocimiento sobre salud,* se relacionan con la variable conocimiento, en donde se medirá de manera suficiente, insuficiente o si desconoce el tema, esto se hará de manera cuantitativa.

De 3 a 4 preguntas correctas = Conocimiento suficiente
2 preguntas incorrectas o no lo sabe = Conocimiento insuficiente
De 1 a 4 respuestas incorrectas o no lo sabe = desconoce del tema

Las preguntas del apartado IV denominado medios, se relacionan con la variable medios, a través de esta sección es donde se determinan los medios de comunicación que los adolescentes están utilizando y las personas e instituciones de donde obtienen información acerca de la salud. Es a través de estos datos, con los cuales se elaborarán las estrategias.

La técnica para colectar la información consiste en seis etapas, las cuales se mencionan a continuación:

Etapa 1:
Se realizará un manual de procedimientos para el personal que aplicará la entrevista, el cual incluirá la manera en que está constituido el instrumento y los pasos a seguir para la aplicación de la entrevista. (Ver anexo 4)

Etapa 2:
Se hará una prueba piloto en la jurisdicción sanitaria V de la ciudad de Xalapa, Veracruz al 10 por ciento de la muestra, con apoyo del coordinador estatal y jurisdiccional del PASA.

Etapa 3:
Se realizará una reunión con los once coordinadores jurisdiccionales del PASA, donde se les dará a conocer el proyecto y la respectiva capacitación para que ellos las transmitan a sus centros de salud y núcleos básicos, así mismo se les hará entrega del número total de cuestionarios que les corresponde a su jurisdicción sanitaria. Cabe mencionar que para fines de la titulación sólo trabajaré con la jurisdicción sanitaria V, sin embargo; paralelamente este mismo trabajo se estará llevando a cabo en el resto de las jurisdicciones sanitarias reguladas por el coordinador estatal del programa del adolescente

Se realizará una calendarización por parte de las jurisdicciones sanitarias de las fechas y lugares donde se aplicarán las entrevistas, de acuerdo al muestreo aleatorio simple.

En coordinación con el coordinador estatal y jurisdiccional, se hará una programación de fechas para la supervisión de algunas de las jurisdicciones sanitarias para verificar el correcto llenado de la herramienta, en mi caso sólo voy a trabajar con la jurisdicción V de Xalapa.

Los coordinadores jurisdiccionales capacitarán a los integrantes de los núcleos básicos apoyándose en el Manual de Procedimientos. (Ver anexo 5).

Etapa 4:
Se aplicarán las entrevistas a los adolescentes a través del personal apto para esta función, posterior a la capacitación y apoyándose en el Manual de capacitación**.**

Etapa 5:
Para supervisar el correcto llenado de las encuestas, el investigador tomará al azar entrevistas ya aplicadas, a través de éstas, se acudirá a los hogares y se corroborará junto con el encuestado que la información que ha sido obtenida sea la real.

Etapa 6:
Posterior al levantamiento de las entrevistas, éstas serán retornadas a la jurisdicción sanitaria, entregándose directamente al coordinador jurisdiccional del programa del adolescente, quien las entregará al coordinador del proyecto para realizar la captura de la información en la base de datos, se pretende que ésta se encuentre en línea desde el portal de SESVER para su fácil captura, posteriormente.
Las encuestas serán enviadas a través de la correspondencia que sale a diario a cada jurisdicción sanitaria y a través de la misma se recibirán las encuestas respondidas. En este momento al ser recibidas las encuestas se realizará otra captura.

Técnicas para el análisis de la información

La información se analizará de manera bivariada y de acuerdo a la operacionalización de las variables.

La información que llegue a la oficina, será analizada en la base de datos realizada en ambiente Windows a través del navegador Internet Explorer, (apenas a construirse, basándose en las pantallas que el investigador diseñó).
Para el mes de julio del año 2007, se pretende tener concluido el proyecto.

CRONOGRAMA DE TRABAJO CON DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS

Todas las actividades en el presente cronograma, son programadas

Mes	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul
• Presentación de protocolo a mandos medios. • Inicio de la prueba piloto. • Inicio de la creación de la base de datos.	X					
• Presentación del proyecto y resultado de la prueba piloto y capacitación a los coordinadores jurisdiccionales. • Acudir a II Congreso Mexicano para la salud de Adolescentes y jóvenes. Toluca, Edo. De México. • Depuración y prueba de la base de datos. • Envío de entrevistas a todas las jurisdicciones.		X				
• Inicio del levantamiento de la información			X			
• Captura y análisis de la información				X		
• Procesamiento de resultados				X		
• Se integra la tesis • Revisión					X	
• Entrega de tesis • Presentación de resultados ante el Instituto • Presentación de resultados ante SESVER.						X

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Servicios de Salud de Veracruz. Programa Estatal de Atención de Salud a la Adolescencia. 2006.
2. Preciado J. Ignacio. La salud de adolescentes: cambio de paradigma de un enfoque de daños a la salud al estilo de vida sana. Disponible desde: http://www.Scielosp.org/scielo.php?sscript=sci_arttext&pid=S0036-36342003000700003&ing=es&nrm=iso
3. Secretaría de Salud. Programa de Acción: Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia. 2006.
4. Velásquez Aníbal. Efecto de un Cd multimedia en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre enfermedades de transmisión sexual y VIH SIDA de adolescentes de colegios. Lima Metropolitana 2005.
5. Tamez González Silvia. Riesgos y daños a la salud derivados del uso de Videoterminal. México 2003.
6. Fundación Instituto de Ciencias del Hombre. Comentario al trabajo titulado "Factores de riesgos y daños a la salud. Técnicas de prevención y protección". 2005.
7. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
8. Organización Panamericana de la Salud. 2004. Medios y salud: la voz de los adolescentes. Disponible desde: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps040206.htm
9. Auñón Segura Francisco Javier. Tesis para obtener el grado de licenciatura en Publicidad y relaciones Públicas. *Estrategias publicitarias para el posicionamiento del programa Arranque Parejo en la Vida para el centro de salud Maraboto de la Ciudad de Xalapa, Ver*. Facultad de Publicidad y Relaciones Públicas, Universidad Hernán Cortés; México 2004.
10. Laborda Gil Daniel. Los jóvenes y los medios de comunicación. El consumo de medios en jóvenes de secundaria. Madrid, 2003.
11. López Jiménez Daniel Fernando. Consumo de medios en estudiantes de secundaria de Bogota. Revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. V18 n. 5 Ciudad de Madrid España. Febrero – marzo 2004.
12. Filosofía para estudiantes de bachillerato. Teoría del conocimiento. Disponible desde: http://www.webdianoia.com/aristoteles/aristoteles_conoc.htm
13. Definición de autor corporativo. Página oficial de gestión del conocimiento. Disponible desde: http://www.gestiondelconocimiento.com/leer.php?id=341&colaborador=javitomar.2006
14. Paoli Bolio Antonio. Comunicación publicitaria. Capítulo 1 Comunicación – información. 5° ed. Editorial trillas. México 2002. pp 23
15. Toussaint Florence. Crítica de la Información de masas. Capítulo 3 Marxismo y comunicación. 5° ed. Editorial trillas. México 1999. pp 77
16. Beltrán y cruces Raúl. Publicidad en medios impresos. Capítulo 1 las formas de comunicación impresa. 5 ed. Editorial Trillas. México 2003. pp. 11
17. Muzquiz Peña Pedro (comunicación personal). Coordinador Estatal del Consejo Estatal para la Prevención de Accidentes. SESVER 2006.
18. Servicios de Salud de Veracruz. Seguro Popular. 2006.
19. Secretaria de Salud. Dirección General de Información en Salud. Estimaciones a partir de los totales de población por entidad federativa. 2002 CONAPO.
20. Ayala Monroy Luís (comunicación personal). Coordinador Estatal del Programa de Atención a la salud del Adolescente (PASA). SESVER 2006.
21. Aguirre Martínez Josefina y Vázquez Martínez Francisco D. Conocimientos, riesgos y daños sobre la salud en estudiantes universitarios. Estancia de proyectos de Investigación. Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. Julio 2006

LA IMPORTANCIA DE LAS NECESIDADES DE SALUD ORAL EN LA FORMACIÓN DE ODONTÓLOGOS

Jaziel Anaya Cassou
Tutor: Francisco Domingo Vázquez Martínez
Co-tutor: Dr. Víctor López Cámara
Asesora externa: Dra. María de los Ángeles Carrión Rodríguez

INTRODUCCIÓN

Se ha venido cuestionando la educación que se ofrece actualmente en las escuelas de odontología en México, ya que tanto el modelo educativo como los contenidos de los planes de estudios que predominan en la mayoría de éstas se encuentran desfasados con respecto a las nuevas demandas de la realidad nacional. Esto significa que los programas de estudios no responden en su totalidad a las necesidades sociales de salud oral existentes, a pesar que dichas necesidades son el punto de partida para justificar la elaboración de los programas educativos[1].

Esta crítica parte del reconocimiento de las deficiencias en la formación de los recursos humanos en odontología, ya que el adiestramiento se centra en atender la enfermedad y en preparar profesionales para el ejercicio privado. Y por lo consiguiente, deja de lado la perspectiva de la salud pública que privilegia la promoción, prevención, educación y comunicación en salud.

Todos estos conocimientos se han obtenido de las distintas evaluaciones e investigaciones que se han realizado a los diversos programas de estudios del país, por organismos como el Comité de Ciencias de la Salud de los Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior (CIEES), el Comité Técnico en Odontología del Consejo para la Acreditación de la Educación Superior (COPAES) y el Consejo Nacional de Educación Odontológica (CONAEDO). Sin embargo, dichas evaluaciones se han abordado desde el modelo de formación y práctica odontológica vigente que es el centrado en la enfermedad.

Por lo tanto, la presente tesis surge de la inquietud de no encontrarse reportada ninguna evaluación que se haya efectuado en programas de estudios de la licenciatura en odontología desde la perspectiva de la salud pública, con un modelo centrado en la salud y la comunicación en salud. Y así, la pretensión del investigador es aplicar un instrumento de evaluación desde la perspectiva de la salud, al programa de estudios de la Facultad de Odontología Veracruz.

Cabe mencionar que la trascendencia del proyecto es de dos tipos: social y económica. En lo que respecta a lo social, al conocer cuáles son las necesidades que tiene la población en salud oral, se podrán realizar propuestas de programas para que éstas sean cubiertas y por ende habrá un beneficio social. En las instituciones de salud esto ayudará a priorizar y canalizar gastos y costos hacia las necesidades apremiantes de la población y con ello podrá evitarse la subutilización de recursos. Además, los profesionales podrán tener una mejor inserción en el campo laboral, y con ello mejorará la productividad de esta rama.

MARCO CONCEPTUAL

Este capítulo parte desde los diferentes conceptos que se han manejado en salud pública tanto de enfermedad como de salud, para explicar la forma en que estos fenómenos se presentan en la población han surgido los modelos de salud y enfermedad los cuales también son abordados. Para conocer si éstos se dan en la población, si están siendo explicados y sí se está dando respuesta a ellos, se debe

primeramente conocer cuáles son las necesidades que la sociedad tiene en este sentido. Una forma de resolver las demandas de la población es a través de la formación de profesionistas, es por ello que en esta parte se menciona lo que es un programa de educación superior y cómo es que se evalúa para saber si éste da respuesta o no a las necesidades de las cuales surgió.

Concepto de salud y enfermedad

Las propuestas de conceptualización del proceso salud - enfermedad han evolucionado a través del tiempo, de acuerdo con el nivel científico y tecnológico de cada época[2].

Así, encontramos en la edad media el *concepto de enfermedad mágico-religioso* que resulta de fuerzas o espíritus y representa un castigo divino o un estado de purificación que pone a prueba la fé religiosa[3]. En la época de la revolución industrial aparece el *concepto sanitarista* y la salud-enfermedad es consecuencia de las condiciones insalubres que rodean al hombre[3].

A principios del siglo XIX surge el *concepto social* [3], en el cual la salud-enfermedad se genera en las condiciones de trabajo y vida del hombre; sus variables son el estilo de vida y los factores del agente y del ambiente[3]. A mitad de siglo aparece el *concepto unicausal* [4] donde la enfermedad es la respuesta a la presencia activa del agente biológico causal.

Ya en el siglo XX aparecen los *conceptos multicausal* [5], *epidemiológico* [6] *y ecológic o*[7]*;* en el primero la salud- enfermedad es la respuesta de factores que corresponden al agente, al huésped y al ambiente, el segundo introduce la red de causalidad y el análisis de factores de riesgo, el tercero resulta de la interacción agente-huésped-ambiente en un contexto tridimensional que descubre las relaciones de factores causales entre sí y las relaciones directas con el efecto.

De los años 50´s a los 80´s emergen los *conceptos histórico social* [8]*, geográfico* [9] *y económico* [10] en donde los factores causales se permean por lo social-histórico, la enfermedad resulta de la interacción de factores patológicos y factores propios del ambiente geográfico y el último conceptualiza a la salud como un bien de inversión y de consumo para estar alerta ante la enfermedad. Ya en los 90´s aparece el *concepto interdisciplinario,* la salud-enfermedad es un estado resultante de la interacción de factores interdisciplinarios y que operan jerárquicamente[2].

Uno de los conceptos de salud-enfermedad más recientes es el propuesto por Ligia Sequera en el 2005 en su *modelo de conceptos diferentes*, el cual tiene como característica más importante el partir de la escisión del sentido y del significado de la salud y de la enfermedad. Para ella el sentido de salud está en construcción, es el objeto de la salud pública como campo científico. Por el lado contrario la enfermedad es el objeto de la ciencia médica y son las aproximaciones negativas, y de daño[11]. A continuación se mencionan los modelos que surgen a partir de estos conceptos.

Modelos de salud y enfermedad

Un modelo es un conjunto de elementos esenciales que logra representar un aspecto de la realidad, generalmente es derivado de la teoría, pero también de la vida empírica, de la abstracción a modo de descripción verbal, visual o matemática[12].

Se va a entender por modelo de salud el introducido por la antropología médica y son las teorías que explican los fenómenos de salud y de enfermedad. Dicho término se refiere a los modos particulares de definir, entender, dar sentido y/o significado a estos conceptos; así como para caracterizar las formas como las personas, las instituciones y las sociedades ponen en práctica estas concepciones, ya que en la

forma en que son entendidos estos términos, determina la manera en que son aplicados cotidianamente a las prácticas profesionales y sociales[11].

Los modelos "puros" prácticamente han desaparecido, dando lugar a formas de interpretar que intentan esbozar y dar importancia a los procesos sociales en la producción de las condiciones colectivas de salud y enfermedad[13].

Los enfoques tradicionales de estudio y práctica en salud pública son: el biomédico y el socioecológico[12]. El primero centrándose en la atención de la enfermedad y el segundo tiene una clara base poblacional, una visión integradora, una perspectiva de equidad y de ciudadanía, su objetivo es mejorar las condiciones colectivas de salud[13].

Por lo tanto un modelo centrado en la enfermedad implica:

1. Actuar ex post sobre la enfermedad, con lo cual se limita a reparar los daños
2. Enfatizar el aspecto terapéutico de control
3. Esperar el constante retorno a una normalidad definida según metas y normas que predominen en el sistema social
4. Promover la continua especialización de lugares y centros terapéuticos aislados de otros ámbitos

Por el otro lado, un modelo centrado en la salud implica:

1. Actuar preventivamente, con el objetivo central que las personas se mantengan en salud por una orientación activa de capacidad y voluntad. No siendo la salud un estado, sino un proceso
2. Enfatizar el papel dinámico del sujeto como polo de reciprocidad activa respecto a las instituciones y roles médico-sanitarios
3. Esperar un constante compromiso enfocado al cambio de modo de vida no sólo individual, sino también por parte del sistema sanitario
4. Esperar que la salud sea promovida y salvaguardada por los actores sociales, tanto por individuos como por la colectividad y la instituciones[13]

Durante los siglos XX y XXI han aparecido más de 60 modelos conceptuales que explican comportamientos de salud y enfermedad individuales, grupales y sociales. Entre los más representativos se encuentran el de Leavell y Clark 1958, Holístico de Laframboise, Salutogénico de Antonovsky en 1979, Indicadores positivo de salud Cartford 1983, Triesférico de promoción en 1990, Alianzas promotoras de salud de Gillies 1995, el de Conceptos Diferentes de Sequera en 2005, entre otros[12]. Para saber si los modelos están explicando la realidad de la población en México es necesario conocer las necesidades y demandas de atención requeridas en el país, las cuales se presentan en el siguiente apartado.

Necesidades de salud y enfermedad bucal en México

1. Enfermedades bucales

La caries dental es la enfermedad más común entre los niños de la Región de las Américas; aproximadamente 90 por ciento de los escolares (cinco a 17 años) tienen caries dental[14].
De acuerdo a la OPS, el perfil epidemiológico de la caries en México ha mejorado de tener en un índice CPOD de 3-5 en 1996 a tener un CPOD de 3 en el 2005[15]. Sin embargo, en México la encuesta nacional de caries y fluorosis dental 1997-2001 en sus resultados preeliminares establece los siguientes porcentajes de prevalencia de la caries en escolares de seis a quince años[16]:

Tabla 1. Porcentaje de prevalencia de caries dental en escolares

Edad	% Nacional	% Veracruz
6 años	60.3%	72.3%
7 años	63%	73.1%
8 años	68.5%	77.2%
9 años	70.7%	77%
10 años	65.3%	68.5%
12 años	60%	54.7%
15 años	67.6%	60.1%

Fuente: Encuesta nacional de caries y fluorosis dental 1997-2001, resultados preeliminares.

Los resultados que se obtuvieron fue un índice CPOD en escolares de doce años de edad en el Estado de Veracruz de 1.2-2.6, el Estado de México con el índice CPOD nacional más alto de 3.8 y el índice más bajo fue Yucatán con 0.6[16].

De acuerdo con el diagnóstico del estado de salud bucal en la población rural del Programa IMSS-Oportunidades en el 2001, a nivel nacional el 74 por ciento de los adolescentes de 18 años cuentan con el total de sus dientes y en Veracruz es de 85 a 94 por ciento . El promedio nacional de dientes perdidos en población de 35 a 44 años es de cinco, para Veracruz es de 6-8. Y el promedio de dientes presentes en población de 60 años y más nacional es de catorce, en Veracruz es de 10- 14[16].

El sistema de vigilancia epidemiológica de patologías bucales en un corte realizado a marzo del 2006 reporta para Veracruz un porcentaje de prevalencia de caries en población de seis años de 68.18 por ciento , un CPO en población de doce años de 5.3, un índice periodóntico comunitario IPC en población de 35-44 años sangrado doce por ciento, cálculo 28 por ciento, bolsa de 4-5 mm 25 por ciento y bolsa de más de 6 mm cinco por ciento. Y el porcentaje de pacientes de 18 años que acuden a los servicios de salud con todos los dientes presentes 89.02 por ciento[17].

Los cánceres de la cavidad bucal y de la faringe son prevenibles como letales, representan cerca del cuatro por ciento de los casos totales de cáncer y tienen una tasa de mortalidad del tres por ciento. Aproximadamente la mitad de los pacientes mueren en los cinco años siguientes al diagnóstico. El consumo de tabaco y alcohol se asocian al 70 por ciento de las lesiones cancerosas, por el efecto sinérgico que ejercen[14].

2. Utilización de servicios preventivos

Los resultados que se obtuvieron en la Encuesta Nacional de Salud 2000, respecto a la solicitud de atención preventiva en salud oral en los últimos doce meses en el grupo de mujeres de doce a 49 años fue de 12.2 por ciento , en el grupo de 40 años y más fue de 8.6 por ciento, en el grupo de hombres de 40 años y más fue de 10.3 por ciento. Y el 10.8 por ciento de mujeres en general solicitó alguna atención de revisión dental, limpieza o aplicación de flúor, en el grupo de hombres en general la solicitud de algún servicio preventivo en salud oral fue de 12.2 por ciento [18].

Sólo uno de cada dos mexicanos menores de diez años y uno de cada cuatro adultos utilizaron servicios preventivos, entre los que se encuentran la prevención en salud oral, de los 16.5 millones de personas que utilizaron algún servicio de salud preventivo, tuvo un promedio de 84.3 pesos de gasto de bolsillo por individuo en la última atención[18]. El promedio de gasto de bolsillo en la última atención por hogar en atención ambulatoria preventiva (en la que se incluye la prevención en salud oral) fue de 149.6 pesos. Y

la percepción de calidad de la atención que tuvieron las personas que utilizaron dichos servicios el 88 por ciento dice que fue muy bueno o bueno, el 9.4 por ciento dice que fue regular y el 1.8 por ciento consideró que fue malo[18].

Una forma de cubrir las necesidades ya descritas, es formando trabajadores adecuados, con las capacidades pertinentes y que estén en el lugar oportuno haciendo lo que corresponde, y esto no se puede dar si no existen programas de estudios a nivel licenciatura que llenen los requisitos mencionados.

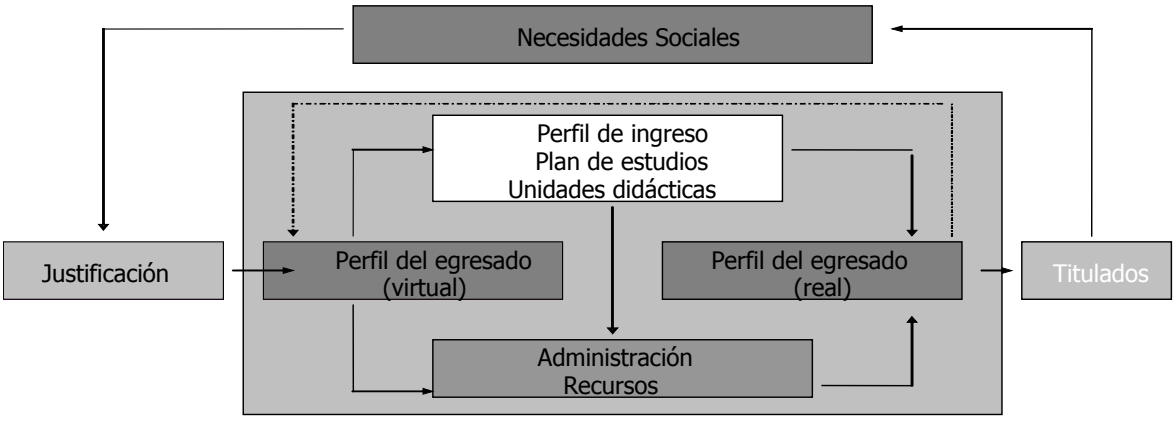
Programa de educación superior

Se entiende por programa educativo a cualquier actividad pedagógica en proceso que ha sido diseñada para producir cambios específicos en la conducta de los individuos expuestos a ella[19].

Un programa de educación superior es un instrumento curricular donde se organizan las actividades de enseñanza-aprendizaje, que permite orientar al docente en su práctica con respecto a los objetivos a lograr, las conductas que deben manifestar los alumnos, las actividades y contenidos a desarrollar, así como las estrategias y recursos a emplear con este fin[20].

Un programa de educación superior, consta de tres componentes: el fundamental o central, el sustantivo y el de apoyo. A su vez, cada componente tiene elementos; en el fundamental su elemento es la justificación, en el sustantivo son el perfil de ingreso y de egreso (virtual y real), plan de estudios, unidades didácticas y administración de recursos y en el de apoyo son los egresados[21] . (Véase la Figura 1)

Figura 1.Componentes de un programa de estudios



Programa de educación superior

Las necesidades sociales no son un elemento propiamente del programa, estas comprenden a toda la problemática existente en el contexto que da origen a un programa de educación superior y que, de alguna manera, se considera que coadyuva a resolver. La justificación del programa son las razones que le dan origen a programa de estudios, se toman de las carencias o necesidades sociales, el perfil de egreso es el conjunto de rasgos, peculiaridades o atributos que adquirirán y caracterizarán a los alumnos que cursen completo el programa. Como plan de estudios entendemos el modo o estrategia de llevar a cabo las experiencias educativas o unidades didácticas para desarrollar una forma de ser y por último las

experiencias educativas o unidades didácticas corresponden a las asignaturas o módulos y se presentan los métodos de enseñanza-aprendizaje, la forma de evaluación, bibliografía, profesores, etc[21].
Es evidente que para mejorar un programa de estudios es necesario evaluarlo continuamente, y es por ello que a continuación se hace referencia a como se debe evaluar un programa de estudios.

Evaluación de programas de educación

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua, define evaluar como señalar el valor de una cosa y evaluación como sinónimo de valuación y valoración[22]. Para Weiss la evaluación es una ciencia social que se vale de los métodos y el instrumental de la investigación social[23].

Evaluar un programa educativo, es emitir un juicio de valor, a un programa/intervención basándose en la información empírica que será recogida de manera sistémica y rigurosa[24].

El proceso para emitir un juicio de valor, consta de tres fases:

1. Desarrollar criterios que especifiquen los ideales
2. Para cada criterio especificar estándares
3. Recoger información para cotejar si se alcanzaron o no los estándares[24].

Los criterios científicos de la evaluación son la validez, la confiabilidad y la objetividad[25].

La investigación evaluativa es un método que reúne sistemáticamente pruebas y testimonios para traducirlos a expresiones cuantitativas. Además de sacar conclusiones acerca de la eficacia, valor y éxito del fenómeno estudiado[23]. Es un tipo especial de investigación aplicada cuya meta, no es el descubrimiento del conocimiento, sino el de proporcionar información para la planificación del programa, su realización y su desarrollo. Este tipo de investigación permite que las predicciones se conviertan en un resultado de la investigación,[26] además, contiene una amplia serie de variables sobre las que el evaluador tiene muy poco o ningún control y sus resultados son poco generalizables, pues son aplicables al programa que está siendo evaluado y a sus ramificaciones contextuales[25].

MARCO EMPÍRICO

Panorama de la educación odontológica en México

Para el año 2002 según datos de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES), estaban registradas 50 universidades que agrupaban un total de 67 escuelas de odontología y un registro de 31,414 alumnos. La duración de sus planes de estudio oscila entre los cuatro y cinco años[27], los comités interinstitucionales de evaluación de la educación superior han considerado dos tipos de modelos educativos en odontología: el *tradicional* y el *innovador*[28].

El objetivo curricular del primero está orientado hacia la enfermedad, la reparación y la rehabilitación y el segundo está orientado hacia el mantenimiento de la salud[28]. Tan sólo en el estado de Veracruz se encuentran cinco facultades de odontología de la Universidad Veracruzana y cada una de ellas tiene un programa de estudios diferente. En el 2003 la Facultad de Odontología Veracruz cambió de un programa de estudios tradicional a uno innovador denominado Modelo Educativo Integral y Flexible (MEIF), el cual en lugar de tener unidades didácticas ahora se denominan experiencias educativas y en donde el alumno debe obtener al final de la licenciatura 450 créditos, dicho modelo propone cuatro áreas de formación y son la básica, la disciplinar, la terminal y la efectiva. Con esto se pretende que los estudiantes se involucren en procesos de enseñanza-aprendizaje más profundos y significativos[29].

Panorama de la evaluación de programas de educación superior

A nivel internacional el movimiento de evaluación y acreditación de la educación superior, ha incursionado en la mayoría de los países. En España, se desarrolló, entre 1992 y 1994, el Programa Experimental de Evaluación de la Calidad de la Universidad y éste se conectó en 1994 con el Proyecto Piloto de la Unión Europea, como consecuencia de ambos proyectos se logró, en 1995, el Plan Nacional de Evaluación de la Calidad[30]. Cuba practica una evaluación institucional y de programas de sus centros de educación superior basada en el cumplimiento de objetivos institucionales y de los objetivos de los planes y programas establecidos para la formación de los profesionales[31].

Chile está experimentando últimamente una creciente diversificación del sistema de educación superior y la acreditación es obligatoria sólo para las universidades privadas[32]. En Colombia, la evaluación de la educación superior tuvo desarrollos fuertes en la década de 1980, se dio gran importancia a la evaluación y acreditación como correlatos de la autonomía universitaria[33].

En México los Comités Interinstitucionales para la evaluación de la educación superior son los encargados de llevar a cabo las evaluaciones de programas, funciones, servicios y proyectos ubicados en la educación superior. Estos fueron instituidos en 1991 en la concertación de la Secretaría de Educación Pública (SEP) y la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES), dentro de este organismo se encuentra el Comité de Ciencias de la Salud y es el encargado de evaluar los programas en odontología y dar el veredicto si el programa puede ser acreditable o no[34].

Casos empíricos

Internacionales

En el año 2002, Palanco Reyes realizó una tesis titulada: Propuesta de los problemas profesionales para la Carrera de Estomatología, efectúo una investigación pedagógica de tipo teórico del plan de estudios de la carrera de estomatología de la Facultad de Estomatología del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, el problema de investigación lo constituyó la inadecuada formulación de los problemas profesionales en el Modelo del profesional para la formación del Estomatólogo General Básico (EGB) y la metodología utilizada fue: primero hacer un análisis histórico de los diferentes planes de estudios, como segundo paso caracterizó el modelo profesional para la formación del EGB y como tercer paso realizó encuestas a los académicos, decanos, entre otros para así, proponer los problemas profesionales que se deberían incluir en el modelo profesional para la formación del EGB[35].

La investigación tiene en común con el presente trabajo las variables de plan de estudios y problemas profesionales que serán llamadas necesidades de salud. Las diferencias radican en que aquí se evaluará no solo el plan de estudios sino todo el programa y que será desde la perspectiva de la salud pública y la comunicación en salud, y la autora realizó la evaluación desde el modelo de atención integral el cual daba el mismo peso a la salud y a la enfermedad.

Se publicó un artículo español en el 2002 titulado: la evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿qué nos dicen los meta-análisis?; su objetivo fue el de evaluar el impacto de los programas y las características de las intervenciones más efectivas, para ello se revisaron los meta-análisis publicados en base de datos de 1990 a 1999 y se obtuvo como resultado que los programas son consistentes pero limitados, por lo que se recomienda la introducción de incentivos y de apoyos de cesación en clase, así como la realización de sesiones de refuerzo por teléfono[36].

La diferencias entre la investigación presentada y la que se va a realizar es primero la naturaleza del programa, segundo las variables que se emplearon y por último tipo de evaluación que se va a llevar a cabo, ya que el meta-análisis es evaluar las evaluaciones ya realizadas y en este proyecto se realizará la evaluación directamente del programa.

En el año 2006 se publicó en Colombia los resultados de la evaluación realizada a la estrategia de comunicación "Mejor hablemos", cuya función es el prevenir y promover la violencia pacífica en Calí, se hizo una medición post-intervención en el año 2000 y se comparó con la línea de base del estudio ACTIVA, realizada en 1996 por la OPS en ocho ciudades de Latinoamérica (incluida Cali) y España. Se realizaron tres tipos de análisis: descriptivo-comparativo entre los periodos, y análisis bivariado y multivariado usando actitudes y habilidades como variables dependientes. Los resultados obtenidos fueron que la estrategia tuvo poco impacto en las áreas comunitarias intervenidas; sin embargo, la intervención universal generó un impacto positivo sobre el resto de la ciudad y se propone poner en marcha procesos de promoción y prevención multisectorial, interdisciplinaria, continua y prolongada, que involucren de forma articulada al individuo y sus contextos familiar, comunitario e institucional-gubernamental[37].

Lo que hace común a esta investigación con lo que se pretende realizar es la evaluación que se llevará a cabo a un programa y que la respuesta esperada primero será de tipo numérica para después convertir éstos a una escala cualitativa.

Nacionales

López Cámara realizó una investigación de documentos existentes acerca de los procesos de evaluación en México para los programas de licenciatura en odontología en el año 2003, además de entrevistas con las autoridades académicas, cuerpos docentes y alumnos de las escuelas y facultades y el análisis de los modelos utilizados por las instituciones dedicadas a la evaluación.

En los resultados se encontró que el propósito, métodos y elementos que evalúa la Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior (CIEES) es de tipo diagnóstica y el Consejo Nacional de Educación Odontológica (CONAEDO) busca la acreditación, la diferencia encontrada al comparar los procesos de evaluación utilizados por ambas instituciones, consistió en que los 15 programas evaluados por la CONAEDO que aparecían como satisfactorios y merecedores de la acreditación, en la evaluación de los CIEES propusieron efectuar cambios trascendentales. Los resultados del estudio muestran que las recomendaciones tanto de escuelas como de instituciones evaluadoras que les reconocen altos cumplimientos, no reflejan cambios significativos o no han sido de utilidad para mejorar la realidad observada[38].

En esta investigación se refleja la necesidad de revisar y evaluar los programas educativos odontológicos en México, pero no tan solo por las instituciones dedicadas a la evaluación, sino que ésta se realice por agentes externos para que se puedan redondear las recomendaciones y se generen los cambios que son apremiantes para la formación odontológica. Y la diferencia más significativa con respecto al presente proyecto es la perspectiva utilizada para la evaluación, la cual se basa en los modelos de atención de la enfermedad.

En el año 2002, se publicó una investigación cuyo objetivo fue analizar la enseñanza odontológica en México, considerando información documental de los planes de estudios, métodos educativos, planta física, personal docente y alumnado, aplicándose cuestionarios a los estudiantes, realizándose entrevistas a docentes y autoridades de 23 escuelas públicas seleccionadas aleatoriamente, el cual se efectuó de 1998 al 2001. Se encontró que 87 por ciento de las escuelas estaban en proceso de especificar el perfil

del egresado en sus documentos oficiales y los programas de los contenidos o materias están formulados de manera independiente de sus declaraciones de principios. En 90 por ciento de las escuelas se utiliza para la enseñanza de actividades clínicas una relación maestro- aprendiz, con base en técnicas agrupadas por especialidades; se carece de manuales de procedimientos clínicos y estándares de calidad establecidos.

Se encuentran ausentes en la mayoría de las escuelas la evaluación curricular y la investigación educativa. En la mayoría de las facultades no existe contacto con otras profesiones de la salud con lo cual se refuerza el aislamiento profesional. Las semejanzas encontradas entre las diversas escuelas fueron muchas y ello permite constatar que hay un perfil de educación odontológica a partir del cual se reproduce el modelo de práctica profesional vigente[39].

Las diferencias entre la tesis que se pretende realizar y la investigación antes mencionada son la metodología, los instrumentos a utilizar, el número de programas a evaluar y la visión desde la que se parte que es la centrada en la salud y la comunicación en salud.

En el 2001 Lara y cols. realizaron un análisis de las diferentes recomendaciones para la educación odontológica que se propusieron desde la década de los sesenta en América Latina, los cuales dieron lugar a distintas corrientes para la formación de estos profesionales y los principales factores que han influenciado las tendencias actuales en la educación odontológica.

La enseñanza de la odontología en América Latina se ha caracterizado porque en sus curricula los contenidos están desarticulados, sin vinculación entre las ciencias básicas, clínicas y sociales, tampoco hay integración entre la teoría y la práctica, se usan métodos pasivos de aprendizaje, la información no es parte de la formación de los alumnos y el compromiso y responsabilidad sociales de los alumnos no son incentivados adecuadamente.

Los factores que influyen para esta educación son el contexto socioeconómico y político, las condiciones de salud, el papel de la ciencia y la tecnología y los aspectos valorativos y consideraciones éticas. Por lo que el modelo tradicional de práctica va a tener que sufrir modificaciones para adaptarse al actual mercado de trabajo y a las nuevas condiciones de las prácticas profesionales; considerando impostergable la revisión de cuales aspectos de la enseñanza deberán ser modificados y en qué sentido. En este artículo se propone definir, reestructurar y vincular los programas de educación odontológica para enfrentar los retos que se identificaron[1].

Esta investigación documental, refleja los problemas y las necesidades que se han dado a través del tiempo en la formación de recursos humanos odontológicos en el país, y da pie a la reflexión que al parecer algunas de estas necesidades siguen sin ser atendidas. Cabe resaltar, que lo que se pretende hacer con esta tesis es el rescatar las necesidades de comunicación y salud bucal que existen en el panorama nacional.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OPS ha propuesto para el desarrollo de recursos humanos en salud oral, la formación apropiada de éstos; la cual debe basarse en las necesidades que tiene la población y orientarse del nuevo temario de salud oral en la Región de las Américas[1]. Y la OMS propone que los patrones de la práctica profesional realizados por los odontólogos deben determinarse de acuerdo a la situación epidemiológica de las enfermedades bucodentales en los países[40].

Y a pesar de esto, en México se han evaluado y acreditado programas de estudios sin tomar en cuenta las necesidades de salud oral la población, es decir, no se han evaluado los programas desde la perspectiva salutogénica. Sin embargo, el propósito de las escuelas y facultades de odontología sea el preparar profesionales capaces de atender los problemas de salud bucal de la sociedad y conseguir que sus egresados se incorporen al mercado de trabajo, es por ello y por todos los argumentos presentados en párrafos anteriores que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿El programa de estudios de la Facultad de odontología Veracruz de la Universidad Veracruzana, responde a las necesidades de salud y de comunicación en salud?

Esta pregunta de investigación es de tipo exploratoria, ya que se va a indagar sobre el programa de estudios y el tipo de formación de recursos humanos que se lleva a cabo en dicha facultad. Y la respuesta a esta pregunta que se contempla es cuantitativa-cualitativa, ya que primero se obtendrán resultados numéricos y después éstos se tendrán que cualificar para determinar la respuesta.

La hipótesis de trabajo que se plantea es la siguiente:

Si el programa de estudios responde a las necesidades de salud oral, entonces deberá contener en su justificación, perfil de egreso, plan de estudios y experiencias educativas los siguientes temas:

- Promoción de la salud bucal.
- Educación para la salud bucal.
- Comunicación en salud.
- Prevención de la enfermedad bucal.
- Calidad de la atención bucal.
- Administración de servicios odontológicos.
- Marco legal de la atención odontológica.
- Investigación en odontología.

OBJETIVOS

Objetivo general

- **“**Evaluar el programa de estudios en la Facultad de Odontología Veracruz de la UV, partiendo de las necesidades de salud oral y de comunicación en salud”

Objetivos específicos

- Identificar las necesidades de salud oral que se deben incluir en la formación de los licenciados en odontología.
- Validar las necesidades de salud oral y de comunicación en salud, que deben ser incluidos en un programa de estudios de licenciatura en odontología.
- Construir el instrumento de evaluación para el programa de estudios, desde las necesidades de salud oral.
- Aplicar el instrumento de evaluación al programa de estudios de la licenciatura en odontología de la Facultad de Veracruz de la UV.

METODOLOGÍA

Diseño metodológico

El tipo de investigación a realizar es una investigación evaluativa y para la recolección de la información se harán uso de herramientas de tipo cualitativo y cuantitativo. El universo a considerar serán las cinco facultades de odontología de la Universidad Veracruzana, localizadas en Xalapa, Poza Rica, Minatitlán, Río Blanco y Veracruz.

Como muestra a conveniencia se tomará la Facultad de Veracruz, ya que es la que es la más cercana y tiene en vigencia su programa de estudios con el Modelo Educativo Integral y Flexible (MEIF).

Fases metodológicas

Esta investigación se llevará a cabo en las siguientes 3 fases metodológicas:

Fase 1. Es la que corresponde a definir los criterios que especifiquen los ideales, es decir se partirá de la identificación de las necesidades de salud oral, las cuales se obtendrán de las encuestas nacionales de salud, de los programas nacionales de salud y de salud bucal, de los diagnósticos y propuestas realizados por organismos como la OMS y OPS, de investigaciones, entre otros.

Una vez identificadas éstas, se procederá a que sean validadas a través de una consulta a expertos, considerando como tales a los que reúnan por lo menos dos de los siguientes requisitos:

- Ser responsables del Programa de Salud Bucal en alguna institución de salud (IMSS, ISSSTE, SEDENA, SECMAR, SSA, DIF).
- Tener estudios de posgrado en Salud Pública, Educación, Pedagogía, Comunicación, Medicina social, etc.
- Ser catedráticos en licenciatura en odontología
- Ser licenciado en odontología, cirujanos dentistas o licenciados en estomatología

La consulta a expertos tendrá un mínimo de seis participantes y el máximo dependerá del número de expertos que se puedan contactar, para dicha consulta se hará un cuestionario el cual será enviado a los expertos una vez que se haya validado, para que sea en éste donde plasmen su opinión.

El análisis que se llevará a cabo en esta fase será a través de medidas de tendencia central como son la moda, media y mediana, esto se hará a cada uno de los temas que se han propuesto en el instrumento y si las tres salen por arriba de ocho entonces este tema quedará incluido en el instrumento de evaluación, de ser menor en alguna de las tres el tema se eliminará. También se tomarán en cuenta todas las observaciones y sugerencias realizadas por los expertos en donde se incluirán los temas que surjan de las mismas.

Fase 2. Una vez validadas por los expertos las necesidades de salud oral, se procederá a especificar los estándares. Lo que se traduce en diseñar el instrumento con el cual se va a evaluar el programa, construyendo las escalas de medición de dicho instrumento con los resultados de la consulta a expertos. Para fines prácticos del investigador, se pretende crear un instrumento electrónico en hoja de cálculo del programa Excel. En esta fase se tendrá que validar el instrumento, así como se realizaran las pre-pruebas y pruebas piloto pertinentes.

Fase 3. En esta fase se aplicará el instrumento electrónico de evaluación a la Facultad de Odontología Veracruz, la evaluación está considerada para llevarse a cabo en aproximadamente un mes. También en esta fase, se analizarán los resultados y se emitirá un juicio de valor sobre los mismos.

Variables e indicadores

Las variables a utilizarse en esta investigación son 3, a continuación se presenta cada una de ellas con su definición conceptual:

A) Programa de la licenciatura en odontología: documento curricular donde se organizan las actividades de enseñanza-aprendizaje, que permiten orientar al docente en su práctica con respecto a los objetivos a lograr, las actividades y contenidos a desarrollar, así como las estrategias y recursos a emplear con este fin[21], la cual será medida a través de cuatro indicadores como puede observarse en la siguiente tabla:

Tabla 2. Tabla de operacionalización de variable programa de la licenciatura en Facultad de Odontología Veracruz de la UV

Variable operacional	Indicadores	Definición operacional
Programa de la licenciatura en odontología El que se encuentre vigente en la Facultad Veracruz de la UV	Justificación del programa	La justificación que se encuentre en el programa de la licenciatura en la Facultad Veracruz UV
	Perfil de egreso	El perfil de egreso que se encuentre en el programa de la licenciatura en la Facultad Veracruz UV
	Plan de estudios	El que se encuentre en el programa de la licenciatura en la Facultad Veracruz UV y la forma de llevar a cabo las experiencias educativas, en caso de no encontrarse como parte del programa
	Experiencias educativas	Las unidades didácticas que se encuentren en el programa de la licenciatura en la Facultad Veracruz UV

Fuente: Investigación "Formación de odontólogos y necesidades de salud oral". ISP/UV, 2006

B) *Necesidades de salud oral:* aquella problemática existente en el contexto que da origen a un programa de educación superior y son las que precisan para alcanzar un estado de mayor bienestar y funcionalidad[22], esta variable consta de siete necesidades de salud y cada una de éstas será medida por cinco, seis y siete indicadores, como se puede apreciar en la siguiente tabla:

Tabla 3. Tabla de operacionalización de variable necesidades de salud oral

Variable operacional	Necesidades de salud oral	Indicadores	Definición
Necesidades de salud oral lo que un individuo o comunidad requiere para alcanzar o conservar un estado de bienestar y funcionalidad ya sea físico, mental o social	Promoción de la salud bucal	Educación para la salud	Es el proceso de enseñanza que capacita para la gestión de la propia salud
		Planeación de programas de salud bucal	Elaboración de programas de la atención de la salud bucal de una comunidad
		Ejecución de programas de salud bucal	Llevar a cabo los programas de atención a la comunidad
		Participación social	Organizar a la comunidad para que participen en asuntos referentes a su salud
		Medio ambiente	Mejoramiento del ambiente y favorecer la salud
Necesidades de salud oral lo que un individuo o comunidad requiere para alcanzar o conservar un estado de bienestar y funcionalidad ya sea físico, mental o social	Prevención de la enfermedad bucal	Acciones preventivas locales	Profilaxis, aplicaciones tópicas de flúor, detección de placa dentobacteriana, técnica de cepillado, sellador de fosa y fisura, etc.
		Acciones preventivas sistémicas	Flúor en sal, flúor sistémico, tabletas de flúor, gotas de flúor, etc.
		Hábitos alimentarios	Importancia de la dieta para la salud bucal
		Actividad cariogénica	Pruebas diagnósticas para conocer el grado de actividad cariogénica
		Diagnóstico precoz de enfermedades bucales	Pruebas, revisiones y exámenes para detectar oportunamente el inicio de las enfermedades en boca
		Situación social	Circunstancias sociales, culturales y económicas que se relacionan con la salud bucal
		Teoría sistémica aplicada a la calidad	Condiciones *estructurales* en las que se presta la atención odontológica, las características del *proceso*, conforme a los principios éticos, normas y conocimientos vigentes, el logro de los *resultados* previstos y el proceso de mejora continua

	Calidad de la atención bucal	Acreditación de unidades odontológicas	Procedimiento para obtener el documento espedido por el Consejo de Salubridad General donde se reconoce que se cumplen con los criterios establecidos por este organismo en las unidades dentales
		Certificación de unidades odontológicas	Procedimiento para obtener el documento que avala que se cumplen con criterios mínimos aceptables de calidad establecidos por el Consejo de Salubridad General
		Certificación del Licenciado en Odontología	Procedimiento para obtener el documento expedido por la CONAEDO donde se reconoce que la práctica profesional cumple con los estándares y requisitos propuestos por este organismo

Necesidades de salud oral lo que un individuo o comunidad requiere para alcanzar o conservar un estado de bienestar y funcionalidad ya sea físico, mental o social	Calidad de la atención odontológica	Calidad de la atención odontológica	Forma apropiada con la que se realizan las acciones de salud, ofrecer al paciente el máximo beneficio con el menor riesgo y con un costo adecuado ajustándose a normas o estándares que describen las características de un servicio de salud.
		Monitoria de la calidad	Medición sistematizada del comportamiento de una o más variables de los servicios odontológicos durante periodos establecidos y con frecuencias determinadas.
		Evaluación de la calidad	Análisis metodológico de la situación en que se otorga la atención odontológica, asignando un juicio de valor referido a una norma o meta de operación.
	Marco legal	Ley General de Salud	Legislación a través de la que se instrumentan los derechos de los ciudadanos mexicanos en materia de salud
		Normas oficiales mexicanas relacionadas con la atención odontológica	Instrumentos de regulación jurídica y establecen los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios para llevar a cabo algún proceso, procedimiento o acción sanitaria
		Carta de los derechos de los pacientes	Escrito en el que se enlistan los deberes, obligaciones y prestaciones que le corresponden al paciente
		Código de conducta para el personal de salud	Guía del comportamiento y proceder que debe tener un prestador de servicio de salud

Necesidades de salud oral lo que un individuo o comunidad requiere para alcanzar o conservar un estado de bienestar y funcionalidad ya sea físico, mental o social	Calidad de la atención odontológica	Odontología legal y forense	Aplicación de los conocimientos odontológicos con fines de identificación y de utilidad en el derecho Laboral, Civil y Penal
	Administración	Proceso administrativo aplicado a la odontología	La planeación, organización, dirección, coordinación y el control de la atención odontológica.
		Liderazgo	Forma especial de poder, involucra la habilidad y cualidades para obtener la subordinación voluntaria por parte de los seguidores.
		Gasto catastrófico	O empobrecedor es el pago directo del bolsillo de los hogares para cubrir servicios de salud que los lleva a sobrepasar la línea de la pobreza.
		Costo- beneficio de la salud bucal	Relación del precio de la acción odontológica con los beneficios que se obtienen al llevarla a cabo en pro de la salud bucal.
		Gerencia de consultorio odontológico	Manejo, dirección y administración de los recursos humanos, materiales y financieros.
	Investigación en odontología	Análisis de artículos científicos	Lectura crítica de los artículos de investigación.
		Desarrollo de un protocolo de investigación	Realizar un proyecto de investigación que contenga los elementos del método científico
		Métodos de investigación	Las distintas posturas paradigmáticas en investigación como son la cualitativa y la cuantitativa
		Búsqueda de información	Ir a las fuentes primarias de información, base de datos, bibliografía, entrevistas, entre otros
Necesidades de salud oral lo que un individuo o comunidad requiere para alcanzar o conservar un estado de bienestar y funcionalidad ya sea físico, mental o social	Investigación en odontología	Estadística	Análisis e interpretación de gráficas, tablas, razones, índices, proporciones

Fuente: Investigación "Formación de odontólogos y necesidades de salud oral". ISP/UV, 2006.

C) Comunicación en salud: proceso de emitir información persuasiva que modifique el comportamiento individual y social para lograr estilos de vida saludables[3]. La variable se medirá con cinco indicadores, como puede observarse en la tabla que a continuación se presenta:

Tabla 4. Tabla de operacionalización de variable comunicación en salud

Variable operacional	Indicadores	Definición
Comunicación en salud Puesta en común de información que persuada al individuo o comunidad para lograr estilos de vida saludables a través de los medios de comunicación	Comunicación odontólogo-paciente	Relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud y adquiere valor terapéutico.
	Comunicación social	Uso de los medios de comunicación como radio, televisión, periódicos, revistas, entre otros para la difusión de información odontológica.
	Mercadotecnia aplicada a la odontología	Proceso de planeación y ejecución de la creación, el precio, la promoción y la distribución de servicios odontológicos para crear intercambios que satisfagan al paciente y al odontólogo.
	Comunicación organizacional	Interacción que se da entre los miembros de una organización, en el que se delegan funciones, se establecen compromisos y se identifican con la misma.
	Relaciones públicas	Gestionar la comunicación entre el odontólogo y público para construir, administrar y mantener la imagen positiva del consultorio.

Fuente: Investigación "Formación de odontólogos y necesidades de salud oral". ISP/UV, 2006.

Instrumento

El cuestionario se titula cuestionario de validación de las necesidades de salud oral y se encuentra estructurado con los siguientes elementos (Ver anexo 1):

- Hoja de presentación
- Apartado 1 de datos generales
- Apartado 2 de modelo de atención odontológica
- Apartado 3 de promoción de la salud bucal
- Apartado 4 de prevención de la enfermedad bucal
- Apartado 5 de comunicación en salud
- Apartado 6 de calidad de la atención bucal
- Apartado 7 de marco legal
- Apartado 8 de administración
- Apartado 9 de investigación en odontología

Tiene un total de 41 preguntas cerradas, en donde el experto tiene que ponderar en una escala numérica del cero al diez la importancia que le daría a cada tema en un programa de estudios. Y en el caso del apartado de modelo de atención odontológica tiene que ponderar en una escala del 0 por ciento al 100 por ciento , el porcentaje que le daría a cada modelo en un programa de estudios.

Todas las preguntas del apartado 2, 3, 4, 6, 7, 8 y 9 exploran la variable de necesidades de salud, y todas las preguntas del apartado cinco exploran la variable de comunicación en salud. La variable de programa de estudios en la Facultad de Odontología de la UV no se explora, ya que este documento será proporcionado por la institución.

Los resultados del cuestionario serán capturados en una base de datos realizada en el programa Epi info 3.3.2 y el procedimiento análisis de los resultados de dicho cuestionario serán a través de medidas de tendencia central como son la Moda y la Mediana y las medidas de dispersión que serán el percentil 25 y el 75. Estas pruebas estadísticas se realizarán por cada uno de los nueve apartados y por una de las 41 preguntas.

Validación del instrumento

- *De construcción de las preguntas*: estas se elaboraron a partir del Programa Nacional de Salud Bucal 2000-2006, del cual se desprenden acciones como semana nacional de salud bucal, indicadores caminando a la excelencia, el sistema de vigilancia epidemiológica de patologías bucales, entre otros.

- *De contenido*:

Fue revisado por la encargada del Programa Estatal de Salud Bucal, la C.D. María de los Ángeles Carrión quien mencionó estar de acuerdo con los apartados e hizo observaciones de forma al cuestionario.

El investigador y catedrático de la UAM-Xochimilco, Víctor López Cámara revisó 3 versiones distintas del cuestionario y sus observaciones fueron en función de que algunos términos que eran sumamente amplios y ambiguos y las escalas de ponderación no iban a ser de mucha utilidad para lo que se pretende, además de sugerir temas para incluirse.

También revisó las nueve versiones del cuestionario el catedrático e investigador del ISP. Domingo Vázquez Martínez y sus sugerencias fueron tanto de forma como de fondo.

Todos los comentarios, sugerencias y observaciones fueron tomados en cuenta, por lo que se decidió poner la definición operacional de cada variable para que los términos no fueran ambiguos, se cambió la escala de medición de una tipo likert a una del cero al diez, se redactaron las instrucciones a manera de que fuera entendible, se anexaron temas sugeridos, se quito el formato de tabla, entre otros. Obteniendo así, nueve versiones del cuestionario.

Se realizaron dos prepruebas, en la primera los participantes fueron cirujanos dentistas alumnos de la maestría en salud pública del ISP en total tres, dos mujeres y un hombre. Se les otorgaba el cuestionario para que lo respondieran al momento y se les iba preguntando si quedaban claras las instrucciones, si tenían alguna duda, que les parecía en general el cuestionario y si tenían algún otro tema ha incluir.

Algunas sugerencias fueron tomadas en cuenta dada la naturaleza de la investigación y el resultado fueron la versión siete y ocho del cuestionario.

La segunda preprueba se realizó en dos días, el primer día se acudió a la Facultad de Odontología Veracruz y se le aplicó a dos catedráticos del sexo femenino. Una de ellas titular de la materia de odontología legal, sólo resolvió la parte del instrumento correspondiente a este apartado y como resultado sugirió el tema de odontología legal y forense a incluirse. La otra catedrática es titular de las materias de odontología comunitaria y mencionó que le pareció muy completo el cuestionario y que consideraba importante el realizar este tipo de investigaciones.

Al día siguiente, se acudió al Centro de salud Maraboto, ubicado en la ciudad de Xalapa para aplicar a dos cirujanos dentistas el cuestionario. Una de ellas fue en años anteriores la encargada del Programa Estatal de Salud Pública y destacó la parte social de la odontología y la otra es catedrática de la Facultad de Odontología Xalapa y sólo comentó que algunos temas ya están incluidos en el programa de estudios.

Se concluye que, el cuestionario tiene validez, por lo tanto ya se considera listo para ser aplicado y con el obtener la información que se persigue. Además, de lograrse el objetivo del semestre. Se recomienda aplicar el cuestionario a expertos que se encuentren en otros estados de la República para que los resultados obtenidos del cuestionario se puedan traspolar a nivel nacional. Así mismo aplicarse en otros países, para establecer las comparaciones pertinentes y poder saber en que parámetro se encuentra México.

CRONOGRAMA DE TRABAJO ACADÉMICO FEBRERO-AGOSTO 2007

Actividades programadas	Fecha											
	Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Julio	
	21-23	26-28	1-5	6-9	12-16	19-30	16-30	2-4	8-31	1-8	11-29	2-31
Establecer contacto con los expertos para validar los temas												
Invitar a los expertos a participar en la validación de temas												
Enviar el cuestionario de validación a los expertos												
Crear la base de datos para el cuestionario de validación												
Captura de los cuestionarios en la base de datos												
Análisis de los resultados obtenidos de los cuestionarios												
Construcción del instrumento de evaluación electrónico basado en los resultados obtenidos de la validación												
Validar el instrumento de evaluación												
Realizar prueba piloto del instrumento de evaluación												
Aplicar el instrumento de evaluación al programa de estudios de la Facultad de Odontología Veracruz												
Análisis de los resultados obtenidos de la evaluación												
Elaborar el informe final												

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lara FN, Luengas AM, López CV y Sáenz ML. Tendencias de la educación odontológica en México: ¿hacia dónde orientar la formación profesional. Revista Salud Pública de México 2001; 74-84
2. Arredondo A. Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. Cuadernos de Saúde Publica [serial online] 1992 jul-sep [citado 10 Nov 2006];8(3). Disponible en: URL: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000300005&lng=es&nrm=iso
3. Piña B. Modelos de explicación sobre la determinación del proceso salud-enfermedad. Factores de riesgo en la comunidad; Tomo I, México, D. F.: Universidad Autónoma de México 1990.
4. Pasteur, L. Memorias de Luis Pasteur. Conmemoración del bicentenario de la muerte de Pasteur. México, D.F.: Sociedad Mexicana de Historia Natural 1946.
5. Leavell H y Clarck EG. Epidemiology and Multicausal. Textbook of Preventive Medicine. New York: McGraw Hill 1953.
6. Susser M.Agent, Host and Enviroment as an ecological system. Causal Thinking in the Health Sciences. New York: Oxford University Press 1972.
7. Macmahom, B. y Pugh, T. Principios y Métodos de Epidemiología. 2ª ed., México, D.F.: Prensa Médica Mexicana 1975.
8. Laurell C. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. Ponencia presentada en el coloquio "La Santé en Amerique Latine, realité socio-politique et projects des soins primaires". Montréal: AMALC 1985.
9. May J. Medical Geography: its methods and objetives. Social Science and Medicine1977; 5: 715-730.
10. Mills A y Gilson L. Health Economics for Developing Countries: A survival kit. England: EPC publication 1998;17.
11. Sequera LM. Modelos de salud. Cuadernos de la Escuela de Salud Pública 2005;(78):12-25.
12. Alonso CG. Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX. Colombia médica. Universidad del Valle 2004; 35(003):164-168.
13. López AO y Blanco GJ. Modelos Socioeconómicos en salud pública: coincidencias y desencuentros. Revista Salud Pública de México 1994; 36: 374-384.
14. Organización Panamericana de la Salud. Informe de salud oral en las Américas CD40/20 (Esp.). [serial online] 1997 [citado 3 Oct 2006] .Disponible en URL: http.//www.paho.org/Spanish/GOV/CD/cd40_20.htm - 64k.
15. Organización Panamericana de la Salud (EUA). 138ª. Sesión del Comité Ejecutivo. Propuesta de plan regional decenal sobre salud bucodental. Washington (DC): OPS; 2006.
16. Secretaría de Salud (MEX). Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis dental 1997-2001. México (DF): SSA; 2001.
17. Secretaría de Salud (MEX). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Salud Bucal. México (DF): SINAVE; 2006.
18. Secretaría de Salud (MEX). Encuesta Nacional de Salud: Vivienda, Población y Utilización de Servicios de Salud. México (DF): SSA; 2000.
19. Astin AW y Panos RJ. La evaluación de programas educativos. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Autónoma de México 1983.
20. Comités interinstitucionales de evaluación de la educación superior (MÉX). Marco de referencia para la evaluación del Comité de Ciencias de la Salud. Nivel licenciatura México (DF): CIEES [serial online] 2000 [citado 22 Ene 2007]. Disponible en URL: http://www.ciees.edu.mx/ciees/infeval.php#ccs
21. Diccionario de la Real Academia Española. XXII Edición. 2001. [serial online] [citado 3 Oct 2006] . Disponible en URL:http://www.buscon.rae.es/**diccionario**/drae.htm
22. Weiss C. Investigación evaluativa. México: Editorial Trillas, 1992.
23. Alvira FM. Metodología de la evaluación de programas. Colección: Cuadernos Metodológicos No. 2. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas 1996.

24. Correa US, Puerta ZA y Restrepo GB. Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. Investigación evaluativa. Instituto Colombiano para el fomento de la educación superior. Colombia: ARFO editores, 2002.
25. Suchman EA. Evaluative Research: Principles and Practice in Public Service and Social Action Programs. New York: Russell Sage Foundation, 1967.
26. Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior. Estadística sobre la educación superior. Licenciatura, anuario estadístico. [serial online] [citado 12 Sep 2006]. Disponible en URL: http://www.anuies.mx/principal/servicios/estadisticas/luit_peleiec03.pdf
27. Comités interinstitucionales de evaluación de la educación superior (MÉX). Marco de referencia para la evaluación del Comité de Ciencias de la Salud. México (DF): CIEES; 1998.
28. Universidad Veracruzana. Modelo de Educación Integral y Flexible (MEIF) [serial online] [citado 10 Ene 2007]. Disponible en URL:http://www.uv.mx/dgda/
29. De Luxán MJ. La evaluación de la universidad en España. Ponencia presentada en el Seminario-Taller sobre Educación Superior y Acreditación en los Países del Convenio Andrés Bello. Medellín: U de A-SECAB, 1998.
30. Alemany S. "Evaluación institucional en las universidades cubanas: premisas y objetivos de la acreditación". Ponencia presentada en el Seminario-Taller sobre Educación Superior y Acreditación en los Países del Convenio Andrés Bello. Medellín: U de A-SECAB, 1998.
31. Lemaitre MJ. Una experiencia de aprendizaje y el diseño de un nuevo sistema. El caso de Chile y el Consejo Superior de Educación. Caracas: IESALC/UNESCO, 1999.
32. Kanji GP y Asher M. 100 Methods for Total Quality Management. Newbury Park, CA: Sage. Reviewed by David Coulton, in American Journal of Evaluation 1998 Verano;19(2):273-275
33. Comités Interinstitucionales de evaluación de la educación superior [serial online] [citado 20 Oct 2006]. Disponible en URL: http://www.ciees.edu.mx/ciees/quesonciees.php
34. Palanco CR. Propuesta de los problemas profesionales para estomatología [tesis de especialidad]. Universidad Médica: Facultad de Estomatología Santiago de Cuba; 2002.
35. Fernández S, Nebot M y Jané. Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis:¿qué nos dicen los meta-análisis? Revista Española de Salud Pública [serial online] 2002 may-jun [citado 10 Nov 2006];76(3). Disponible en: URL: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272002000300002&lng=es&nrm=iso
36. Rodríguez MJ, Muñoz E, Fandiño LA y Gutiérrez MI. Evaluación De la estrategia de comunicación "Mejor hablemos" para promover la convivencia pacífica en Calí, 1996-2000. Revista de la Salud Pública [serial online] 2006 dic [citado 15 Ene 2007];76(3). Disponible en: URL: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642006000300003&lng=es&nrm=iso
37. López CV, Lara FN. La enseñanza de la odontología en México. Resultados de un estudio en 23 facultades y escuelas públicas. Revista de la educación superior en línea [serial online] 2002 Ene- Mar [citado 2 Sep 2006]. Disponible en URL: http://www.anuies.mx/servicios/p_anuies/publicaciones/revsup/index.htlm
38. López CV. Los procesos de evaluación en México para los programas de licenciatura en odontología. Reencuentro [serial online] 2003 Dic [citado 2 Sep 2006] .Disponible en URL: http.//www.xoc.uam.mx/~cuaree/no38/index.html - 27k.
39. Organización Mundial de la Salud (SUIZA). Elementos esenciales en la formación de personal de salud bucodental: ¿cambio o deterioro? Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Informes Técnicos No. 794. Ginebra, Suiza:1990.

PROCESOS DE COMUNICACIÓN EN EL ABASTO DE MEDICAMENTOS PARA EL SEGURO POPULAR

Perla Madahí Calderón Rodríguez y Guadalupe Berenice Santos Adolfo
Tutora: Dra. Elizabeth Bonilla Loyo
Asesora externa: Dra. Lizzi E. García Ortiz

INTRODUCCIÓN

El contenido del presente documento tiene el propósito de plantear la problemática a abordar a partir de los procesos de comunicación dentro del Seguro Popular (en lo sucesivo SP) en lo que concierne a el proceso para el abasto de medicamentos que se implementa a través de la denominada "*Estrategia de Terciarización*[a] en el abasto de medicamentos para el Seguro Popular" dentro de las unidades médicas en el Estado de Veracruz, que dan atención médica a los afiliados a dicho sistema de aseguramiento. En los procesos de comunicación se pretende analizar desde una perspectiva interna (personal de salud) y externa (usuarios y medios de comunicación) tal como se dan dentro de las jurisdicciones del Norte y Sur del estado; posterior a una descripción de estudios teóricos y empíricos se describen los enfoques que se pretenden abordar en el presente trabajo, partiendo de una metodología con técnicas de investigación cualitativas.

El conocimiento que generará el análisis propuesto pretende como objetivo general el "realizar un diagnóstico que permita identificar los procesos de comunicación a nivel estatal, jurisdiccional y al interior de las unidades médicas de primer nivel de atención que operan el SP en el Estado de Veracruz, a partir de la operación de la estrategia de Terciarización, para el abasto de medicamentos".

Todo lo anterior parte de la hipótesis de que los procesos de comunicación en el SP presentan problemas de orden interno y externo en relación a la operación de la estrategia de Terciarización para el abasto de medicamentos.

Posterior a ello se pretende dar a conocer cuales son las áreas de oportunidad y así poder establecer una estrategia de comunicación para la operación de dicha estrategia en beneficio de los usuarios afiliados al SP.

Importancia del estudio

A partir del Análisis del proceso de abasto del cuadro básico de medicamentos por medio de la estrategia de Terciarización para el Seguro Popular[1], realizado en la jurisdicción sanitaria No. IV de Martínez de la Torre, en junio del 2006, se encontraron diversas problemáticas, por lo cual es de interés personal para las autoras de este trabajo, intervenir para efectos de seguimiento del mismo en los procesos de comunicación interna y externa en el marco del área disciplinar de Comunicación en Salud, con base en una de las funciones clave de dicha área que enuncia el "promover el empoderamiento individual y comunitario para la gestión y acción de salud" y su competencia que corresponde a "implementar estrategias de comunicación (interpersonal, organizacional y comunitaria) para la generación y difusión de información en salud".

[a] Estrategia de terciarización para el abasto de medicamentos en el Seguro Popular, en el presente documento hace referencia a la técnica innovadora dentro de los servicios que ofrece el Estado a través de un mecanismo que garantice el oportuno suministro de medicamentos mediante el pos-pago a un servicio privado.

De acuerdo a lo anterior se destaca su importancia académica y al mismo tiempo se genera la inquietud de conocer los procesos de comunicación y realizar un análisis al respecto, comparando las regiones Norte y Sur del Estado donde actualmente se ofrecen los servicios médicos del SP y donde se aplica la estrategia de Terciarización para el abasto de medicamentos que nos conduzca al planteamiento de una estrategia de comunicación que pueda mejorar dichos procesos. Lo anterior se fundamenta por la extensión y profundidad del tema, que da pie por su perspectiva social para realizar un análisis cualitativo que nos permita conocer la realidad de los actores sociales involucrados en dicha estrategia y se pueda favorecer el logro del abasto de medicamentos al cien por ciento, siendo esto último un esfuerzo valioso por atender las necesidades de salud de las poblaciones, partiendo de que el acceso a los medicamentos constituye la pieza final indispensable de la enorme cadena de la atención a la salud de toda institución pública que en la generalidad de todo el territorio nacional se enfrenta una marcada problemática para lograr el abasto de medicamentos de manera adecuada y oportuna.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Luego de una búsqueda en diferentes bases de datos y revisión de estudios similares que se hayan realizado del año 2000 a la fecha, no se encontraron trabajos de investigación que hayan abordado el tema de los procesos de comunicación dentro del SP, específicamente en la estrategia de Terciarización para el abasto de medicamentos y escasos en lo que se refiere concretamente a procesos de comunicación en el abasto de medicamentos de manera general; sin embargo, se encontraron referentes teóricos y empíricos que muestran similitudes en cuanto a la metodología utilizada, el objeto de estudio o los conceptos claves de dichos trabajos en donde se propone la priorización de la comunicación organizacional partiendo de la investigación para la solución o mejora de los procesos dentro de las organizaciones e instituciones.

Los referentes teóricos y empíricos que continuación se describen se vinculan en primer lugar a literatura que apoya los conceptos centrales de la investigación a realizar, los cuales fueron determinados por el área disciplinar a la cual fortalecerá dicha investigación que es la Comunicación en salud, como elemento central; de ello se desprenden teóricamente los conceptos centrales que son la comunicación interna y externa dentro de las organizaciones y la cultura organizacional, girando en torno al abasto de medicamentos como parte la problemática de salud pública.

Argumentación teórica

El primero de los trabajos al que se hará referencia corresponde a un trabajo teórico realizado por El Sistema de Protección Social en Salud, denominado: *"Modelo de suministro de medicamentos a beneficiarios del Seguro Popular (visión al 2010, transición de la implementación del Sistema de Protección Social en Salud)*[2]*,* el cual contempla que para llevar a cabo un efectivo servicio de medicamentos, es necesario pasar de realizar acciones tendientes a lograr tan solo una provisión suficiente de los medicamentos a realizar acción, alcanzando sobre todo, mayores niveles de satisfacción de los beneficiarios al lograr surtir la totalidad de los medicamentos prescritos por el médico; con esto, ofrecer a las familias beneficiarias del SP la oportunidad de contar con mayores opciones para surtir los medicamentos de la prescripción médica, al consolidar una red de farmacias tanto públicas como privadas. Esto permitirá incluir toda la infraestructura de farmacias del país y desarrollar el concepto de elección en el suministro de medicamentos como un derecho de las familias afiliadas. Así mismo la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, realiza un análisis en el cual indica que un rubro desconocido hasta el momento por el cuerpo médico, es lo referente a la adquisición de medicamentos, ya que puede ser que, de las medicinas recetadas, el paciente sólo haya adquirido unas cuantas sin completar el total de la receta para la atención de su enfermedad. Entonces muy probablemente, el paciente regresará a consulta ya que no encontró la mejoría que el doctor esperaba.

Para el paciente, al llegar a una farmacia en donde le tengan que recoger la receta por cuestiones de control de medicamentos, pero que no se la hayan podido surtir en su totalidad por falta de alguno de ellos, obliga a que el beneficiado del SP no tenga la cantidad de medicamentos correcta o bien que los tenga que adquirir con algún costo en una farmacia diferente, dejando la impresión final en el paciente de una mala atención.

Por otra parte se encontró que, de acuerdo a diferentes autores estudiosos de los procesos de comunicación dentro de las organizaciones, se menciona que dentro del giro de la prestación de servicios, la comunicación en los servicios de salud requiere de investigaciones profundas que rescaten no solo aspectos cuantitativos, si no también aquellos aspectos cualitativos ya que se busca la calidad de la atención y sus resultados por medio de técnicas cualitativas que enmarquen la percepción de los prestadores de los servicios de salud y de los usuarios; considerando la percepción de estos últimos como uno de los elementos claves para el desarrollo de esta investigación, pues nos permiten ver los sentidos subjetivos, individuales y colectivos sobre la salud y como tratarlos, para orientar la toma de decisiones y la proposición de cambios. Partiendo de lo anterior el autor asevera que la medición de resultados de las investigaciones de los procesos de comunicación en los servicios de salud nos reportará los procesos de cambio en las personas y en dichos procesos considerando no sólo indicadores cuantitativos, sino también cualitativos, esto nos permite al realizar investigaciones sobre el quehacer comunicativo, el análisis del impacto y los modelos de comunicación que requerimos para el cambio social según las demandas que se vayan presentando[3].

En relación al texto anterior, se encontró que se concuerda con lo que menciona Maria Escat Cortés, a favor de una evaluación de la comunicación tanto interna como externa dentro de una organización, ya que a decir por la autora se favorecerían diferentes aspectos de la organización, enunciados en cinco puntos importantes, resaltando aspectos como:

1. Participa en la comunicación interna de la “visión estratégica” de la organización (desarrolla y comunica la nueva situación estratégica).

2. Ayuda a que se implanten los cambios organizativos existentes, consecuencia de la adopción de posicionamientos estratégicos, comunicando los objetivos, motivos y derivaciones del nuevo modelo organizativo.

3. Sirve de vínculo de unión entre las comunicaciones existentes en la organización, es decir, entre la comunicación interna y la comunicación externa, la comunicación se realiza a los dos niveles: clientes (externos) y personal de la organización (internos).

4. Ayuda a la puesta en marcha de programas de Calidad Total, ya que un programa de este tipo necesita para su implantación y posterior seguimiento cada vez un mayor alto grado de participación por parte de sus beneficiarios.

5. Es un elemento de marketing interno fundamental para la organización, en el sentido de que permite a las personas que participan en su gestión conocer los aspectos más significativos que de ella se derivan, en una palabra permite que los empleados conozcan más la organización.

De acuerdo a los puntos anteriores, la importancia de un diagnóstico de comunicación se trataría del conjunto de percepciones, de tipo descriptivo y no evaluativo, referido a la totalidad o partes de la organización y que influye en la conducta y actitudes de los miembros; dicho diagnóstico supondría una herramienta para la gestión del cambio porque apoya su uso, en el sentido de que su puesta en marcha

permite el conocimiento de la cultura de la organización o la resistencia al cambio de los empleados. Y estos conocimientos podrían resultar clave para lograr el cambio en la organización de que se trate[4].
Acerca de cómo conocer una organización se propone que cuando se requiere fortalecer la comunicación interna de cualquier organización, se debe realizar un diagnóstico de comunicación a partir de los siguientes elementos:

- ✓ Realizar un análisis de las ofertas y demandas de comunicación.
- ✓ Entrevistas a integrantes.
- ✓ Análisis de documentos: por documentos definimos todo material normativo o de difusión que utiliza la organización en sus diversos formatos y soportes.
- ✓ Observación.
- ✓ Diagramar un FODA (Análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas).

Una vez concluida esta etapa, se analizará el material procesado. De la interpretación de los datos se identificarán cuáles son los actores generadores y receptores de información, los flujos informativos, el volumen y tipo de información que reciben y generan, demandas potenciales. Por otra parte como menciona la autora Carla Cirigliano, en sus investigaciones acerca de la gestión de comunicación en las empresas, recomienda un análisis de la comunicación interna a través de la cultura organizacional, ya que no hay que olvidar que la comunicación interna de toda organización esta inmersa en la Cultura Organizacional. Es decir, por el conjunto de valores, referencias, hábitos, ritos, signos entre otros, que fundamentan la concepción que la organización tiene de sí misma. Esta cultura se debe tomar como punto de partida y marco para la implementación de una gestión ya que condiciona la comunicación.

De acuerdo al aspecto que interesa a esta investigación, se retoma el análisis de la comunicación interna, este propone:

- Identificar a los actores responsables de las tareas de comunicación institucional.
- Reconocer la percepción que los actores tienen de su propia tarea, su imagen de la institución, su percepción de otros miembros de la organización y sus interlocutores.
- Identificar y analizar las relaciones entre los grupos de la organización.
- Analizar el contenido y la forma de los mensajes.
- Evaluar los flujos y recursos comunicacionales.

En tanto y en cuanto el diagnóstico es una forma de construir el proceso participativo de la organización, es conveniente que lo realice un grupo y no una sola persona ya que la complejidad de miradas lo hace más enriquecedor. En palabras de Pichón Riviere, “a mayor heterogeneidad, mayor productividad”.
Definir los pasos a seguir:

1. Pre– diagnóstico: evaluar la viabilidad y la factibilidad del diagnóstico. ¿Están dadas las condiciones políticas y materiales para iniciar un proceso de diagnóstico?

2. Objetivos generales y específicos: el objetivo general determina qué es lo que se quiere diagnosticar y explícita el propósito del análisis. De este objetivo se desprenden los objetivos específicos.

3. Marco conceptual: son las nociones teóricas a las que se recurre para analizar la situación de comunicación. Se refieren al campo de la comunicación, a los objetivos del diagnóstico u otras disciplinas de la teoría social.

4. Marco metodológico y herramientas: seleccionar las técnicas (cualitativas o cuantitativas) e instrumentos que se utilizarán para recopilar la información.

5. Realidad Comunicacional: describir las situaciones de comunicación y los actores, posteriormente se analizar y valorar las debilidades y fortalezas en función de su incidencia en la gestión. De esta forma, se podrá comprender cómo cada uno de los actores se constituye en la trama compleja de las relaciones y las prácticas sociales. Todo ello con el objetivo final de entender los procesos organizacionales.

6. Debilidades, fortalezas y trayectos causales decisivos: definir las debilidades y fortalezas asociadas a la gestión, el contexto inmediato y el orden estructural de la sociedad. Las debilidades y fortalezas refieren a hechos, situaciones, capacidades, logros considerados positivos o negativos para la gestión.

7. Identificar los *trayectos causales*, en otras palabras, la red de debilidades asociadas entre sí por relaciones de causalidad.

8. Establecer los *nudos críticos*, es decir, aquellas debilidades de mayor relevancia por su incidencia sobre otras y tienen la posibilidad de convertirse en futuros frentes de acción. Además, es pertinente una acción inmediata.

9. Tendencias: realizar las proyecciones a partir de la extrapolación hacia el futuro a partir de las debilidades y fortalezas identificadas. Describen un futuro previsible en el caso que la organización no adopte medidas para modificar el rumbo de los acontecimientos.

10. Líneas de Acción: se construyen como respuesta a aquellos aspectos de la comunicación identificados como nudos críticos. Las líneas son orientaciones que denotan la importancia y la necesidad de operar sobre determinados puntos.

11. Escenarios: el concepto de escenario refiere al conjunto de condiciones y supuestos en que el plan se sitúa. Los escenarios se tipifican como: optimista, probable o pesimista. Ellos ayudan a imaginar alternativas frente a futuras contingencias[5].

Por otra parte se dio a la tarea de buscar documentos relacionados con un aspecto central en la investigación que es el proceso de terciarización encontrando que a decir de los autores consultados la terciarización surge a partir de las diferentes demandas y del crecimiento económico dentro de las empresas de cualquier giro comercial; así Luis Stolovich dice que existe un proceso de tercerización cuando una determinada actividad deja de ser desarrollada por los trabajadores de una empresa y es transferida para otra empresa. Esta otra empresa es una "tercera", de ahí el nombre de "tercerización" al proceso mediante el cual se le transfieren actividades. Dada la naturaleza de lo que ocurre en tales casos podríamos encontrar otro nombre para bautizar este proceso: externalización. La actividad que antes se desarrollaba internamente, dentro de la empresa (y que por tanto estaba "internalizada"), pasa a "externalizarse", o sea a desenvolverse en el exterior de la empresa. Por otra parte se menciona que la terciarización proporciona una mayor rentabilidad en las empresas de cualquier giro comercial. Así se puede decir que por medio de la terciarización, las distintas actividades se independizan, se especializan y operan a escalas más adecuadas, al tercerizar, la empresa realiza un menor número de procesos, lo que permite un mejor control de costos, mejor desempeño y calidad, facilitando la gestión de la producción y de la fuerza de trabajo. Existe, por tanto, la posibilidad de reducir costos administrativos e intensificar los

flujos de información. Esto es fundamental para que las empresas respondan rápidamente a las oportunidades de negocios en un ambiente de fuerte competencia. En las grandes empresas, o en las grandes organizaciones (como las mutualistas del sector salud, por ejemplo), la falta de focalización y la dispersión en múltiples actividades, que no forman parte de la línea principal de producción (de bienes o servicios), llevan frecuentemente a la desorganización, al descontrol, al burocratismo y a la falta de eficiencia[6].

Desde un enfoque sociológico la terciarización se enmarca en teorías postmodernas que rechazan todo determinismo estructural a decir por el autor, los análisis son a partir de tendencias conceptualmente reductoras que se siguen moviendo sobre la base de teorías sociológicas del "cambio social", desarrolladas en términos de determinismo estructural. De manera explícita o implícita las coyunturas postmodernas ideológicas presuponen una determinada hipótesis sobre el desarrollo social objetivo con vista a los tres sectores básicos de la reproducción social (agricultura, industria y servicios). La imagen fantasmagórica de la anteriormente festejada "terciarización" sigue dominando los discursos sociológicos, aunque se niegan los presupuestos metodológicos de las ciencias sociales clásicas, que suscitaron el teorema de esa terciarización. Se critica el método, pero el resultado en cuanto al contenido se lo atribuye como propio.

En esta teoría ya clásica se decía que la sociedad se desarrolla en una trasformación histórica del sector primario agrario pasando por el sector secundario, el industrial, y llegando al terciario, el de los servicios. En consecuencia esta evolución la "ocupación" de la fuerza de trabajo es gradualmente reestructurada. Al principio esto está ligado a dolorosas rupturas estructurales, pero al final resultaría una nueva "ocupación plena" y una nueva prosperidad secular. Mientras tanto la teoría económica y sociológica de la terciarización tiene ya algunas décadas y se debería hacer un balance, cosa que no es posible con los medios intelectuales del pensamiento postmoderno. Vista de una manera superficial la tesis de la terciarización se confirma empíricamente, aunque de manera completamente disparatada y en oposición a las hipótesis optimistas originarias. Lo que empíricamente no se confirmó fue el esperado impulso secular de la ocupación y prosperidad en el paso a la terciarización. Por el contrario todo indica que la terciarización real está vinculada a un proceso de crisis y atrofia económica mundial[7].

Argumentación empírica

Como referentes empíricos que analizan la importancia del abasto de medicamentos dentro de la estrategia financiera del SP, se puede mencionar que dentro del *"Análisis del proceso de abasto del cuadro básico de medicamentos por medio de la estrategia de Terciarización para el Seguro Popular"*[8], realizado en la jurisdicción sanitaria No. IV de Martínez de la Torre, en junio del 2006. Fue un estudio de tipo cuantitativo y el objeto de estudio fue esta nueva estrategia de terciarización para el abasto de medicamentos en el SP; dentro de los resultados que arrojó dicho estudio se encuentran diversas problemáticas dentro de las cuales se detectaron carencias en los procesos de comunicación interna y externa y esto obstaculiza el logro del objetivo al 100% de la estrategia para el abasto de medicamentos a los usuarios del SP. Los conceptos centrales de este trabajo son abasto de medicamentos y terciarización. El aspecto en el que coincide con el presente trabajo es en el objeto de estudio.

Otro estudio empírico encontrado fue el realizado por Mario Bronfman y colaboradores, investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública, titulado *"Hacemos lo que podemos": los prestadores de servicios frente al problema de la utilización*[9]*;* el objeto de estudio de dicha investigación fue la percepción del personal de salud acerca de la prestación de sus servicios, así como la percepción de los usuarios de los servicios médicos tanto públicos como privados en lo que se refiere a la atención recibida. Los conceptos centrales sobre los cuales se centró el estudio fueron: servicios de salud, utilización, calidad de la atención

y percepción. El análisis se realizó mediante técnicas cualitativas y cuantitativas para la obtención de los resultados. Los aspectos que coinciden con este estudio son los referentes a la metodología utilizada, por otra parte conocer la percepción de los actores sociales involucrados en todo el proceso de la estrategia a estudiar.

Un estudio más, es el que realizaron Donaxi Hernández Vichido y María Teresa Rosano Caroz que aborda el tema de la comunicación organizacional, es la tesis para obtener el grado de licenciatura en comunicación, realizada en la Universidad de las Américas Puebla, titulado: "Diagnóstico de comunicación en la Secretaría de Turismo del Estado de Puebla"[10]. Dicha investigación buscó identificar los procesos de comunicación dentro de esta organización y la manera en que se reflejaba hacia los públicos externos a los cuales se les brinda un servicio. Se trató de una investigación cualitativa, a través de entrevistas de profundidad y grupos focales, los conceptos utilizados fueron: comunicación interna y externa, organización, barreras en la comunicación. Los aspectos que coinciden con este estudio son los referentes a la metodología utilizada y que también se trata de un servicio público al igual que el de salud, que es el que se abordará en este estudio y que también se estudiaran los procesos de comunicación interna de la estrategia de terciarización del abasto de medicamentos. La diferencia se da en que el tipo de servicio que se brinda es diferente, ya que este trabajo se hará en el ámbito de la salud.

Al respecto de la importancia de un diagnóstico de comunicación surge la propuesta que otro autor describe a partir de diferentes investigaciones, la estructura de un programa que tiene el objetivo de realizar un diagnóstico completo del sistema de comunicación interna en las áreas estratégica, procesos, ambiente y cultura organizacional; midiendo a través de dicho diagnóstico las percepciones individuales en cinco categorías de evaluación:

Categorías	Sub categorías
1. Prácticas de comunicación del líder.	Lenguaje instructivo.
	Lenguaje empático.
	Lenguaje de construcción de significados.
2. Prácticas de comunicación del personal.	Canales de comunicación del personal.
	Retroalimentación.
3. Comunicación en el equipo.	Dirección de la comunicación.
	Racionalización.
	Expresión negativa.
	Información.
	Participación.
	Retroalimentación.
4. Competencias de comunicación.	Habilidades de expresión.
	Habilidades de atención y escucha activa.
5. Clima de comunicación.	Identificación con la cultura de organización.
	Suficiencia, relevancia y pertinencia de la información.

Dicho diagnóstico está basado en la aplicación de tres instrumentos alrededor de las categorías mencionadas: encuesta organizacional para una muestra estadística, o bien al universo total de la organización, entrevistas personales a los directivos y personal-clave y *focus groups* a grupos heterogéneos.

Por último el autor menciona que la fase de realización del diagnóstico debe contener los siguientes puntos: presentación de variables, presentación de los instrumentos, organización y logística de aplicación

de instrumentos, análisis cuantitativo y cualitativo, presentación de reporte y sugerencias y vías de acción[11].

Otro investigador Leonardo Sayago, alrededor de la comunicación organizacional, menciona que las relaciones que se dan entre los miembros de una organización se establecen gracias a la comunicación; en esos procesos de intercambio se asignan y se delegan funciones, se establecen compromisos, y se le encuentra sentido a ser parte de aquella. De aquí otra manera se predicen e interpretan comportamientos, se evalúan y planifican estrategias que movilicen el cambio, se proponen metas individuales y grupales en un esfuerzo conjunto, de beneficio común, sino es a través de una comunicación motivada, consentida y eficaz. Su investigación obedeció a su postura acerca de que la carencia de estrategias comunicativas al interior de la institución, la falta de canales o la sub utilización de los mismos, genera lentitud en los procesos y en las acciones, retardo en las respuestas y desinformación acerca de las políticas, todo lo cual imposibilita la verdadera interacción a nivel interno. Las variables de este estudio fueron: estrategia de comunicación, comunicación, educación, comunicación interna, comunicación externa, cultura organizacional, canales, lenguaje e información. La metodología utilizada fue de tipo cualitativo, con la implementación de instrumentos para captar información como grupos de discusión y entrevistas en profundidad, donde después de su análisis concluyó que las comunicaciones institucionales internas promueven la participación, la integración y la convivencia en el marco de la cultura organizacional, en donde cobra sentido el ejercicio de funciones y el reconocimiento de las capacidades individuales y grupales[12].

Por ultimo, se consideró la investigación realizada por un grupo de investigadores en Barcelona, España; expertos en administración de personal donde describen como fundamento de su investigación que en el caso de las empresas públicas del Estado, el proceso de comunicación tiene que ser fluido a fin de asegurar que todos los empleados se entiendan, que no existan contradicciones por falta de información y que se permita proyectar una buena imagen ante el colectivo. Si en estas organizaciones no atienden a satisfacer los requerimientos de una buena comunicación, se pueden producir consecuencias negativas, por ejemplo (el desconocimiento de nuevos procedimientos, la usurpación de funciones y la casi nula información) que pueden afectar las relaciones entre empleados y por ende de la entidad.

En el caso específico de las empresas públicas del Estado, el proceso de comunicación presenta fallas que afectan de manera negativa el clima organizacional y la productividad, generando conflictos. Por lo antes señalado, corresponde a quienes dirigen a las empresas asegurar que los empleados entiendan con claridad las instrucciones, de crear un ambiente favorable para que los subalternos puedan expresar con libertad las inquietudes, ideas, aportes, reclamos y cualquier otro aspecto que sea necesario tanto para el interés de la empresa como del personal. Además atender oportunamente los conflictos tan pronto aparezcan y mejorar la eficiencia de la organización. Tal investigación se desarrollo bajo una metodología cualitativa, La técnica de recolección de datos que se empleó fue la observación, siendo este un estudio documental, descriptivo. Los elementos teóricos y empíricos que centraron la investigación fueron: canales de comunicación, comunicación ascendente, comunicación descendente, comunicación efectiva, comunicación eficiente, comunicación externa, comunicación organizacional, comunicación sobre recursos humanos, controles administrativos, eficacia, eficiencia, efectividad, proceso comunicativo, semántica[13].

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Delimitación del objeto de estudio

De acuerdo con el análisis realizado sobre investigaciones y teorías al respecto de la comunicación organizacional y sobre el enfoque institucional del Sistema de Protección Social en Salud, como primer

acercamiento, se pretende para este estudio, partir del análisis de las características de los procesos de comunicación que imperan dentro de la dinámica social a partir de la operación de la estrategia de terciarización para el abasto de medicamentos, la cual enmarca la principal problemática a estudiar; todo lo anterior se decide analizar tomando en cuenta a los principales actores quienes pueden a través de su discurso darnos respuestas a nuestros planteamientos como son los responsables de dicho abasto en el nivel jurisdiccional, así como al interior de las unidades médicas de primer nivel de atención que operan el SP en las jurisdicciones del Norte y Sur del estado, de los Servicios de Salud de Veracruz.

Al término de lo antes dicho, se espera tener los elementos que permitan elaborar una estrategia de comunicación para desarrollar un óptimo funcionamiento de la estrategia de terciarización para el abasto de medicamentos en las unidades de primer nivel de atención que operan el SP en el estado de Veracruz. Con la finalidad de tener un estudio claro se partirá de antecedentes empíricos documentados que se detallan en el siguiente apartado.

Problema empírico

De acuerdo a las evidencias que se obtuvieron a partir de la investigación sobre el "Análisis del proceso de abasto del cuadro básico de medicamentos por medio de la estrategia de terciarización para el Seguro Popular"[14] se destaca la siguiente problemática:a. Problema institucional de los Servicios de Salud de Veracruz-Seguro Popular

El contexto de donde parte la problemática a abordar surge de algunos problemas al rededor de la infraestructura de quienes brindan el servicio a los afiliados al SP tales como:

- Problemas de infraestructura para el servicio de farmacia y manejo de los medicamentos.
- Sobre carga de trabajo de los prestadores del servicio médico en las unidades médicas sin módulo de farmacia.
- Problemas para el manejo de las recetas médicas en las unidades médicas sin módulo de farmacia.
- Falta de personal de apoyo administrativo en las unidades médicas con y sin módulo de farmacia.

Problema de investigación

Posterior a la revisión de los problemas sustanciales del abasto de medicamentos para los afiliados al SP y las revisiones de documentos teóricos e investigaciones relacionadas con el tema que favorecieron a contrastar la realidad con la problemática existente, como se mencionó en los apartados de la argumentación teórica y empírica se contrastan los siguientes hallazgos con teorías de comunicación organizacional.

a. Problemas de información

- Los prestadores de servicio médico desconocen el número de claves que la empresa y el tipo de medicamentos que debe surtir a la unidad médica.
- Desconocimiento sobre la fecha de caducidad mínima normada de los medicamentos surtidos.
- No se ha entregado ni hecho del conocimiento de los responsables del manejo del medicamento, en la totalidad de las unidades médicas el calendario del surtimiento y el directorio de la empresa.
- Desconocimiento por parte de los usuarios del mecanismo de surtimiento de medicamentos y las acciones al haber una carencia de claves en las unidades médicas.
- Los encargados de módulos de farmacia desconocen los centros de distribución de medicamentos de la empresa.

b. Problemas de capacitación

- Falta de capacitación para los prestadores de servicio médico y los encargados de los módulos de farmacia sobre los lineamientos operativos que establece el suministro y distribución de medicamentos por la farmacia de Genéricos S.A. de C.V. tales como: tiempo de distribución de medicamentos faltantes, procedimiento para el cambio de medicamentos del CAUSES (Catalogo Universal de servicios de Salud)

c. Problemas de Supervisión

- Problemas de supervisión y seguimiento para el control de farmacia de manera integral en las unidades con y sin módulo de farmacia

d. Problemas en el abasto y surtimiento de medicamentos

- Problemas de distribución de medicamentos de manera oportuna en las unidades médicas.
- Diferencia en la cantidad de medicamentos solicitados a la empresa a través de los formatos CC (control de consumo) y CCSR (control de consumo y solicitud de reposición) con la recibida en las unidades médicas.
- Carencia de claves de medicamentos en las unidades médicas y abasto excesivo de otras.
- Diferenciación para el abasto y surtimiento de medicamentos en población abierta y afiliada al SP.
- Surtimiento no oportuno e insuficiente de los medicamentos a los usuarios .

Problema de conocimiento:

Para poder realizar una análisis de las características de la comunicación en el proceso de abasto en el SP en el estado de Veracruz, es necesario realizar reflexiones acerca de la problemática antes descrita y contrastarlo con los fundamentos de la comunicación organizacional, los cuales indican que los vínculos que las organizaciones construyen con sus públicos es una búsqueda permanente acerca de la "razón de ser" de toda organización, las relaciones dan vida y presencia a una empresa o institución en diferentes sectores del mercado o la comunidad.

Así también, encontramos que la comunicación para la salud es "el proceso social, educativo y político que incrementa y promueve la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud, brindando oportunidades y ofreciendo a la gente poder ejercer sus derechos y responsabilidades para formar ambientes, sistemas y políticas favorables a la salud y al bienestar[15]. En contraste con lo anterior se puede decir que en el espacio de intervención de las organizaciones, llámese de carácter lucrativo o asistencial como el sistema de salud en México, en ocasiones se presenta complejo, inestable e incierto. Desde el punto de vista de la comunicación, ante este cuadro de situación, surge la necesidad de diseñar nuevas herramientas para intervenir en la comunidad. Nuevos modelos que permitan gestionar las relaciones en este contexto dinámico y complejo.

Continuando con el planteamiento del problema que nos atañe, podemos decir que la comunicación influye de manera relevante en el clima de trabajo y proporciona los medios para la realización de actividades y para la consecución de las metas, políticas y objetivos de una organización, cualquiera que esta sea. La comunicación, provee a la organización de estabilidad y equilibrio. La realidad, momento y circunstancias de las relaciones internas y externas de la organización, deben de garantizar su buen funcionamiento y comportamiento. Visto de esta manera la comunicación será el proceso que facilite la integración conexión y cohesión de las entidades, como sistemas vivos y abiertos, hacia ellas mismas y hacia el exterior en un proceso de eminente dialogo productivo y con propositos bien definidos. Cada

organización por sus propias circunstancias tiene una particular forma de hacer las cosas y por ende de transmitirlas. Las empresas u organizaciones con los miembros y las instancias de la comunidad en que se desarrollan[15].

Con lo anterior, podemos decir que la comunicación nos puede dar herramientas para poder entender y crear mecanismos que agilicen y garanticen procesos de comunicación adecuados y eficaces dentro de una organización que promueve y que dentro de su misión y objetivos es el garantizar la atención a la salud como el SP en el estado de Veracruz.

Pregunta de investigación

Lo que en apartados anteriores se describió permiten vislumbrar que el problema empírico impide el logro del objetivo primordial de la estrategia de terciarización que es el abasto de medicamentos oportuno y al 100 por ciento a los usuarios afiliados al SP; por lo tanto resulta necesario conocer a fondo las deficiencias detectadas y abordarlas desde el enfoque de la comunicación, específicamente de los involucrados en el proceso; esto a través de la interpretación y caracterización en las que se han dado los procesos de comunicación desde la operación de la estrategia antes mencionada. Debido a lo anterior resulta indispensable plantear la siguiente pregunta central de la investigación:

¿Cómo se dan los procesos de comunicación al interior del Seguro Popular del Estado de Veracruz, a partir de la operación de su estrategia para el abasto de medicamentos?

Respuesta anticipada

De igual manera la hipótesis general de trabajo será la siguiente:

Los procesos de comunicación en el SP presentan problemas de orden interno y externo en relación a la operación de la estrategia de terciarización para el abasto de medicamentos.

Clasificación de la pregunta de investigación

Este estudio se considera exploratorio,[17] puesto que el problema de investigación que obedece a la presente tesis no cuenta con categorías teóricas desarrolladas, además de una escasa explicación teórica alternativa, es necesario generar una descripción de las características de los procesos de comunicación interna y externa dentro del sistema de abasto de medicamentos para el SP.

Clasificación de la pregunta por la respuesta esperada

Por la necesidad de rescatar los aspectos desde una perspectiva social, la respuesta esperada será la que corresponde a un estudio de corte cualitativo, ya que en éste su característica esencial es explorar desde el/los individuos (operativos de la estrategia), y se destaca la importancia de este tipo de investigación ya que produce datos obtenidos de las propias palabras de las personas habladas o escritas y la conducta observable[18], siendo esto lo que enriquecerá de manera sustancial la respuesta a esta investigación.

OBJETIVOS

Objetivo general

Partiendo de lo anterior se concluye que para responder a la pregunta de investigación el objetivo general será:

- Realizar un diagnóstico que permita identificar los procesos de comunicación a nivel estatal, jurisdiccional y al interior de las unidades médicas de primer nivel de atención que operan el Seguro Popular en el Estado de Veracruz, a partir de la operación de la estrategia de Terciarización, para el abasto de medicamentos.

Objetivos específicos

- Objetivo particular 1: identificar los procesos de comunicación interna presentes entre el personal que opera la estrategia de Terciarización (Nivel Estatal, Jurisdiccional y operativo-médicos, enfermeras, promotores de salud y personal encargado de farmacia).

- Objetivo particular 2: identificar los procesos de comunicación externa, a partir de la estrategia de terciarización para el basto de medicamentos, hacia los usuarios y medios de comunicación.

- Objetivo particular 3: identificar el conocimiento sobre la cultura organizacional en el personal que labora en el SP.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Éste es un estudio de corte cualitativo, su característica esencial es *explorar* desde el/los individuos; se destaca la importancia de este tipo de investigación ya que produce datos obtenidos de las propias palabras de las personas habladas o escritas y la conducta observable. En la investigación cualitativa todas las perspectivas son valiosas, no se busca cuestionar o buscar la verdad, sino comprender las perspectivas de otras personas, se obtiene conocimiento directo de la vida social, considerando a la investigación cualitativa más que un conjunto de técnicas para recoger datos como un modo de encarar el mundo empírico[19].

Este estudio se considera exploratorio[20] puesto que el problema de investigación que obedece a la presente tesis no cuenta con categorías teóricas desarrolladas, además de un escaso desarrollo teórico alternativo.

Tal y como se planteo anteriormente, el propósito de la investigación cualitativa es producir datos ricos en información a partir de una muestra escogida por su capacidad de referirse al problema estudiado. Pone el acento en la profundidad más que en la amplitud, y en profundizar más que en generalizar, esclareciendo el significado del comportamiento humano[21]. En ese sentido se pretende alcanzar a describir y comprender (segundo nivel de profundidad) los fenómenos que se presentan alrededor de los procesos de comunicación interna y externa en la operación de la estrategia de terciarización para el abasto de medicamentos del SP así como también la cultura organizacional que se tiene al interior de la institución que brinda la atención a los afiliados al Seguro Popular.

Tipos sociales

Para efectos de esta tesis se considerarán como tipos sociales los atributos que tienen las variables discursivas que se detallarán más adelante; son construcciones que apoyan a la recuperación de informantes[22]. A través de dichos atributos o características se les reconoció como representantes de los mismos. Así los tipos sociales constituyeron las variables discursivas.

Variables discursivas

Para efectos de este trabajo se considerarán como variables discursivas a los públicos internos, entendidos estos como la formación de las personas que se encuentran directamente vinculadas a la institución en virtud de que la constituyen a manera de componentes individuales[23], a los involucrados en el proceso de abasto de medicamentos a través de la estrategia de terciarización para el SP:

- Responsable Estatal del abasto de medicamentos
- Responsable jurisdiccional del abasto de medicamentos
- Personal de salud
- Médicos, enfermeras, promotores de salud y responsables del módulo de farmacia

Así mismo se consideraran a los públicos externos, entendiéndose estos como: aquellos individuos que forman parte del medio ambiente externo del sistema institucional y que lo afectan y/o son afectados por él, en mayor o menor grado, en función del logro de los objetivos de ambos (institución y públicos)[24].

Para efectos de esta tesis los públicos externos son:

- Usuarios afiliados al SP
- Representantes de los medios de comunicación

Atributos de las variables discursivas (públicos internos)

Responsable Estatal del abasto de medicamentos: por la importancia del discurso que pueda venir de la dirección estatal se podrá obtener información valiosa acerca de la ejecución y operación vista desde el máximo nivel dentro de la estructura orgánica del Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Veracruz.

Responsable Jurisdiccional del abasto de medicamentos: por la relevancia en las actividades de operación de los lineamientos operativos se pretende entrevistar al responsables jurisdiccional del abasto de medicamentos, tanto de la zona sur como norte del estado.
Criterios a considerar: hombre o mujer que tengan a su cargo la supervisión de la operación de la estrategia de terciarización para el abasto de medicamentos para los usuarios del SP en la jurisdicción correspondiente.

Médicos: Se tomarán como informantes a los médicos por ser ellos quienes reciben las indicaciones de operación de la estrategia de terciarización de los responsables de la Jurisdicción Sanitaria a la que pertenezca y quien de manera permanente tiene el primer contacto de información acerca de la modalidad de surtimiento de medicamentos hacia los usuarios afiliados al SP.
Criterios a considerar:

- Personal médico, hombre o mujer que tengan a su cargo la atención médica de los usuarios afiliados al SP, con cualquier tipo de contratación (de base, contrato o pasantes en servicio social).

Personal de enfermería: se tomarán como informantes al personal de enfermería, pues son quienes tienen estrecho contacto con los usuarios y forman parte del equipo de salud.
Criterios a considerar:

- Personal de enfermería, hombre o mujer que tengan a su cargo el apoyo a médicos tratantes de usuarios afiliados al SP, con cualquier tipo de contratación (de base, contrato o pasantes en servicio social)

Personal de promoción a la salud: se tomarán como informantes al personal de promoción de la salud dentro de la unidad médica ya que conforman el equipo de salud, junto con el médico y enfermera, y son quienes tienen contacto directo y permanente con los usuarios.
Criterios a considerar:

- Personal de promoción de la salud, hombre o mujer que tengan a su cargo la promoción de la salud en la unidad médica para los usuarios afiliados al SP, con cualquier tipo de contratación (de base, contrato o pasantes en servicio social).

Responsables del módulo de farmacia:
En consideración a que los responsables del módulo de farmacia son quienes proporcionan información y surten los medicamentos a los usuarios que requieren el servicio, los informantes serán de acuerdo a los siguientes criterios:

Criterios a considerar:

- Personal que este a cargo de la atención del módulo de farmacia hombre o mujer que tengan a su cargo la atención del mismo para los usuarios afiliados al SP, contratados por la empresa responsable del surtimiento de los medicamentos.

Atributos de las variables discursivas (públicos externos)

Usuarios afiliados al Seguro Popular:
Criterios a considerar:

- Usuarios afiliados al SP de la zona norte y sur del estado de Veracruz, registrados hasta el último corte de afiliación del 2006.
- 2 Hombres ó 2 mujeres que acudan al servicio médico dentro del periodo seleccionado para el estudio y durante una jornada laboral.
- Edad de 18 años y más que acudan al servicio médico dentro del periodo seleccionado para el estudio.
- Que en el momento de la recopilación de la información hayan recibido consulta médica en la unidad seleccionada para tal fin.
- Que hayan recibido al menos una consulta previa al momento de la recolección de la información.

*Representantes de los medios de comunicación: s*e considerarán a los representantes de los medios de comunicación por formar parte de los públicos externos, además de ser, en gran medida los que vinculan a la institución con los usuarios. La información que dichos medios difunden sobre el SP y específicamente sobre el abasto de medicamentos, constituye un factor que influye en la imagen que proyecta[25]. Para efectos de este trabajo se consideraran como representantes de medios de comunicación a los jefes de información de los medios radiofónicos de cada una de las zonas establecidas en la muestra.
Criterios a considerar:

- Personal, hombre o mujer que al momento de la recolección de la información labore como jefe de información del medio de comunicación radiofónico de mayor circulación en cada una de las zonas de la muestra, así como el medio audiovisual de mayor audiencia en dichas zonas.

Diseño inicial

De acuerdo a los criterios antes mencionados, de manera preeliminar se consideraran al número de informantes de acuerdo a la siguiente tabla:

Tabla 1. Número de entrevistas por informante de acuerdo al tipo de unidad médica que opera el SP en las zonas norte y sur del estado de Veracruz

Informantes	Zona norte No. de eventos		Zona sur No. de eventos		Estado No. de eventos
	Unidad médica rural	Unidad médica urbana	Unidad médica rural	Unidad médica urbana	
Médico	1	1	1	1	
Personal de enfermería	1	1	1	1	
Personal de promoción de la salud	1	1	1	1	
Responsable de módulo de farmacia (en caso de contar con módulo de farmacia en la unidad médica)	1	1	1	1	
Responsable de abasto nivel estatal					1
Responsable de abasto nivel jurisdiccional	1		1		
Usuarios	2	2	2	2	
Representantes de medios de comunicación	1		1		

El periodo de recolección de datos se hará ente los meses de marzo y abril del 2007.

Tipo de muestreo

Para este trabajo se utilizará el muestreo *a priori*, ya que este define las características y la estructura de la muestra antes de la recolección de datos, bajo esta premisa se decidirá la cantidad de participantes en cada categoría y las características básicas que ayudaran a interpretar sus respuestas[26].

Muestra

Como muestra para este estudio se han seleccionado dos zonas del estado de Veracruz, donde actualmente se opera el SP: Pánuco y Coatzacoalcos.

Tabla 2. Muestra seleccionada

Zona	Sede	No. de jurisdicción	Número de unidades médicas	Tipo de unidad médica	
				rural	urbana
Norte	Pánuco	1	2	Unidad Médica Tamos	Unidad Médica Colonia Revolución mexicana
Sur	Coatzacoalcos	11	2	Unidad médica Capoacán	Unidad Médica Nanchital

La primera, ubicada en el norte del estado, específicamente en Pánuco, jurisdicción sanitaria No. 1; la cual cuenta con 70 unidades de primer nivel de atención y 40,861 familias afiliadas al SP ubicadas en 12 municipios.

La segunda, ubicada en el sur del estado, jurisdicción sanitaria No. 11; la cual cuenta con 76 unidades de primer nivel de atención, y 64,091 familias afiliadas al SP ubicadas en 18 municipios de esa zona.

De cada una de las dos jurisdicciones ya comentadas, de manera aleatoria se seleccionaron dos unidades médicas, una de tipo urbana y una rural.

En cuanto a los usuarios, la muestra se seleccionó *a priori* tomando en consideración los criterios considerados a la selección de participantes usuarios.

Categorías y conceptos

Categorías teóricas y empíricas

La categoría teórica en este trabajo de investigación es la comunicación; para efectos de este trabajo se tomará el concepto que plantea Abraham Nosnik, el cual se encuentra descrito en la tabla 3, además de las categorías empíricas planteadas allí mismo; dichas categorías y conceptos mostrados fueron construidos a partir de la información analizada respecto a la temática para fines de este estudio.

Tabla 3. Categorías teóricas y empíricas

Categoría Teórica	Comunicación		
Definición conceptual	Un conjunto de técnicas y actividades encaminadas a facilitar y agilizar el flujo de mensajes que se dan entre los miembros de la organización, entre la organización y su medio; o bien, influir en las opiniones, aptitudes y conductas de los públicos internos y externos de la organización, todo ello con el fin de que esta última cumpla mejor y más rápido los objetivos[27].		
Categoría empírica	Definición	Indicadores	Definición
Comunicación Interna	Es la forma como fluye la comunicación a través de la estructura de la institución[30]	Tipos de comunicación	Es la vía o canal que siguen los mensajes y por los cuales se hace circular la información[28].
		Flujos de comunicación	Es la dirección que sigue la comunicación dentro de una organización[29.]
		Canales de comunicación	Son el método de difusión que se emplea para enviar el mensaje[31].
		Barreras de comunicación	Todos aquellos factores que impiden la comunicación, deformando el mensaje, u obstaculizando el proceso general de ésta[32].
Cultura Organizacional	Es el conjunto de creencias compartidos que proporcionan un marco común de referencia a partir del cual las personas de la organización siguen un patrón similar de comportamiento[35]	Valores	Conjunto de valores y creencias comúnmente aceptados conciente o inconscientemente por los miembros de una organización[33]
		Filosofía	Definición de la organización, de su objetivo y del lugar económico y social que quiere ocupar. Grado de compromiso con la calidad[34]

Categoría empírica	Definición	Indicadores	Definición
Comunicación externa	Proceso mediante el cual la institución transforma los insumos de información en productos de naturaleza comunicativa y los devuelve al medio ambiente para lograr la coordinación de objetivos[36].	Canales de comunicación	Son el método de difusión que se emplea para enviar el mensaje.
		Características de la información	Suficiencia, relevancia y pertinencia de la información que se genera al interior de la organización[37].
		Imagen institucional[b]	Percepción externa de la identidad organizacional[38].

Procedimientos para captar información

Para la recolección de la información se utilizarán dos técnicas, la primera de ellas es la entrevista en profundidad, entendida esta como la serie de reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, estos encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras[39].

La secuencia de los eventos con los entrevistados, se encuentra condicionada por las respuestas de la persona entrevistada, las preguntas se formulan siguiendo los enunciados de los objetivos específicos del estudio (cómo, dónde, quién, por qué, para qué, cuántos, cuál, etc.). Al contrario de lo que acontece con las preguntas formuladas mediante cuestionario cerrado y precodificado, pueda propiciarse el flujo discursivo de la persona entrevistada, Para contactar este tipo de entrevista se informa de la investigación que se está realizando, se solicita día y hora para realizar la entrevista y se informa de la duración aproximada de la misma.

Esta técnica va dirigida a los responsables del abasto de medicamentos a nivel estatal y jurisdiccional, así como a los prestadores de servicio descritos anteriormente. Lo anterior a través de una guía de entrevista, la cual esta basada en núcleos temáticos y subtemas que se rescatan de la categoría teóricas y la empíricas, también descritas con anterioridad. (Ver anexo 1).

La segunda técnica a utilizar será la entrevista focalizada, dicha técnica pretende responder a cuestiones muy concretas; existe de antemano un tema predeterminado, hacia el que se orienta la conversación y mediante el cual se ha seleccionado a la persona objeto de la entrevista; de dicha persona se conoce de antemano su participación en una experiencia que ha motivado el diseño de la investigación[40].

Esta técnica va dirigida a los usuarios afiliados al SP y a los representantes de los medios de comunicación. De igual manera a través de una guía de entrevista focal basada en la categoría empírica de comunicación externa. (Ver anexo 2).

Procedimientos para el análisis de la información

Se aplicará la técnica de análisis argumentativo de acuerdo a la propuesta de Gilberto Jiménez, el cual se llevará a cabo tomando en consideración los dos planos complementarios que este mismo autor propone:

[b] Para efectos de esta investigación el concepto de Imagen institucional será abordado únicamente como la percepción que tienen los usuarios afiliados a los servicios que reciben del SP.

el sintagmático y el paradigmático. Ambos conceptos permitirán por un lado, reconstruir analíticamente la esquematización de la realidad social que interesa tomando como referencia el discurso obtenido de los actores sociales a través de las técnicas ya descritas; y por otro, identificar y explicar el paradigma ideológico a partir del análisis del discurso social emitido por estos mismos agentes sociales considerados como unidades de análisis. Dicho de otra manera, a partir de los elementos que integran su discurso, cómo los agentes sociales esquematizan su realidad y cuál es su percepción a partir de ese mismo argumento.

Validación del instrumento

Para poder validar los instrumentos que se utilizaran para la recolección de la información para la realización de este trabajo, en primera instancia dichos instrumentos fueron construidos con base en bibliografía especializada en temas de comunicación organizacional y citados durante el desarrollo de este trabajo; se buscó en todo momento que dichos temas fueran acordes con las categorías empíricas ya descritas y así mismo con el objetivo de dicho trabajo.

En segunda instancia, los instrumentos se sometieron a la validación con expertos de los temas a tratar, en este caso la Dra. Lizzi Elena García Ortiz, asesora externa de esta tesis y responsable del abasto de medicamentos a nivel estatal del Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Veracruz; realizó una revisión de los instrumentos haciendo algunas observaciones acerca de: contenido de los núcleos temáticos, estructura de los subtemas, y sentido de los guiones de los mismos. De la misma manera fueron revisados por el personal encargado de atención médica a nivel jurisdiccional y responsable del abasto de medicamentos en ese mismo nivel, los cuales verificaron y aprobaron dichos instrumentos.

Pre- prueba

En un segundo momento y después de la validación por expertos, se realizaron algunas pruebas de los instrumentos, esto para corroborar que tuvieran un sentido lógico y que fueran congruentes con las categorías empíricas que se tratan de rescatar de los entrevistados a través de los instrumentos[42] y que fueran entendibles por los entrevistados; además de lo anterior se buscaba determinar el tiempo de duración de las entrevistas y de manera general detectar posibles problemas técnicos que pudieran entorpecer la realización de la misma.

En dicha pre-prueba se realizó la entrevista en profundidad dirigida a prestadores de servicio, en este caso representados por un médico que labora para el Seguro Popular en una unidad de primer nivel de atención y a un encargado del módulo de farmacia de un centro de salud de la jurisdicción No. 6 de Córdoba. Durante la realización de dichas entrevistas se detectaron algunos errores en la redacción de los puntos incluidos en el guión de la misma, así como puntos que aunque estaban redactados de manera diferente obtenían la misma información y se volvían repetitivas. También se realizó la entrevista en profundidad dirigida al encargado de atención médica de la misma Jurisdicción Sanitaria (Córdoba) para los fines ya comentados. Dichas entrevistas tuvieron una duración promedio de 45 minutos.

Del mismo modo se llevo a cabo la entrevista focalizada a dos usuarios afiliados al Seguro Popular; en dicha entrevista se detectaron algunas fallas en cuanto a la redacción de las preguntas ya que estas contenían tecnicismos propios del tema de comunicación y esto dificultó que fueran entendidas por los usuarios.

A partir de las fallas detectadas se modificaron los instrumentos utilizados en la pre-prueba, mismos que se presentan en este documento ya con las modificaciones realizadas.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Febrero 22-28	Marzo 1-31	Abril 16-30	Mayo 1-31	Junio 1-30	Julio 1-16
1. Negociación de acceso						
2. Recolección y proceso de la información		5 a 16 Visita las unidades médicas en las jurisdicciones de Pánuco y Coatzacoalcos				
3. Análisis de la información						
4. Presentación de resultados y propuestas						

	Actividad por realizar

RECURSOS

Para la realización de este trabajo de tesis será indispensable contar con los siguientes recursos:

Humanos:

- Equipo de investigación integrado por las responsables de esta tesis.
- Asistente para apoyo del equipo de investigación.

Técnicos:

- Vehículo para traslado a las unidades médicas.
- Combustible para el vehículo.
- Recurso económico para traslado a los municipios de Pánuco y Coatzacoalcos.
- Apoyo económico para la estancia en los municipios de Pánuco y Coatzacoalcos.
- Equipo de cómputo.
- 2 radio grabadoras tipo reportero.
- Pilas AA.
- Cámara fotográfica.
- Material de papelería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bernal Aguilera Esmeralda, Calderón Rodríguez Perla Madahí, Santos Adolfo Guadalupe Berenice. Análisis del proceso de abasto del cuadro básico de medicamentos por medio de la estrategia de terciarización para el seguro popular. Instituto de Salud Pública. Xalapa, Veracruz, México. 2006.
2. *Sistema de Protección Social en Salud.* Modelo de suministro de medicamentos a beneficiarios del Seguro Popular *(visión al 2010, transición de la implementación del Sistema de Protección Social en Salud). Disponible en:* www.seguro-popular.gob.mx. C*onsultado en: 17 de septiembre del 2006*
3. Diagnóstico organizacional en salud. Disponible en: http://www.portalcomunicacion.com/ocs/esp/esp_det.asp?esp_clau=regional&id_especial_serie=0) Consultado el 25 de octubre del 2006.
4. Escat, C. LA NECESIDAD DE UN PROGRAMA DE COMUNICACIÓN INTERNA. Disponible en: http://www.gestiopolis.com/canales/gerencial/articulos/44/progconinter.htm) Consultado el 10 de noviembre del 2006.
5. Diagnóstico y planificación. Disponible en: http://www.rrppnet.com.ar/gestiondelacomunicacion.htm. Consultado el 2 de diciembre del 2006.
6. Terciarización BIBLIOTECA VIRTUAL, SALA DE LECTURA. CONSEJO LATINOAMERICANO DE CIENCIAS SOCIALES (CLACSO) Disponible en http://www.clacso.org. Consultado el 22 de diciembre del 2006.
7. Terciarización Perspectivas del cambio social *Robert Kurz* Disponible en: http://www.rebelion.org/sociales/040426kurz.htm. consultado el 19 de octubre del 2006.
8. Bernal, E. Op. Cit.
9. Bronfman Mario Soc., y col. Hacemos lo que podemos: los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. Salud Publica México; 1997; 39:546-553. Disponible en: http://www.insp.mx/salud/39/396-7.html. Consultado el 29 de septiembre del 2006.
10. Hernández Vichido D y Rosano Caroz M. Diagnóstico de comunicación en la Secretaría de Turismo del Estado de Puebla. Tesis para obtener el grado de licenciatura en comunicación. Universidad de las Américas Puebla. 2003.
11. Define y comunica S.A. de C.V. Programa Completo de un diagnóstico de comunicación organizacional. Disponible en: http://www.ventana.com.mx/programadiagnostico.html. Consultado el 25 de noviembre de 2006.
12. Investigación en comunicación organizacional. Disponible en: http://www.ilustrados.com/publicaciones/EpypkEZFEunXKkgEtF.php#superior. Consultado el 17 de octubre del 2006.
13. Administración de personal. Disponible en: http://html.rinconvgo.com/administracion-de-personal_6.html / Consultado el 18 de enero de 2007.
14. Bernal, E. Op. Cit.
15. Galdon, G, "Introducción a la Comunicación y a la Información". Barcelona, Editorial Ariel. 2001
16. Berlo, D. K., 1990. El proceso de comunicación. Introducción a la teoría y práctica. Ed. El ateneo, Argentina. Versión electrónica. Disponible en: http://www.ucm.es/info/nomadas/1/rfrias1.htm Consultado el: 10 de octubre del 2006.
17. Hernández Guerson, E, López Granados, LM. Una aproximación al análisis cualitativo de datos. Enseñanza e Investigación en Psicología. 1998; Vol. 3 (No. 2): 89-101)
18. Taylor, SJ y Bogdan, R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. 1ª Ed. España: Editorial Paidos Básica; 1996.
19. Taylor, SJ. Op. Cit., p. 20.
20. Hernández, E. Investigación cualitativa, Guía práctica para la investigación del proyecto. Xalapa, México, 2003.
21. Ulin, P. Investigación aplicada en Salud Pública, Métodos Cualitativos. Washington D. C. OPS. 2006.
22. Hernández, E. Op Cit.
23. Trelles, I. Comunicación Organizacional. La habana, Cuba. Ed. Félix Varela. 2001.
24. Trelles, I. Op Cit., p. 107.

25. Trelles, I. Op Cit., p. 118.
26. Ullin, P. Op Cit., p. 51
27. Nosnik, A. Comunicación organizacional. Colombia. 1990. Versión electrónica. Disponible en: http://www.unab.edu.co. Consultado el: 24 de enero del 2007.
28. Shannon C.E. y Weaver W. The mathematical theoty of communication. Citado en: Rosario Frias Azcarate. Disponible en: http/www.mucm.es/info.html Consultado el 26 de octubre del 2006.
29. Trelles, I. Op Cit., p. 85.
30. Trelles, I. Op. Cit., p. 43.
31. Trelles, I. Op. Cit., p. 100.
32. Barreras de la comunicación. Disponible en: http://www.mitecnologico.com/Main/BarrerasDeLaComunicacionInterna Consultado el 18 de enero de 2007.
33. Trelles, I. Op. Cit., p. 164.
34. Andrade Rodríguez de San Miguel, H. Citado en Trellez, I. Comunicación Organizacional. La habana, Cuba. Ed. Félix Varela. 2001.
35. García, D. La Ética en la Empresa, Programa Institucional Rescate de Valores DEFINICION Y FUNCION DE LOS CODIGOS ETICOS. Disponible en: http://www.ccss.sa.cr/rescval/rv0026.htm. Consultado 20 de diciembre del 206.
36. Trelles, I. Op. Cit., p. 105.
37. Programa Completo de un diagnóstico de comunicación organizacional. http://www.ventana.com.mx/programadiagnostico.html Consultado el 3 de septiembre del 2006.
38. Frias, Azcarate R. la comunicación en las organizaciones. Disponible en: http/www.usm.es/info.html. Consultado el 26 de octubre del 2006.
39. Taylor, SJ. Op. Cit., p. 101.
40. Galindo Cáceres Jesús. Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación. México. Editorial Pearson Educación. 1998.
41. Mercado F, Gastaldo D, Calderón C. Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología Iberoamericana. México, Editorial Universidad de Guadalajara; 2002.
42. Ullin, P. Op Cit., p. 65

BIBLIOGRAFÍA

1. Costa, J. DirCom on-line. El Master de Dirección de Comunicación a distancia. Grupo editorial Desing. Bolivia, 2004.
2. Fernández, C. La comunicación en las organizaciones. Editorial Trillas. México, 2002.
3. Festinger, L., Katz D. Los métodos de investigación en las ciencias sociales. Ede. Paidos, México, 1993.
4. Galindo, J. Sabor a ti. Metodología cualitativa en investigación social. Ed. Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz. México. 1998.
5. Jiménez, G. Poder Estado y discurso. Universidad Nacional Autónoma de México. México 1989.
6. Lessem, R. Gestión de la cultura corporativa. Editorial Díaz de Santos. España, 1992.
7. Mercado, F. y Torres, T. Análisis cualitativo en salud: Teoría, método y práctica. Ed. Plaza y Valdez, México, 2000
8. Mercado, F. et. al. Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología iberoamericana. Ed. Universidad de Guadalajara, México 2002.
9. Murray, S, Stephens L. Estadística. Editorial Mc Graw Hill. México, 2002.
10. Pineda B, Alvarado E, Canales F. Metodología de la investigación, manual para el desarrollo de personal de salud. Editorial OPS. 1994.
11. Rebeil, C, Ruíz S. El poder de la comunicación en las organizaciones. Editorial Plaza y Valdés. México, 2000.
12. Rojas, R. Métodos para la investigación social: una proposición dialéctica. Ed. Folios, México 1986.
13. Selltiz, C. et. al. Métodos de investigación en las relaciones sociales. Ed. Rialp S. A. Madrid. 1976.
14. Valles, M. Técnicas cualitativas de investigación. Reflexión metodológica y práctica profesional. Ed. Síntesis sociológica. 1997.

UNA EXPERIENCIA UNIVERSITARIA INTERCULTURAL DE INVESTIGACIÓN-ACCIÓN-PARTICIPATIVA EN SALUD MENTAL

Mónica Carrasco Gómez
Tutor: Mtro. Enrique Hernández Guerson
Asesor externo: Dr. Gilberto Domínguez Estrada

INTRODUCCIÓN

La Investigación-Acción-Participación (IAP) surge del paradigma sociocrítico, que fue un parte aguas en la manera de concebir las ciencias sociales. Se interesa en la emancipación de las sociedades, buscando la equidad y la justicia social. Inicialmente la IAP surge en el área de las ciencias sociales como la antropología y la sociología entre otras, pero como una metodología pensada en el bienestar integral del ser humano, hasta apenas fue utilizada en el área de la salud. Como sabemos, constitucionalmente el derecho a la salud es universal, una de las herramientas de la salud pública a través de la cual es posible brindar equitativamente este derecho es a través de la participación de la sociedad.

La IAP puede ser una alternativa para el abordaje de ciertas condiciones de salud pública, como lo es la salud mental que tiene cierta complejidad por la forma como se ha visto en la actualidad, ya que actualmente ésta ha sido denominada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "problemas comportamentales ocultos"[1].

La salud mental cuando es vista desde la perspectiva de los actores, adquiere una dimensión política y social que es menester tener en cuenta al opinar, decidir, planear acciones en este campo.

Hasta el momento, la mayoría de los programas de salud mental de las instituciones se caracterizan por una mirada desde la medicina, en donde los individuos son analizados en función de los signos y síntomas, por tanto la respuesta de los prestadores de servicios de salud se caracteriza por "quitar" esos signos y síntomas, es decir una biologización de la salud mental. Modelo hegemónico que permea incluso a ciertos grupos de la sociedad.

El presente trabajo recupera de los estudiantes a partir de la experiencia que tienen respecto de la salud mental, sus creencias, saberes y opiniones, además las demandas que hacen de acuerdo a sus necesidades.

La salud mental ha sido abordada desde múltiples perspectivas como las biológicas, psicológicas y sociales y últimamente desde la salud pública[2], las propuestas suponen que a través de la organización de la población es posible formular soluciones a problemáticas sentidas; para Brehil[3] se puede lograr este reto desarrollando investigación de alto nivel, sin perder de vista la construcción democrática del conocimiento y el trabajo programado.

Si lo anterior es complejo, lo es más cuando nos referimos a comunidades en situaciones especiales, tal y como ocurre con Universidad Veracruzana Intercultural (UVI), que se encuentra inserta en los lugares de mayor marginación social, tratando de favorecer un desarrollo más justo e igualitario de los grupos que conforman las Regiones Interculturales de Veracruz.

La pregunta a la que se pretende responder plantea ¿Es posible construir formas de organización social desde los universitarios para promover o construir salud mental? La forma en que se trabajará será priorizando la interacción y comunicación para promover la acción de los individuos partiendo de sus

necesidades. Este trabajo facilitará el diálogo con los actores sociales para transformar las realidades favoreciendo la salud mental de los mismos. Se trata de un estudio de corte sociocrítico en el que se da la voz a los sujetos, promoviendo procesos de reflexión y problematización para la búsqueda colectiva de bienestar común.

Este proyecto de intervención se justifica por su trascendencia, entendiendo ésta por el sentido y significado que tiene para los implicados o las consecuencias que tendrá un problema determinado si se deja evolucionar naturalmente. Ya que a fin de reducir el aumento creciente de la carga de los trastornos mentales y evitar los años de vida con discapacidad o la muerte prematura, debe darse prioridad a la prevención y promoción en salud mental. Ésta permitirá disminuir el estigma que rodea a las personas con trastornos mentales y mejorar el ambiente económico y social[4].

Una vez aclarada la intención de construir formas de organización social desde los universitarios para promover o construir salud mental, es necesario ubicar la universidad como espacio de socialización del quehacer educativo, cultural y social, en la cual se deben fomentar hábitos y actitudes para una vida plena y saludable, "saludable" no solamente en el aspecto físico, sino también social y mental. La deserción escolar, el bajo rendimiento, las adicciones, el estrés son indicadores de una inadecuada protección social y mental en los estudiantes, es importante mencionar que es menester hacer participativa esta problemática a los mismos universitarios ya que si se siguen implementando programas desde el escritorio van a ser poco efectivas las intervenciones ya que no parten de ellos. Solamente al reconocer la problemática, analizarla y dar propuestas de solución desde los propios actores sociales será posible mejorar la salud de los universitarios.

Este estudio tiene una hipótesis de trabajo, la cual deduce que "se podrán construir formas de organización social desde los universitarios para promover la salud mental si se conjugan condiciones favorables necesarias, como una acertada participación de los actores sociales, es decir los estudiantes, académicos y administradores, si el facilitador tiene intervenciones oportunas y si las estructuras de poder de la misma institución permiten el desarrollo del proyecto".

Lo que aportará este trabajo es facilitar la participación de estudiantes universitarios para organización de grupos IAP a favor de la construcción de salud mental.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Para poder comprender el contexto de la educación intercultural, tenemos que acercarnos a los origines de ésta y a su evolución en México. De esta manera podremos tener un bagaje cultural que permita entender el contexto en el cual se desarrollará esta propuesta de intervención.

Orígenes de la educación intercultural

La educación indígena en México tiene como antecedentes el Calmecac y el Tepochkali como primeras instituciones de educación formal que los indígenas crearon.[5] Cuando acontece la dominación española los frailes franciscanos, dominicos y agustinos inician un proceso de evangelización a través de la educación de los indígenas, creando dos colegios para indios nobles: el de Santa Cruz de Tlatelolco y el de Tlalmanaco[6].

En la época de la Independencia la preocupación por la educación de los indígenas la manifiestan Miguel Hidalgo y Costilla y José María Morelos y Pavón. Posteriormente en la época de la Reforma, quien destacó por luchar a favor de la educación de los indígenas fue Benito Juárez, que al darle al país la Constitución de la República Federal reconoció leyes en pro de la educación popular. Durante la presidencia de Juárez

don Valentín Gómez Farías establece en la Ley 1271 del 26 de octubre de 1833, la educación como un derecho de los pueblos y asigna al Estado el deber de conducirla y organizarla.

En la etapa del gobierno de Porfirio Díaz se presenta el discurso de Justo Sierra Méndez quien percibía la urgente necesidad que México tenía de elevar su nivel cultural, y que en esa época la educación era un privilegio para los que tenían dinero o poder. Esta desigualdad social generó el movimiento armado de Madero, Zapata y los hermanos Serdán que duró de 1911 a 1920 quienes junto con el pueblo proclamaron "Tierra, libertad y escuela".

En 1921, con Álvaro Obregón como Presidente, se crea la Secretaria de Educación Pública Federal y es nombrado José Vasconcelos como secretario de Educación y uno de sus principales intereses fue la educación indígena para asimilar la población marginal, educación rural para mejorar el nivel de vida del campo mexicano, creación de bibliotecas, educación técnica, publicación de libros populares, popularización de la cultura entre otras[7].

El indigenismo[8] como ideología nacional cobra fuerza como política de Estado a partir de la presidencia de Lázaro Cárdenas; ésta tenía como meta integrar a los indígenas a la nacionalidad mexicana y la escuela era su principal herramienta.

Durante 1921 a 1940 se optó por romper con las barreras lingüísticas y culturales entre los indios y mestizos con las "misiones culturales" que recorrieron el país enseñando artes y oficios, sin embargo, como reconoció Moisés Sáenz[9] estas misiones fueron ineficaces al llevar normalistas que solamente hablaban español a las comunidades indígenas cuyas características les eran desconocidas. A partir de estas experiencias y del proyecto tarasco encabezado por el lingüista Mauricio Swadesch[10] se llegó al enfoque integral en el indigenismo mexicano, que consistía en impulsar la alfabetización y la educación formal de los niños indígenas en la propia lengua materna antes de pasar al castellano.

En 1940, Cárdenas convocó a la realización del I Congreso Indigenista Interamericano en Pátzcuaro, que condujo a la creación del Instituto Indigenista Interamericano. Después de este congreso indigenista, los antropólogos Alfonso Caso, Gonzalo Aguirre Beltrán y Julio de la Fuente, entre otros, promovieron la Escuela Mexicana de Antropología[11].

Este enfoque antropológico quiso dar un fundamento teórico a la política de asimilación de los indígenas a los moldes dominantes de la Nación[12], que fueron llevados a la práctica por el Instituto Nacional Indigenista creado en 1948.

A mediados de los 1950 se debatió acerca de los méritos de la castellanización directa y de la alfabetización en lengua indígena como paso preliminar a la castellanización, debate que en nuestros días continúa[13]. En los años sesenta se impuso como política oficial la alfabetización en lengua indígena y la enseñanza de esta lengua durante la educación elemental.

Sin embargo, al no cuestionar esta política indigenista integracionista y justificarla en nombre del progreso y la unidad nacional se cayó en una postura que actualmente es calificada como etnocida.[14]

Ante este etnocidio los indígenas hicieron reivindicaciones de carácter étnico y se planteó la necesidad de reconocer la pluralidad étnica del país, de rescatar los valores y lenguas de las culturas indígenas como valores nacionales a ser conservados y promovidos. Se reconoció la educación bilingüe bicultural como meta en si misma y no como paso para la castellanización[15].

Decreto de creación de la Educación Intercultural

Según información de la Coordinación General de Educación Intercultural y Bilingüe[16], la educación intercultural tiene sus orígenes en 1992, se reforma la Constitución para incluir, en su Artículo 4°, la definición del país como multicultural y plurilingüe. Se trata de un reconocimiento trascendental en un país que durante años procuró lograr la unidad nacional mediante la homogeneización cultural.

En 1997 la educación primaria destinada a poblaciones indígenas cambia su denominación, de educación bilingüe bicultural, a educación intercultural bilingüe.

En el año 2001, con la administración del presidente Vicente Fox, se crea la Coordinación General de Educación Intercultural Bilingüe, que por primera vez plantea la educación intercultural para toda la población y la educación culturalmente pertinente para los indígenas a todos los niveles educativos. Teniendo la coordinación las siguientes atribuciones:

- Promover y evaluar la política intercultural bilingüe en coordinación con las diferentes instancias del Sistema Educativo Nacional;
- Promover la participación de las entidades federativas y municipios, así como de los diferentes sectores de la sociedad, pueblos y comunidades indígenas, en el desarrollo de la educación intercultural bilingüe;
- Promover y asesorar la formulación, implantación y evaluación de programas innovadores de educación intercultural bilingüe en materia de:
    - Desarrollo de modelos curriculares que atiendan la diversidad.
    - La formación del personal docente, técnico y directivo.
    - El desarrollo y difusión de las lenguas indígenas.
    - La producción regional de materiales en lenguas indígenas.
    - La realización de investigaciones educativas.

Experiencia mexicana de educación intercultural

En México la educación intercultural ha sido solicitada por indígenas que tratan de establecer centros de educación de acuerdo a su etnicidad. Según Sandoval Forero[17] la respuesta ha sido poco favorable, ya que en algunos casos las universidades estatales han creado escuelas de antropología que en poco o nada les ha servido a los indígenas.

La primera universidad indígena que se creó en México fue la Universidad Autónoma Indígena de México (UAIM), ubicada en el estado de Sinaloa e inició clases en agosto de 1999, pero la aprobación apareció publicada el cinco de diciembre de 2001 en el periódico oficial de dicha entidad.

Otra institución es la Universidad Indígena Latinoamericana (UIL), ubicada en Centla, Tabasco. Su inicio de actividades fue en septiembre de 2001 y fue reconocida hasta el mes de mayo de 2004.

La política indigenista en México cambia de conceptos pasando de la denominada “educación bicultural-bilingüe” a la “educación intercultural”, y se concretó en el 2004 creando desde el gobierno federal, diez universidades interculturales en toda la República Mexicana. La primera en inaugurarse fue la Universidad Intercultural en el Estado de México, que inicia labores el seis de septiembre de 2004, en la cabecera municipal de San Felipe el Progreso.

La Universidad Intercultural de Chiapas[18] (UNICH), es fundada el 1° de diciembre del 2004, según el decreto publicado en el Diario Oficial. El diecisiete de enero del 2005, en ceremonia presidida por el

Secretario de Educación, Prof. Alfredo Palacios Espinosa, se entregó el nombramiento como rector de esta institución al Dr. en Antropología Social, Andrés Fábregas

La Universidad Indígena de San Luis Potosí[19], el programa inicia el 20 de agosto del 2002 bajo el modelo de la "Diversidad Comunitaria" como antecedente. El 31 de mayo del 2003 se convierte en la Universidad Indígena de San Luis Potosí bajo decreto del gobierno del estado. La Universidad Indígena Intercultural de Michoacán inició el 11 de abril de 2006[20]. La Universidad Intercultural de Puebla en el municipio de Huehuetla, inició en enero de 2006.

Tabla 1. Universidades interculturales

	Universidad	Sede	Creación	Reconocimiento	Características
1	Universidad Autónoma Indígena de México (UAIM)	Sinaloa	agosto 1999	Diciembre 2001	Convenio de colaboración e intercambio entre la Secretaría de Desarrollo Social Sustentable, la Comisión para la atención de las Comunidades Indígenas del Gobierno del Estado de Sinaloa y la Universidad Autónoma Indígena de México[21]
1	Universidad Indígena Latinoamericana (UIL)	Centla, Tabasco	septiembre 2001	mayo 2004	
2	Universidad Intercultural del Estado de México	San Felipe el Progreso	septiembre 2004	septiembre 2004	Organismo público descentralizado de Carácter Estatal[22]
3	Universidad Intercultural de Chiapas (UNICH),	San Cristóbal de las Casas, Chiapas.	diciembre 2004	enero 2005	Organismo público descentralizado de la Administración Pública del Estado de Chiapas, con personalidad jurídica y patrimonio propios[23]
4	Universidad Indígena de San Luis Potosí	San Luis Potosí	agosto 2002	agosto 2002	No tengo datos
5	Universidad Indígena Intercultural de Michoacán[24]	Michoacán	abril 2006	No tengo dados	No tengo datos
6	Universidad Intercultural de Puebla[25]	Huehuetla	noviembre 2006		Organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios
7	Universidad Veracruzana Intercultural	Ixhuatlán de Madero, Espinal, Tequila, Huazuntlán		noviembre de 2004	Convenio suscrito entre la UV y SEP, contando con un presupuesto inicial asignado por el Congreso del estado de Veracruz.
8	Universidad Intercultural de la Zona Maya	José María Morelos, Quintana Roo	30 de octubre		Organismo descentralizado de la administración pública paraestatal

Educación intercultural superior

La creación de la universidad en 1910 fue el resultado de un proceso que duró 30 años. Desde 1881 cuando Justo Sierra como diputado presentó su primer proyecto de creación de una universidad como institución cúspide del sistema nacional de educación hasta 1910 cuando Sierra como secretario de Instrucción Pública logró su inauguración[26].

Sentido de universidad intercultural

El termino intercultural[27] va cobrando cada vez mayor fuerza y trata de mirar lo universal desde lo indígena, mirar lo ajeno desde lo propio y desde lo que uno es; desde la cosmovisión y desde lo cotidiano y los saberes y conocimientos propios, para, con base en ello, estimular una selección crítica de aquellos elementos y productos culturales ajenos que pueden contribuir a enriquecer la visión propia y robustecerla para permitir a los educandos indígenas y a sus familiares enfrentar el reto de la hora actual.

Universidad Veracruzana Intercultural

Origen , desarrollo y condición actual

El inicio de la Universidad Veracruzana Intercultural (UVI)[28] se remonta al trabajo académico que a partir de 1996 se desarrolló en el Instituto de Investigaciones en Educación de la Universidad Veracruzana, con la línea de investigación del doctor Sergio Téllez Galván: educación inter y multicultural.

Para la creación de la misma se percibió que no era necesario duplicar instituciones como en otras universidades interculturales había sucedido ya que la propia universidad pública del estado podría ocuparse de la oferta de educación superior en regiones indígenas, utilizando su propia infraestructura y evitando la común segregación de la población indígena.

Durante el mes de agosto del 2004, se establecieron vínculos con la Secretaría de Educación Pública, en específico con la Coordinación General de Educación Intercultural y Bilingüe, que encabeza la Mtra. Silvya Schmelkes del Valle. La Mtra. Schmelkes, el Dr. Sergio Téllez Galván, entonces director del Instituto de Investigaciones en Educación de la Universidad Veracruzana, y el Rector de la misma, que en ese momento era el Dr. Víctor Arredondo Álvarez, se reunieron para establecer los procedimientos de gestión y vinculación entre ambas instituciones. El 26 de noviembre del mismo año se signa el convenio de colaboración entre la SEP y la UV, en el que se establece que el financiamiento para la operación del Programa Universidad Veracruzana Intercultural será en aportación bipartita, entre la federación y el estado.

En los meses de noviembre y diciembre del 2004, se iniciaron reuniones de presentación de la propuesta con miembros de la recién integrada LX Legislatura de Veracruz, específicamente con los Diputados de las comisiones de Asuntos Indígenas, Educación y Cultura y Administración y Presupuestación, quienes le dieron el visto bueno a la propuesta de educación superior intercultural. Así, el 29 de diciembre del mismo año, en sesión plenaria del Congreso Local, se le asigna el presupuesto de seis millones de pesos de participación estatal, con la aprobación de manera casi unánime por las distintas fracciones parlamentarias, a lo que respondería la federación con su contraparte presupuestal.

Programas

Como resultado del trabajo de equipos de diseño curricular, se elaboraron las licenciaturas en Desarrollo Regional Sustentable (DRS) y en Gestión y Animación Intercultural (GAI), enfocadas a perfilar profesionales capaces de diagnosticar, gestionar, planear, apoyar y desarrollar proyectos productivos y culturales, respectivamente, así como reactivar y fortalecer las lenguas indígenas de Veracruz. Así como un programa transversal de lengua y cultura en cada licenciatura.

Infraestructura

Como lo mencionó el Rector en marzo del 2006 en un reportaje del periódico Universo[29]; Es necesario contar con recursos para poder construir la infraestructura que se requiere para su funcionamiento óptimo. Al visitar las tres de las cuatro sedes observé que se cuenta con infraestructura prestada por los municipios, como el caso de Espinal que se encuentra en la casa de la cultura del municipio, o en Huazuntlán donde se encuentran en un albergue del Ayuntamiento. Pero que en los tres casos ya se le donó terreno a la UVI para construir la infraestructura necesaria.

Oficinas centrales

Las oficinas centrales se encuentran en la llamada "Casa UVI" ubicadas en Av. Adolfo Ruiz Cortinez 3104, casi esq. con Av. Primero de Mayo (Junto a la Agencia 4ta. del Ministerio Público) Unidad Magisterial, C.P. 91020, en Xalapa, Veracruz, México.

Sedes

De acuerdo al convenio SEP-UV que señala una gradualidad en la implementación del Programa UV Intercultural y a la propuesta que la UV presentó al Congreso de Veracruz, se convino que en el primer año de trabajo, se desarrollarían actividades de diagnóstico y estudio de factibilidad, las cuales definirían los puntos estratégicos en que se establecería cada una de las Sedes de la UV Intercultural. Actualmente la UVI cuenta con cuatro sedes ubicadas en las regiones de mayor concentración indígena a lo largo de Veracruz y son la región intercultural Huasteca, ubicada en Ixhuatlán de Madero; la región intercultural Totonacapan, con sede en Espinal, la región intercultural Grandes Montañas, ubicada en Tequila y la región intercultural Las Selvas en la región Huazuntlán, Municipio de Mecayapan.

Profesores

Tienen una plantilla de 45 profesores divididos en las cuatro sedes, diez profesores en la sede Huasteca, once profesores en la sede Totonacapan, diez profesores en la sede montañas, catorce profesores en la sede Selvas.

UVI y UV

Programa de trabajo del rector 2005-2009

A principio del año 2005, el actual Rector de la UV, Raúl Arias Lovillo, tomó la decisión de que el Programa UV Intercultural iniciaría cursos en las cuatro Regiones Interculturales de Veracruz desde el primer año; así, el reto y compromiso que el Rector estableció fue de no posponer las aspiraciones de un proyecto educativo para posibles alumnos de 72 municipios de interés.

Importancia de la UVI

En el Programa de Trabajo 2005-2009[30], el rector de la Universidad Veracruzana Raúl Arias Lovillo menciona en los ejes rectores de la transformación y programas prioritarios de su programa de trabajo, la importancia del desarrollo de la UVI, en el eje 2 sobre la reestructuración de la academia, la gestión y la organización institucionales, se encuentra el programa 14 referente al desarrollo de la UVI; en el cual tiene como objetivo ampliar con equidad, calidad y pertinencia la oferta de educación superior en la entidad, atendiendo a las necesidades de las regiones interculturales del estado de Veracruz, a través de las siguientes acciones:

- Desarrollo de programas de educación superior que contribuyan al fortalecimiento de las regiones interculturales del estado de Veracruz.
- Propiciar la participación de las comunidades de las regiones interculturales en la planeación y el desarrollo de los programas educativos de la UVI.
- Fomento del uso, la enseñanza y la difusión de las lenguas y culturas propias de las regiones en que la UVI lleva a cabo sus acciones.
- Articulación con el programa institucional UNAPEI (Unidad de Apoyo para Estudiantes Indígenas).

Salud Mental

Razón de salud mental y universitarios

Según la UNESCO[31] la educación es el nudo de todos los esfuerzos encaminados a lograr que las sociedades del conocimiento se basen en consideraciones de igualdad, respeto de la diversidad cultural y protección del bien común. Por lo tanto educar[32] es el desarrollo armonioso de las facultades físicas, mentales y sociales del ser humano.

En este sentido la universidad es una institución social de mayor importancia en la conformación de la personalidad, así como en el desarrollo de capacidades y valores en la vida de una persona. Es por eso que se ha reconocido la necesidad de incluir educación en valores como parte de los planes y programas en las universidades del mundo[33]. Por lo tanto Vázquez[34] menciona que la universidad enfrenta el reto de enseñar a los universitarios la capacidad de elegir libre y responsablemente los principios éticos en los que han de basar sus decisiones, sus interacciones con el entorno ecológico y social, así como definir las normas que guiarán su vida. Esto se puede lograr enfatizando el aprendizaje no solamente en cuestiones profesionales y científicas sino también en el desarrollo humano es decir en la forma de relacionarse consigo mismo e interactuar con el mundo que nos rodea para una convivencia armónica y pacífica.

Visión general de la salud mental

La salud mental se ha estudiado desde la historia en el binomio salud – enfermedad, su contraparte la enfermedad mental se encuentra registrada desde el periodo hipocrático (siglo IV a. C.)[35]. Hipócrates, el padre de la medicina describe algunas patologías como la manía, la paranoia, melancolía, epilepsia. Él sostuvo que las enfermedades se producían por un disbalance de los cuatro humores esenciales: flema, bilis amarilla, bilis negra y sangre. Pequeños excesos de estos tres humores y de sangre daban lugar a personalidades flemáticas, coléricas y sanguíneas[36].

Durante la edad media, la forma de explicarse estas enfermedades fue a través de la visión mágico-religiosa por tanto, la enfermedad mental llegó a ser catalogada como algo endemoniado. Sin embargo hubo algunos representantes de la iglesia católica que trataron de explicarse dichas enfermedades, entre ellos figura San Agustín (345-430)[37], él escribió en su libro Confesiones que el origen de los conflictos del

hombre provenía de los problemas de la sexualidad. Aproximadamente 670 años después, Alberto el Grande (1193-1280) y Tomás de Aquino (1225-1274), llegaron a la conclusión de que la enfermedad mental es un mal del cuerpo, no del alma , ya que ésta, por ser una creación de Dios, es perfecta y por lo mismo no puede enfermar;[38] por lo que Tomás de Aquino es considerado el precursor de la escuela Organicista de Alemania[39].

Todavía en Francia, en el siglo XV, la enfermedad mental seguía viéndose como una muestra de posesión demoníaca o como brujería; pero gracias al humanismo del renacimiento se finalizan las prácticas crueles con que se trataba al enfermo mental. No obstante, los alojaban en hospitales deplorables e incluso se exhibían como animales furiosos por unas cuantas monedas.[40] A la vez que el Renacimiento ofreció la promesa de un nuevo espíritu de humanismo y conocimiento, se convirtió en uno de los capítulos más nefastos en la historia de la psiquiatría. En 1486, los teólogos alemanes Heinrich Kramer y Johann Sprenger, con el apoyo del Papa, publicaron el Malleus maleficarum (El martillo de las brujas), que se unió a la misoginia de la Iglesia y a la idea de otros teólogos referente a una conspiración contra el cristianismo, dando lugar a una cacería de brujas que condujo a la muerte a miles de personas, la gran mayoría mujeres[41].

En 1494 Sebastián Brant escribe “La nave de los locos” mencionando que los locos deberían estar lejos de la civilización abandonados en desiertos. Sin embargo, en 1525 Juan Luis Vives publica su libro “un pobre consuelo”[42]en donde menciona que a los enfermos mentales se les debe proporcionar una atención especial, señalando que las autoridades deben de hacer hospitales especiales para ellos. Vives empieza a gestionar una política sanitaria al hacer esta declaración.

Uno de los que defendieron a las personas acusadas de brujería fue Johann Weyer, considerado el padre de la psiquiatría ya que se interesó en estudiar la conducta humana y defendió a los enfermos.

El primer hospital psiquiátrico de Europa fue fundado en Valencia por el padre Jofré quien alentaba a sus feligreses a ayudarlo con los enfermos mentales. Poco a poco los hospitales se fueron estableciendo en España, Nueva España, fue así como surgió el primer hospital en América llamado Hospital de San Hipólito.

En el siglo XVII se empezó a hablar de neurosis, histeria e hipocondría, diferenciando a los pacientes que podían ser atendidos en consulta externa y a los psicóticos que tenían que recluirse en los manicomios. Como parte de los tratamientos creados por la medicina de esa época se utilizaron las transfusiones, hubo incluso un medico francés Denis que inyectaba la sangre de cordero para apaciguar las males, cabe mencionar que este tratamiento se dejó de utilizar por las muertes provocadas. Sin embargo se utilizó nuevamente en el siglo XIX cuando Landsteimer , descubrió los tipos sanguíneos. [43] En la psiquiatría legal, Paolo Zaccia se tenía que tomar en cuenta que una persona enferma no era responsable de un acto delictivo por no tener conciencia[44].

En el siglo XVIII, el siglo de la luz, surgió la imagen de Francisco de Goya y Lucientes, considerado uno de los más grandes pintores europeos, fue nombrado pintor del rey y su pintura se caracterizaba por un alegre folklore de la España de aquella época. A los 47 años enfermó de gravedad, tuvo una larga convalecencia y perdió el sentido del oído, fue entonces que sus pinturas se tornaron con un tinte fantástico- dramático, pintando cuadros de brujería, iniciando así la “pintura negra”. Es importante mencionar que a la luz de una psiquiatría retrospectiva se le ha visto con la posibilidad de que iniciara un trastorno depresivo recurrente por el tipo de pinturas con deformaciones y facies malignas[45].

Otra de las figuras importantes en la historia de la psiquiatría en Paris, fue Philippe Pinel (1745-1826), él escribió un tratado medico-filosófico sobre la enajenación del alma o la manía. Este tratado aborda la

etiología dando lugar a la herencia, la vida psicológica y los problemas afectivos. Su obra la continuó su alumno Jean Etienne-Dominique Esquirol (1772-1840), ellos fueron los precursores de la llamada escuela francesa de psiquiatría.[46] Sin embargo, Pinel debe de compartir sus méritos con el italiano Vicenso Chiarugi y con el inglés William Tuke. En 1788 Chiarugi dirigió el hospital de Bonifacio, él afirmaba que "es un deber moral supremo respetar como persona al individuo loco"; en su libro Tratado médico de la locura, consideró las causas de las enfermedades mentales como congénitas y ambientales. Tuke comerciante de te y café realizaba retiros para pacientes y organizó la construcción y el sostenimiento de la institución con cuotas voluntarias. Él utilizaba la filosofía moral para el tratamiento de las personas con enfermedad mental, que consistía en un bonito lugar sin rejas, con amplios patios para la recreación, utilizando la camisa de fuerza para control temporal[47].

El tratamiento moral, trascendió las fronteras europeas y en Estados Unidos Benjamín Rush, considerado el padre de la psiquiatría americana. En su libro Medical Inquiries and Observations upon the Diseases of the Mind (1812) menciona: "la causa de la locura está ubicada en los vasos del cerebro...la locura es una forma crónica que afecta a una parte del cerebro, que es en donde se ubica la mente"[48].

Un avance importante que se anticipó al concepto de localizaciones cerebrales fue el de la Frenología de Franz Joser Gall (1758-1828), fue un médico de Viena que propuso que las facultades mentales eran innatas y que dependían de una estructura específica del cerebro, a la cual correspondía una protuberancia de la superficie externa del cráneo[49].

En 1766 Franz Antón Mesmer (1734-1815) sostuvo la existencia de un "fluido continuo y universalmente distribuido" que influye sobre los cuerpos, al que llamó "magnetismo animal", y que supuestamente usaba para sus curaciones, generalmente en mujeres histéricas.[50] Aunque Mesmer fue muy criticado por el cuerpo médico, sus alumnos continuaron la práctica llegando a la conclusión de que los pacientes mesmerizados entraban en un estado de trance. Esta observación fue confirmada por James Braid, quien le dio el nombre de "hipnosis". El método fue utilizado para anestesiar pacientes quirúrgicos[51].

En el siglo XIX, la psiquiatria tuvo grandes hallazgos, en 1822, Laurent Jesé Bayle (1799- 1858) médico francés publica su tesis profesional titulada *Recherches sur les maldies mentales*, en la que se propone demostrar que "la alineación mental puede ser el síntoma de una inflamación crónica de las aracnoides". Él creó el primer modelo médico de la enfermedad mental. Virchow funda la anatomía patológica haciendo una recapitulación de la información de sus contemporáneos y la suyas; Pasteur liquida el mito de la generación espontánea con su estudio de fermentación; Darwin da a conocer su obra "Sobre el origen de las especies por medio de la selección natural" en el cual incluye teorías psiquiátricas como la degeneración[52].

Al final del siglo XIX Cabanis teorizó sobre la frecuencia con que los problemas somáticos tenían relación con los psicológicos, es por tal motivo que se inician dos escuelas diferentes, la psicogenista y la organicista[53].

En Francia uno de los pilares de la psiquiatra fue Jean Martin Charcot (1825-1893), en la Salpêtrière de París notó la relación entre la histeria y los traumas sufridos. Su gran contribución fue dar crédito a las historias que hasta ese momento eran consideradas como simulación, o incluso posesión demoníaca, aunque su casi exclusivo interés fue observar, describir y clasificar dichos síntomas, sin detenerse en la vida interior de las pacientes.[54] Diferenció entre las pacientes con lesiones orgánicas y aquéllas cuyos síntomas eran de origen psicológico o "histérico". Fue el primero en estudiar la función del trauma psicológico en el origen de la histeria, suponiendo que los recuerdos traumáticos se almacenan en el inconsciente, separados de la conciencia, y dan lugar a los síntomas físicos.[55] Él utilizó la hipnosis para corregir estos problemas.

Otros franceses que contribuyeron a la psiquiatría fueron Jean Pierre Falret, quien en 1854 descubrió los trastornos que ahora conocemos como bipolares.

Mientras tanto en Alemania en 1818 Heinroth utilizó el término psicosomático al referirse al insomnio. Los organicistas basaban su posición en el hecho de que el alma era inmortal y por lo tanto no podía enfermarse, mientras que los psicogenistas apoyaban sus argumentos en el hecho de que a pesar de los estudios, nunca se había demostrado ninguna alteración orgánica en enfermedades como la esquizofrenia.[56] Y en 1857, Esmarch y Jessen sugirieron por vez primera la relación entre parálisis general y la sífilis.

A principios del siglo XX todavía no se conocían las causas de los problemas mentales. Pero en el estado compuesto por Austria-Hungria nace Freud en 1867,quien fue un gran médico judío, quien fue el padre del psicoanálisis que junto con Joseph Breuer empleó la hipnosis para el tratamiento de pacientes histéricas. Más adelante abandonó la hipnosis por el método de las "asociaciones libres". En sus estudios sobre la histeria, Freud relacionó esta enfermedad con problemas sexuales. En 1896 creó el término "psicoanálisis" para referirse a su técnica de asociaciones libres e interpretación de sueños con el propósito de traer a la conciencia los recuerdos traumáticos del pasado almacenados en el inconsciente. Estos recuerdos se manifiestan normalmente a través de los actos fallidos y los sueños, y patológicamente, mediante los síntomas neuróticos[57].

En Bélgica el psiquiatra Morel utilizó por primera vez el término demencia precoz, en Alemania Kahlbaum describe la catatonia, sin embargo el personaje más destacado fue Kraepelin, quien ejerció una influencia decisiva en la psiquiatría con su libro “compendio de psiquiatría” el cual, fue un texto clásico de la psiquiatría organicista. Él estableció que los trastornos mentales podían ser debidos a los factores externos como intoxicaciones o a factores internos como la herencia.

Entre tanto, en Suiza en 1911 Bleuer, médico suizo acuña el término esquizofrenia para referirse a la demencia precoz. En Inglaterra destaca el doctor Henry Maudsley quien organizó los servicios psiquiatria. En 1904, Pavlov médico de Rusia hace estudios sobre los reflejos condicionados y recibe el premio Nobel. Mientras tanto en Italia se sientan las bases de la antropología criminal, enfatizando la importancia de la prevención, educación y rehabilitación.

En 1909, Adolfo Meyer psiquiatra estadounidense, visualiza un programa de salud comunitaria, tratando de brindar una atención integral, es decir de prevención y educación trabajando con toda la comunidad.

Según Garnica Portillo[58] fue necesario que transcurrieran casi tres siglos para la formación del Instituto Internacional de Estadística, el cual en una reunión en 1891, se propuso una clasificación de las causas de defunción, la cual tuvo posteriormente varias revisiones ya que fue utilizada en diferentes países. La primera revisión (CIE-1) se llevó a cabo en París en 1900. CIE-5 (1938), en su sección VI: Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, incluyó cuatro subcategorías de enfermedades mentales: deficiencia mental, esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva y otras.

La OMS, creada en 1948, asumió la revisión de la CIE-6, cubriendo morbilidad además de mortalidad, apareciendo la sección V: Trastornos mentales, psiconeuróticos y de personalidad. Las siguientes ediciones: CIE-7 (1955), CIE-8 (1965), CIE-9 (1978) y CIE-10 (1992), fueron incorporando nuevas categorías diagnósticas, de acuerdo con los avances de la psiquiatría. DSM. El Comité de Nomenclatura y Estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana (fundada en 1844), publicó en 1952 la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-I). Desde entonces se han publicado otras cuatro: DSM-II (1968), DSM-III (1980), DSM-III-R (1987) y DSM-IV (1994). El DSM-IV intenta ser completamente compatible con la CIE-10.

El CIE-10[59] está compuesto por once categorías las cuales son: *Los trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos*, que se refieren a todos aquellos trastornos que tienen una etiología demostrable como pueden ser las demencias, los *deliriums*, los trastornos del humor o de ansiedad orgánicos, los trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral, etc.

Los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas, esta sección incluye desde una intoxicación no complicada, el consumo perjudicial cuadros psicóticos derivados del consumo de alguna sustancia psicotrópica, como son los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol, opioides, cannabinoides, sedantes, cocaína, tabaco, etc.

Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes que se caracterizan por distorsiones de la percepción, del pensamiento y de las emociones. En esta sección encontramos la esquizofrenia paranoide, esquizofrenia hebefrénica, esquizofrenia catatónica, trastorno esquizotípico, trastornos de ideas delirantes persistentes, trastorno de ideas delirantes, trastornos psicóticos, trastornos esquizoafectivos.

Los trastornos del humor (afectivos), se caracterizan por la alteración del humor y los afectos, que van desde la depresión hasta la manía, aquí podemos encontrar el trastorno bipolar, el trastorno depresivo, la ciclotimia, etc.

Los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos se incluyen en un grupo general debido a su relación histórica con el concepto de neurosis y porque muchos de ellos están en relación con la presencia de motivos psicológicos. En esta categoría podemos encontrar los trastornos de ansiedad, los trastornos obsesivos-compulsivos, las reacciones al estrés grave, los trastornos disociativos, los trastornos de somatización, etc.

Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos como son los trastornos de la conducta alimentaria: TCA, los trastornos no orgánicos del sueño, la disfunción sexual no orgánica, el abuso de sustancias que no producen dependencia, etc.

Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto, en esta sección incluye diversas alteraciones que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás, como son los trastornos específicos de la personalidad, los trastornos de los hábitos y del control de los impulsos, los trastornos de la identidad sexual, los trastornos de la inclinación sexual, los trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales.

El retraso mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, que limitan el nivel de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. Esta sección se caracterizan desde el retraso mental leve hasta el profundo.

Trastornos del desarrollo psicológico tienen como características que comienzan siempre en la primera o segunda infancia, hay deterioro o retraso del desarrollo de las funciones que están relacionadas con la maduración biológica del sistema nervioso central y que tienen un curso estable que no se ve afectado por las remisiones y recaídas que tienden a ser características de muchos trastornos mentales. Estos pueden ser el trastorno de la expresión del lenguaje, la afasia, el autismo infantil, etc.

Los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, son un grupo de trastornos caracterizados por un comienzo temprano, que combina un comportamiento

hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas y porque estos problemas se presentan en las situaciones más variadas y persisten a lo largo del tiempo. Estos son los trastornos hipercinéticos, disociales, trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, trastorno de tics, enuresis, etc.

Y por último los trastornos mentales sin especificación.

Para tales trastornos la aparición de los psicofármacos ha significado la mayor revolución en el campo de la psiquiatría, llegando a convertirse en parte imprescindible del tratamiento de muchas enfermedades psiquiátricas, como la esquizofrenia, los trastornos afectivos mayores, el trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos de ansiedad. Actualmente existe una gran variedad de psicofármacos, buscándose cada vez mayor eficacia y selectividad de acción, con menos efectos colaterales. Sin embargo, en el campo de la psicología continúan diferentes tipos de psicoterapias que ayudan a tener una mejor calidad de vida.

Aproximaciones a la atención y comprensión de la salud mental

Marco legal de la Salud Mental en México (versión preliminar, aún en construcción)

La Constitución Mexicana en el Artículo 4º aborda las temáticas de igualdad de género ante la Ley, libertad de procreación, protección de la salud, es decir toda persona tiene derecho a la protección de la salud, a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar, a disfrutar de vivienda digna y decorosa. Y según la Ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo[60a].

En México, la Ley General de Salud[61], en el Capítulo VII aborda el tema de salud mental el cual menciona: Artículo 73. Para la promoción de la salud mental, la Secretaría de Salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán:

I. El desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente de la infancia y de la juventud;

II. La difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental;

III. La realización de programas para la prevención del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras substancias que puedan causar alteraciones mentales o dependencia, y

IV. Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan al fomento de la salud mental de la población.

En el ámbito interior de la Secretaría de Salud[62] la organización y competencias, las distribuye su reglamento interior, mencionando solamente lo relacionado con la salud mental. Al frente de la Secretaria de Salud estará el secretario del despacho quien para el desahogo de los asuntos de su competencia en salud mental se auxiliará de:

- El Comisionado del Consejo Nacional de Adicciones
- La Dirección General Técnica en Adicciones y Salud Mental
- La Dirección General de Cooperación y Difusión en Adicciones y Salud Mental
- Los servicios de Salud Mental

[a] se podrá notar que el tema de salud mental como tal no ha sido abordado.

Una de las estrategias que se llevan a cabo en México en torno al tema de la salud mental es el Programa de Acción: Salud Mental[63], realizado por la Secretaria de Salud en 2001. El cual contiene las directrices para afrontar y reducir los daños provocados por los padecimientos mentales, como son: depresión, trastorno por déficit de la atención, esquizofrenia, enfermedad de Alzhaimer y de Parkinson, epilepsia, trastornos del desarrollo infantil y la atención psicológica en casos de desastre; así también contempla el Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental (MIHASAME)[64], el cual tiene como objetivo primordial, eliminar el modelo psiquiátrico asilar y reinsertar a la brevedad al usuario en su entorno. Este modelo propone en su apartado de reintegración social, en el aspecto de prevención campañas informativas por medios publicitarios como televisión, radio, y prensa, conferencias, orientación a grupos escolares en todos los niveles, a estudiantes de educación media superior y superior como parte de una cultura de prevención de la enfermedad mental.

Aunque en el Programa Nacional de Acción en Salud Mental lo prioriza, en la Coordinación Estatal de Salud Mental, no se tiene trabajo registrado con poblaciones indígenas, ni se ha enfatizado en trabajar con este segmento de la sociedad.

Investigación Acción Participación

Una de las formas para trabajar la salud mental de la población se puede dar a través de la investigación con metodología participativa, ya que reconstruye a partir de la experiencia y la realidad colectiva. [65] Esta metodología parte del paradigma sociocrítico y tiene como objetivo el análisis de las transformaciones sociales y da respuesta a determinados problemas generados por éstas.
La investigación acción participación (IAP)[66] es una propuesta metodológica emergente de la crisis en las ciencias sociales. Tiene por objetivo la transformación de la realidad social y la mejora del nivel de vida de las personas que están inmersas en esa realidad.

La IAP tiene diez principios los cuales rigen la misma y son los siguientes:

1. El punto de partida está ubicado en la perspectiva de la realidad como una totalidad. “la realidad como un todo estructurado y dialéctico, en el cual puede ser comprendido racionalmente cualquier hecho.” Se construye el conocimiento a manera de una espiral dialéctica.
2. Se parte de la realidad concreta de los propios participantes del proceso. Para la IAP el problema tiene su origen en la propia comunidad por cuanto que es ésta quien lo define, analiza y resuelve, buscando la transformación de su realidad concreta, de su mejora en condiciones de vida.
3. Los procesos y estructuras, las organizaciones y los/as sujetos, se contextualizan en su dimensión histórica. Hacer la historia es estar presente en ella, y no simplemente estar representado en ella.
4. La relación tradicional de sujeto-objeto entre investigador-educador y los grupos populares se convierte en una relación sujeto-sujeto.
5. Destaca la unidad de la teoría y la práctica. Supone construir la teoría a partir de la práctica reflexionada críticamente. La praxis es la categoría que asume la relación dialéctica entre teoría y práctica.
6. Establece que el conocimiento científico y el popular se articulan, críticamente, en un tercer conocimiento nuevo y transformador.
7. La participación popular debe ser, preferentemente, a través de todo el proceso de investigación-educación-acción.
8. Considera que el compromiso político e ideológico del investigador-educador es con el sector popular y su causa.
9. Reconocer el carácter político e ideológico de la actividad científica y de la educativa.

10. Considera que la investigación, educación y acción se convierten en momentos metodológicos de un solo proceso para la transformación social.

Los primeros seis principios tienen un carácter epistemológico, ya que tratan de explicar cómo se genera el conocimiento, mientras que los últimos cuatro con carácter metodológico manifiestan cómo promover la acción en los grupos.

Según Ceballos[67] la IAP tiene tres categorías básicas para llevar a cabo la metodología, estas son:
EXPLICAR: tratar de entender más y mejor a los actores y a su acción.
APLICAR: investigar para utilizar los datos descubiertos a fin de mejorar la situación.
IMPLICAR: usar la investigación como medio de movilización social.

Argumentación empírica

En cuanto a la revisión sobre el estado de los hechos, se parte de las investigaciones sobre salud mental con metodología participativa desde el 2000 se empiezan a registrar investigaciones en el 2003, 2005 y 2006. En la revista colombiana de salud pública no se encuentran artículos relacionados con la salud mental del 2000 al 2006. En la revista American Journal of Comunity psichology se encuentran registradas investigaciones en el 2004 y el 2006.

En el programa de acción en salud mental[68] mencionado anteriormente, incluye un apartado de investigaciones realizadas en salud mental en México, estos estudios se llevan a cabo esencialmente en tres áreas: a) clínica, b) neurociencia, c) epidemiológicas y sociales. Específicamente en la investigación psicosocial el Instituto Nacional de Psiquiatría aborda problemáticas como violencia intra familiar y social, los niños y niñas de la calle y otros grupos marginales, suicidio, papel de la familia como factores de riesgo y protección de trastornos mentales, problemas emocionales en diversas etapas de la vida.

En varios países se ha trabajado la metodología participativa, las siguientes investigaciones trataran de dar un panorama sobre las distintas formas de trabajar la IAP.

En Chile, 2001 Cerullo Renato y Wiesefeld Ester[69]. Tratan de inducir una comprensión crítica de su realidad mediante la vinculación de los problemas y necesidades señalas, con sus causas y consecuencias a nivel local y nacional. Generando un sentimiento de responsabilidad para su solución. Retoma teorías como la acción humana, la sociología militante y la educación popular; en cuanto a la dimensión comunicologica enfatiza la acción – problematización, basándose en Freire, Fals Borda y Taylor, Bogdan.

En USA 2004, Bru Martín Paloma, Bsagulti R. Mond[70]. Escriben un artículo en el cual se hace énfasis en reflexionar sobre las ventajas de la participación y la necesidad de políticas públicas que la refuercen y promuevan. Retoma la sociología como disciplina, utiliza conceptos claves como conocer, actuar y transformar, parte del principio de dialogicidad, y da importancia a la difusión de la información, retomando autores como Freire, Tomás Rodríguez Villasante.

Galarza, Mariana.[71], expone un ejemplo de participación social en la comunidad con la Asociación VIVIR en la cual parte de las necesidades de la población y la educación popular.

En cuanto a salud mental y acción comunitaria un artículo de Calviño[72], hace un análisis sobre las prácticas comunitarias tradicionales y sus deficiencias esenciales; las prácticas de salud mental, centrado en los enfoques preventivos y sus exigencias contemporáneas y por último los principios probables de una práctica de salud mental comunitaria, en el que se reconfirma una aproximación centrada en los recursos humanos y profesionales de la comunidad.

Rodríguez Gabarrón[73] aborda los problemas y alternativas desde la investigación participativa y cualitativa y describe los principios fundamentales de la investigación metodológica, hace una reconstrucción conceptual de las tendencias que se observan en la praxis de modelos participativistas o alternativos para la Salud Comunitaria y la Salud Mental Comunitaria; en México y América Latina. Retoma teorías desde el materialismo dialéctico, la hermenéutica, fenomenológica y el interaccionismo simbólico, basándose en autores como Freire, Morin, Ortega y Gasset. Sus conceptos claves son la participación, el empoderamiento, la concienciación, emancipación y transformación, tiene así mismo una dimensión comunicológica basada en la interacción, promoción, difusión, comunicación popular para un desarrollo sostenido.

La investigación acción reflexión se han utilizado para los procesos de formación en Colombia, demostrando como un educador en proceso de formación aprende a investigar mientras está aprendiendo a enseñar[74]. En Costa Rica en 1984, Sirvent[75] hace una diferenciación conceptual entre participación real y participación simbólica; la primera ocurre cuando los miembros de una institución o grupo, a través de sus acciones ejercen poder en todos los procesos de la vida institucional. Mientras que la participación simbólica asume dos connotaciones: una, el referirse a acciones a través de las cuales no se ejerce, una influencia a nivel de la política y del funcionamiento institucional, y otra, el general en los individuos y grupos comprometidos la ilusión de ejercer un poder inexistente. La diferencia radica en el proceso de toma de decisiones y las posibilidades reales de influencia y poder sobre dicho proceso. Los puntos críticos que comenta son sobre el quién participa, el cómo participan los grupos y en qué áreas o ámbitos de la vida institucional es permitida la participación.

Uno de las intervenciones de metodología participativa en México es el caso de las parteras tradicionales (PT)[76]; ya que se capacitaba a las parteras con una ideología de adiestramiento con la verticalidad de los expertos en medicina. Colocando fuera del proceso de capacitación a la propia comunidad y desautorizando técnicamente a la PT frente a su propia comunidad. En ese contexto se crea un espacio de análisis y discusión de 1985 a 1987 para profundizar sobre el conocimiento y quehacer de la PT, en potenciar el conocimiento y sus habilidades, así como para reconocer sus prácticas terapéuticas. Se realizaron discusiones, foros académicos para denunciar la incapacidad de profesionales para dialogar con las PT y sus usuarias, así como la falta de respeto a los patrones culturales de éstas y la negación a establecer relaciones horizontales de respeto y aceptación. Así nace en 1985 el primer proyecto de investigación participativa con Parteras Tradicionales y comunidad de usuarias de las zonas indígenas de Oaxaca. Los métodos e instrumentos se diseñan bajo el paradigma teórico de la educación popular de Freire y la IAP. Se reflexiona y problematiza con parteras y médicos de la comunidad a través de entrevistas colectivas, círculos de reflexión, asambleas populares, autodiagnósticos, y talleres de sistematización, entre otros. Después de muchos intercambios se vuelven referentes la riqueza y solidez cultural para la capacitación de médicos. Gracias a estos encuentros se firma el acta inaugural de una capacitación diferente, con rostro humano, haciendo los contenidos necesarios.

Otra experiencia con metodología participativa es la de espacios educativos contrahegemónicos[77], que se realizaron en la Universidad Veracruzana, a partir de 1985, en donde se crean espacios de reflexión crítica sobre la práctica y la educación médica; posibilitando una coyuntura para la trasformación del paradigma de la enseñanza. Para lograr la concientización se utilizaron la siguientes estrategias:

- La reflexión crítica de la práctica médica y del modelo médico hegemónico. Utilizando técnicas como círculos de reflexión, sociodrama, teatro popular y técnicas de problematización, método freireano.

- Creación de un campo de prácticas para la salud comunitaria; permitiendo modificar patrones dominantes de observación y conocimiento de la realidad. Utilizando técnicas como el árbol de la salud.
- Surgimiento de comités comunitarios para la salud.
- Diseño de la feria de la salud.
- La legitimación y reconocimiento social de las tareas comunitarias de salud a través de la UNICEF-México.

Pero estos avances fueron captados por el DIF, y posteriormente por un cambio en el gobierno del Estado y en la administración de la unidad de ciencias de la salud, se prohíbe el acceso a estudiantes y comités organizados con el argumento de que están conformando grupos agitadores y amenazantes para la estabilidad social. En 1990 se cambia el plan de estudios y se incrementa nuevamente la enseñanza clínica y bancaria.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Panamericana de la Salud[78] entre las diez primeras causas de discapacidad en el mundo, cuatro corresponden a trastornos mentales.[b] Se calcula que los trastornos mentales y del comportamiento representan el doce por ciento de la carga de morbilidad en el mundo; sin embargo, el presupuesto para salud mental de la mayoría de los países es inferior al uno por ciento del gasto total en salud[79].

Los trastornos mentales y del comportamiento constituyen una de las principales causas de pérdida de años de vida saludable (AVISAs) en todo el mundo[80]. En México la prevalencia global de padecimientos mentales es de veinticinco por ciento y la pérdida de AVISAs por este tipo de trastornos en nuestro país es de 9.0 (10.4 en el medio rural y 7.9 en el medio urbano)[81].

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido el Programa Mundial de Acción en Salud Mental. Este es parte del esfuerzo tendiente a implementar las recomendaciones del Informe Mundial de la Salud 2001 en materia de salud mental y se basa en estrategias destinadas a mejorar la salud mental de los pueblos. A fin de implementar estas estrategias, la OMS ha lanzado diferentes proyectos y actividades, tales como la Campaña Mundial Contra la Epilepsia, la Campaña Mundial de Prevención del Suicidio, y los destinados a fortalecer las capacidades nacionales para establecer una política sobre el uso de alcohol, y la colaboración con los países para desarrollar servicios relacionados con el abuso de alcohol.[82] Si bien estos esfuerzos a nivel mundial sitúan como importante la problemática de la salud mental, en los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) no aparece nada referente con la temática. Esto puede hablar de un retroceso en los esfuerzos mundiales por ayudar a la resolución del problema.

La salud mental es una de las áreas que más han resentido esta desigualdad de atención[83], incluso es vista aún como problemas comportamentales "ocultos"[84]. Aunado a esto la atención para la salud mental se ha visto individualizada. Ya que desde la salud pública, son pocos los esfuerzos que se han realizado en comparación con los esfuerzos desde la medicina o psiquiatría clínica.

Para poder trascender en las intervenciones en salud pública es necesario vincular el conocimiento con la acción. Sin caer en el estricto quehacer científico, pero tampoco en el populismo[85].

[b] Estos trastornos son la depresión, los trastornos debidos al uso de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar.

Una alternativa que plantea Gabarrón[86] es la salud mental comunitaria, que es de carácter alternativo y que busca que la población se llegue a apropiar; es decir a empoderarse de su salud.

El empoderamiento se da a través de participar en la acción colectiva, así como también a través de estrategias como los métodos educativos de Freire, la investigación participativa y otras estrategias de participación que aumentan conocimiento personal y conciencia sobre derecho y deberes en salud y que fortalecen el auto cuidado y desarrollan habilidades personales y estilos de vida saludables.[87]
Mi formación profesional ha sido bajo el modelo hegemónico mencionado anteriormente, es decir clínico, modelo que sigue permaneciendo en las universidades. Sin embargo se debe tener en cuenta la perspectiva de la salud mental desde la salud pública. Creando ambientes saludables que promuevan la salud mental. Una de las vías por las cuales se puede comprender la salud mental es dándole voz a los sujetos que viven estas situaciones. Existen estudios en los cuales especialistas en jóvenes mencionan las principales problemáticas de éstos; sin embargo no coinciden con las reales preocupaciones de éstos. Es por eso que creo que es necesario analizar estas situaciones desde los interesados y proponer las alternativas de solución desde ellos.

En este sentido Restrepo[88] menciona que no sería posible desarrollar un ambiente saludable de convivencia sin la participación de individuos y comunidades. El gran reto es escuchar a la gente y evitar la tentación de manipular los procesos participativos con objetivos diferentes que los de responder a las prioridades identificadas por la comunidad[c].

En la gran contradicción que implica llegar a una comunidad a conocer transformando es necesario que en el proceso no se anule las necesidades y requisitos de ninguna de las partes, es decir ni la del facilitador que tiene un objetivo *per se*, pero tampoco la de los mismos actores sociales involucrados en la situación. Según Breilh[89] debe lograrse una distribución armónica entre el polo de la concretización científica y el de la contextualización de la praxis.

La participación comunitaria no es posible en un vacío, las personas necesitan de incentivos para participar y el mejor incentivo es proporcionarles la oportunidad de trabajar por la solución de los problemas y las condiciones que afectan negativamente su vida diaria[90].

De esta manera solamente con la participación de los involucrados podremos resolver juntos las necesidades sentidas en relación a su salud mental.

En el Programa de Trabajo[91] 2005-2009 del rector Raúl Arias Lovillo de la Universidad Veracruzana (UV) aborda las actividades a realizar en pro de mejorar la misma, específicamente en el programa diez se refiere al apoyo a la formación integral de los estudiantes universitarios, en una de la acciones menciona la necesaria ampliación y consolidación de los servicios para la atención de la salud, la orientación y el apoyo psicológicos, así como para la orientación educativa.

De la misma manera en el primer informe[92], el rector Arias menciona en su apartado: *Los estudiantes en primer lugar* y dice: " no queremos... modular el pensamiento ni la conducta de los estudiantes. Los queremos libres, libres de prejuicios y de dogmas, conscientes de su papel y convencidos de que vienen aquí a compartir con nosotros una experiencia transformadora en una atmósfera de libertad, de aprendizaje y de gozo estético y respeto moral".

[c] Es importante mencionar que en este trabajo el grado de pureza de la participación dependerá de las características de los sujetos y la visión que tengan del proyecto.

Así mismo menciona que en "la Universidad deben afianzarse y fructificar semillas de tolerancia sembradas desde los primeros peldaños del sistema educativo. Debemos enseñar las ventajas que tiene la solución pacífica de los conflictos, mostrando a los estudiantes la importancia del diálogo y la negociación. De eso se trata: queremos ciudadanos que conozcan el valor de la libertad y de la tolerancia."

Pregunta de investigación

En este sentido con los propósitos del rector de la UV en el cual se da énfasis al quehacer participativo en pro del bienestar de los estudiantes, cabe preguntarse:
¿Es posible construir formas de organización social desde los universitarios para promover o construir salud mental?

Hipótesis de trabajo

Es posible la construcción de formas de organización social desde los universitarios para promover la salud mental si se conjugan condiciones favorables necesarias, como una acertada participación de los actores sociales, es decir los estudiantes, académicos y administradores, si el facilitador tiene intervenciones oportunas y si las estructuras de poder de la misma institución permiten el desarrollo del proyecto.

Clasificación de la pregunta

- Por el estado de los hechos: exploratoria
- Por la respuesta esperada: cualitativa

OBJETIVO GENERAL

Facilitar la participación de estudiantes universitarios para organización de grupos IAP a favor de la construcción de salud mental.

ESTRATEGIA DE ACERCAMIENTO

El presente estudio se encuentra bajo el paradigma sociocrítico, según Hernández[93] éste busca identificar, caracterizar y priorizar cursos de acción para trasformar alguna condición social. Es decir, transformar al mismo tiempo que se investiga. Este paradigma tiene como base teórica la tradición aristotélica . Según Mardones[94] la historia de la ciencia en occidente tiene sus orígenes en dos grandes tradiciones científicas, la aristotélica y la galileana, la primera trata de enfatizar que los fenómenos sean explicables a partir de sus causas finales, es decir explicando con el fin de qué o el para qué ocurren los fenómenos, mientras que la segunda acentúa la explicación causal enfatizando el cómo.

Estas tradiciones científicas han estado en disputa a través de los siglos no solamente como metodologías sino como concepciones de la vida y la sociedad. Este trabajo parte de la tradición aristotélica, el cual en su evolución ha sido enriquecido por posturas metodológicas como son la hermenéutica, el racionalismo crítico, la fenomenología y la dialéctica con sus respectivos representantes Hegel, Kant, Popper, Weber, Habermas y Marx; esta perspectiva enfatiza el interés, ya que no hay conocimiento sin interés. Habermas distingue los diferentes intereses de la ciencia subrayando el interés emancipativo que orienta las ciencias sistemáticas de la acción o ciencias sociales, este último se asienta sobre la autorreflexión y lucha por conducir al hombre a un ejercicio adulto de la razón.

Uno de los métodos para el abordaje sociocrítico es la Investigación Acción Participativa (IAP), propuesta metodológica inserta en una estrategia de acción definida, que involucra a los/las beneficiarios/as de la misma en la producción de conocimientos. Persigue la transformación social vista como totalidad, y supone la necesaria articulación de la investigación, educación y acción[95].

La IAP ha sido desarrollada y sistematizada por muchos autores entre ellos se encuentran Fals Borda[96], Bosco Pinto, Stephen Kemmis y Robin Mc Taggart[97], Rodríguez Brandao[98], Villasante, De la Riva[99], Ibáñez[100], López de Ceballos[101], Rodríguez Gabarrón y Hernández Landa[102], entre otros. En este trabajo se pretende aplicar la visión de las tres categorías básicas de López de Ceballos que incorpora los diez principios epistemológicos y metodológicos de Rodríguez Gabarrón. En la tabla 1 se puede apreciar la relación que tienen las categorías con los principios.

Tabla 1. Relación entre principios y categorías básicas

Categorías López de Cevallos Paloma	Principios Rodríguez Gabarrón, Luis
Explicar	1. Realidad como totalidad. 2. Se parte de la realidad de los participantes. 4. Relación sujeto-sujeto.
Aplicar	3. Los sujetos se contextualizan en su dimensión histórica. 5. Destaca la unidad de la teoría y la práctica. 6. El conocimiento científico y el popular se articulan en un tercero nuevo y transformador.
Implicar	7. La participación popular debe a través de la investigación-educación-acción (IEA) 8. Considera que el compromiso político e ideológico del/ de la investigado educador es con el sector popular y su causa. 9. Reconocer el carácter político e ideológico de la actividad científica y de la educativa. 10. Considera que la IEA son momentos metodológicos de un sólo proceso para la transformación social.

Fuente. Construcción del autor, adaptado de Rodríguez Gabarrón L; Hernández Landa (1994) Investigación participativa. Cuadernos metodológicos. Madrid: Centro de Investigaciones sociológicas y De Ceballos, Paloma, (1989). Un método para la investigación acción participativa. España: editorial popular.

La categoría "explicar" hace referencia a tratar de entender más y mejor a los actores y su acción, y este entendimiento supone partir de la realidad como totalidad, de la realidad de los participantes, siempre en una perspectiva sujeto-sujeto; en la categoría de "aplicar" se da relevancia a la función de la investigación para mejorar la acción y las realidades de los sujetos desde su contexto histórico.

Destacando la unidad de la teoría y la práctica, ya que la teoría si la práctica es sólo discurso y la práctica sin teoría es activismo. Haciendo que el conocimiento científico y el popular se articulen en un tercero nuevo y transformador. Por último, la categoría de "implicar" comprende no solamente a los sujetos sino también al investigador, y éstos deberán estar comprometidos política e ideológicamente con el sector popular y sus causas, de esta manera usar la investigación como medio de movilización social.

En un esfuerzo por sistematizar la IAP es posible identificar etapas, López de Ceballos reconoce siete, y son: el conocimiento del medio, la elección del tema de investigación acción, la estructuración de la investigación acción, la elaboración de instrumentos, la aplicación de los instrumentos, la totalización y análisis, la codificación y difusión de los resultados y las estrategias de acción.

Los sujetos que participan en la IAP serán todos aquellos que estén interesados en la problemática a tratar en el proyecto. Aún no se decide en cual de las cuatro sedes de la Universidad Veracruzana Intercultural[d] se va a trabajar, pero es pertinente mencionar que aunque el proyecto se desarrolle dentro de alguna de estas sedes podrán participar maestros, alumnos o personas de la comunidad que estén interesados en el mismo.

Es posible pensar que trabajar la salud mental con metodología participativa en la UVI, tiene la intención de mejorar los problemas de salud mental en la población, dando por entendido que se tienen problemas de salud mental, sin embargo esto no lo podemos saber, por lo tanto la intención de la investigación no es dar soluciones a los problemas, sino propiciar la conversación y el diálogo como mecanismos con los que se puedan crear procesos donde los sujetos interesados aporten, tras la reflexión, propuestas de organización social para atender sus necesidades reales o sentidas. Construyendo las respuestas con los distintos actores sociales, se abre un gran abanico de posibilidades, pero las respuestas, soluciones y propuestas de acción se ajustarán más a la realidad concreta, en la medida en que han sido participadas y compartidas por la ciudadanía en el proceso de investigación-acción.

Este proyecto se basará en las tres categorías básicas para llevar a cabo la metodología IAP, por tanto es posible didácticamente hablar de etapas.

- Primer etapa

Trata de explicarse la realidad, entendiendo mejor a los involucrados y sus acciones. Para esta primera categoría se utilizará la etnografía que según Fetterman [103]es el arte y la ciencia de describir una cultura o un grupo, mientras que para Rodríguez Gómez[104] es un método de investigación por el que se aprende el modo de vida de una unidad social concreta. En ésta se persigue la descripción o reconstrucción analítica de carácter interpretativo de la cultura, formas de vida y estructura social del grupo investigados. Para Spindler y Spindler[105] la primera característica es la observación directa, sin importar el sistema de codificación o técnicas, es obligatorio que el investigador se encuentre en el lugar de las acciones, y que su presencia modifique lo menos posible las mismas.

Según Martín Hammersley[106] en cuanto al proceso de análisis de la etnografía se comienza en la fase anterior al trabajo de campo, en la formulación y definición de los problemas de investigación, y se prolonga durante el proceso de redacción del texto. El análisis de la información es paralelo al diseño de la investigación.

La etnografía se enfocará en el estudio de lo sociocultural que identifica al grupo. En este sentido es necesario rescatar el cómo está organizada la misma a nivel económico, familiar, de integración y socialización de sus miembros, político, ideológico o religioso y de ocio o recreación, de la misma manera es importante saber el por qué de las mismas.

Lo primero que se hará es identificar en cual sede universitaria intercultural se trabajará, esta elección del lugar será a través del conocimiento previo de cada una de ellas, y buscando viabilidad se elegirá alguna. Una vez identificada la sede se llevará a cabo el conocimiento del medio propuesto por López de Ceballos que seguirá el siguiente proceso:

1. Trazar las fronteras del grupo sociocultural elegido:
    a. Límites geográficos
    b. Fronteras de clase, categoría etc.

[d] Región Intercultural Huasteca, Región Intercultural Totonacapan, Región Intercultural Grandes Montañas, Sede Regional Tequila.

2. Recoger la información general que se tenga sobre ese grupo sociocultural y anotar lo que falta.

Tabla 2. Formato para recolección de datos

Se tiene		Falta
.....	a. Mapas con la situación del pueblo, estado, país	.....
.....	b. Plano del pueblo, que indica: • Las escuelas • Los mercados • La producción agrícola • Los lugares de culto • Los bares	.....
.....	c. Historial del grupo sociocultural, su evolución interna, sus relaciones con la región y el país	.....
.....	d. estructura de la población : pirámide de edades, distribución según el estado civil, mortalidad, etc.	.....

3. Informaciones específicas:

Tabla 3. Formato para recolección de datos de informaciones específicas

QUÉ	CÓMO			POR QUÉ	
Funciones	instituciones	actores	conductas	Interés socioeconómicos	Valores culturales privilegiados
Economía					
Familia					
Socialización					
Política					
Recreo					
Religión					
				Categorías que se benefician. • Del capital material. • Del capital simbólico.	Sistema de valores por sectores de población.

En el acercamiento al grupo sociocultural es necesario utilizar la observación ya que es una de las herramientas de la etnografía, y según Valles [107] existen tres ejes de la reflexión metodológica de la observación, en el primer eje se plantea una distinción entre observación científica y observación común, Ruiz Olabuénaga &Ispuzua[108] lo expresa de esta manera:

> La observación es una de las actividades comunes de la vida diaria... esta observación puede transformarse en una poderosa herramienta de investigación social y en técnica científica de recogida de información si se efectúa: orientándola a un objetivo de investigación, formulado de antemano; planificándola sistemáticamente en fases, aspectos, lugares y personas; controlándola y relacionándola con proposiciones y teorías sociales; sometiéndola a controles de veracidad , objetividad, fiabilidad y precisión.

En el eje dos se hace una distinción en los manuales de métodos para la observación científica, en tanto método de conocimiento y por otro las técnicas concretas de observación directa.
En el eje tres se expone la consideración de la técnica de observación participante como modalidad de observación exógena. Ésta se contrasta con la autoobservación, considerada una de las modalidades posibles de observación endógena.

La expresión observación participante se ha usado para designar una estrategia metodológica compuesta por una serie de técnicas de obtención y análisis de datos, entre las que se incluye la observación y la participación directa.

Hay diferentes tipos de observación que van desde la no participación a la completa participación, pasando por tres opciones de participación intermedias: pasiva, moderada y activa.

Son tres los autores que han abordado las técnicas de observación participación, Junker, Schatzman& Strauss, y Spradley[109]. El cuadro siguiente hace una síntesis comparativas de dichas técnicas.

Tabla 4. Tipos de observación

Spradley, 1980	Schatzman& Strauss,1973	Junker, 1960
Tipos de participación	Tácticas de presencia activa	Roles sociales para la observación
0. no participación	Ausencia	Completo observador
1. participación pasiva	Presencia pasiva	Completo observador
2. participación moderada	Interacción limitada	Observador como participante
3. participación activa	Observador como participante	Participante como observador
4. participación completa	Participación con identidad oculta	Completo participante

- Segunda etapa

La forma en como los sujetos se incorporarán al trabajo tiene que ver con la segunda categoría, es decir la de aplicar, y se dará mediante la presentación de las observaciones realizadas en campo, que incluirán las notas de campo de las actividades realizadas por los alumnos en diferentes situaciones, por ejemplo en el aula, en los eventos festivos, deportivos y culturales a los que sea posible acceder, así como con los documentos brindados por los maestros que permitan acercase a la realidad subjetiva de los alumnos. Una vez teniendo referencias de la situación que viven los integrantes de la comunidad universitaria intercultural, se procederá a regresar los resultados con el fin de socializar los mismos, este intercambio de puntos de vista ayudará a verificar lo que el observador perciba, es una forma de control y confiabilidad para los datos obtenidos[e].

Así mismo se harán reuniones para elegir los temas de la investigación acción, partiendo de un tema global, aterrizándolo en grupos para reflexionar el problema, con alumnos, maestros y demás interesados en el tema elegido. Se formaran grupos de entre cinco y diez personas para que se propicie la reflexión y el análisis de las causas y efectos de la problemática presentada y así proponer algunas posibles intervenciones para su solución.

Existen tres pautas metodológicas que propone López de Ceballos[110] para ayudar a elegir los temas. El primero es facilitar que pase de un tema muy general a un tema concreto y definido a través de preguntas sobre las variables a tomar en cuenta. El segundo es ayudar al grupo a pasar de aspectos superficiales de un fenómeno al estudio de los sistemas, estructuras y mecanismos subyacentes. El tercero menciona que una vez delimitado y profundizado el tema, hay que darle un titulo que cubra exactamente el contenido: todo el contenido y nada más que el contenido.

Es necesario estructurar la IAP, para esto López de Ceballos[111] plantea un esquema base, el cual brinda rigor metodológico por parte de los animadores, este esquema es solamente para los animadores los

[e] Es en este punto es donde tendrá mas énfasis la tercera categoría al implicar a los interesados en la resolución de los problemas sentidos.

cuales no presentaran el esquema como tal solamente irán de uno en uno sin mencionarlos. De tal manera que cuando un punto esté cubierto, plantearán el siguiente. Este esquema tiene un hilo conductor que permite articular metodológicamente el trabajo en todas sus etapas.

1. Esquema conductor

1. Acción	Finalidad que se desea alcanzar.
2. Pregunta	Incógnita fundamental que hay que resolver para conseguir la acción deseada.
a) Hipótesis	Intento de respuesta a la pregunta.
b) Variables	Factores que hacen cambiar la respuesta a la pregunta
3. Indicadores	Datos que hay que verificar para invalidad o confirmar la hipótesis y responder así a la pregunta o incógnita.
4. Instrumentación	Medios teóricos y prácticos para estudiar y medir los indicadores.
5. Teoría (ideología)	Organización de los conceptos de base que determinan más o menos conscientemente, la orientación de la investigación y su traducción en la determinación de la acción, la de la pregunta, y especialmente en la elección de los indicadores.

Según Ceballos[112], en la conformación de los grupos IAP los resultados dependen más de la calidad de la acción y la investigación que de las cualidades de los animadores. La participación dentro del grupo significa que los animadores o facilitadores participan como apoyo metodológico en la investigación de los grupos y no hacer que la población participe en la investigación. El papel de facilitador será como lo dice Ceballos “entrando y saliendo” esto quiere decir que en algunas reuniones el facilitador estará presente pero en otras no, esto con el fin de propiciar un distanciamiento crítico que ayudará a la independencia del grupo.

Las técnicas participativas de educación popular son muy útiles para facilitar y llevar a cabo el objetivo de la investigación, éstas se dividen en dinámicas de animación, técnicas de análisis general, ejercicios de abstracción, ejercicios de comunicación, dinámicas de organización y planificación. Una de las técnicas que se utilizan para lograr la problematización será el árbol de problemas[113], que es una variante del análisis o diagrama de causas y efectos. Se caracteriza porque, además de considerar las causas del problema se consideran los efectos del mismo. Es un método gráfico de representación y delimitación de problemas en forma de árbol: El "tronco" es el problema a analizar, las "raíces" son las causas y sub-causas del problema y las "ramas" los efectos principales y secundarios. El objetivo de esta herramienta es sistematizar y consensuar las posibles causas y efectos que intervienen en una problemática concreta, de manera que se puedan elaborar hipótesis y espacios posibles de intervención.

Una vez teniendo identificados y analizados los posibles problemas se convocará a asambleas donde los interesados puedan llegar a un acuerdo con el consenso de la mayoría de los integrantes. Y se procederá a tomar decisiones respecto al curso que tomaran las actividades propuestas.

- Tercera etapa

En este esfuerzo de organizar por etapas, es necesario aclarar que el papel de la implicación es transversal desde la primera etapa, ya que se requiere desde el principio el compromiso ideológico con la población y sus necesidades para facilitar el proceso de transformación social.

Procesos desarrollados: explicitación

Negociación de acceso

La negociación de acceso no estriba solamente en el entrar en una institución o grupo en el mero sentido de atravesar el umbral que separa el mundo exterior del interior, sino el de atravesar diversos umbrales que indican el camino al corazón de una cultura. [114]Al inicio me aproxime a Universidad Veracruzana Intercultural (UVI) por la vinculación que tenía con el Instituto de Salud Pública (ISP), en el primer semestre se habló de la posibilidad de que los alumnos del ISP podrían dar cursos en las cuatro sedes de la UVI, pero al final nada se concretizó.

Cuando opté por trabajar en alguna sede de la UVI con salud mental a través de la IAP, se comentó la dificultad de esta idea, en ese momento era inoportuno ya que políticamente resultaba complicado, incluso era necesario definir si lo trabajaría con jóvenes universitarios de Xalapa o de alguna sede UVI, pero realmente yo no conocía ninguna de las UVIs. Posteriormente en el trascurso de las semanas, tuve una reunión con mi asesor en la cual se pidió que definiera el lugar en el cual trabajaría justificando el porque de esa elección.

El acceso a la UVI se obtuvo solicitando el permiso de los responsables, es decir los porteros[f] cuando mi tutor de tesis concertó una cita con Sergio Téllez director de la UVI, en la cual se presentó un breve bosquejo del trabajo que se pretendía realizar, se respondieron algunas preguntas argumentando que no éramos unas personas amenazantes y que no perjudicaríamos a su organización de ningún modo; al parecer el Dr. Téllez se mostró interesado en el proyecto, él nos aconsejó en cual de las cuatro sedes era más factible trabajar, mencionó que era recomendable conocer las cuatro sedes y que a través de esto se eligiera la sede. Posteriormente, platicamos con el Dr. Gilberto Rodríguez Estrada (Coordinador académico de la UVI), a quien se le presentó la propuesta, el Dr. Rodríguez cuestionó la propuesta para aclarar algunos datos y nos invitó a realizar el recorrido lo antes posible, el propuso las fechas del 8, 9 y 10 de noviembre para conocer la sede Huasteca, la cual se encontraba en días de fiesta, presentándose un momento oportuno para tener un primer contacto con la comunidad de esa región.

Se realizó el viaje a la sede de Ixhuatlán de Madero para conocer la misma, en ese mismo viaje se visitó la sede de Espinal, y en el mes de enero de 2007 se realizó la penúltima visita a Huazuntlán, todos estos recorridos fueron con el fin de tener un primer acercamiento a las sedes para identificar en cual se podría llevar a cabo el proyecto.

Recursos técnicos para obtener información

Conforme se avanza en la investigación las propuestas de los teóricos se van entrelazando, al inicio se abordaron los diez principios de la IAP propuestos por Gabarrón, los cuales se dividen en epistemológicos y metodológicos, los primeros orientan hacia el cómo se genera el conocimientos en la IAP mientras que los segundos se van hacia el lado operacional, es decir, el cómo promover la acción, la reflexión y la problematización en los grupos.

Posteriormente se incorporó la visión de López de Ceballos, relacionando sus tres categorías con los principios de Gabarrón.

[f] Según Hernández Guerson los porteros pueden ser personas de la propia comunidad, a él se le tienen que explicar los procedimientos e intereses de la investigación. El enfoque debe ser veraz; sí se falsean deliberadamente las propias intenciones, se vive con el temor de ser descubierto, con la posibilidad de ser expulsado del escenario y destruir la relación con los informantes. No es necesario proporcionar detalles concernientes a la investigación.

En este momento para detallar más cada categoría se retoma a Gómezjara [115], quien menciona dos fases que se ajustan con la categoría explicar de López de Ceballos. La conjunción de los diferentes enfoques tiene como finalidad el autoconocimiento de la comunidad.

La *primera fase es la sensorial* la cual se refiere a la primera aproximación que de la realidad hace el trabajador de campo. En esta fase es necesario abandonar los conocimientos anteriores, la ideología y concentrarse en los sentidos como instrumento para aprender la estructura de la realidad. Es por tal motivo que se tiene que poner en contacto con la realidad, para tener una visión amplia de las actitudes de las personas en relación con su medio y con otras personas. Es importante aclarar que en esta fase se tiene un conocimiento superficial de los fenómenos.

Como se mencionó anteriormente se utilizará la etnografía y según Mejía[116] en la investigación etnográfica se utilizan diversas herramientas y técnicas entre ellas se encuentran la observación participante, los registros de observación, los autorregistros, el diario de campo, las entrevistas etnográficas, los microensayos, los testimonios y los materiales referenciales.

Para esta fase se utilizará la observación participante y no participante. Según Taylor y Bodgan[117] la observación participante depende del registro de notas de campo completas, precisas y detalladas. Valles[118] menciona un modelo de notas de campo con tres clases de anotaciones, las notas observacionales (NO), notas metodológicas (NM) y notas teóricas (NT). A grandes rasgos las NO se refieren a describir un suceso observado respondiendo a las preguntas quién, qué, cuándo, dónde y cómo.

Las NM son los reflejos de los actos operativos del investigador y las NT representan intentos conscientes de dar significado de las notas anteriores, son inferencias, hipótesis, conjeturas con la finalidad de crear ciencia social.

La *segunda fase es la información técnica* la cual se refiere al conjunto de conocimientos de varios aspectos de la realidad que el investigador obtiene de instituciones. La información que se recupera son los antecedentes, datos de la población como edades, ocupaciones, etc.

Para la segunda fase se utilizarán técnicas de investigación bibliográficas, documentos, censos, diagnósticos etc.

Tabla 5. Mapa de fases a seguir

Gabarrón	López de Ceballos	Gómezjara	
Principios epistemológicos *¿cómo se genera el conocimiento?*			
		1ª Fase: Sensorial: observación Notas *Observacionales, *Metodológica *Teóricas	Conexiones externas ⇩

Principios metodológicos *¿cómo promover la acción, reflexión y problematización?*	Explicar	2ª Fase: Técnica: Ubicación contextual ¿Quiénes son? ¿Cómo están organizados? ¿Cómo les ha ido? ¿Qué oportunidades hay? Identificación de lideres naturales, informantes, a quiénes incorporar	**autoconocimiento**
	Aplicar	Regreso de información Socialización de la información. Árbol de problemas	
	Implicar		

Tabla 6. Operacionalización de las variables o categorías

Categoría	Operacionalización
Investigación acción participación	La investigación acción participación (IAP)[119] es una propuesta metodológica emergente de la crisis en las ciencias sociales. Tiene por objetivo la transformación de la realidad social y la mejora del nivel de vida de las personas que están inmersas en esa realidad. Según Ceballos[120] la IAP tiene tres categorías básicas para llevar a cabo la metodología, estas son: EXPLICAR: tratar de entender más y mejor a los actores y a su acción. APLICAR: investigar para utilizar los datos descubiertos a fin de mejorar la situación. IMPLICAR: usar la investigación como medio de movilización social.

Tabla 7. Descripción del instrumento según los apartados que componen

Guía de observación

Datos de identificación: sede, municipio, fecha, colonia, observó, localidad.
Ubicación geográfica: descripción del lugar donde está la UVI (construcciones, infraestructura, ubicación geográfica, ambiente.
Características del edificio escolar: cómo se puede llegar a la escuela, características del edificio escolar, cómo se delimita el espacio escolar, si hay barda, reja u otro límite, cómo son las instalaciones escolares: número y tipo de aulas, espacios administrativos, equipamiento del edificio, patios, canchas, croquis de la escuela.
El interior del aula: cómo es el salón de clase: (mobiliario, materiales educativos, equipamiento, ambiente de trabajo) Cómo están distribuidos los alumnos en el aula, qué actividades realizan los maestros y los alumnos y qué materiales educativos utilizan.
El interior de la UVI: ¿Quiénes están en la escuela y en qué momentos?, actividades que desarrollan los maestros y los alumnos en distintos espacios de la escuela (patios, pasillos, dirección, aulas), ¿cuáles son algunas funciones del director?, ¿Qué sucede a la entrada y salida de clase?, apreciación general del espacio: calor, frío, encerrado, tenso. Características de los alumnos: lenguaje verbal y no verbal, participación de los alumnos en clase, lugares donde se reúnen los alumnos fuera de clase, identificación de lideres naturales, identificación de informantes, a quienes incorporar en el proyecto.
Guía de observación fase técnica interacción:

Características de la población, características de los alumnos: edad, distribución de género, ¿Qué oportunidades tienen los alumnos? (becas), documentos de características de estudiantes, quién es el maestro: (nombre, edad, preparación académica, años de servicio), ¿cuáles son algunas funciones del director de la escuela?
Guía de observación fase técnica organización social: ¿Cómo están organizados? Representantes de grupo, asociación de estudiantes ¿Hay alumnos que representen las instancias colegiadas?

Tabla 8. Descripción del instrumento según los apartados que componen

Grupo nominal

1. *Presentación*: Buenas tardes, yo soy Mónica Carrasco Gómez, alumna de la maestría en Salud Pública de la Universidad Veracruzana, y estoy realizando reuniones como esta que tienen como objetivo facilitar la participación de estudiantes universitarios para organización de grupos a favor de la construcción de salud mental. El propósito de la reunión es identificar y priorizar las necesidades de salud mental que tengan.
2. Desarrollo de la técnica: Se pide al grupo escribir en una hoja las ideas que surjan a partir de la pregunta: Si le preguntará a estudiantes universitarios como ustedes ¿cuáles son aquellas "cosas" que consideran como problema de salud mental ¿cuáles cosas me dirían? Al final de un período de cinco o diez minutos cada persona, por turnos presenta una idea que ha escrito en su lista privada. El moderador escribe esa idea en una pizarra que está a la vista de los demás miembros del grupo. De las cosas que dijeron ¿cuál es la más importante? Pongan el número 3 a la más importante y 2 a la menos y así hasta 1. A continuación tiene lugar la votación independiente; cada uno de los miembros, en privado y por escrito, selecciona prioridades al ordenar por categoría. La decisión del grupo es el resultado matemáticamente agrupado de los votos individuales.
3. *Cierre de la técnica*: se agradece la participación, se pregunta cómo se sintieron y se decide la hora, el lugar y la fecha de la próxima reunión.

Tabla 9. Especificación del tipo de preguntas

Guía de observación

Tipo de pregunta[121]	Localización de las preguntas
Preguntas demográficas o biográficas. Se formulan para obtener datos respecto de ciertas características de las personas que son entrevistadas. Edad, situación profesional, formación académica.	Sede, municipio, fecha, colonia, observó, localidad,
Preguntas gran recorrido. Se formulan para obtener una descripción verbal de las características significativas de una actividad o de un escenario social. Aluden a espacios, tiempos, hechos, personas, acciones.	Ubicación geográfica: Descripción del lugar donde está la UVI (construcciones, infraestructura, ubicación geográfica, ambiente). Características de la población: Cómo se puede llegar a la escuela: Características del edificio escolar Cómo se delimita el espacio escolar, si hay barda, reja u otro límite: Cómo son las instalaciones escolares: número y tipo de aulas,

	espacios administrativos, equipamiento del edificio, patios, canchas, Croquis de la escuela: Cómo es el salón de clase: mobiliario, materiales educativos, equipamiento, ambiente de trabajo Cómo están distribuidos los alumnos en el aula, qué actividades realizan los maestros y los alumnos y qué materiales educativos utilizan,
Preguntas sensoriales. Son cuestiones relativas a lo que se ve, escucha, prueba.	El interior de la UVI Quiénes están en la escuela y en qué momentos, actividades que desarrollan los maestros y los alumnos en distintos espacios de la escuela patios, pasillos, dirección, aulas, cuáles son algunas funciones del director, qué sucede a la entrada y salida de clase, apreciación general del espacio: calor, frío, encerrado, tenso. Características de los alumnos: lenguaje verbal y no verbal, participación de los alumnos en clase, lugares donde se reúnen los alumnos fuera de clase, identificación de lideres naturales, identificación de informantes, a quienes incorporar en el proyecto.
Preguntas gran recorrido. Se formulan para obtener una descripción verbal de las características significativas de una actividad o de un escenario social. Aluden a espacios, tiempos, hechos, personas, acciones.	Características de los alumnos: edad, distribución de género, ¿cómo están organizados? Representantes de grupo Asociación de estudiantes ¿Hay alumnos que representen las instancias colegiadas? ¿Qué oportunidades tienen los alumnos? (becas), documentos de características de estudiantes, quién es el maestro: nombre, edad, preparación académica, años de servicio, ¿cuáles son algunas funciones del director de la escuela?

Tabla 10. Relacionar las preguntas con las dimensiones de las variables / categorías de la guía de observación nominal

PREGUNTAS	VARIABLES / CATEGORIAS
Sede, municipio, fecha, colonia, observó, localidad, ubicación geográfica, descripción del lugar donde está la UVI, características de la población, cómo se puede llegar a la escuela, características del edificio escolar, cómo se delimita el espacio escolar, si hay barda, reja u otro límite, cómo son las instalaciones escolares: número y tipo de aulas, espacios administrativos, equipamiento del edificio, patios, canchas, croquis de la escuela, cómo es el salón de clase: mobiliario, materiales educativos, equipamiento, ambiente de trabajo, cómo están distribuidos los alumnos en el aula, qué actividades realizan los maestros y los alumnos y qué materiales educativos utilizan, quiénes están en la escuela y en qué momentos, actividades que desarrollan los maestros y los alumnos en distintos espacios de la escuela, cuáles son algunas funciones del director, qué sucede a la entrada y salida de clase, apreciación general del espacio, características de los alumnos, lenguaje verbal y no verbal, participación de los alumnos en clase, lugares donde se reúnen los alumnos fuera de clase, identificación de lideres naturales, identificación de informantes, a quienes incorporar en el proyecto, características de los alumnos, cómo están organizados, representantes de grupo, asociación de estudiantes, oportunidades tienen los alumnos, características de los maestros.	Explicitar: tratar de entender más y mejor a los actores y a su acción. Implicar: usar la investigación como medio de movilización social.
Grupo nominal: Si le preguntara a estudiantes universitarios como ustedes ¿cuáles	Aplicar: investigar

son aquellas "cosas" que consideran como problema de salud mental ¿cuáles cosas me dirían?.	para utilizar los datos descubiertos a fin de mejorar la situación. Implicar

Validación del instrumento

Validación de contenido

- Identificación de los que validaron

Guía de observación	Grupo nominal
Maestros y alumnos del área disciplinar de comunicación.	Maestros y alumnos del área disciplinar de comunicación.

- Especificar las observaciones que hicieron

Guía de observación	Grupo nominal
Al presentarla en exposición no se hicieron observaciones respecto a la guía. Pero se sugirió darla impresa.	Al presentarla en exposición no se hicieron observaciones respecto al grupo nominal, pero se sugirió llevarlo a cabo con un grupo.

- Especificar lo que se hizo respecto a las observaciones

Guía de observación	Grupo nominal
Ordené las preguntas, pero no entregue el impreso.	Se realizó la preprueba del grupo nominal el 23 de enero.

Validación de construcción de las preguntas: la forma

- Identificación a los que validaron

Guía de observación	Grupo nominal
Maestros y alumnos del área disciplinar de comunicación.	Maestros y alumnos del área disciplinar de comunicación.

- Especificar las observaciones que hicieron

Guía de observación	Grupo nominal
Al presentarla en exposición no se hicieron observaciones respecto a la guía. Pero se sugirió darla impresa.	Al presentarla en exposición no se hicieron observaciones respecto al grupo nominal, pero se sugirió llevarlo a cabo con un grupo.

- Especificar lo que se hizo respecto a las observaciones

Guía de observación	Grupo nominal
No entregue el impreso.	Se realizó la preprueba del grupo nominal el 23 de enero.

De la capacidad del instrumento para medir u obtener datos

Guía de observación	Grupo nominal
Este tipo de validación se realizó a través de Enrique Hernández Guerson experto de alto perfil.	Este tipo de validación se realizó a través de Enrique Hernández Guerson experto de alto perfil y en la prueba del grupo nominal.

Análisis de la información

El análisis de la información se realizará a través del análisis crítico del discurso (ACD), Según Fairclough y Wodak[122] el ACD interpreta el discurso como una forma de práctica social. Este hecho supone una relación dialéctica entre lo que se dijo (suceso discursivo particular) con las situaciones, instituciones y estructuras sociales que lo contextualizan. Existen varias escuelas en el análisis crítico del discurso como la francesa encabezada por Michel Pêcheux en 1982, la inglesa con su escuela de la lingüística critica, la semiótica social y la escuela de Duisburg.

El ACD tiene los siguientes ocho principios teóricos o metodológicos:

1. El ACD se ocupa de los problemas sociales.
2. Las relaciones de poder como elementos discursivos.
3. El discurso constituye a la sociedad y a la cultura.
4. El discurso realiza una labor ideológica.
5. El discurso es histórico.
6. El vinculo entre el texto y la sociedad es mediado.
7. El análisis del discurso es interpretativo y explicativo.
8. El discurso es una forma de acción social.

CRONOGRAMA DE TRABAJO CON DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS

Actividad	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Recursos
Adecuaciones al documento y completar información faltante							
Observación permanente							6 Traslados a Espinal, alimento y hospedaje, rollos fotográficos, cámara de video y discos mini DVD, hojas y servicio de fotocopias.
Grupo Nominal							
Árbol del los problemas							
Visitas de campo para completar datos que falten							
Conformación de grupos IAP							
Borrador de informe final							

Tabla 13. Tarifas de precios por ADO

SALIDA	DESTINO	COSTO
Xalapa	Poza Rica	$180.00
Poza Rica	Espinal	$50.00

El apoyo requerido consistirá en traslados, alimento y hospedaje para seis salidas a la sede selvas de la Universidad Veracruzana Intercultural. Estas salidas tendrán un monto total de $7,920 de traslado. El alimento será aproximadamente $100 diarios, aproximadamente de $1,800. El hospedaje será por dos noches con un costo aproximado de $250 por noche, es decir $3000 en total.
$12, 720

Así mismo, solicito apoyo para 6 rollos fotográficos de 36 exposiciones y 12 discos mini dvd para cámara de video. Los rollos fotográficos tienen un costo aproximado de $60 y cada disco cuesta $30. Un total de $7,20.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] OMS. Colaboremos por la salud Informe sobre salud en el mundo. Francia 2006 p.3

[2] Piña L. J.,Bullé-Goyri M. R., La psicología en el ámbito de la salud pública: perspectivas de un modelo psicológico para la investigación y la prevención. Rev. Psicología y salud, México. no. 4 año1994. p.177-185.

[3] Breilh, J.,Nuevos conceptos y técnicas de investigación: guía pedagógica para un taller de metodología. 2ª edición, Ecuador. 1995. p. 54

[4] OPS. La salud pública al servicio de la salud mental: Informe sobre la salud en el mundo. 2001

[5] Galicia E., La escuela rural mexicana. Ángeles Editores. México. 2006. p. 5

[6] sep.gob.mx [homepage on the internet] México. La educación indígena en México. Antecedentes históricos. 2000. Consultado el 4 de Enero de 2007. Disponible en: http://www.sep.gob.mx/res/sep/sep . p. 3

[7] Marsiske, R., La Universidad Nacional de México (1910-1929) En Marsiske [coordinadora] La Universidad de México. Un recorrido histórico. México. UNAM-Plaza y Valdés 2001. p126

[8] sep.gob.mx [homepage on the internet] México. La educación indígena en México. Antecedentes históricos. 2000. Consultado el 4 de Enero de 2007. Disponible en: http://www.sep.gob.mx/res/sep/sep . p. 3-5

[9] SEP. La educación indígena en México. Antecedentes históricos.2000. consultado el 4 de Enero de 2007. Disponible en: URL: http://www.sep.gob.mx/res/sep/sep . p.4

[10] SEP. La educación indígena en México. Antecedentes históricos.2000. consultado el 4 de Enero de 2007. Disponible en: URL: http://www.sep.gob.mx/res/sep/sep . p.4

[11] SEP. La educación indígena en México. Antecedentes históricos.2000. consultado el 4 de Enero de 2007. Disponible en: URL: http://www.sep.gob.mx/res/sep/sep . p.4

[12] SEP. La educación indígena en México. Antecedentes históricos.2000. consultado el 4 de Enero de 2007. Disponible en: URL: http://www.sep.gob.mx/res/sep/sep . p.4

[13] SEP. La educación indígena en México. Antecedentes históricos.2000. consultado el 4 de Enero de 2007. Disponible en: URL: http://www.sep.gob.mx/res/sep/sep . p.4

[14] SEP. La educación indígena en México. Antecedentes históricos.2000. consultado el 4 de Enero de 2007. Disponible en: URL: http://www.sep.gob.mx/res/sep/sep . p.5

[15] SEP. La educación indígena en México. Antecedentes históricos.2000. consultado el 4 de Enero de 2007. Disponible en: URL: http://www.sep.gob.mx/res/sep/sep . p.5

[16] Coordinación General de Educación Intercultural y Bilingüe. Consultada el 4 de enero de 2007 disponible en http://eib.sep.gob.mx/

[17] Sandoval Forero E. Universidades interculturales. Modelo del indigenismo en la globalización. En Corona Berkin y Barriga Villanueva [coordinadoras] Educación Indígena. En torno a la interculturalidad. México. UDG. P. 41-58

[18] Universidad Intercultural de Chiapas (UNICH) consultado el 8 de enero de 2007 disponible en http://www.unich.edu.mx/

[19] La universidad indígena de San Luis Potosí. consultado el 8 de enero de 2007 disponible en http://cdi.gob.mx/index.php?id_seccion=661

[20] Martínez Elorriaga Ernesto "Inician cursos de la Universidad Indígena Intercultural de Michoacán" periódico la jornada publicado el domingo 3 de septiembre de 2006, consultado el 25 de enero de 2007, disponible en : http://www.lajornadamichoacan.com.mx/2006/09/03/planitas/contra.pdf

[21], Universidad Autónoma Indígena de México. Consultado el 11 de enero de 2007. disponible en http://www.uaim.edu.mx/COPACIS.html

[22] Reglamento Interior de La Universidad Intercultural del Estado De México. Consultado el 11 de enero de 2007. disponible en http://www.edomex.gob.mx/legistel/cnt/RglEst_190105.htm

[23] Universidad Intercultural de Chiapas. Decreto de creación. Consultado el 11 de enero de 2007. disponible en http://www.unich.edu.mx/?&sitemap

[24] Periódico oficial del Gobierno Constitucional de el Estado de Michoacán de Ocampo Martes 11 de Abril del 2006.

[25] Congreso del Estado http://www.congresopuebla.gob.mx/iniciativa/tmp/ini_399.doc. Consultado el 11 de enero de 2007. disponible en:www.congresopuebla.gob.mx/iniciativa/tmp/ini_399.doc.

[26] Marsiske, R La Universidad Nacional de México (1910-1929) En Marsiske [coordinadora] La Universidad de México. Un recorrido histórico. México.UNAM-Plaza y Valdés 2001. p117

[27] SEP. La educación indígena en México. Antecedentes históricos.2000. consultado el 4 de Enero de 2007. Disponible en: URL: http://www.sep.gob.mx/res/sep/sep . p. 7-8

[28] David I. B., La UV Intercultural en su primer año de trabajo. Boletín de la Universidad Veracruzana Intercultural. Enero 2006, año 1, número 1. p 11-12

[29] Plata, J. C. Ampliar oferta académica de la UV depende de incremento presupuestal: Arias Lovillo. Publicado en el periódico universitario "Universo", del dia 20 de marzo de 2006, consultado el 25 de enero de 2007, disponible en : http://www.uv.mx/universo/216/infgral/infgral37.htm

[30] Arias L. R., Programa de Trabajo 2005-2009. consultado el 27 de enero de 2007. disponible en : http://www.uv.mx/programa_trabajo/indice.htm

[31] UNESCO. Programa y Presupuesto 2002-2003, 31 C/5, párrafo 01004

[32] UNESCO en Vázquez, J.A. La salud mental en la comunidad universitaria".ediciones Teseo. México. 2006. p 70

[33] UNESCO. La Educación Encierra un Tesoro. Informe de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI, presidida por Jacques Delors. Programa Talven, UNESCO-IESALC, Santillana Ediciones. Madrid. 1996.

[34] Vázquez, J.A. La salud mental en la comunidad universitaria. Ediciones Teseo. México. 2006. p 149

[35] Garnica P. R., Nacimiento y evolución de la psiquiatría. Trillas. México. 1991. p. 17

[36] Pérez, G., Enfermedades mentales y antipsiquiatría. Consultado el 22 de septiembre de 2006 disponible en: www.rau.edu.uy/fcs/dts/miguez/historiaenfermedad.pdf#search=%22antipsiquiatria%20filetype%3Apdf%22

[37] Garnica P. R., Nacimiento y evolución de la psiquiatría. Trillas. México. 1991. p. 17

[38] Garnica P. R., Nacimiento y evolución de la psiquiatría. Trillas. México. 1991. p. 18

[39] Calderón N.G., Esa agonía llamada locura: historia de la psiquiatría. EDAMEX. México. 1995. p 94

[40] Calderón N.G., Esa agonía llamada locura: historia de la psiquiatría. EDAMEX. México. 1995. p 95

[41] Pérez, G., Enfermedades mentales y antipsiquiatría. Consultado el 22 de septiembre de 2006 disponible en: www.rau.edu.uy/fcs/dts/miguez/historiaenfermedad.pdf#search=%22antipsiquiatria%20filetype%3Apdf%22

[42] Calderón N.G., Esa agonía llamada locura: historia de la psiquiatría. EDAMEX. México. 1995. p 99

[43] Calderón N.G., Esa agonía llamada locura: historia de la psiquiatría. EDAMEX. México. 1995. p 114

[44] Calderón N.G., Esa agonía llamada locura: historia de la psiquiatría. EDAMEX. México. 1995. p 114

[45] Calderón N.G., Esa agonía llamada locura: historia de la psiquiatría. EDAMEX. México. 1995. p 124

[46] Garnica P. R., Nacimiento y evolución de la psiquiatría. Trillas. México. 1991. p. 23

[47] Calderón N.G., Esa agonía llamada locura: historia de la psiquiatría. EDAMEX. México. 1995. p 134 -135

[48] Calderón N.G., Esa agonía llamada locura: historia de la psiquiatría. EDAMEX. México. 1995. p 137

[49] Calderón N.G., Esa agonía llamada locura: historia de la psiquiatría. EDAMEX. México. 1995. p 138

[50] Pérez, G., Enfermedades mentales y antipsiquiatría. Consultado el 22 de septiembre de 2006 disponible en: www.rau.edu.uy/fcs/dts/miguez/historiaenfermedad.pdf#search=%22antipsiquiatria%20filetype%3Apdf%22

[51] Calderón N.G., Esa agonía llamada locura: historia de la psiquiatría. EDAMEX. México. 1995. p 139

[52] Garnica P. R., Nacimiento y evolución de la psiquiatría. Trillas. México. 1991. p.25

[53] Calderón N.G., Esa agonía llamada locura: historia de la psiquiatría. EDAMEX. México. 1995. p 156

[54] Cazabat, E. H. Un breve recorrido por la traumática historia del estudio del trauma psicológico Rev. Psicotrauma, Vol. 1, nº 1. Dic. 2002. p39. Consultado el 25 de septiembre de 2006. Disponible en: http://www.psicotrauma.com.ar/dic02/Breve%20recorrido%20por%20la%20historia-Cazabat.pdf#search=%22charcot%20historia%20filetype%3Apdf%22

[55] Pérez, G., Enfermedades mentales y antipsiquiatría. Consultado el 22 de septiembre de 2006 disponible en: www.rau.edu.uy/fcs/dts/miguez/historiaenfermedad.pdf#search=%22antipsiquiatria%20filetype%3Apdf%22

[56] Calderón N.G., Esa agonía llamada locura: historia de la psiquiatría. EDAMEX. México. 1995. p 160

[57] Pérez, G., Enfermedades Mentales y Antipsiquiatría. consultada el 26 de enero de 2007. disponible en http://www.rau.edu.uy/fcs/dts/miguez/historiaenfermedad.pdf

[58] Garnica P. R., Nacimiento y evolución de la psiquiatría. Trillas. México. 1991. p.99

[59] OPS. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud, Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Décima Revisión. 1995.

[60] CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS, Consultada el 3 de septiembre de 2006, disponible en: http://constitucion.presidencia.gob.mx/index.php?art_id=4

[61] LEY GENERAL DE SALUD. Última Reforma DOF 06-06-2006. Consultada el 3 de septiembre de 2006, disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf#search=%22ley%20general%20de%20salud%202000%20filetype%3Apdf%22

[62] Secretaria de salud. Programa de acción: Salud mental. 2001 México.

[63] Secretaria de salud. Programa de acción: Salud mental. 2001 México.

[64] Secretaria de salud. Programa de acción: Salud mental. 2001 México. p 70-73

[65] Rodríguez G.L., La salud mental comunitaria y la investigación de método. Rev. Psicología y Salud. Instituto de investigaciones psicológicas, 1998. UV.

[66] Rodríguez, G. L. y Hernández L. L. Investigación participativa. Cuadernos metodológicos. Madrid: Centro de investigaciones sociológicas. 1994. P 23-35

[67] De Ceballos, P., Un método para la investigación acción participativa. editorial popular. España. 1989.

[68] Secretaria de salud. Programa de acción: Salud mental. México. 2001.p 78

69 Cerullo R. y Wiesefeld E. La concientización en el trabajo psicosocial comunitario desde la perspectiva de sus actores. Revista de psicología, año/vol. X número 02, universidad de Chile, 2001.p.11-26

[70] Bru M.P., Bsagulti R. M. La investigación-acción- participativa como metodología de mediación e integración comunitaria. USA en Salud 2004: XVIII Conferencia Mundial de Promoción de Salud y Educación para la Salud. Valorar la diversidad, reformar el poder: explorar trayectorias hacia la salud y el bienestar. (Melbourne, Australia. 26-30 de abril 2004) Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES). Consultada el 13 de septiembre de 2006. disponible en: http://www.health2004.com.au

[71] Galarza, M. Asociación VIVIR: Promocionando la salud diaria con la participación de la ciudadanía. Quinta conferencia mundial de promoción de la salud. Ciudad de México 5-9 junio. OMS, OPS, SSA. 2000.

[72] Calviño, M. Acción comunitaria en salud mental. Revista Cubana de psicología Vol.21, No.1, 2004. Universidad de la Habana.

[73] Rodríguez, L., La salud mental comunitaria y la investigación de método, Nueva época México. 1998.

[74] Muñoz, J. F., Quintero, J. y Munévar, R. A. Experiencias en investigaciónacción- reflexión con educadores en proceso de formación. Revista Electrónica de Investigación Educativa, 2002.4 (1). Consultado el 23 de octubre de 2006 en: http://redie.uabc.mx/vol4no1/contenido-munevar.html

[75] Sirvent, M.T., Estrategias participativas en educación de adultos. Alcances y limitaciones. PREDE-OEA: Costa Rica.1984. Consultada el 23 de octubre de 2006, disponible en:

http://www.crefal.edu.mx/bibliotecadigital/CEDEAL/acervo_digital/coleccion_crefal/rieda/a1985_12/arti4.pdf

76 Rodríguez, G.L. y Hernández L. L. Investigación participativa. Cuadernos metodológicos. Madrid: Centro de investigaciones sociológicas. 1994. p. 45-57

[77] Rodríguez, G.L. y Hernández L. L. Investigación participativa. Cuadernos metodológicos. Madrid: Centro de investigaciones sociológicas. 1994. p. 57-67

[78] OPS. La salud pública al servicio de la salud mental: Informe sobre la salud en el mundo 2001

[79] OMS. Invertir en salud mental, Suiza. 2004. Consultado el 26 de agostote 2006 disponible en http://www.who.int/mental_health. p.16

[80] Desjarlais. R, Eisenberg L, Good. B, Kleinman. A. World Mental Health: Problems and priorities in low income countries. Nueva York (NY): Oxford University Press, 1995. En V Salgado-de Zinder N., Díaz,P. MDJ, González V. T., Modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en la población rural de México. Rev. Salud Pública de México / vol.45, no.1, enero-febrero de 2003 disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45n1/15046.pdf

[81] Frenk J, Lozano R, González-Block MA. Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final. México, D.F. FUNSALUD,1994. En V Salgado-de Zinder N , Díaz P. MDJ, González V. T. Modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en la población rural

de México Salud Pública de México / vol.45, no.1, enero-febrero de 2003 disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45n1/15046.pdf

82 OMS. Invertir en salud mental, Suiza. 2004. Consultado el 26 de agostote 2006 disponible en http://www.who.int/mental_health.

[83] Rodríguez G.L., La salud mental comunitaria y la investigación de método. Revista Psicología y salud. Instituto de investigaciones psicológicas. UV. 1998

[84] OMS, Colaboremos por la salud. Informe sobre salud en el mundo. Francia. 2006 p.3

[85] Breilh, J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología. 2ª edición, Ecuador.1995. p 54

[86] Rodríguez G.L., La salud mental comunitaria y la investigación de método. Revista Psicología y salud. Instituto de investigaciones psicológicas. UV. 1998

[87] Restrepo H. E., Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. Quinta conferencia mundial de promoción de la salud Ciudad de México 5-9 junio. Informe técnico 4 OMS, OPS, SSA. 2000. p.13

[88] Restrepo H. E., Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamietno de las comunidades para promover la salud. Quinta conferencia mundial de promoción de la salud Ciudad de México 5-9 junio. Informe técnico 4 OMS, OPS, SSA. 2000.p. 2

[89] Breilh, J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación, guía pedagógica para un taller de metodología. 2ª edición, Ecuador. 1995. p. 55

[90] Restrepo H. E. Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamietno de las comunidades para promover la salud. Quinta conferencia mundial de promoción de la salud Ciudad de México 5-9 junio. Informe técnico 4 OMS, OPS, SSA. 2000. p. 2

[91] Arias, R. Programa de Trabajo 2005 – 2009. Universidad Veracruzana. 2006. Consultado el 16 de Octubre de 2006 disponible en: http://www.uv.mx/programa_trabajo/ejes_rectores/eje2.htm

[92] Arias, R. Primer informe 2005 – 2006. Universidad Veracruzana. 2006. Consultado el 16 de Octubre de 2006 disponible en: http://www.uv.mx/

[93] Hernández, G. E. Entre paradigmas y orientaciones: Campos en construcción. UCC. México, 2001. p. 1-16

[94] Mardones, J. M. y N Ursúa. Filosofìa de las ciencias humanas y sociales. Materiales para una fundamentación científica. Segunda edición. Fontamara. México.1988. p 29.

[95] Rodríguez G. L., Hernández L., Investigación participativa. Cuadernos metodológicos.Centro de Investigaciones sociológicas. Madrid. 1994.

[96] Fals Borda, O. Conocimiento y poder popular, Siglo XXI- Punta de Lanza, Bogotá.1989. En De Ceballos, P. Un método para la investigación acción participativa. Editorial popular. España. 1985. p. 12.

[97] Stephen K. y Mc Taggart R. Cómo planificar la investigación-Acción, Alertes, Barcelona 1992 en: Pereda,C; de Prada, MA; Actis W. Investigación acción participativa: propuesta para un ejercicio activo de la ciudadanía. 2003. Consultada el 4 de octubre de 2006 disponible en www.nodo50.org/ioe

[98] Fals Borda, O. y Rodríguez Brandao, C, Investigación participativa, Ed. de la banda Oriental, Montevideo, 1987. p.126 en Pereda,C; de Prada, MA; Actis W. Investigación acción participativa: propuesta para un ejercicio activo de la ciudadanía. 2003. Consultada el 4 de octubre de 2006 disponible en www.nodo50.org/ioe

[99] De la Riva, F. Investigación participativa y autoformación grupal. En Documentación social no. 92, Madrid. 1993. p. 141-152. En Pereda,C; de Prada, MA; Actis W. Investigación acción participativa:

propuesta para un ejercicio activo de la ciudadanía. 2003. Consultada el 4 de octubre de 2006 disponible en www.nodo50.org/ioe

[100] Ibañez, J. Más allá de la sociología, Siglo XXI, Madrid. 1979. En Pereda,C; de Prada, MA; Actis W. (2003) Investigación acción participativa: propuesta para un ejercicio activo de la ciudadanía. Consultada el 4 de octubre de 2006 disponible en www.nodo50.org/ioe

[101] De Ceballos, P., Un método para la investigación acción participativa. Editorial popular. España. 1989

[102] Rodríguez G. L., Hernández L., Investigación participativa. Cuadernos metodológicos. Centro de Investigaciones sociológicas. Madrid. 1994.

[103] Fetterman, D. M., Ethnography: step by step. Applied Social Research Methods Series, Volume 17. SAGE publications. USA. 1989. p. 11

[104] Rodríguez G. G., Metodología de la investigación cualitativa. Aljibe. Madrid. 1999. p. 44-45

[105] Spindler y Spindler en Rodríguez G. G., Metodología de la investigación cualitativa. Aljibe. Madrid. 1999. p 44-45

[106] Hammersley M, Atkinson P. Etnografía, métodos de investigación, Paidos. Barcelona.1994. p. 191

[107] Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social. SÍNTESIS. Madrid. 1997. p.143

[108] Ruiz Olabuénaga &Ispuzua en Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social, SÍNTESIS. Madrid. 1997.

[109] Junker, Schatzman& Strauss, y Spradley en Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social. SÍNTESIS. Madrid. 1997

[110]De Ceballos, P., Un método para la investigación acción participativa. Editorial popular. España. 1989. p. 68.

[111] De Ceballos, P., Un método para la investigación acción participativa. Editorial popular. España. 1989. p. 72-73

[112] De Ceballos, P., Un método para la investigación acción participativa. Editorial popular. España. 1989. p.

[113] CIMAS. Observatorio Internacional de Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible. Árbol de problemas. 2006. Consultado el 16 de noviembre de 2006. Disponible en: http://www.cimas.eurosur.org/gloobal/fichas/ficha.php?entidad=Herramientas&id=32

[114] Hernández G.E., Investigación cualitativa: guía práctica para la elaboración del proyecto. 2003 p. 38

[115] Gómezjara F, Ávila R. Salud comunitaria. Ed. Porrúa, México. 1989. p 335-345

[116] Mejía, A; Sandoval, A. [Compiladores]. Tras las vetas de la investigación cualitativa. Perspectiva y acercamientos desde la práctica. Instituto técnico de Estudios Superiores de Oriente; Guadalajara, México.1998.

[117] Taylor, S. J. Bogdan, R. C. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Paidos. Barcelona. 1996. p.74

[118] Valles, M. Técnicas cualitativas de investigación. Síntesis. Madrid. 1997. p 171-172

[119]Rodríguez G. L., Hernández L., Investigación participativa. Cuadernos metodológicos. Centro de Investigaciones sociológicas. Madrid. 1994. p. 23-35

[120] De Ceballos, P. Un método para la investigación acción participativa. Editorial popular. España. 1989.

[121] Hernández G.E., Saldaña I. S.A. Guía Práctica para su realización desde una perspectiva cualitativa. ISP/UV. México. 2007

[122] N Fairclough, R Wodak - Teun van Dijk [Compiladores] El discurso como estructura y proceso. 2000.

PERIODONTITIS: ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN PARA PERSONAL DE SALUD DE LOS SERVIOS DE SALUD DE VERACRUZ

María de la Luz Díaz Zamudio
Tutora: Dra. Elizabeth Bonilla Loyo
Co-tutor: Dr. Domingo Vázquez Martínez
Asesor externo: M.A.S.S. Martha Esperanza Medina Holguín

INTRODUCCIÓN

Contexto del problema

Dentro de la sociedad contemporánea la diabetes mellitus, enfermedad crónica degenerativa no transmisible, está considerada dentro de las diez primeras causas de morbilidad y mortalidad en nuestro país[1], uno de los retos en torno a esta enfermedad es la actualización del médico, dentro de este rubro no se tiene contemplado al odontólogo, quién juega un papel importante en el tratamiento integral del paciente diabético.

Muchas veces el primer contacto lo tiene el paciente con el odontólogo al acudir a una consulta dental debido al proceso inflamatorio que presenta en sus encías que puede ser ocasionado por una gingivitis, la cual de no ser tratada a tiempo da como resultado una enfermedad periodontal, que es común encontrarla presente en la mayoría de los pacientes diabéticos, sin embargo, pacientes que se encuentran en tratamiento de diabetes mellitus no son canalizados al servicio de estomatología. Lo cual debería de hacerse en forma rutinaria, ya que la enfermedad periodontal de no ser manejada de forma adecuada y oportuna podría ocasionar severas complicaciones; como todo proceso infeccioso y complicar el control en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Las complicaciones más severa de la enfermedad son las infecciones periodontales y la pérdida de dientes.

Un antecedente propio se encuentra en la Declaración de las Américas sobre la Diabetes puede leerse "que hay oportunidades para mejorar la asistencia y al mismo tiempo bajar el costo por paciente, prestando atención al desarrollo y la utilización más adecuada de la asistencia ambulatoria y comunitaria". Igualmente importante es la necesidad de incluir a las personas con diabetes en el equipo de asistencia sanitaria para que logren un mayor grado de autocuidado y de calidad de vida[2].

Sólo con la colaboración y comunicación de un equipo multidisciplinario y un buen manejo del paciente se logra un eficaz de control de la enfermedad[3].

La comunicación en salud, tiene un papel importante en la difusión de conocimientos, en la modificación o reforzamiento de conductas, valores y normas sociales; y en el estímulo a procesos de cambio social que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida, por ello se pretende abordar la comunicación, vista como proceso social, de interacción y difusión, como mecanismo de intervención para generar a escala multitudinaria, influencia social que proporcione conocimientos, forje actitudes y provoque prácticas favorables al cuidado de la salud pública[4].

El presente trabajo pretende utilizar la comunicación como estrategia para la capacitación del personal de salud en el paciente diabético con enfermedad periodontal.

ARGUMENTACIÓN TEÓRICA

Gingivitis. Patología más común de las enfermedades periodontales, causada por placa bacteriana y que afecta básicamente a la encía[5].

Periodontitis. Inflamación de origen bacteriano que afecta a la encía, del hueso alveolar, cemento y ligamento parodontal, mismos que constituyen l tejido de soporte del diente[6].

Diabetes mellitus. Enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas[7].

Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de enfermedades bucales, publicada el seis de enero de 1995. En esta norma se refiere que el tratamiento de las enfermedades bucales deberá estar basado en el reconocimiento de éste y en el manejo de la prevención para la correcta conservación de las estructuras y funcionamiento del aparato estomatognático que permitan, en el mediano y largo plazo, disminuir el nivel de incidencia y prevalencia de las enfermedades bucales más frecuentes en la población mexicana.

Las enfermedades bucales de mayor prevalencia, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, son la caries dental y la enfermedad periodontal[8].

NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes[7]. Esta norma hace referencia a la participación de otros miembros del equipo de salud, como profesionales de la nutrición, enfermería, trabajo social, educadores en diabetes, odontología, psicología y deporte, es de gran importancia para auxiliar a los individuos en alto riesgo.

Manual para la atención Odontológica del paciente con diabetes mellitus de la Secretaría de Salud 2003, hace referencia de la interconsulta dental cada seis meses y en casos necesarios cada vez que lo requiera el paciente[6].

Guía técnica para capacitar al paciente con diabetes de la Secretaría de Salud 2001, la cual indica la referencia al odontólogo del paciente diabético para prevención y control de la enfermedad periodontal[9].

Panorama mundial

La Diabetes Mellitus es un padecimiento crónico-degenerativo cuya incidencia y prevalencia continúa en ascenso en todo el mundo. En 1985 existían alrededor de 30 millones de personas con diabetes y se estima que para el año 2025 serán cerca de 300 millones aproximadamente. Así el panorama mundial actual de la diabetes permite predecir que, durante la primera cuarta parte del siglo XXI, este padecimiento alcanzará proporciones epidémicas más grandes[10].

Panorama nacional

A nivel nacional en 2001 preocupados por el crecimiento sostenido en la morbilidad y mortalidad por la diabetes, la Secretaria de Salud y el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica a través del Programa Nacional de Salud del Adulto y Anciano y apoyados en los resultados de los estudios realizados a nivel mundial. Inician la capacitación para mejorar el autocuidado con la creación y ejecución de la estrategia Grupos de Ayuda Mutua en la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM- 015-SSA”-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes[7].

México ocupa el 9° lugar dentro de los diez países con más casos en el mundo, de continuar así para el año 2025 ascenderá al 7° lugar. Y es una de las principales causas de muerte. La organización Mundial de

la Salud (OPS) estimó que en 1999 el 1.4 por ciento de la mortalidad general fueron debidas a la diabetes.

De acuerdo a estudios realizados en el 2000, alrededor de 10.7 por ciento de la población Mexicana con edad de 20 años y más padece diabetes, pero el 35 por ciento ignoran que la padecen lo que significa que en México existen más de 5.6 millones de personas enfermas, de las cuales alrededor de un millón y medio no han sido diagnosticadas[11].

Panorama estatal

En Veracruz, la diabetes ocupa el 3° lugar en la mortalidad general, se registraron en promedio 16,049 casos nuevos y 3,639 defunciones en los últimos cinco años. En la Encuesta Nacional de Salud 2000, el Estado ocupó el primer lugar en prevalencia con 16.1 por ciento y la edad promedio de muerte en los pacientes diabéticos es de 66.3 años lo que la hace ser un problema de salud pública que amerita atención inmediata[12].
La diabetes es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, se estima que en EU, se gastan anualmente 100 billones de pesos en el cuidado de la salud del paciente diabético, estudios revelan que el cuidado de la salud queda lejos de guías de la práctica médica por lo tanto se debe mantener una educación continua para el personal médico[13].

En Costa Rica se propone evaluar un programa de atención primaria en salud

Al pasar la atención y educación de las personas con diabetes al ámbito primario, el modelo de aprendizaje multiprofesional tomó fuerza por demostrar sus ventajas sobre el aprendizaje tradicional (disciplinas por separado). Si bien es cierto que el incremento del conocimiento del personal no necesariamente mejora la atención a los pacientes, los equipos más capacitados dan atención más oportuna y de calidad[14].

El Instituto del Mexicano de Seguro Social (IMSS) es el sistema de cuidado de la salud más grande en México, proporcionando atención a 40 millones de personas, con 14,000 médicos familiares de primer nivel de atención. La institución realiza actividades de educación médica continua en forma rutinaria, basados en la investigación, ya que la educación médica continua es esencial para mejorar la calidad de cuidado de la atención primaria de la salud[15].

ARGUMENTACIÓN EMPÍRICA

Si bien la diabetes mellitus no origina ninguna enfermedad bucal específica, está demostrado que muchas de ellas se ven con mayor prevalencia o agresividad en el paciente diabético descompensado debiendo su presencia alertar al clínico y al odontólogo de posibilidad de una diabetes no controlada. Por otra parte, alguna de estas patologías orales pueden dificultar el control metabólico del paciente [16].

La enfermedad periodontal es una enfermedad silenciosa que puede progresar sin ningún síntoma, se inicia a edad temprana y en su primera fase se conoce como gingivitis. En fases avanzadas es la causa de pérdidas de dientes en adultos, principalmente en pacientes diabéticos[5].

Este manejo de la enfermedad tiene un impacto significante en el mantenimiento de la dentición y potencialmente en la salud sistémica. Este papel informa en un modelo del tratamiento para diabetes adaptado al tratamiento de enfermedades periodontales[17].

Tanto en la enseñanza, la práctica privada o la clínica, debe ser como un signo de alarma y atención el mantenimiento de la salud periodontal, tanto para un practicante general o periodoncista. El equipo dental completo es responsable para el cuidado de salud de la dentición y tejidos de apoyo de la boca[18].

La formación del personal médico, como la tradicional orientación de las estrategias educativas han tendido a biologizar la atención a los adolescentes, y no a verlos desde un enfoque social; además de carecer de las estrategias y habilidades relacionadas con la adecuada comunicación[19].

La Organización Panamericana de la Salud, oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la organización Mundial de la salud dentro de su Programa de Promoción de la Salud (HPA), publicó en el mes de mayo de 1992 el "Manual de Comunicación social para Programas de Salud" el cual es una versión del "Making Health Comunication Programs Work: A Planner's Guide" [20].

MARCO REFERENCIAL

Servicios de Salud

La Secretaría de Salud es la institución rectora del sistema, responsable de elaborar las normas oficiales mexicanas del ramo, convocar los grupos interinstitucionales y concentra las estadísticas sanitarias. Entre sus funciones básicas destacan: actualizar la normatividad de regulación sanitaria, evaluar la prestación de los servicios y operar el sistema nacional de vigilancia epidemiológica[21].

Las unidades de primer nivel de atención (medicina familiar) se distribuyen en los niveles locales de acuerdo con la densidad de población que muchas veces no coincide con los límites territoriales del municipio tales unidades son los centros de salud, las unidades medicas rurales y las unidades de medicina familiar. Las unidades operativas del segundo nivel de atención (especialidades básicas: cirugía general, gineco - obstetricia pediatría y medicina interna) corresponden a un nivel regional cuyos limites territoriales dependen de las poblaciones cubiertas por las del primer nivel nos referimos a hospitales rurales de zona hospitales generales y hospitales regionales[20].

Los Servicios de Salud de Veracruz están conformados por once Jurisdicciones Sanitarias. Disponen en las once Jurisdicciones Sanitarias de 362 centros de salud, doce hospitales integrales, 55 unidades móviles del Programa de Ampliación de Cobertura, 35 unidades móviles del PROGRESA, dos unidades móviles del Programa de Apoyo a la Sierra de la Huasteca Veracruzana y 28 hospitales del segundo nivel.

Jurisdicción sanitaria

Es una unidad técnica administrativa desconcentrada por territorio que depende del nivel estatal y funge como enlace del nivel aplicativo, es el órgano responsable de planear, coordinar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salud pública y de atención médica a población abierta, así como desarrollar actos de regulación control y fomento sanitarios en el área geográfica de su responsabilidad.

De acuerdo con el programa de descentralización de los servicios de salud para la población abierta la jurisdicción sanitaria:

Dentro de las acciones que realiza elabora el diagnóstico jurisdiccional de salud, anualmente el Programa de trabajo en el ámbito de su responsabilidad, actualiza el estudio de regionalización, coordina las actividades técnico administrativas para asegurar la prestación de los servicios sanitarios a individuos, familias, grupos sociales y comunidades dentro del marco del Modelo de Atención a la Salud para población abierta, organiza y evalúa la prestación de servicios de salud en su área de influencia.

Supervisa a través de equipos zonales y multidisciplinarios los servicios que brindan las unidades de salud, promueve y desarrolla investigación operativa que contribuye al mejoramiento de las funciones de la jurisdicción sanitaria.

Procesa, integra y analiza la información en salud de su área de responsabilidad, así como la que generan las demás instituciones del sector existentes en su área de influencia.

Coordina sectorialmente el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y desarrolla las estrategias que para el efecto establezcan los niveles central y estatal.

Instrumenta programas permanentes de educación continua, capacitación e investigación para el desarrollo de los recursos humanos a su cargo.

Vigila el cumplimiento de la legislación sanitaria vigente y coordina los planes en la materia de los gobiernos estatal y municipal.

Elabora y ejecuta programas de ampliación de la infraestructura y gestiona la asignación de los recursos para lograr el acceso universal a los servicios de salud con oportunidad y calidad homogénea.

Integra la historia clínica sanitaria, mantiene las unidades aplicativas en óptimas condiciones de operación mediante la cobertura de personal, la conservación del inmueble, equipo y el abasto suficiente de insumos básicos.

Administra los recursos humanos, materiales y financieros a su cargo y tramita ante la instancia estatal lo necesario para el funcionamiento de la jurisdicción sanitaria. Así como las cuotas de recuperación y otras formas de contraprestación de los servicios.

Centro de salud

Son las unidades de primer nivel de atención en las que se desarrollan acciones dirigidas al individuo, familia, comunidad y a su medio ambiente, los servicios están enfocados principalmente a preservar la salud por medio de actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación, la unidad funcional IDEAL de los centros de salud es el núcleo básico de servicios, conformado por un médico familiar o general y dos enfermeras.

En caso de no contar con ese núcleo serán: integración del mismo con un médico y una enfermera, la sustitución del médico y la enfermera con pasantes de esas carreras, y con personal técnico en localidades rurales donde no exista personal profesional.

El núcleo básico será responsable de atención intramuros y las actividades de campo. Prestará sus servicios a la población del área geográfica de su responsabilidad estará apoyado con un promotor de salud por cada tres núcleos básicos.

La operación y la ubicación de los centros de salud se sustentan en los criterios de regionalización; su capacidad resolutiva estará de acuerdo con las necesidades de la población de responsabilidad, considerando que el núcleo de servicios de salud puede atender hasta 500 familias. Por lo que un consultorio de atención medica y odontológica pueden prestar la mencionada atención hasta con dos núcleos básicos.

Los centros de salud basarán su operación en la formulación de un diagnóstico de salud y la programación de metas establecidas y las estrategias de operación.

El programa de trabajo responderá a la problemática y a las necesidades detectadas en el diagnóstico de salud local los centros de salud podrán contar con laboratorio clínico, rayos “X” y servicios odontológicos.

Los centros de salud integrados en una red de servicios dispondrán de mecanismos de comunicación entre los de menor complejidad con los de mayor complejidad y con los hospitales generales; esta red se

apoyará en un sistema confiable y oportuno de ambulancias que permita el traslado de pacientes a unidades con mayor capacidad resolutiva.

Centro de salud con un núcleo básico

Tiene una cobertura de 100 a 500 familias, se ubica en áreas rurales o urbanas; proporciona atención médica curativa y de rehabilitación, promoción de la salud, saneamiento ambiental y de la vivienda, vigilancia epidemiológica, referencia de pacientes, atención del parto eutócico y atención de las urgencias médicas

Estomatología: se realizan acciones de promoción, prevención y curación estomatológicas a la población de área de influencia. El odontólogo participará en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la población de responsabilidad de la unidad en lo referente a su área, elaborará el programa anual de atención estomatológica de la unidad, proporcionará atención odontológica a los usuarios que acudan al servicio, mantendrá coordinación con los Núcleos Básicos de la Unidad, organizará campañas de salud bucal, realizará trabajo de campo en las escuelas de su área de responsabilidad.

- Consultorio dental. Unidad básica con aspirador de saliva, pieza de alta velocidad, jeringa triple, receptáculo de desechos, sillón y banquillo.

Justificación académica

EL siguiente trabajo pretende demostrar la importancia de la capacitación del personal de salud en enfermedad periodontal, como parte del tratamiento integral del paciente con diabetes mellitus, implementando una estrategia de comunicación para dicho personal**.**

Justificación social

El artículo IV de la Constitución Mexicana, menciona el derecho a la salud de todos los mexicanos, la democratización de la salud contempla que todos los mexicanos y mexicanas puedan contar con servicios de salud sin importar su nivel socioeconómico ni lugar de residencia. “LA SALUD ES PARA TODOS”[22] .

La salud bucal forma parte de la salud integral, por lo tanto si se padece de alguna infección de la cavidad oral se carece de salud general, la cual está considerada como el completo bienestar físico, mental y social del individuo. En nuestro país la salud bucal tiene un importante rezago, considerando la alta prevalencia e incidencia de caries dental y periodontopatías[23].

La enfermedad periodontal es considerada como la segunda causa de pérdida de órganos dentarios y a pesar de ser un problema de salud pública es raro que no existan programas preventivos y de diagnóstico oportuno, después de revisar bibliografía de cinco años a la fecha y de aplicar la cédula para saber el grado de conocimiento por el personal de salud sobre enfermedad periodontal en los centros sometidos a estudio, se encontró que no existe ninguna estrategia de comunicación que apoye la capacitación o autocapacitación del personal en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal en el paciente diabético.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Diabetes Mellitus es un padecimiento crónico degenerativo que en la actualidad se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial[24], en México se conoció a través de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000 que la prevalencia era de 10.7 por ciento

Uno de cada diez mexicanos mayores de 20 años padece diabetes, cerca del 30 por ciento de los individuos afectados, desconoce que la tiene. Esto significa que en nuestro país existen más de cuatro millones de personas enfermas, de las cuales poco más de un millón no han sido diagnosticadas [7] y cada dos horas mueren 11 personas a causa de este padecimiento. El estado de Veracruz no escapa de este problema ocupando el 1º lugar de prevalencia a nivel nacional con 16.1 por ciento[25], ocupando los primeros lugares en morbilidad, mortalidad, discapacidades y altos costos para su atención y actualmente ocupa el 1º lugar como causa de consulta de los padecimientos crónicos degenerativos[12].

Los pacientes diabéticos que reciben tratamiento, actualmente no han logrado un control efectivo y una de las posibles causas son las complicaciones, las cuales se presentan como una consecuencia de no tratar al paciente en forma integral por un equipo de salud como marca la Norma Oficial Mexicana para el control y prevención de la diabetes mellitus NOM-015-SSA2-1994[7] .

Una de las complicaciones más frecuente de la diabetes mellitus tipo 2 es la enfermedad periodontal que es un proceso inflamatorio de origen bacteriano que afecta a la encía, hueso alveolar, cemento y ligamento periodontal que constituyen los tejidos de soporte ocasionando la pérdida prematura de los órganos dentarios con lo que se va a disminuir la función masticatoria del paciente.[26] Este problema se presenta generalmente en un 50 por ciento más o menos de los pacientes diabéticos[27].

Los problemas periodontales pueden complicar el control de la diabetes, y una diabetes mal controlada puede agravar la enfermedad periodontal[28].

En el estado de Veracruz se llevó acabo una intervención por parte de la Organización Panamericana de la Salud 2003-2004 con el nombre Proyecto Vida en diabetes mellitus, para valorar los pacientes diabéticos en tratamiento que no habían logrado, su control metabólico, encontrando como resultado que los pacientes que presentaban enfermedad periodontal una vez que fueron remitidos al servicio dental para el control de la misma lograron mejoría. Posteriormente en febrero del 2005, se hizo una evaluación entre dos centros de salud, uno que participó en el proyecto y otro que no tuvo participación; de los resultados obtenidos la mayoría del personal refirió no haber recibido capacitación sobre enfermedad periodontal[29].

El papel del médico, odontólogo, la enfermera , el nutriólogo y el psicólogo en cuanto a su conocimiento sobre estos mecanismos anteriormente señalados, incrementaría su importancia para el decidido control en el tratamiento y su relación con cifras de glucosa, y el multicitado detrimento de las estructuras dentales, acortando la interconsulta al servicios de odontología, así también se puede subsanar, la falta de personal odontológico en las unidades, enviando a los pacientes a las unidades de salud más cercanas que cuenten con dicho servicio. Lo que sensibilizaría más la atención al paciente diabético sobre el cuidado diario de su boca.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿La capacitación del personal de salud, a través de una estrategia de comunicación, mejoraría la salud del paciente diabético con enfermedad periodontal?

Por el estado de los hechos la pregunta de investigación es de tipo exploratoria, ya que se va a indagar sobre el conocimiento que tiene el personal de salud de los SESVER sobre enfermedad periodontal en el paciente diabético.

En cuanto a la respuesta a esperada la pregunta que se considera es cuantitativa-cualitativa, ya que primero se obtendrán resultados numéricos que cualificaran para establecer la respuesta**.**

OBJETIVOS

Objetivo general

Implementar un programa de comunicación e información, que capacite al personal de salud de SESVER, sobre enfermedad periodontal en el paciente diabético.

Objetivos específicos

- Concientizar al personal de salud de la importancia de la enfermedad periodontal, en pacientes diabéticos que afectan su control metabólico.
- Capacitar al personal de salud de tres Centros de SESVER, sobre la importancia que tiene la referencia del paciente diabético, al servicio odontológico.
- Contribuir al control metabólico del paciente diabético, a través de una estrategia de comunicación e información que incluya trípticos, folletos, carteles y CD.
- Evaluar la efectividad de la estrategia de comunicación e información en tres Centros de Salud de la jurisdicción V Xalapa de los Servicios de Salud de Veracruz a través de los expedientes.

METODOLOGÍA

Es un estudio cuantitativo, cuasi experimental, longitudinal en el cual se va a evaluar antes y post estrategia de comunicación, por medio de un cuestionario con preguntas sobre enfermedad periodontal en el paciente con diabetes mellitus, el conocimiento que tiene el personal de salud, de los centros de salud de la Jurisdicción V Xalapa de los Servicios de salud de Veracruz sobre ese tema.

Para este estudio se considerará como muestra: personal de salud, tres centros de salud urbanos de la Jurisdicción mencionada anteriormente, de los cuales dos recibirán el tratamiento o sea la estrategia de comunicación, y uno permanecerá como testigo.

Fases del estudio

El estudio constará de cuatro fases medianamente delimitadas.

Fase 1

1.1. Se revisarán expedientes de los pacientes en tratamiento de diabetes mellitus, para conocer la población con este padecimiento de cada centro de salud.

1.2. Se identificarán el número total de pacientes de diabetes mellitus, que han sido canalizados para atención de salud bucal.

1.3. Se diseñará un cuestionario pretest-postest para identificar el conocimiento que tiene el personal de salud, sobre la enfermedad periodontal en el paciente diabético

1.4. Se validará el cuestionario con expertos en el tema y de acuerdo a los resultados se harán las correcciones pertinentes.

1.5. Se aplicará el cuestionario pretest a personal de salud de tres centros de la Jurisdicción V Xalapa de los Servicios de salud de Veracruz

Fase 2

Se diseñará una estrategia de comunicación de acuerdo a una metodología específica, cuyo objetivo central será proporcionar al personal de salud, los elementos pertinentes para mejorar la calidad de atención a los pacientes con diabetes mellitus.

Fase 3

Al personal de salud (médicos, odontólogos y enfermeras) de dos centros de salud de la referida Jurisdicción se les aplicará la estrategia de comunicación durante tres días y al término de este se les aplicará el postest a los tres grupos, con el fin de evaluar conocimientos sobre la estrategia de comunicación.

La captura y análisis de los datos del pretest y postest, se hará en el método estadístico Epi Info 3.3.2

Fase 4

Se realizará una evaluación sobre la aplicación de la estrategia por parte del personal de salud, a través de los expedientes de los pacientes, para verificar si hubo un cambio significativo en la atención de los mismos, durante un periodo tentativo de tres meses. Para desarrollar esta fase se requerirá del apoyo institucional de los tres centros de salud de la Jurisdicción anteriormente mencionada.

Universo

Para este estudio se considerará como universo, todo el personal de salud de los trece centros de salud urbanos de la Jurisdicción V Xalapa SESVER.

Muestra

El tamaño de la muestra será el personal de salud de tres centros de salud: Emiliano Zapata, Revolución y Lerdo de Tejada

Criterios de inclusión

- ✓ Personal de salud: médicos, enfermeros y odontólogos de base contrato y en servicio social, adscrito a los centros de salud de la Jurisdicción V de Xalapa Ver.
- ✓ Personal de salud de tres centros de salud que no hayan recibido capacitación sobre enfermedad periodontal.

Criterios de exclusión

- Personal administrativo y de apoyo.
- Personal de salud de tres centros de salud que hayan recibido capacitación sobre enfermedad periodontal.
- Todas aquellas que no cumplan con los criterios antes mencionados.

Diseño estadístico

- Diseño cuasiexperimental a través del diseño de tres grupos de personal de salud de los centros citados anteriormente de los cuales dos serán sometidos a pre test-post test, en el cual se evaluarán las diferencias entre los dos grupos a los que se le va aplicar el tratamiento antes y después para evidenciar cambios, los que a su vez se compararán con el tercer grupo al que sólo se le aplicó el pre-test y el post-test, y no recibió tratamiento.

Tipo de muestreo

- Muestreo no probabilístico,[30] que para este estudio será el personal de salud de tres centros de salud urbanos de la Jurisdicción V Xalapa de los Servicios de Veracruz

Método de muestreo

- Muestreo estratificado intencionado, para este estudio será el personal de salud de tres centros de salud urbanos de la Jurisdicción V Xalapa de SESVER.

Variables y operacionalización definición operacional

Para el estudio se definieran los siguientes términos; "gingivitis", "periodontitis" y "diabetes mellitus", y se exploraran las variables "conocimiento" y "capacitación" y comunicación como se muestra en las tablas 1 y 2

Conocimiento: es un conjunto de datos sobre hechos, verdades o de información ganada a través de la experiencia o del aprendizaje(*a posteriori)*, o a través de introspección *(a priori)*

Capacitación: es complementar la educación académica del "empleado" o prepararlo para emprender trabajos de más responsabilidad

Comunicación: proceso mediante el cual se transmite significados de una persona a otra.

El conocimiento y la capacitación se medirán en base a los indicadores etiología, epidemiología, fisiopatología, diagnóstico, pronóstico tratamiento y normatividad.

La comunicación se medirá en base a los indicadores información de la enfermedad, por qué medio la han recibido y que exposición a medios han tenido**.**

Tabla 1. Variables, definición conceptual y operacionalización

Variable	Definición conceptual	Indicadores	Escala de medición	Fuente
Conocimiento y capacitación del personal de salud sobre enfermedad periodontal en el paciente con diabetes.	El conocimiento es un conjunto de datos sobre hechos, verdades o de información ganada a través de la experiencia o del aprendizaje(*a posteriori),*o a través de introspección (*a prio*ri). Enfermedad periodontal inflamación extendida de las estructuras periodontales que produce pérdida del tejidos conectivo y del tejido de soporte del diente. Capacitación Es complementar la educación académica del "empleado" o prepararlo para emprender trabajos de más responsabilidad. Diabetes. Alteración del metabolismo caracterizada por el aumento de los niveles de glucosa en la sangre. Definición operacional: enfermedad periodontal=periodontitis y gingivitis	Etiología	Factores responsables de la aparición de la enfermedad.	Investigación Periodontitis: Estrategia de comunicación para el personal de salud de SESVER ISP/UV 2006
		Epidemiología	Estudio de la enfermedad identificando su origen, los factores de riesgo y el modo de transmisión.	
		Fisiopatología	Aspecto de la patología que, partiendo de la función normal, estudia sus posibles alteraciones.	
		Diagnóstico	Valoración de signos y síntomas de la enfermedad.	
		Pronóstico y tratamiento	Importancia, duración y consecuencias finales de un proceso patológico. Medidas higiénicas, dietéticas, farmacológicas quirúrgicas y físicas para curar una enfermedad.	
		Normatividad	NOMS O15 NOMS 013 Manual para la atención odontológica del paciente con diabetes	

Tabla 2. Variables, definición conceptual y operacionalización

Variable	Definición Conceptual	Indicadores	Escala de Medición	Fuente
Comunicación	Comunicación: proceso mediante el cual se transmiten significados de una persona a otra. Definición operacional: Medios por los que se ha recibido la información de la enfermedad.	Información de la enfermedad	Institucional, personal a través de Internet, o por su disciplina de formación.	Investigación Periodontitis: Estrategia de comunicación para el personal de salud de SESVER ISP/UV 2006.
		Por qué medios	Comunicación interna de SESVER Por, televisión, radio medios impresos, campañas publicitarias.	
		Exposición a medios	Que información ve en TV, que información escucha por radio, que información lee en medios impresos.	

Técnica para recolectar información

Instrumento

Se elaboró un cuestionario para valorar el conocimiento del personal de salud sobre enfermedad periodontal en el paciente diabético. (Ver anexo 1)

Tipo de preguntas y respuestas:

El cuestionario consta en total de 38 preguntas de las cuales seis son para datos generales, seis son cerradas, tres son abiertas para que emitan comentarios y sugerencias, y 26 de selección múltiple con cinco opciones de respuesta.
Las preguntas fueron elaboradas en base a la información obtenida de libros de texto de parodoncia de los siguientes autores:

El instrumento se estructuró en base a siete apartados:

1. *Datos generales*. Para obtener los datos generales del personal de salud.
2. *Información y capacitación sobre enfermedad periodontal.* Para saber si el personal ha recibido información sobre enfermedad periodontal.
3. *Conocimiento de la enfermedad periodontal.* Valorará si el personal tiene algún tipo de conocimiento sobre enfermedad periodontal.
4. *Información y capacitación sobre diabetes.* Para identificar si el personal ha recibido información y capacitación sobre la enfermedad periodontal.
5. *Conocimientos sobre diabetes mellitus.* Valorará si el personal tiene algún tipo de conocimiento sobre diabetes mellitus.

6. *Comunicación.* Por qué medios ha recibido información sobre la enfermedad periodontal en el paciente diabético
7. *Normatividad.* Dará datos si la atención al paciente con diabetes se está llevando a cabo conforme lo marcan las Normas Oficiales Mexicanas y el Manual de atención odontológica para el paciente con diabetes mellitus de la Secretaría de Salud, si los conocen y si cuentan con ellos.

En el último apartado se construyeron dos preguntas de opiniones y sugerencias se le pidió a los expertos emitieran su opinión en cuanto a la construcción forma y contenido del cuestionario.

Las preguntas fueron elaboradas en base a la información obtenida de libros de texto de parodoncia de los siguientes autores:

- Parodoncia. Carlos A. Rodríguez Figueroa. Sexta Edición.
- Periodoncia. Robert J. Genco. Traducción al español. Primera Edición.
- Periodontología de Glickman. Traducción al español. Séptima edición.
- Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes. Secretaría de Salud. 1994.
- Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Enfermedades Bucales. Secretaría de Salud. 1994.
- Manual de Atención Odontológica en el Paciente con Diabetes. Secretaría de Salud. 2003.

Tabla 3. Relación de las preguntas con la dimensión de las variables

Variable	Indicadores	Pregunta
Capacitación del personal de salud sobre enfermedad periodontal en el paciente con diabetes	Etiología	12 a la 14
	Epidemiología	11, 15, 19, 31
	Fisiopatología	20, 21, 22
	Diagnóstico	23, 24
	Pronóstico y tratamiento	25 a la 30
Comunicación	Medios de Información	32 a la 34
	Normatividad	33 a la 38

Validación del instrumento

El instrumento fue validado en la Facultad de Odontología en la ciudad de Veracruz Ver; por personal académico de alto perfil: La titular de la cátedra de parodoncia y dos catedráticas de la misma institución quienes resolvieron el cuestionario e hicieron observaciones, de forma, las cuales fueron tomadas en consideración, se hicieron las correcciones pertinentes. (Ver anexo 2)

Se hizo una preprueba con maestros de alto perfil en la Facultad de Odontología de la ciudad de Xalapa Ver., quienes también hicieron sugerencias para la mejora del instrumento.

Todos los comentarios, sugerencias y observaciones fueron tomados en cuenta
De los resultados obtenidos en la validación y pre prueba del instrumento se considera que el cuestionario está bien orientado hacia el objetivo que se pretende y listo para aplicarse.

Análisis de la información

Se hará un estudio de análisis comparativo entre los tres centros de salud anteriormente mencionados y se aplicarán estadísticas descriptivas para caracterizar el conocimiento y capacitación del personal de salud.

Se aplicará una análisis de varianza de una vía para comparar las calificaciones de los centros de salud en el pretest por cada indicador etiología, etc.). Después de la capacitación se aplicará un segundo análisis de varianza de una vía a fin de comparar las calificaciones resultantes.
Al interior de cada centro de salud se aplicará una prueba T para muestras pareadas, a fin de contrastar sus respectivos promedios de calificaciones del pre y post test. Este análisis se efectuará de manera general en un primer momento, seguido por un análisis similar tomando en cuenta el diferente tipo de personal de salud, y por ultimo estratificando por tipo de contratación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Encuesta Nacional de Enfermedades del Adulto Mayor realizado por la Secretaría de Salud (ENSA) en el año 2000
2. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005; 21(3-4)
3. El alfa Omegan. 2000 Dec;93(4):19-25
4. Janet García[Serial One Line] [No. 40] Disponible en URL: www.razonypalabra.org.mx
5. Murrah V.A. Diabetes mellitus as associated oral manifestations a review: La boca Academy of periodontal diseases. 1996
6. Secretaría de salud 2003. Manual para la atención odontológica en el paciente con diabetes del programa de salud bucal. Pág. 32-36
7. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.
8. Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de enfermedades bucales
9. Guía técnica para capacitar al paciente con diabetes de la Secretaría de Salud 2001
10. Tapia Conyer (2003). Diabetes El Manual de Salud Publica Tomo 1 Unidad III ;138-139
11. Roble Valdés Carlos(2001) Educación de las personas con diabetes. Diabetes para el médico Mayo-Junio 29:529-532.
12. Medina Holguín . Evaluación de grupos de ayuda mutua para el tratamiento de los pacientes diabéticos. Tesis para obtener el grado de Maestría en Administración de Sistemas de Salud 2005 UV.
13. DIABETES CARE, VOLUME 22, NUMBER 12, DECEMBER 1999 1929
14. CARTAS DE INVESTIGACIÓN
15. Sergio Flores, MD, MSc; Hortensia Reyes MD, MSc, DrPH; Ricardo Pérez-Cuevas MD, MSc, MHS, DrPH. Fam Med 2006;38(7):511-7

16. Bethesda D.M. La enfermedad periodontal favorece la aparición de diabetes. Diario Médico Estomatología. Enero 2001

17. Dent Today. 2004 Dec;23(12):72, 74-5).

18. El alfa Omegan. 2000 Dec;93(4):19-25

19. Rev Sexología y Sociedad 1999; 5 (3): 33-35

20. Barcaz Hechavarria, Ernesto. Estrategia de comunicación social para la atención primaria de salud en la provincia Las Tunas. Rev Cubana Educ Med Super, ene.-mar. 2002, vol.16, no.1, p.3-4. ISSN 0864-2141.

21. Secretaria de salud subsecretaria de servicios de salud (1995): Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta 1995.pp.1-24

22. Instituto de Investigación Jurídica : Constitución Política de los Estados Mexicanos 1997 articulo 4° párrafo III. pp.18125

23. Araya V.,Pevez V. Pacientes con dibetes tipo 1

24. Organización Pamanericana de la Salud(2002) Atlas de Educación en Diabetes en América latina y el caribe OPS pp4y5

25. Velásquez-Monroy, Lara Esqueda A. el alt Resultados de la Encuesta nacional de Salud(ENSA)2000

26. Secretaría de salud 2003. Manual para la atención odontológica en el paciente con diabetes del programa de salud bucal

27. CENAVECE / ENSA 2000. Programa Nacional de Acción de Diabetes Mellitus

28. ENEP campus Iztacala. UNAM Méx. 2002 Zendejas H.E. Diabetes mellitus

29. Díaz Z. 2005. La atención odontológica en el paciente diabético. Tesis para obtener el grado de M.A.S.S UV.

POSICIONANDO LÍNEA DE VIDA EN USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ

Sara Flores Méndez
Tutora: Mtra. Sandra Areli Saldaña Ibarra
Co-tutor: Mtro. Enrique Hernández Guerson
Asesora externa: Dra. Graciela Rojas Carrera

INTRODUCCIÓN

Las acciones de la promoción de la salud están orientadas a la toma de decisiones, la planificación de estrategias y su implementación con el fin de mejorar la salud, esto de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud.

La estrategia Línea de Vida, forma parte de las acciones de promoción de la salud y por tanto representa un área de oportunidad para el desarrollo de mecanismos que favorezcan la salud de los usuarios de los Servicios de Salud de Veracruz, ya que abarca acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud en todos los grupos de etáreos de la población.

El posicionamiento es una estrategia de mercadotecnia social de la cual existen pocos referentes aplicados al área de la salud, la cual requiere sean considerados los grupos a los cuales está dirigido un producto o programa, los atributos con los cuales son identificados estos productos, así como las preferencias de los usuarios. La búsqueda de esta estrategia representa un esfuerzo por proponer diferentes formas de implicar a los usuarios en el cuidado de la salud individual y colectiva.

El presente trabajo busca identificar los elementos insertos en la mente de los usuarios que favorezcan el posicionamiento de Línea de Vida y a partir de dichos elementos elaborar una estrategia de comunicación acorde a ello.

Desde un enfoque institucional, el presente proyecto coadyuvaría con los Servicios de Salud, posibilitando el que Línea de Vida tenga un lugar claro y distintivo en la mente los usuarios de los centros de salud, haciendo propios los elementos de prevención, promoción, autocuidado, corresponsabilidad y equidad que conforman dicha estrategia, propiciando que esto a su vez, repercuta en el mejoramiento y el mantenimiento de su salud.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Argumentación teórica

La comunicación en salud y la mercadotecnia social

La comunicación es considerada en el ámbito de la salud como un elemento vital para generar cambios en la salud de los individuos y de la comunidad. Gloria Coe menciona dos definiciones que incluyen el papel de la comunicación en el área de la salud: "la modificación del comportamiento humano y los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que directa o indirectamente promueven la salud, previenen enfermedades o protegen a los individuos del daño", o como "un proceso de presentar y evaluar información educativa persuasiva, interesante y atractiva que dé por resultado comportamientos individuales y sociales sanos"[1]. La autora afirma que los elementos clave de un programa de comunicación para la salud son el uso de la teoría de la persuasión, la investigación y segmentación de la audiencia, y

mencionado deben partir de un análisis de la información, posteriormente, de la reconsideración de ideas, actitudes y conductas. Lo anterior se logra si los mensajes son emitidos con claridad y sencillez. Para lo cual es indispensable la búsqueda de estrategias de comunicación.

Dentro de las opciones de estrategias de comunicación se encuentra el marketing (mercadotecnia) social, que de acuerdo a Kotler, es una estrategia para cambiar la conducta; este término fue utilizado por primera vez en 1971 en referencia al uso de principios y técnicas del marketing para cambiar una idea o conductas sociales. El mismo autor, afirma que el significado de marketing social es "una tecnología de gestión del cambio social que incluye el diseño, la puesta en práctica y el control de programas orientados a aumentar la aceptabilidad de una idea o práctica social en uno o más grupos de adoptantes objetivo". Por lo que se puede apreciar, el cambio de ideas es el objetivo de la mercadotecnia social y el beneficio de la sociedad en general la diferencian de otras áreas de la mercadotecnia[2].

Así mismo, hace referencia a las condiciones que favorecen el éxito de campañas de cambio social. Entre los factores que menciona encontramos la monopolización de los medios, canalización (reforzamiento de actitudes preexistentes), complementariedad con la comunicación directa cara a cara. También menciona factores relacionados a los adoptantes objetivo: la fuerza o intensidad de la motivación de una persona respecto al objetivo; la dirección o conocimiento de cómo y dónde responder positivamente a los objetivos; el mecanismo que posibilite transformar la motivación en acción; adecuación y compatibilidad, esto es, la capacidad y eficacia de la agencia en la realización de su tarea, y por último la distancia, entendida cómo la estimación por un individuo de la energía y el costo que requiere para el cambio de una actitud o conducta, relacionada con la recompensa esperada.

Para Priego, la comunicación no es sinónimo de informar, pues considera que la información es la transmisión de un mensaje; para él, comunicación es el intercambio de significados que lleva implícita una respuesta y una modificación de idea, actitud, costumbre y práctica. Coincide con Coe, en la importancia de la comunicación como facilitador de la relación de intercambio mutuamente benéfico entre una organización sanitaria y su población objetivo, así mismo en el propósito de persuadir de la comunicación. También describe los fines de la comunicación en la mercadotecnia estos son: el proporcionar información a cuántos estén o deberían estar directa o indirectamente relacionados con la empresa, el persuadir a los probables interesados para convertirlos en clientes potenciales y a éstos en compradores de servicios o productos que se oferten y, para la realización eficiente de las actividades persuasivas e informativas.

Desde tal perspectiva, el autor señala que los servicios de salud son considerados como empresas y sus clientes, en este caso, son los usuarios. Por lo que se requiere de un manejo empresarial de los servicios de salud para el alcance de objetivos con efectividad, eficiencia, calidad y equidad. Es aquí donde la mercadotecnia social tiene un papel relevante al influir en el consumo sanitario. Asimismo, define cuatro elementos básicos en la mercadotecnia que favorecen la competitividad en las organizaciones sanitarias: la diferenciación, la imagen institucional, el *merchandising* y el posicionamiento. La primera se refiere a otorgar un carácter distintivo a un producto o servicio de salud que lo haga distanciarse de su competidor, para ello se requiere de un *rasgo diferenciador*.

Cuando se menciona la imagen institucional, se hace referencia a las cuestiones que le confieren una personalidad al producto sanitario o lo identifican, por ejemplo un logotipo o un nombre, que sea simbólico para públicos internos y externos. El *merchandising*, es la venta al menudeo (compra, y venta de mercancía, incluidas exhibiciones, promociones, fijación de precios y compra) y la manufactura del producto (elementos que hacen atractivo el producto). El *posicionamiento* implica hacer lo necesario para que un producto o servicio de salud, ocupe un lugar claro, distintivo y positivo en relación con sus

competidores en la mente de sus consumidores meta. Respecto al posicionamiento, el autor hace algunas precisiones que deben ser consideradas:

- El enfoque principal de un posicionamiento es manipular lo que se encuentra en la mente, revincular las posiciones que ya existen en la misma. Para impactar en la mente del público se tiene que partir de lo que hay en ella.
- En una estrategia de posicionamiento debe considerarse el posicionamiento inicial (lo que el público piensa del producto sanitario que se piensa lanzar o reposicionar)[3].

Otras posturas respecto al posicionamiento son las esgrimidas por Ries y Trout y Stanton:

Al Ries y Jack Trout definen al posicionamiento como "lo que se hace con la mente de los probables clientes", es decir, cómo se ubica el producto en la mente de éstos. Mencionan a su vez que la premisa básica del posicionamiento es mantener el contacto con la realidad para tener éxito, y la realidad a la que hacen alusión, se encuentra inserta en la mente del cliente prospecto. Otro punto al que hacen referencia, es la selección de objetivos precisos y el uso de la segmentación. Para ellos, la mente humana emplea una especie de filtro que le permite rechazar gran parte de la información que recibe, a manera de defensa en una sociedad sobrecomunicada, por lo cual sólo acepta información relacionada con conocimientos o experiencias previas; es este mecanismo de defensa el que evita que muchos mensajes propicien cambios en las formas de pensar, es por ello que prefieren como método la elaboración de mensajes sobresimplificados que puedan ingresar a la mente, es así como se elige el material que tenga más posibilidades de comunicar. Al mismo tiempo, debe considerarse que el volumen de comunicación es un impedimento para que estos mensajes cumplan la función para la que fueron elaborados. La concentración en las percepciones de los futuros clientes y no en el producto, es fundamental para lograr el posicionamiento. Dicho con las palabras de los autores:

> "*lo que importa son las percepciones que hay en la mente. La esencia de la idea de posicionamiento consiste en aceptar que las percepciones son reales y, luego, reestructurarlas para crear la posición que uno desea."*

Otra aportación de estos autores en relación a la elección del momento apropiado para llevar los mensajes, así como las circunstancias favorables a éste. Se considera favorable ser el primero en ocupar una posición, enseguida el mantener esa posición, lo cual requiere de reforzar el concepto original que fue elegido para posicionar[4.]

Stanton y el posicionamiento

Este autor define el posicionamiento como:

> *"La posición de un producto es la forma en que los consumidores definen el producto con base en sus atributos importantes: el lugar que ocupa en la mente de los consumidores, en relación con los productos de la competencia. El posicionamiento implica implantar los beneficios distintivos y la diferenciación de la marca en la mente de los consumidores"*

Así mismo considera que el posicionamiento designa la imagen de un producto en relación con productos que compitan con él y con otros de la misma compañía; señala que existen diversas estrategias para posicionar un producto, algunas de las cuales pueden ser aplicadas simultáneamente a un producto. Los pasos para la selección de una estrategia de posicionamiento comprenden identificar el conjunto de ventajas competitivas posibles sobre las cuales segmentar la posición, selección de las ventajas competitivas correctas y por último seleccionar la que se considere adecuada. Para una mejor

comprensión de este punto, se hace un listado de las posibles estrategias de posicionamiento que pueden ser empleadas:

- Posicionamiento en relación con un competidor, se posiciona el producto directamente contra la competencia, siempre y cuando se tenga una ventaja diferencial y se intente fortalecerla.
- Posicionamiento por precio y calidad. (precio o calidad)
- Posicionamiento en relación con una clase de productos o con un atributo, asociar el posicionamiento a un atributo del producto[5.]

Es en este último punto mencionado por Stanton donde se distingue la intención del presente trabajo, el posicionamiento Línea de Vida a partir de la identificación de atributos, mismos que serán recuperados a partir de la mente de los usuarios y para elaborar el plan de posicionamiento.

Estrategia de Prevención y Promoción de la Salud durante la Línea de Vida

En octubre de 2003, la Secretaría de Salud (SSA) puso en marcha la estrategia denominada *Prevención y Promoción de la Salud Durante la Línea de Vida,* con el propósito de asegurar que en todas las unidades médicas de primer nivel de atención se otorguen servicios integrales para prevenir enfermedades y para promover la salud entre la población, de acuerdo con la edad y sexo de cada persona. Se trata de una estrategia que fomenta la responsabilidad de participar en el auto cuidado de la salud. La *Estrategia de Prevención y Promoción de la Salud durante la Línea de Vida* constituye un conjunto de acciones que toda persona debe recibir en los centros de atención de la Secretaría de Salud, independientemente del motivo que haya generado la consulta. Esta estrategia incluye actividades de información y promoción de estilos de vida saludables que contribuyen a mejorar las condiciones de salud de los usuarios. La atención se divide en siete grupos de acuerdo a su edad y sexo, así como en estado o condición de vida (embarazo, puerperio y atención antirrábica). Los objetivos de dicha estrategia son:

1. Asegurar que en todas las unidades de salud se otorguen los servicios integrales para la prevención de enfermedades y promoción de la salud, de acuerdo con la edad y sexo de cada persona o estado de vida en particular.
2. Promover la corresponsabilidad y el autocuidado de la salud entre la población que acuda a las unidades de salud.
3. Disminuir sustancialmente las oportunidades perdidas durante la prestación de servicios y contribuir con ello a mejorar la calidad de la atención y elevar la salud de la población[6.]

La *Estrategia de Prevención y Promoción de la Salud durante la Línea de Vida,* contiene dentro de sí algunos componentes que son considerados guía de la misma estrategia: prevención de la enfermedad, promoción de la salud, corresponsabilidad, autocuidado, equidad y atención integral, este último se refiere al cumplimiento de al menos 60 por ciento de las acciones de dicha estrategia en los usuarios durante la consulta. Las acciones que corresponden a la estrategia se listan a continuación:

Tabla 1. Acciones de la estrategia de prevención y promoción de la salud durante la Línea de Vida

Actividades de promoción de la salud	Actividades de prevención de la enfermedad
Control de peso y talla. Salud bucodental. Orientación nutricional. Exploración física completa. Verificación de condiciones de parto. Actividad física. Capacitación en cuidados del niño. Consejería de salud sexual y reproductiva y métodos anticonceptivos. Evaluación del estado nutricio. Entrega y actualización de cartillas nacionales de salud. Información sobre cáncer cérvicouterino y de mama. Información sobre planificación familiar. Orientación sobre climaterio y menopausia. Orientación en el manejo de infección respiratoria aguda.	Control de enfermedades crónicas. Tamiz neonatal. Evaluación del desarrollo psicomotor. Detección de problemas posturales. Actualización de esquema de vacunación. Administración de micronutrientes. Prevención de accidentes. Evaluación de agudeza visual y auditiva. Detección de trastornos que limiten el aprendizaje y el desarrollo. Detección de VIH/SIDA. Detección de ITS. Detección de tuberculosis. Identificación de déficit de atención y adicciones. Detección oportuna de cáncer (DOC). Detección de diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad y osteoporosis. Prevención de accidentes, alcoholismo y tabaquismo. Vasectomía. Detección de enfermedad prostática. Control del embarazo. Atención antirrábica.

Con la finalidad de facilitar el desarrollo de la estrategia, se diseña paralelamente el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud orientado a propiciar entre la población la adopción de hábitos, costumbres, actitudes y prácticas para proteger y conservar la salud, a lo largo de su Línea de Vida esto es, una persona es atendida desde su nacimiento hasta que se encuentra en la etapa de adulto mayor.

De acuerdo a los objetivos de la estrategia, todas las personas de todos los grupos de edad tendrían que tener su cartilla, utilizarla en cada consulta y llevar un seguimiento de las acciones que se mencionaron con anterioridad en favor de su salud. No obstante, de acuerdo a datos encontrados en el programa operativo anual del Programa Estatal de Promoción de la Salud se hace referencia a puntos críticos encontrados en una evaluación de dicha estrategia, donde se identifican oportunidades perdidas en hombres y adultos mayores, desconocimiento del sistema y de la estrategia como conceptos. Lo cual indica que estos grupos de edad específicos no utilizan las cartillas respecto a lo esperado. En consecuencia, uno de los retos mencionados en este programa operativo anual es lograr "el empoderamiento del Sistema de Cartillas y la Estrategia Línea de Vida por los públicos internos y externos" [7].

Argumentación empírica

Una búsqueda en revistas de Salud Pública de México, Revista Panamericana de Salud Pública, Salud Mundial en un periodo de seis años (1999-2006) dieron por resultado pocos referentes empíricos relativos al tema de posicionamiento. Las investigaciones encontradas se encuentran relacionadas a estudios de percepciones, actitudes respecto a un programa o tema específico, pero que se consideran referentes porque parten del usuario. Posteriormente, se citan ejemplos de trabajos de posicionamiento.

Estudio de percepción y necesidades de los usuarios de los servicios de salud de la montaña de Guerrero en México

El objetivo fue conocer la percepción de la población usuaria de los servicios de la Secretaría de Salud en siete municipios de la región montañosa del estado de Guerrero. Los resultados de esta investigación cualitativa, refieren entre otros, un trato no adecuado, negligencias en el tratamiento, falta de medicamentos y personal especializado, también se encontró desconocimiento de los prestadores de servicio, así también de la falta de conciencia de la autorresponsabilidad en el cuidado de su salud, desconocimiento para proponer mejorar al servicio. Estos resultados dieron origen a recomendaciones en cuando a la necesidad de hacer atractivo el servicio de los hospitales y lograr que los usuarios hagan uso de ellos, fomentando la autorresponsabilidad[8].

Estrategia de Comunicación Social para Cambios de Conductas sobre el Dengue: Nicaragua

Es un proyecto que se ocupa del problema del dengue en la región de Nicaragua, surge como la necesidad de implementar una estrategia que conduzca a cambios conductuales en la comunidad respecto al dengue, como el manejo de agua almacenada. Se describe la metodología empleada en dos Barrios de Managua, se hizo un análisis conductual de las amas de casa respecto al almacenamiento de agua para consumo doméstico, en base a ello se definieron los objetivos de la intervención, puesto que se trabajo en dos barrios, se hizo una segmentación de la audiencia meta, luego se definieron actividades educativas en escuelas (maestros y alumnos). Las estrategias de intervención giraron respecto a tres puntos: comunicación interpersonal, publicidad (material educativo y de promoción), y puntos de venta o de distribución de los materiales publicitarios. El proyecto incluye el plan de trabajo, así como costos de la intervención, sin embargo, no menciona resultados[9].

Amnistía Internacional

En el libro Marketing Social: *Estrategias para cambiar la conducta pública* de Kotler, se muestran ejemplos de mercadotecnia social en las cuales se hace uso del posicionamiento. Uno de los ejemplos trata sobre Amnistía Internacional, organización no gubernamental que se ocupa de la protección de los derechos humanos de los prisioneros, cuyo objetivo principal es "despertar la opinión mundial (a favor de) la liberación de hombres y mujeres detenidos en cualquier lugar por causa de sus creencias, su color, su sexo, su origen étnico, su lenguaje o su religión"; en este caso el objetivo corresponde a una idea (producto) social. Se menciona que el grupo de adoptantes objetivo, lo son sus miembros, suscriptores y partidarios en diversas partes del mundo; el proceso de diseño posiciona a la organización como gestora de la paz mundial. El nombre de marca del producto en este caso, es "liberar a los prisioneros de conciencia" y el empaquetamiento simbólico "una vela encendida rodeada por una alambrada"[10.] Como se puede apreciar, esta organización hace uso de diversos apoyos para posicionar su nombre y su causa en el mundo.

Programa de control de la concepción a través del uso del preservativo

Kotler[11] refiere otro ejemplo de posicionamiento: el *Programa de control de la concepción a través del uso del preservativo* (Filipinas). En este estudio, se hace una combinación de mercadotecnia social, y donde uno de los componentes es el posicionamiento. En primer lugar, se realizó una evaluación de las necesidades de anticonceptivo para la cual se realizó una investigación cualitativa por medio de entrevistas, la cuales generaron las necesidades sentidas de los usuarios con respecto al control natal en general y el preservativo en lo particular, la aprobación del uso del preservativo por parte de la esposa, aspectos negativos y positivos del preservativo, aquí se determinó que los aspectos negativos debían ser borrados. Con estos resultados se aplicó una segunda fase del programa de posicionamiento que

motivaba el uso, traducido en un concepto de posicionamiento "el uso de preservativos es lo que las esposas esperan de los maridos, y los maridos están obligados ante ellas a usarlos". Adicionalmente se aplicó un programa publicitario para cambiar la imagen negativa del preservativo por otra atractiva. El programa de evaluación de este proyecto no fue llevado a cabo, por cuestiones éticas que no fueron consideradas inicialmente.

Posicionando Línea de Vida

Un precedente de posicionamiento es el proyecto de intervención Posicionando Línea de Vida realizado en el Centro de Salud Maraboto de la ciudad de Xalapa, aplicado a los públicos internos del centro de salud. El proyecto se desarrolla de la siguiente manera: en la fase de entrada a la propuesta, se realiza una exploración de actitudes (componentes cognoscitivo, afectivo y conductual) del personal hacia la Estrategia Línea de Vida, mediante un interrogatorio. Se obtiene información a través de un cuestionario de respuestas cerradas, mismo que fue validado. Posteriormente, se realizan las entrevistas mismas que fueron evaluadas mediante análisis cuantitativo (dimensiones de actitud) y análisis cualitativo (espectro del discurso). El plan de posicionamiento incluye el reconocimiento social externo como incentivo y planes de comunicación interna y externa, así como una dramatización. Los resultados de este proyecto apuntan a que el posicionamiento favoreció la identificación de propósitos de la Estrategia Línea de Vida, desaparición de conceptos no favorables a la estrategia, concentrándose el discurso de los participantes sobre promoción de la salud. Lo cual implica un resultado favorable del plan de posicionamiento[12].

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como se mencionó anteriormente, el programa operativo anual 2006 de la Estrategia de Prevención y Promoción de la Salud Durante la Línea de Vida, reporta que el diagnóstico del programa anterior, respecto a puntos críticos vinculados a los usuarios, el desconocimiento del sistema y la estrategia como conceptos, el 60 por ciento de las personas usan su cartilla y refieren se actualiza en la consulta (mujeres y niños); al mismo tiempo se reportan oportunidades perdidas en hombres y adultos mayores: estos puntos representan un área de oportunidad para posicionar Línea de Vida. No obstante, dicha evaluación está centrada en el uso de las cartillas, es decir, la existencia relacionada a la cantidad que se otorga, además de la congruencia de la nota médica con las actividades registradas en la cartilla. En lo que respecta al usuario, se toma en cuenta si posee su cartilla y el conocimiento de la estrategia, pero su percepción o sus necesidades no están presentes. Una forma de definir un lugar claro y distintivo en la mente de los usuarios para Línea de Vida, es mediante el diseño de una estrategia de posicionamiento desde los usuarios, obteniendo con ello los atributos que definirán dicho posicionamiento.

Pregunta de investigación

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo posicionar Línea de Vida en los usuarios?

Respuesta anticipada

A partir del descubrimiento de los elementos que se encuentran insertos en la mente de los usuarios de servicios de salud respecto a Línea de Vida, podemos diseñar una estrategia de posicionamiento.

Clasificación de la pregunta

Por el estado de los hechos: Descriptiva.
Por la respuesta esperada: Cualitativa.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Establecer y diseñar la estrategia para posicionar "Línea de Vida" en los usuarios a fin de lograr el autocuidado en su salud.

METODOLOGÍA

El posicionamiento de la estrategia Línea de Vida llevará a cabo siguiendo las siguientes fases:

Fase	Acción	Producto	Recurso técnico
I.	Identificar atributos sobre los cuales cimentar el posicionamiento	Conceptos, percepciones sobre línea de vida	Entrevistas grupales a los usuarios
II.	Seleccionar la estrategia de posicionamiento a realizar	Posicionamiento o Reposicionamiento	
III.	Diseñar la estrategia	Establecer: mensajes, canales, lugares, costos y cronograma.	
IV.	Aplicar prueba piloto y evaluación	Estrategia de posicionamiento validada	

Fases del posicionamiento

I. Identificación de atributos sobre los cuales cimentar el posicionamiento

Esta fase implica el conocimiento de las necesidades del mercado meta, los procesos de compra o utilización de productos (Línea de Vida), se identificarán las opiniones, percepciones, creencias y actitudes de los usuarios hacia Línea de Vida; al mismo tiempo se obtendrán diversas ideas y respuestas sobre el producto en sí. Este ejercicio, debe hacerse de forma distintiva y motivante[13].

Es en este punto donde se procede a describir los comportamientos y las actitudes actuales de los usuarios; para hacerlo se puede iniciar de datos y estadísticas, aplicación de encuestas[14]. Esta descripción pretende la obtención de las características demográficas del mercado meta, características sociales del grupo, costumbres y comportamientos, actitudes, factores que afectan o influyen en los comportamientos del mercado meta, respecto a la causa (producto) social.

Respecto a la obtención de las características anteriormente mencionadas, Suárez Lugo menciona la utilidad de los grupos focales para determinar el contenido de los mensajes y la decisión de los medios que se deben utilizar en el posicionamiento[15].

En términos de mercadotecnia esta etapa corresponde a un estudio del mercado, para este trabajo en particular se elige un estudio cualitativo, el cual permitirá obtener información sobre las opiniones, percepciones, creencias y actitudes del mercado (usuarios). López Benavides, recomienda el uso de este tipo de estudio cuando se requiere de información general del comportamiento colectivo de los consumidores, para la obtención de hipótesis de trabajo que posteriormente serán validadas mediante estudios concluyentes o como etapa previa de un estudio cuantitativo de medición (cuestionario); otro uso que se da a este tipo de estudio es cuando se requiere la toma de decisiones para la elaboración de una estrategia de mercado[16].

Para la selección de este atributo se consideran los siguientes criterios:

- Importante, es decir que proporcione un beneficio altamente valorado, al usuario.
- Distintiva, que sea considerado un símbolo para el usuario.
- Superior, que dicho atributo ofrezca una forma de obtener beneficios.
- Comunicable que se puede comunicar a los "compradores", quienes pueden percibirla[17].

II. Seleccionar estrategia de posicionamiento

En este punto se selecciona la estrategia de posicionamiento de acuerdo a los elementos obtenidos en la fase anterior. Si la Línea de Vida no se encuentra posicionada en los usuarios, se elaborará una estrategia para posicionarla; si Línea de Vida está posicionada, pero no en función de los objetivos de la misma, se elige una estrategia de reposicionamiento. En primer lugar, se definen los objetivos de la estrategia, en función de las necesidades de los usuarios y posteriormente se hace el diseño.

III. Diseño de la estrategia

De manera general se describen los puntos a considerar en el diseño de la estrategia.

- Elección de mensajes, lo cuales deben ser interesantes, comprensibles, motivadores, con posibilidad de aplicación práctica, creativos, creando la imagen que se desea lograr.
- Elección de canales de comunicación de acuerdo a los resultados de la investigación (radio, televisión, comunicación cara a cara, folletos, etc.)
- Diseño de materiales de apoyo.
- Elección de lugares para la difusión de los mensajes.
- Determinación de programa de reforzamiento.
- Determinación de costos y recursos para la estrategia.
- Cronograma de actividades.

IV. Aplicar prueba piloto

Aquí se considerará en primer lugar, el informar al personal del Centro de Salud de la estrategia; posteriormente, se hará una prueba de validación para su posterior aplicación. Esta fase incluye la organización de los recursos disponibles, control de las actividades y la evaluación de los resultados.

Tipo de estudio

El presente trabajo es un estudio de corte cualitativo, ya que parte de las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y de la conducta observable, produciendo datos descriptivos.[18] En la investigación cualitativa, el investigador interactúa con los informantes sin ser intrusivo, se ocupa de la comprensión de las personas dentro de su marco de referencia, apartando sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones; también considera todas las perspectivas, los escenarios y las personas; la validez de la investigación cualitativa se centra en la rigurosidad que se aplica a la misma, esto de acuerdo a las características mencionadas por Taylor y Bogdan.

El presente trabajo tiene la intención de analizar, comprender y valorar una realidad determinada, más allá del recuento estadístico y recopilación de datos numéricos. Está enfocado en la comprensión de la perspectiva de los usuarios respecto a la estrategia Línea de Vida estableciendo con ello el marco para la propuesta de posicionamiento.

Por la postura paradigmática es interpretativista, la cual tiene como esencia la identificación, la clasificación y el análisis de los significados atribuidos a las personas en relación con el comportamiento objetivo, es decir, las decisiones, las acciones y las prácticas[19], este paradigma se forma por las percepciones e interpretaciones subjetivas, surgidas de la experiencia, las acciones o los comportamientos objetivos y el contexto. Una observación que hace este autor, es que los tipos de preguntas que se hacen desde el marco interpretativo conciernen al por qué, cómo y en qué circunstancias se desarrolla una situación.

Para el paradigma interpretativista, el proceso de creación del conocimiento consiste en la *comprensión* del sentido que los actores dan a la realidad. En este paradigma se aprecian dos niveles de comprensión: en un primer nivel, comprensión es el proceso por el que los individuos, en su vida cotidiana, interpretan su propio mundo. El segundo nivel de comprensión, más restrictivo y dónde se genera el conocimiento, es el proceso por el que el investigador interpreta las significaciones subjetivas de los individuos que estudia. Al no poder acceder a las relaciones de causalidad, el investigador se ve limitado a investigar las interpretaciones que los individuos hacen de sus percepciones[20].

Considerando los elementos del paradigma interpretativista antes mencionados se considera pertinente su aplicación para el posicionamiento de la Estrategia Línea de Vida, pues el posicionamiento de un producto depende de las percepciones, impresiones y sentimientos que tienen los consumidores en cuanto al producto, además, se considera que el posicionamiento parte de lo que el público piensa del producto que se quiere posicionar,[21] en este sentido, la investigación se encuentra dirigida a descubrir los elementos insertos en la mente del consumidor en relación a un producto, servicio o programa, en este caso en específico para la Estrategia Línea de Vida.

Se abordará desde la perspectiva teórica fenomenológica y el interaccionismo simbólico. La fenomenología se ocupa de la conducta humana, el hacer y decir de las personas; ve el punto de vista de otras personas, tiene sus bases en la filosofía y la sociología, en este caso los fenómenos sociales se entienden desde la propia perspectiva del actor, el modo en que experimenta el mundo. La realidad que importa es lo que las personas perciben como importante[22]. El papel del investigador es observar las cosas desde el punto de vista de otras personas, así mismo, busca la comprensión a través de métodos como la observación participante, la entrevista en profundidad, ambos generadores de datos descriptivos que en un nivel de comprensión personal, buscan los motivos y creencias que se encuentran detrás de las personas.

La segunda perspectiva mencionada, el interaccionismo simbólico, se ocupa de los significados sociales, de la predisposición de las personas a actuar de cierto modo y de la acción misma. Las premisas básicas del interaccionismo simbólico son:

- ✓ Las personas actúan respecto de las cosas, e incluso respeto de las otras personas, sobre la base de los significados que estas cosas tienen para ellos.
- ✓ Los significados son productos sociales que surgen durante la interacción.
- ✓ Los actores sociales asignan significados a situaciones, a otras personas, a las cosas a sí mismos a través de un proceso de interpretación. Blumer [23]

Desde esta perspectiva se recuperan los significados de las palabras, gestos, posturas corporales de las personas que al relacionarse con otras adquieren un significado común.
Es de interés para esta investigación el recuperar las perspectivas de los usuarios de la estrategia Línea de Vida, las conductas en relación a la misma, así también los significados que para ellos tiene la mencionada estrategia comprendiendo todo en su conjunto y empleando los resultados para la selección de los elementos que deben posicionarse en la Estrategia Línea de Vida.

Por el nivel de profundidad para el análisis de datos será desde el nivel reinterpretativo el cual considera las pautas grupales que se obtienen a partir de los datos del nivel descriptivo construyéndolos en conocimientos, creencias, otras expectativas, otras visiones contextuales y otro motivos[24]. Se busca recuperar los conocimientos y creencias de los usuarios de la Estrategia Línea de Vida, determinando a partir de estos elementos la comprensión y la interpretación, construyendo proposiciones que formen los elementos del posicionamiento.

Tipos sociales

Los tipos sociales son características o atributos de las personas por los cuales son reconocidos como representantes de conglomerados y grupos[25]; estos constituyen las variables discursivas, donde se mantienen la homogeneidad y heterogeneidad y con la finalidad de mantener la asimetría del discurso.
Para el presente trabajo se considerará como tipos sociales a los usuarios del Centro de Salud. Los atributos de estos grupos serán que pertenezcan a los grupos de edad siguientes:

- Adultos hombres de 20 a 59 años.
- Adultos mujeres de 20 a 59 años.
- Adultos mayores mujeres 60 años en adelante
- Adultos mayores hombres 60 años en adelante

Se toman estos grupos de edad manejados en la Estrategia Línea de Vida por representar los grupos de oportunidad para desarrollar el posicionamiento de Línea de Vida. Por otro lado el grupo de usuarios de centro de salud que forman parte del programa *Oportunidades*, ha sido considerado para trabajar en este proyecto puesto que dentro de las actividades del programa se encuentra el llevar actividades de Línea de Vida.

Variables discursivas

Tipos sociales	Variables discursivas			
Usuarios /con oportunidades	Adultos hombres de 20 a 59 años	Adultos mujeres de 20 a 59 años	Adultos mayores mujeres de 60 años en adelante	Adultos mayores hombres de 60 años en adelante
Usuarios / sin oportunidades	Adultos hombres de 20 a 59 años	Adultos mujeres de 20 a 59 años	Adultos mayores mujeres de 60 años en adelante	Adultos mayores hombres de 60 años en adelante

Para las entrevistas grupales, se reunirá un grupo de seis a diez personas, en caso de que no sea posible reunirlos, se trabajará con al menos dos eventos por variable discursiva.

Muestreo teórico

El muestreo teórico es una selección netamente secuencial y vinculada al desarrollo de la fase de interpretación de los datos de una investigación[26.] Respecto al muestreo teórico el investigador hace una selección de casos a estudiar de acuerdo a su potencial para ayudar a refinar o expandir los conceptos y teorías ya desarrollados[27].

El muestreo teórico es el proceso de la recolección de datos para generar una teoría por la cual el analista conjuntamente selecciona, codifica y analiza su información y decide qué información escoger luego y dónde encontrarla para desarrollar su teoría como surge[28].

En este estudio se empleará en el diseño inicial el muestreo por criterio, considerando como tal el que sean usuarios del centro de salud y pertenezcan de al área de influencia de los mismos. También serán considerados para formar los grupos, usuarios del centro de salud, pero que además forman parte del *Programa Oportunidades,* al considerar que dicho programa tiene como parte de sus componentes a la Estrategia Línea de Vida.

Categorías, variables e indicadores y definiciones conceptuales y operacionales

Tabla 2. Categorías y definiciones

Categoría	Definición	Variable	Evidencia
Posicionamiento Es el lugar claro y distintivo que tiene un producto en la mente de los consumidores meta. (Kotler,1992)	El lugar que ocupa línea de vida en la mente de los usuarios de servicios de salud.	Acorde a línea de vida.	Presencia de componentes de línea de vida: Promoción Prevención Corresponsabilidad Autocuidado Equidad
		No acorde a línea de vida	Ausencia de componentes de línea de vida: Promoción Prevención Corresponsabilidad Autocuidado Equidad

Técnicas y procedimientos para la recolección de la información

Las técnicas para recolectar la información en la primera fase del proyecto serán la observación y la entrevista grupales.

La observación

La observación es un método de recolección de datos, que se aplica para detectar aspectos de la conducta de las personas, en situaciones externas y observables. Jorge Padua[29] maneja dos tipos de observación: observación participante y observación sistemática. La primera se utiliza con fines exploratorios y para familiarizar al investigador en el estudio de la situación. Como característica señala que el análisis es paralelo a la obtención de información, previa determinación de lo que se debe observar y la forma de registrar las observaciones. También hace algunas recomendaciones respecto al registro de la observación, primero que debe evitarse la distorsión en el registro de las observaciones, pues podría perturbar la situación observada; otro aspecto a considerar es la planeación de la estrategia con anticipación para que esta sea selectiva y se concentre en detalles sustantivos. La observación sistemática implica una estructura más compleja, se aplica en situaciones de diagnóstico y para fines de clasificación (taxonomías o tipologías establecidas) para la cual se codifican las categorías de la observación.

Por otro lado, Miguel Valles[30] considera una clasificación diferente de la observación, primero la separa en observación científica y observación común. La observación científica está orientada y enfocada a un objetivo de investigación, planificada sistemáticamente, relacionada a proposiciones y teorías sociales, sometida a controles de veracidad, objetividad, fiabilidad y precisión. El mismo autor considera a la experimentación, la encuesta y la documentación como técnicas de la observación científica. Gutiérrez y

Delgado[29] hacen referencia a otros tipos de observación, la observación exógena y observación endógena; de la primera surge la observación participante, la cual es considerada como una estrategia metodológica compuesta por una serie de técnicas de obtención y análisis de datos, entre los que se incluyen la observación y la participación directa.

La entrevista

El recurso técnico que se empleará en la primera fase del presente proyecto será la entrevista, la cual es considerada por Francisco Sierra[32] como un instrumento eficaz de gran precisión, puesto que tiene su fundamento en la interrelación humana, combina enfoques prácticos, analíticos e interpretativos implícitos en todo proceso de comunicar. La entrevista es una conversación que establecen un interrogador y un interrogado para un propósito expreso. Se utiliza para obtener información sobre las percepciones, creencias y lenguaje de los destinatarios.

La entrevista asume diversas modalidades: la entrevista formal o estructurada, la entrevista no estructurada (informal), la cual a su vez adopta tres modalidades: focalizada, clínica y no dirigida.

En la entrevista estructurada se utiliza un formulario previamente diseñado; en la entrevista no estructurada tiene como característica la ausencia de una estandarización formal, las modalidades de este tipo de entrevista, en primer término se utiliza cuando se requiere de sondeos para obtener razones y motivos, centrada en un lista de temas a tratar en ella. La segunda modalidad de la entrevista no estructurada es la entrevista clínica cuya orientación y enfoque busca la obtención de las motivaciones y sentimientos de las personas. La entrevista no dirigida da libertad al informante para la expresión de sus opiniones respecto a un tema específico. El uso de una entrevista estructurada o no estructurada está en función del objetivo y carácter de la investigación. La entrevista tiene ventajas en relación a otras herramientas, entre las que podemos mencionar que es una técnica eficaz para la obtención de datos relevantes y significativos para averiguar hechos, fenómenos o situaciones sociales, otro factor relevante es que la información derivada de la entrevista, es susceptible de cuantificación; implica una mayor precisión, la posibilidad de obtener aspectos subjetivos de las personas y es flexible en cuanto a su manejo. Así mismo, la entrevista presenta algunas desventajas que deben ser consideradas: limitaciones de la expresión verbal, la validez otorgada a las respuestas independientemente de quién conteste, la disparidad entre el decir y el hacer, el carácter estático de la realidad captada mediante la entrevista y la falta de secreto en las respuestas[33].

La entrevista puede utilizarse de manera individual o en grupos. En la entrevista grupal se tratan temas en conjunto, lo cual permite enriquecer la información obtenida dado el intercambio de ideas y opiniones en relación al tema tratado esto de acuerdo a Taylor y Bogdan, no se obtiene una comprensión profunda del tema[34].

Para la realización de una entrevista se requiere de una guía o pauta de entrevista el cual debe ser elaborada con una idea clara del tema o la dirección que se requiere dar a la pregunta. En este sentido se manejan las preguntas principales, preguntas de seguimiento y preguntas de sondeo. Las preguntas principales provienen de los temas o subtemas del problema investigado, las cuales poseen la característica de ser abiertas con la intención de estimular respuestas espontáneas, pero específicas respecto al tema central; las preguntas de seguimiento conducen a un nivel más profundo, manteniendo el interés en la conversación. Las preguntas de sondeo son preguntas cuya intención es esclarecer puntos del tema en discusión, así como también demostrar a los participantes la atención prestada a sus respuestas[35].

Es importante mencionar que el uso de la entrevista requiere de una adecuada planeación y seguimiento para lo cual se siguen ciertos pasos (Ulín, Ander Egg, López Benavides[36]) que se describen a continuación:

- ✓ *Definición de los objetivos del estudio.*
- ✓ *Planeación de recursos.*
- ✓ *Definición de participantes en la entrevista grupal (reclutamiento).*
- ✓ *Preparación de guía o pauta de entrevista.*
- ✓ *Selección del moderador y observador de la entrevista.*
- ✓ *Elección del lugar de la reunión.*
- ✓ *Realización de la entrevista.*
- ✓ *Interpretación y análisis de la información obtenida*.

A continuación se hace una breve descripción de los pasos anteriormente mencionados:

Definición de los objetivos del estudio. En este punto se definen cuál es el objetivo de la investigación, así mismo se define si el recurso técnico elegido es el adecuado al objetivo de la investigación. En la primera fase el objetivo es la obtención de elementos insertos en la mente de los usuarios indispensable para la elaboración de la estrategia de posicionamiento.

Planeación de recursos económicos. En este apartado se consideran los gastos por honorarios profesionales (investigador principal, moderador, por ejemplo), traslados de los participantes, refrigerios, regalos o incentivos, materiales como grabadora, equipo de video, con sus respectivos insumos, papel, lápices).

Definición de participantes en la entrevista grupal (reclutamiento). Se identifica al grupo de personas que participarán en la entrevista, se les invita y se les traslada al lugar de la reunión. Se selecciona a las personas que cumplan con los atributos de los participantes, en función de los objetivos del estudio, teniendo especial cuidado en que los participantes no tengan ninguna relación con el entrevistador o investigador y con otros participantes, lo cual podría ocasionar sesgos en la información obtenida.

Posteriormente se invita a las personas que cumplan con los requisitos y de ser necesario se acuerda el traslado al lugar de la entrevista. En este caso se invitará a usuarios de servicios de salud, que cumplan con los criterios mencionados para esta investigación.

Preparación de guía o pauta de entrevista. Se define si la modalidad de la guía (estructurada, no estructurada o semiestructurada) y el tipo de preguntas que deberá contener (principales, de seguimiento y de sondeo) acorde a los objetivos de la investigación.

También debe hacerse una prueba piloto o de validación de la guía. Aquí se ocupará una entrevista grupal semiestructurada, con preguntas de libre asociación, (Ver anexo 1) la cual ha sido probada en un grupo similar a los requeridos por la investigación.

La guía de entrevista para este trabajo está compuesta de cuatro apartados; el primero es la introducción, sus componentes son: saludo, presentación, explicación de la investigación. El segundo apartado es un cuadro que tiene la intención de recuperar datos de los participantes y confirmar que el grupo está integrado por las personas que se necesitan para la investigación. El tercer apartado contiene las instrucciones del desarrollo de la reunión y una aclaración de confidencialidad. El último apartado es la guía de preguntas, las cuales está compuesta por tres preguntas. Para esta técnica se utilizarán preguntas de libre asociación o asociación espontánea, tienen como objetivo el descubrir las auténticas motivaciones

de los individuos, situándolos frente a una serie de estímulos para que escriban y relacionen imágenes o palabras. El tipo de respuesta que generan las preguntas de libre asociación o asociación espontánea, es una respuesta rápida por parte del sujeto entrevistado[37].

Con la primera pregunta se espera obtener imágenes que relacionen los usuarios con "Línea de Vida", la segunda pregunta se vincula a los conocimientos y la tercera permite asociar comportamientos en relación con "Línea de Vida", recordando que el posicionamiento "es el lugar claro y distintivo que tiene un producto en la mente de los consumidores meta", estas preguntas permitirán caracterizar la presencia de posicionamiento acorde o no a "Línea de Vida".

Selección del moderador y observador de la entrevista. La entrevista exige un alto grado de habilidad en el manejo de grupos y de la técnica en sí, por lo que recomienda la contratación de un experto; el cual requerirá del apoyo de un observador, quien tomará notas durante la entrevista y vigilará el equipo de audio empleado. En este apartado la moderadora será la responsable de la investigación, con el apoyo de un observador de la sesión y como apoyo técnico (audiovisual).

Elección del lugar de la reunión. El lugar se elige en función del tamaño del grupo, las comodidades que se requieran y la cercanía para los participantes. En este caso se solicitará al centro de salud sugiera y facilite el lugar, de no ser posible se buscará un lugar dentro del área cercana y se harán las gestiones correspondientes.

Realización de la entrevista. Presentación del entrevistador con los participantes, creando una atmósfera agradable y de confianza. Se informa a los participantes del objetivo dela reunión Durante la entrevista se puede apoyar en la guía de entrevista de manera informal, formulando las preguntas una a una y motivando la participación de todos los asistentes, creando un clima de comodidad para el intercambio de ideas. Para concluir la entrevista se agradece la asistencia y participación. Durante la entrevista el moderador se mantiene al margen con la finalidad de no perturbar a los participantes, registrando todo lo ocurrido incluyendo expresiones no verbales en la guía de observación. (Ver anexo 2).

Técnicas y procedimientos para el análisis de la información

La información obtenida en la primera fase será analizada desde el nivel reinterpretativo (segundo nivel) el cual recuperando las pautas grupales que se obtienen a partir de los datos del nivel descriptivo construyéndolos en conocimientos, creencias, otras expectativas, otras visiones contextuales y otro motivos[38]. Recordando que a partir de este análisis se recuperaran los atributos insertos en la mente de los usuarios para diseñar la estrategia de posicionamiento.

La técnica de análisis es la siguiente: En primer lugar se transcriben textualmente las entrevistas (reproducción fiel) y las notas del observador, para su posterior integración. Primero se comparan con la guía temática para detectar desviaciones, identificar posibles líneas de investigación o modificaciones posteriores a la misma. Se somete un proceso de verificación entre el audio y la transcripción. Una vez superada esta etapa, se realiza una categorización de segmentos de transcripciones, donde se identifican lo temas principales y subtemas abordados, de esta manera se organizan los datos en relación a los objetivos del estudio (segundo nivel de análisis). Se requiere de un listado de códigos empleados y su respectiva definición. En este nivel se analizan las categorías de significados de las personas que se estudian, se ajustan los códigos a los datos. Para la obtención del espectro del discurso se requiere de una tabla donde se registran las variables discursiva y los códigos encontrados en cada una de ellas. Esto permitirá identificar tanto las características que diferencian a cada grupo así como los rasgos comunes. Una vez obtenidos estos datos se someten a discusión y reflexión de forma inductiva-analítica, recuperando las pautas grupales, los conocimientos, creencias y expectativas de los participantes[39].
Es a partir de este punto donde se recuperan elementos para la estrategia de posicionamiento.

CRONOGRAMA DE TRABAJO CON DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS

ACTIVIDAD	MESES						RECURSOS
	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	
Acercamiento Centro de Salud.	1ª. (sem*.)						Gestión Centro de Salud
Presentación de la propuesta en el Centro de Salud.	1ª. (sem)						Humano: respaldo ISP Infraestructura: espacio donde realizar la presentación Material: computadora portátil y cañón de diapositivas.
Identificar atributos sobre los cuales cimentar el posicionamiento (entrevistas grupales).	2ª , 3ª y 4ª. (sem)						Humano: Observador y apoyo técnico,. Infraestructura: espacio donde realizar la sesiones grupales Material: videograbadora, cámara fotográfica, insumos cámara fotográfica y de video, hojas blancas, lápices y lápices de colores. Guía de temas y guía de observación. Financiero:
Informe de la primera etapa.	4ª (sem)	1ª (sem)					
Seleccionar la estrategia de posicionamiento a realizar.		2ª. (sem)					Humano: apoyo técnico para el diseño y elaboración de materiales. Infraestructura: sala de medios ISP Material: se establecerá de acuerdo a la elección de materiales de apoyo a la estrategia Financiero:
Validación a expertos.		2ª. (sem)					
Diseño de la estrategia.		3ª. (sem)					Humano: apoyo técnico y apoyo experto. Infraestructura: sala de medios ISP Material: Financiero:
Validación de la estrategia.		4ª. (sem)					
Aplicar prueba piloto.							
Evaluación.							
Presentación de informe final.							
Actividades para obtención de créditos (publicación, experiencia educativa).							

*sem (semana)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coe, Gloria. Comunicación y promoción de la salud. Revista Latinoamericana de Comunicación Chasqui. No. 63 septiembre 2003. Consultada el 3 de octubre. Disponible desde: http://www.comunica.org/chasqui/coe.htm
2. Kotler, P. Marketing Social: estrategias para cambiar la conducta pública. Editorial Díaz de Santos. 1ª. Edición. 1992.
3. Priego A. H. Mercadotecnia en salud aspectos básicos y operativos. México. RIMS. 2002.
4. Ries, A. Trout, J. Posicionamiento: La batalla por su mente. Madrid: Ed. McGraw-Hill; 2004
5. Stanton, William. Etzel, Michael. Walker, Bruce. Fundamentos de Marketing. México: Ed. McGraw-Hill; 2000.
6. Las Acciones de Prevención y Promoción de la Salud Durante la Línea de Vida. Formación de Líderes. México DF.; Secretaría de Salud; 2003.
7. Servicios de Salud de Veracruz. Programa Operativo Anual 2006 de la Estrategia de Prevención y Promoción de la Salud Durante la Línea de Vida. 2006.
8. Moreno Rojas, Margarito. Piña Cámara, César. Priego Álvarez H. Heras Gómez, Antonio. Estudio de percepción y necesidades de los usuarios de los servicios de salud de la montaña de Guerrero, México. Revista Horizonte Sanitario. Vol. 2 No. 2 Mayo-agosto 2003.pp 57-66.
9. Campos, Chamorro, Lugo, Acevedo y Uriza, 2003. Estrategia de Comunicación Social para Cambios de Conductas sobre Dengue. OPS. Consultada el 27 de septiembre de 2006, Disponible en: http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/den-combi-plan-nic.pdf
10. Kotler, P. Armstrong G. (2003) Fundamentos de marketing.6ª. edición. México: Pearson Educación.
11. Kotler, P. Marketing Social: estrategias para cambiar la conducta política. 1992. Editorial Díaz de Santos. 1ª. Edición.
12. Marín, Mota y Xolocostli, 2006. Posicionando Línea de Vida. Instituto de Salud Pública. UV.
13. Kotler, P. Marketing Social: estrategias para cambiar la conducta pública. 1992. Editorial Díaz de Santos. 1ª. Edición. p 88.
14. Namakforoosh, M. N. Mercadotecnia Social. México. Editorial LIMUSA. 2ª. Edición.1985:236
15. Suárez Lugo , N. Marketing y salud: una perspectiva teórico-práctica. La Habana. Editorial Ciencias Médicas 2001, p 132.
16. López Benavides. G. Guía metodológica para la realización de estudios cualitativos de mercado. Lima: 2005. p.3 disponible en internet en: http://papandina.cip.cgiar.org/fileadmin/documentpool/Educativo/Manual/05-Re-Guia-Estudios-Cualitat.pdf.
17. Kotler, P. Marketing Social: estrategias para cambiar la conducta pública. 1992. Editorial Díaz de Santos. 1ª. Edición. p 113.
18. Taylor, S. J. Bogdan, R. C. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidos. 1996. p.20.
19. Ulin P. R. Robinson E. T. Tolley E. Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos. Washington EUA. OPS Publicación científica y técnica No. 614, 2006.
20. Ulin P. R. Robinson E. T. Tolley E. Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos. Washington EUA. OPS Publicación científica y técnica No. 614, 2006.

21. Priego A. H. Mercadotecnia en Salud Aspectos Básicos y Operativos. México RIMS. 2002.p
22. Taylor, S. J. Bogdan, R. C. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidos. 1996. p.23.
23. Taylor, S. J. Bogdan, R. C. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidos. 1996. p.24.
24. Hernández G. E. Una aproximación al análisis cualitativo de los datos. Enseñanza e Investigación en Psicología. México: Nueva Época CNEIP. 1998.p 100.
25. Hernández G. E. Saldaña I. S. Investigación cualitativa. Guía práctica para la elaboración de proyecto. 2005, 44.
26. Rodríguez Gómez, G. Metodología de la investigación cualitativa. Granada España: ALJIBE. 1999 p. 140.
27. Iñiguez L. Muñoz J. Análisis cualitativo de textos: curso avanzado teórico práctico Barcelona España 2004:2. Disponible en: http:antalya.uab.es/iniguez/Aula/Grounded%20theory.pdf.
28. Sanahuja, S. Muestreo teórico y estudios del discurso: una propuesta metodológica para la generación de categorías significativas en el campo del análisis del discurso. Coloquio Nacional de Investigadores en Estudios del Discurso. El estudio del discurso: metodología multidisciplinaria. Buenos Aires, Argentina 2001: 2 Disponible en: http://www.sai.com.ar/KUCORIA/discurso.htm
29. Padua, J. Técnicas de investigación aplicadas a las Ciencias Sociales México: Fondo de Cultura Económica.1979:16
30. *Valles Miguel. Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Síntesis Sociológica. 1997. p. 141.*
31. *Valles Miguel. Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Síntesis Sociológica. 1997. p. 146.*
32. Sierra, Francisco Antología de Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales, México: Universidad Anáhuac. 1996. p. 277.
33. Ander Egg E. Técnicas de investigación social. Colección política, servicios y trabajo social. Buenos Aires Argentina. Editorial LUMEN 1995.
34. Taylor, S. J. Bogdan, R. C. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidos. 1996. p.139
35. Ulin P. R. Robinson E. T. Tolley E. Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos. Washington EUA OPS Publicación científica y técnica No. 614, 2006.
36. *López Benavides. G. Guía metodológica para la realización de estudios cualitativos de mercado. Lima: 2005. p.3 Disponible en Internet en: http://papandina.cip.cgiar.org/fileadmin/documentpool/Educativo/Manual/05-Re-Guia-Estudios-Cualitat.pdf.*
37. Cita pendiente
38. Hernández Guerson E. Una aproximación al análisis cualitativo de los datos. En: Enseñanza e investigación en psicología; Vol. 3 No. 2 México: Nueva Época (CNEIP) 1998 pp. 92-100.
39. Hernández Guerson E. Una aproximación al análisis cualitativo de los datos. En: Enseñanza e investigación en psicología; Vol. 3 No. 2 México: Nueva Época (CNEIP) 1998 pp. 92-100.

RECONOCIMIENTO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN Y RIESGO PARA SALUD MENTAL EN FAMILIARES DE MIGRANTES

Nancy Villegas García
Tutora: Dra. Dulce María Cinta Loaiza
Co-tutora: Dra. Patricia Eugenia Zamudio Grave

INTRODUCCIÓN

Migrar no es irse de paseo, representa para quien toma esa decisión, una separación de su identidad y lazos afectivos, familiares y culturales, para ir en busca de mejores condiciones de vida y ofrecer dicha condición tanto para quien se va como para las personas que se quedan en el lugar de origen esperando su retorno.

Actualmente la migración en nuestro país ha tomado causes insospechados, tan solo para el año 2000 el número de migrantes mexicanos en Estados Unidos fue de 9.9 millones de personas. Debido a la magnitud del fenómeno, la migración de mexicanos a Estados Unidos ha sido reconocida como un fenómeno con repercusiones importantes que van desde el impacto en la economía hasta su presencia en el funcionamiento psicológico y social, así como los estados de salud de todas las personas que participan en la experiencia migratoria.

Veracruz no es la excepción en este tema, ya que la migración en el estado ha crecido de manera sustancial y particularmente en un periodo de tiempo muy corto, lo anterior se ve reflejado en que en pocos años Veracruz logro ocupar un lugar entre los estados con mayor pérdida por migración.

Por otra parte, la juventud del fenómeno representa un área de oportunidad que permita describir y caracterizar a la población, además de conocer los efectos que la migración deja en las personas que participan en la experiencia migratoria, sobre todo en lo referente a la salud mental ya que cualquier proceso migratorio se caracteriza por estados de incertidumbre, la angustia y el choque cultural(sea cual sea la situación para migrar), en donde se da una ruptura tanto a nivel físico , sentimental y comportamental con el medio de origen, dicha situación va en detrimento de la estabilidad y por consecuencia la salud mental de las personas se ve afectada. Con referencia a lo anterior se han hecho muchos estudios que comprueban que la migración es un factor de riesgo importante para el logro de la salud mental, sin embargo, muchas de las veces no nos preocupamos por buscar que pasa en el contexto de las personas que pueda servir como un respaldo ante cualquier situación adversa, es aquí donde surge la intención de este trabajo, ya que se pretende reconocer que elementos protectores y de riesgo se encuentran presentes en los familiares de migrantes, en donde se espera reconocer elementos tan importantes como la presencia de comunicación e interacción, el apoyo social y el conocimiento o ejercicio de derechos humanos y sobre todo intenta describir como es que las personas han aprendido a manejar situaciones como la incertidumbre.

Para el abordaje de lo planteado anteriormente, el presente trabajo se encuentra dividido en ocho secciones además de ésta, en la segunda sección encontraremos una serie de información referente a la situación actual de la migración en nuestro país y en el estado, así como la concepción de la salud mental a utilizar en el presente trabajo, finalmente se da una reseña breve de lo que son los elementos de protección y riesgo para salud mental.

En el apartado tres, podemos encontrar una serie de investigaciones recientes en torno a la migración y la salud mental, que nos van a permitir un panorama más concreto de lo que se está encontrando en torno

a dichos temas, en la cuarta parte se encontrará el planteamiento del problema de investigación, seguido del apartado de los objetivos que persigue el presente trabajo.

En el apartado seis se encuentran las técnicas para recolección y análisis de información, así como la postura metodológica que dará luz a la forma de interpretar lo obtenido en los discursos, se mencionan también las categorías y las variables discursivas. Finalmente se presenta una programación para el desarrollo del trabajo para ser terminado en el mes de julio del presente año.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Para poder hablar de cómo se manifiesta la relación existente entre la migración y salud mental de cualquier población, debemos comenzar describiendo un poco la situación en la que se encuentra nuestro país en torno a dichos temas, mismos que en la actualidad han cobrado mayor importancia a nivel tanto nacional como internacional debido a múltiples factores entre ellos el económico, político y el de violación de Derechos Humanos.

Migración

Según la Secretaria de Salud[1] a migración se refiere a cualquier proceso que implique un movimiento poblacional ya sea la salida de un individuo o grupo de personas de su lugar de origen o residencia habitual (emigración), o la llegada de individuos o grupos a un lugar diferente al de origen o residencia habitual (inmigración). De esta manera en términos generales se denomina como migrante a quien participe en cualquier movimiento migratorio.

La migración también es abarcada de acuerdo a límites geográficos en el movimiento migratorio, ésta puede darse dentro de los límites territoriales de un mismo país (migración interna), o cuando los movimientos poblacionales ocurren entre países, a esto se le denomina migración internacional[2].

De esta manera existen diversas clasificaciones o tipos de migración ya sea de acuerdo a la magnitud de tiempo, o hasta la situación legal de las personas que migran[3].

El proceso de migración y movilidad

La migración y la movilidad demográfica no son fenómenos estáticos. Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM)[4], se entienden mejor como un proceso que comprende las fases siguientes:

Origen – el lugar de dónde proceden las personas, por qué se van, qué relaciones mantienen con su hogar mientras están ausentes

Tránsito – los lugares por los que pasan, cómo viajan y cómo se mantienen mientras viajan

Destino- el lugar adónde van, las actitudes con que se encuentran al llegar, y suscondiciones de vida y trabajo en el nuevo lugar

Regreso – las comunidades a las que regresan, sus familias, sus recursos o la falta de ellos.

Migración en México

La migración tanto interna como internacional representa en si un fenómeno complejo y en el país ha llegado a tornar dimensiones insospechadas en lo que a migración internacional se refiere, basta con

saber que de los 39 millones de latinos que viven en los Estados Unidos, 22.5 millones son de origen mexicano, es decir, el 67 por ciento del total[5], lo anterior nos lleva a pensar un poco el impacto que la migración seguirá teniendo en nuestra población.

De acuerdo con el CONAPO, el saldo neto migratorio en México para el trienio 2001-2004 alcanzó cifras nunca vistas, en donde la pérdida neta anual por concepto de migración alcanzó las 395 mil personas en dicho periodo[6]; pero ¿quiénes son los que se van?

A pesar de que los flujos migratorios se han diversificado en los últimos años, es posible dar algunas características de la población migrante mexicana en los Estados Unidos como la concentración en las edades jóvenes y adultas, el 70 por ciento tienen entre 15 y 44 años; la presencia primordialmente masculina (55 por ciento hombres y 45 por ciento mujeres) ; tres de cada cuatro de los migrantes mexicanos de 25 y más años de edad cuentan con menos de 10 grados de escolaridad; 6.2 millones de mexicanos de 15 años y más, desempeñan alguna actividad laboral; 4.5 por ciento de la fuerza laboral de los Estados Unidos está conformada por inmigrantes mexicanos[7]; el ingreso promedio anual que perciben los inmigrantes mexicanos es de 21 mil dólares aproximadamente; 5.9 millones de mexicanos carecen de cobertura de salud y los más afectados son personas de entre quince y 64 años, cuya cobertura es de 43 por ciento.

En los últimos años, la migración indocumentada ha registrado grandes crecimientos, llegando esta modalidad a cubrir aproximadamente el 77 por ciento del total de migrantes en el periodo 2001 a 2004, lo anterior a pesar de existencia de políticas extremas de control fronterizo y legislación de desprotección a inmigrantes latinos en los Estados Unidos[8].

Existen diversas causas que motivan la compleja dinámica migratoria México-Estados Unidos, entre éstas Tuirán menciona algunas como son:

La insuficiente dinámica en la economía nacional para absorber el excedente de la fuerza de trabajo, unida a la demanda de mano de obra mexicana en los sectores agrícola, industrial y de servicios en el vecino país, además de que existe una diferencia bastante considerable en el salario entre ambos países, por otro lado, también podemos mencionar causalidades un poco más subjetivas como son la tradición migratoria de muchas regiones de nuestro país y la existencia de complejas redes familiares y sociales que facilitan esta experiencia[9].

Actualmente se han presentado algunos cambios en los flujos migratorios México-Estados Unidos, dentro de estos cambios podemos mencionar algunos como los patrones heterogéneo en dichos flujos, la diversificación del lugar de origen (se ha encontrado que la presencia de migrantes de zonas urbanas va en aumento), por otro lado tenemos la diversificación ocupacional y sectorial tanto en México como en EUA y finalmente una alteración de los mecanismo de rotación[10].

Dichos mecanismos se han hecho más difíciles debido a los controles fronterizos y a otras medidas de políticas migratorias en los Estados Unidos, lo que ha traído como consecuencia una disminución en la circularidad de los flujos, esta consecuencia lleva consigo una prolongación en los tiempos de separación de las personas con su lugar de origen, lo que finalmente lleva a un incremento de la incertidumbre.

No debemos de perder de vista que, el hablar de migración es referirnos a un fenómeno que también es vinculado con las estrategias económicas de la familia, los cambio en los individuos y en la organización de la comunidad, mismos que alientan más la emigración y con el tiempo ésta se convierte en un fenómeno relativamente independiente de los factores que la causaron.

Por otro lado debemos recordar que detrás de toda cifra mencionada encontramos seres humanos, obviamente involucrados en una serie de relaciones interpersonales[11].

Efectos de la migración en México

Como se ha mencionado, el fenómeno migratorio es complejo y de él derivan múltiples efectos que van desde económicos hasta culturales, pasando principalmente a trastocar el estado de salud del migrante y su familia presentando principalmente situaciones relacionados con la salud sexual y reproductiva como presencia de infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el VIH[12], y problemas como la violencia doméstica, depresión, uso de drogas[13], ansiedad, baja autoestima, y otras que inciden en el decremento de la salud mental de el migrante y su familia[14].

Con respecto al migrante, de acuerdo con Rogler[15] (cit. en Salgado) desde un abordaje psicológico, en la experiencia migratoria se viven tres transiciones básicas que son la "recomposición de redes sociales, la extracción de un sistema económico y su inserción en otro y el cambio de un sistema cultural a otro completamente diferente", basta considerar los puntos anteriores para estar concientes de que las personas que viven la experiencia migratoria se encuentran girando alrededor de dos culturas diferentes y demandantes.

Lo anterior nos deja ver claramente el establecimiento de una relación entre migración, estrés y malestar psicológico como síntomas depresivos que inciden directamente en el estado de salud integral del migrante; La presencia de estrés está relacionada principalmente con los cambios de conducta y actitud que van implícitos en el proceso migratorio y con la añoranza que tiene el migrantes por los familiares del lugar de origen, en el caso de las mujeres migrantes se presenta un sentimiento de desmoralización[16].

Otro efecto negativo derivado de la migración internacional es vivido por quienes se encuentran en el lugar de origen, uno de éstos efectos es el miedo de las esposas al abandono, además de que la mujer se preocupa por el bienestar del esposo en Estados Unidos entre otras cosas[17], Sin embargo, de acuerdo con Salgado, el retorno del marido en la mayoría de los casos es esperado con temor y tensión debido principalmente a dos factores: posibilidad de quedar nuevamente embarazada e inhabilidad de reincorporar a su esposo como elemento de la vida cotidiana; mientras que el migrante al visitar a su familia en México retoma su posición dominante en la familia, alterando con esto el equilibrio familiar aunque sea por corto tiempo[18].

Mujer y migración

Debido a la importancia que adquiere la presencia femenina en la experiencia migratoria (tanto las que se quedan como las que migran) se considera relevante dar un apartado a la relación entre la mujer y la migración.

En el caso de las mujeres inmersas en el proceso migratorio, de acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se enfrentan a vivir entre el avance personal por un lado y la explotación por el otro, ya que la condición de indocumentadas llevan consigo factores que incluyen el estatus legal, el idioma, permiso de acceso a trabajar, habilidades individuales, y tradiciones y normas religiosas y culturales, la ONU destaca que las mujeres migrantes están expuestas a una doble discriminación –como mujeres y como migrantes[19].

Migración en Veracruz

El estado de Veracruz no estaba considerado dentro de los estados con mayor flujo migratorio, sin embargo en los últimos años, los flujos migratorios se han incrementado de manera sustancial, este cambio se vio reflejado en el XII Censo General de Población y Vivienda entre los años 1995-2000, en donde se percibe el cambio en el patrón migratorio internacional en el estado, lo anterior no quiere decir que el fenómeno sea nuevo, sin embargo lo que es digno de llamar la atención es el rápido incremento en los flujos migratorios en un periodo tan corto de tiempo llegando hasta equipararse en volumen con el flujo zacatecano en ese mismo periodo[20]. Actualmente se encuentra dentro de los primeros lugares en recibir mayor ingreso por remesas, junto con estados como Puebla y el Distrito Federal que recibieron aproximadamente 950MDD cada uno[21].

Es importante mencionar que para que se diera un incremento de los flujos migratorios, se presentó una serie de factores detonantes, entre los que de acuerdo con Rodríguez[22] (cit. En Chávez) destacaron los cambios que ha sufrido la industria como resultado de la política neoliberal de nuestro país; aunado a cambios en la producción agrícola, que fueron un duro golpe para el estado ya que Veracruz se destaca por sus grandes producciones de caña, azúcar, cítricos y café, situación que dio paso a una inestabilidad tanto en la producción como en los empleos y salarios recibidos.

Dichos cambios afectan otros sectores productivos y de servicios, estas y otras circunstancias más, han permitido que la población veracruzana considere a la migración como una opción válida para salir adelante en la búsqueda de una mejor calidad de vida[23].

Hoy en día, Veracruz pasó de ser en las listas nacionales “otros estados” (como es reportada en páginas de la red de Internet de distintas Secretarías como la de Salud) al sexto lugar nacional en migración internacional[24], a pesar de eso, no es comparable con los estados de gran tradición migratoria como Guanajuato o Zacatecas.

Actualmente, el flujo migratorio se conforma mayormente por hombres (más de tres cuartas partes) al igual que en todo el país, los veracruzanos se van en edades jóvenes, lo que repercute en las comunidades de origen ya que la mayoría de la población económicamente activa (PEA) no trabaja en su lugar de origen[25].

Este flujo aparte de acelerado, se caracteriza por incluir a prácticamente todo el estado, esta diversidad se ve reflejada en las características de la población migrante, ya que podemos encontrar hombres y mujeres, individuos o familias, de origen urbano-rural, indígenas o no, analfabetas y profesionistas, a pesar de eso si existen ciertas tendencias como la participación mayoritaria en los flujos, de los grupos jóvenes de 20 a 29 años[26].

Lo reciente del fenómeno migratorio en el estado trae consigo ciertas complicaciones que inciden en como se vive éste, por ejemplo los riesgos e incertidumbres ya de por sí presentes en un movimiento migratorio se incrementan por la falta de experiencia de individuos, familias y comunidades, tanto para organizar el movimiento, como para responder a la ausencia de seres queridos y a la pérdida de población[27].

Con relación a los destinos de los veracruzanos, de acuerdo con investigaciones realizadas en la unión americana, en el periodo 2000-2002 se contaba con miles de veracruzanos distribuidos en diferentes ciudades como Atlanta, Chicago, Dallas, Los Angeles y Nueva York, y en los estados de Arizona, Florida, Carolina del Norte, Indiana y Texas. También están, aunque en menor número, en las entidades de Louisiana, Michigan, Mississippi, Nueva Jersey, Oregon, Ohio, Washington y otros. Lo que hay que

destacar es que dicha información parece rebasar sobre manera lo reportado en la encuesta ampliada del censo de 2000, la cual reporta sólo 80 mil veracruzanos en la unión americana[28]. Cabe hacer mención que lo anterior fue registrado con información proporcionada por algunos miembros de las comunidades visitadas, así que no se pueden entender como datos oficiales, lo que si es importante es la percepción de despoblamiento que se tiene en las comunidades visitadas.

Por otro lado, tenemos a los demás miembros de las familias de migrantes que se someten a una apresurada reorganización y son las mujeres principalmente quienes asumen tareas y roles que antes compartían o eran función de la pareja, no dejando por supuesto, la carga cotidiana de trabajo femenino y el enfrentarse al choque que en la representación social del hombre y la mujer que se está viviendo[29].

Lo anterior repercute directamente en la salud física y mental de la mujer y de los demás miembros de la familia, modificando así su comportamiento e interacción tanto al interior como al exterior de la familia. Sin embargo, dichos factores pueden mitigarse con una promoción efectiva de canales de comunicación entre el migrante y su familia, y entre la familia misma, logrando así que la figura ausente se mantenga involucrada en la vida cotidiana de la familia y su comunidad[30].

Finalmente, el hecho de que el fenómeno migratorio en el estado sea relativamente reciente, no ha permitido generar un vasto número de investigaciones que caractericen el fenómeno, lo que dificulta desarrollar e implementar de manera adecuada algunas estrategias que permitan aprovechar los recursos derivados de la migración y de la misma manera reducir en algo los costos de ésta en las comunidades, municipios y hasta regiones enteras, situación que de ser considerada por las comunidades se vería reflejada en la mejora en la calidad de vida[31].

Salud Mental

Concepción de Salud Mental

La concepción de salud mental estará dada de acuerdo a la corriente teórica de la que se hable, entre estas corrientes encontramos la organicista que se encarga de hablar de salud mental como la versión opuesta de enfermedad o trastorno mental, en esta corriente surgen muchos de los trastornos mentales que son ocasionados por un déficit en las funciones cerebrales y atribuye a éstas las característica de salud o enfermedad mental[32].

Por otra parte se encuentran las teorías no organicistas que sostienen que el cerebro no puede ser el centro coordinador de nuestras acciones. Sin embargo tradicionalmente se aceptan cinco condiciones para elevar y/o evaluar el grado de salud mental que son: ausencia de enfermedad mental, conducta normal, adaptación al ambiente, unidad de la personalidad, percepción correcta de la realidad que incluye al mundo y a uno mismo. Considerando así a una persona mentalmente sana cuando no padece enfermedad mental, si su conducta social es normal en relación a los cánones establecidos, cuya adaptación al ambiente es adecuada, cuya personalidad se ha desarrollado individualmente y actúa como unidad, y con una percepción del mundo que la rodea y de si misma es realista[33].

De acuerdo con en Banco Mundial, el conjunto de los problemas de salud mental (entre los que se incluyeron lesiones autoinflinjidas) constituyen una de las mayores causas de años de vida sanos perdidos, cubriendo aproximadamente el 8.1 por ciento de la pérdida.

La cifra anteriormente mencionada, incluye a personas que tienen alguna enfermedad mental, a víctimas de aflicción inducida por violencia, desplazamientos, pobreza y explotación, personas que abusan de sustancias y personas que presentan otros problemas de conducta. En donde la presencia de los casos

anteriores afectan también a las personas que rodean al individuo, esto se ve reflejado principalmente en que las mujeres y niños son víctimas de abusos de una manera abrumadora.

Lamentablemente, la atención a la problemática de salud mental en los países pobres se encuentra en un segundo plano, debido a una mayor demanda de atención a problemáticas como enfermedades infecciosas y crónico-degenerativas. Para 1996, la OMS ante la necesidad de atender con mayores recursos la problemática de salud mental plantea un nuevo programa para atender esta problemática y a partir de ahí conceptualiza a la salud mental como una de las prioridades emergentes en salud a nivel mundial[34].

Para el año 2000, la OMS realizó una iniciativa de Salud, en la que promueve la incorporación de la salud mental en la agenda de salud y desarrollo de todos los países, ante la falta de conocimiento de ésta en la población mundial por un lado y a la elevación de la prevalencia de trastornos mentales, México se unió a dicha iniciativa y realizó la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiatrita (ENEP), llevada acabo entre 2001 y 2001, en dicha encuesta se nuestra claramente la presencia de trastornos mentales como la depresión, angustia, fobia específica y fobia social, dependencia al alcohol, trastornos de atención y afectivos en distintos niveles y se encontró que sólo uno de cada diez sujetos con algún trastorno mental recibió atención, quienes tenían dos o más trastornos sólo uno de cada cinco recibió atención y quines presentaron tres o más trastornos sólo uno de cada diez recibió atención[35].

La OMS calcula que del costo total de las enfermedades médicas el 20 por ciento corresponde a padecimientos neurológicos y psiquiátricos, estos mismos trastornos medidos en Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) de acuerdo a la OMS se consideran como un 11.5 por ciento de la carga total de enfermedades, de esta misma manera la depresión representa el 17 por ciento del total de la población afectada por problemas mentales, las lesiones auto-inflingidas el 16 por ciento, enfermedad Alzheimer y demencias con trece por ciento, la dependencia al alcohol el doce por ciento, epilepsia nueve por ciento, psicosis siete por ciento, farmacodependencia y estrés postraumático con cinco por ciento cada una y el 16 por ciento restante corresponde a otros padecimientos[36].

A pesar de la importancia y trascendencia que la salud mental (y los problemas que la limitan) tienen para la humanidad, los gobierno y funcionarios de salud aunque en el discurso reconocen la existencia de estas situaciones, no hacen nada por incluirlas en las agendas o en la búsqueda de establecer programas comunitarios de salud funcionales acordes a las necesidades sentidas en cada población[37].

Aunado a lo anterior, los sistemas o ministerios de salud de muchos países (incluyendo México) muestran una relativa indiferencia en torno a los problemas de salud mental y como prueba de ello, expertos en salud internacional excluyen los aspectos de salud mental en gran medida de las evaluaciones generales de salud, retrocediendo de esta manera a ver a las personas como fragmentos de ella, logrando con esto la visión de partes del sujeto y no como ser humanos integrales[38].

En nuestro país, al igual que muchas otras partes del mundo, la salud mental es considerada sólo en discursos a pesar de ser un punto débil en el sector salud, en donde se voltea a ver la salud mental ya cuando existe la presencia de trastornos, lo que es visible en los reportes que dan a conocer, cuando reportan por ejemplo, que los trastornos depresivos ocuparon el lugar trece de las principales causas de pérdida de años de vida saludables (AVISA) en nuestro país, lo anterior de acuerdo con estudios realizados por Frenk y col., en 1998[39].

Por su parte, el sector salud en el Estado de Veracruz, mediante el modelo veracruzano de atención a la salud mental busca paliar esta situación, sin embargo no se incluye ningún apartado para fomento de salud mental en comunidades ni para población migrante, quienes están sometidos a grandes niveles de

estrés, tendencia a alcoholismo, violencia intrafamiliar, depresión, incertidumbre, ansiedad, etc., lo que se maneja en dicho modelo es un cuestión en la línea de lo patogénico (atención centrada en la enfermedad)[40].

En contraparte, algunos teóricos han abordado la salud mental desde una perspectiva salutogénica (atención centrada en la salud y prevención), en donde queda implícita una capacidad de la persona a responder flexiblemente a factores estresante a partir del optimismo[41] esto es importante mencionarlo porque evidencia que para el abordaje de la salud mental es necesario tener una visión diferente al solo relacionar el concepto y la importancia de esta con enfermedad.

A lo largo del tiempo la OMS ha trabajado con distintas concepciones de salud mental y actualmente la han definido como "capacidad del individuo, el grupo y el ambiente de interactuar el uno con el otro de tal forma que, se promuevan el bienestar subjetivo, el optimo desarrollo y el uso de habilidades mentales (cognitivas, afectivas y relacionales), la adquisición de las metas individuales y colectivas en forma congruente con la justicia y la adquisición y preservación de las condiciones de equidad fundamental[42].

Como hemos visto, hablar de salud mental resulta complejo, desde poder dar una definición de la misma, ya que se deberá incluir en esta la interacción de la persona con su medio y no se deberá perder de vista que existen cambios sociales que rompen con la interacción persona- medio ambiente, así que cualquier definición planteada para salud mental, deberá evolucionar de acuerdo con los cambios sociales que se presentan.

A pesar de los esfuerzos internacionales que se hacen en torno a la salud mental, esta sigue siendo un tema que no genera gran preocupación ni en la población ni a nivel de gobierno, lo anterior debido tal vez a que la presencia o ausencia de salud mental es menos perceptible a simple vista en comparación con cualquier enfermedad o discapacidad física, aunado a esto el impacto por enfermedades mentales y la deficiente presencia de salud mental se subestima por la baja letalidad, la poco investigación epidemiológica y un limitado registro y vigilancia en los sistemas de vigilancia y control[43].

Desde otra perspectiva Foucault[44] (cit. en Canseco) define a la salud mental desde un enfoque epistemológico como relaciones de poder entre instituciones sociales involucradas (familia, escuela, sociedad, Estado) y las coyunturas históricas, económicas, políticas en las cuales se expresan y escenifican esas relaciones de poder.

Por otra parte, la conceptualizacion de salud mental puede ser tan amplia que no ha logrado incidir en todas y cada una de sus posibilidades, como preparar a la población en la necesidad de fomentar el fortalecimiento de salud mental para de ésta manera sacar partido de los elementos de protección y características resilientes que permitan a las personas manejar situaciones como la violencia y represión política, las relaciones de poder y por supuesto el sufrimiento, angustias y demás situaciones subjetivas que afectan a nivel individual y colectivo[45].

Cabe hacer mención que Vázquez[46] hace referencia a autores como Stolkiner (1986), González Reyes (1992), Velasco Fernández (1995), Escandón Carrillo (2000), quienes han trabajado en definir indicadores de salud mental que enmarquen un modelo que no sea ni clínico ni psiquiátrico que se base en identificación de factores que integren y fortalezcan el sentido de bienestar de las personas y de sus comunidades, lo anterior con la finalidad de hacerlos más fuertes y menos vulnerables a los efectos negativos de las condiciones socioeconómicas y socio ambientales en las que la vida se desenvuelve.

Haciendo un recuento de lo presentado anteriormente sea la concepción que sea se rigen por parámetros establecidos en un tiempo y lugar determinados, y no se adecuan a los distintos escenarios, además de

que estos parámetros son establecidos por personas con una cultura diferente al que se pretende aplicar en la mayoría de los casos (por lo regular dichos parámetros y teorías son establecidos en contextos de primer mundo), lo que muy probablemente sea un factor para que la atención en salud mental sea escasa y poco efectiva en contexto como nuestro país ya que dicho modelos no alcanzan a dimensionar las características de la población con sus procesos históricos y sociales.

Siguiendo con el recuento de abordajes, la propuesta de construir indicadores que no se contextualicen en espacios ni clínicos ni psiquiátricos representa un gran avance en pro del abordaje de salud mental, sin embargo se tendría que construir la serie de indicadores en cada lugar para que de esa manera se obtuvieran indicadores propios a cada contexto.

Es importante mencionar que la conceptualizacion de salud mental dada más recientemente por la OMS es un poco más abarcadora, pero finalmente se reduce un tanto a la adaptación, lo que sigue denotando la presencia de conductas pasivas y de subordinación.

Por lo anterior para fines de este trabajo, se pretende abordar la salud mental desde la corriente de la Psicología de la liberación ya que da una concepción de la salud mental que nace en el contexto latinoamericano y propone como base la comunicación y la interacción para dar paso a una transformación de la persona logrando así también transformar de la realidad social.

Salud mental desde la psicología de la liberación

La psicología de la liberación surge de la psicología social, y se interesa en unir la psicología y las demandas de los sectores populares, dentro de esta unión aborda una perspectiva de la salud mental un poco más flexible y abierta que permite integrar situaciones como la inequidad de género, pobreza, marginación, poco acceso a servicios de salud y educación, violencia, etc. Todas situaciones muy presentes en los escenarios latinoamericanos[47].

Dicha corriente nació alrededor de 1972, en Latinoamérica, en El Salvador para ser exactos, su precursor fue el jesuita nacionalizado salvadoreño Ignacio Martín Baró[48]. Junto con él se han presentado diversos autores que han aportado fuerza a esta corriente que surge de la teología de la liberación.

Esta concepción se forjó a partir de las críticas a la psicología dominante la cual limita la comprensión de la persona en todas sus dimensiones, dicha limitación se presenta cuando se hace una psicología sin tomar en cuenta la situación real y total del contexto de las personas[49].

En la Psicología de la liberación se considera que la base de los problemas psicosociales y de salud mental son dados por la opresión generada por el sistema capitalista y la estructura de clase derivada de éste, se hace explicita la necesidad de una liberación personal de dicha opresión a través de su transformación social en la que se vean realzados los derechos humanos en una lucha por la verdadera salud mental[50].

La perspectiva liberadora considera al hombre como ser social y agente de acción responsable de su propio destino individual y colectivo[51].

En esta corriente liberadora se considera a la comunicación y a la interacción como procesos de transformación de la calidad de vida en búsqueda de la libertad y es aquí en donde la concepción de salud mental deberá evolucionar y adecuarse a los procesos históricos y sociales de las personas[52].

Con lo anterior desde la perspectiva de Martín Baró, alrededor de 1988 se dimensiona a la salud mental entre otras cosas como una “capacidad humana para definir la propia vida a través del amor, la

creatividad y realización en el propio contexto de la persona"[53]. En donde sea la propia persona quien transforme su realidad en la búsqueda de la libertad como el principal derecho humano[54].

Rodríguez-Rossi hace referencia a cómo el concepto de salud mental es delimitado a partir de prácticas transformadoras de la realidad social, misma que se va construyendo en el imaginario para convertirse en una representación, todo por medio de la interacción y la expresión de ideas, sentimientos, emociones, etc[55].

Asimismo, Rodríguez –Rossi propone una serie de indicadores aplicados a la salud mental positiva, considerándola como opuesta a la alienación; dichos indicadores son la grupalidad, el uso del tiempo libre, la creatividad y la conciencia social.

En donde grupalidad se comprenderá cuando haya una mayor participación de las personas en las decisiones de grupo, produciendo beneficios que van más allá de los propios intereses del sujeto y con mayor autonomía de todo el grupo con respecto a la toma de decisiones; el uso del tiempo libre es el tiempo de descanso, de diversión necesaria, tiempo de desarrollo personal y creatividad, interacción con los demás; la creatividad se entenderá como el predominio del pensamiento divergente, las actividades simbólicas abstractas, la interacción social en la realización de dichas actividades; la conciencia social es dar respuestas de tipo crítico referente a problemáticas individuales, grupales y sociales en general[56].

La intervención para salud mental también existe desde esta concepción y consiste básicamente en convertir un sufrimiento que era un dolor secreto o personal en algo social, que lleva a la reflexión, comprensión y transformación de la realidad, es decir, la intervención se enfoca a relacionar los problemas individuales con la realidad macro social por ejemplo se cuestiona el ¿por qué de la pobreza? y seguido a esto se cuestiona el ¿por qué a mi?[57].

Elementos de riesgo y protección

Por mucho tiempo la ciencia se ha encargado de investigar los estados patológicos de las personas, resultado de esto han sido el sin fin de estudios acerca de elementos que pudiesen determinar efectos negativos en las personas tanto a nivel físico como mental, sin preocuparse muchas de las veces que pasa en el contexto de las personas que les sirve como un respaldo para la evitación de cualquier dolencia, ya sea física o emocional[58].

Tratando de explorar un poco más acerca de qué pasa para que las poblaciones contrarresten las enfermedades y dolencias, surge así de la epidemiología social, el estudio de elementos que pueden actuar como escudo para favorecer el desarrollo de seres humanos que parecían sin esperanzas de superación por su alta exposición a factores de riesgo[59].

Es preciso entender como elemento de riesgo cuando se haga referencia a cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud[60].

Por otro lado, un elemento de protección se precisa cuando se habla de condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables[61].

Para su estudio, los elementos de protección se encuentran en dos dimensiones, la interna y la externa; la primera se refieren a atributos de la propia persona como la estima, seguridad y confianza de sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía. La dimensión externa, como su nombre lo dice se refiera a cualquier

condición que se encuentre fuera del sujeto (en el medio) que actúe como un reductor de la probabilidad del daño por ejemplo la familia extendida, el apoyo de alguien significativo, la integración social y laboral, entre otros.

Derivado del estudio de los factores protectores, alrededor de 1992 surge el término resiliencia como la detección de un elemento protector que hace que la persona a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y socialmente exitosos contrariamente a lo que se esperaba teóricamente[62].

Con lo anteriormente mencionado es preciso aclarar que la resiliencia no debe considerarse como una capacidad estática, ya que puede variar a través del tiempo y las circunstancias. Es el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y la personalidad del ser humano[63].

De esta manera es posible afirmar que el comportamiento de una persona depende en gran medida del buen funcionamiento de la situación familiar ya que esta representa el círculo social en el que se da el mayor número de relaciones de carácter afectivo y el principal contexto de aprendizaje de un individuo[64].

Elementos de protección y riesgo para salud mental

Ha quedado claro que cualquier abordaje de la salud mental que pretenda ser integral indispensablemente deberá retomar las estructuras sociales en las que la se desarrollan las personas diariamente, esto implica considerar el impacto de condiciones de vida, relaciones de desigualdad, pobreza, marginalidad, etc., que se tiene en el imaginario de las personas[65].

En el contexto social, de manera cotidiana estamos expuestos a una gama de agentes estresantes que de manera imperceptible los vamos introyectando de tal manera que con el paso del tiempo se ven lacerados los pensamientos, las relaciones y la vida emocional en general[66] así que es sobre manera importante que se detecten las situaciones que laceran la integridad de las personas para que ésta puedan en una mejor medida desarrollar sus potenciales positivos y evitar que se presenten ya trastornos ocasionados por los agentes estresantes[67].

Algunos elementos presente en la vida cotidiana que pueden representar un riesgo para la salud mental son la violencia, la cercanía y disponibilidad de las drogas, la desintegración familiar, pobreza económica y moral, la soledad esto debido a que propician el escenario para el florecimiento de la angustia, del miedo, vergüenza y la culpa[68].

Jenkins dimensiona a la salud mental por niveles: individual, familiar, y comunitario, menciona que las personas o grupos con una salud mental positiva comparten algunas cualidades inmersas en cada uno, entre éstas encontramos a nivel individual la aceptación de uno mismo, la autoestima, percepciones realistas, autoeficacia, autocontrol emocional, a nivel familiar considera las mismas cualidades agregando a dicha lista la continuidad de una relación satisfactoria en donde se encuentren al confianza y el afecto y afrontar la vida con responsabilidad y productividad. Finalmente a nivel comunitario se suman a la lista la presencia y el manejo de relaciones con otros grupos y la productividad responsable. Finalmente Jenkins hace una reflexión acerca de la presencia de salud mental en las personas y comunidades y menciona que al existir ésta muy probablemente también existirían la salud física y como resultado el bienestar social[69].

Otro de los teóricos que han trabajado con la salud mental ha sido Vázquez, quien propone siete factores de protección básicos para salud mental que son: autoestima, la capacidad de autodeterminación, la capacidad de amar, la motivación, satisfacción en la vida, la capacidad de reestructurara objetivos y la presencia de metas en la vida[70].

ARGUMENTACIÓN EMPÍRICA

Aguilera-Guzmán. Salgado y cols.[71]. En el 2004 realizaron un estudio en comunidades rurales de Zacatecas, en donde se busco el impacto de la ausencia paterna en adolescentes basada en estresores y compensadores. Para obtener la información se aplicaron una serie de escalas para evaluación de depresión. Los resultados obtenidos apuntaron a que la ausencia paterna no tenía un fuerte impacto en los adolescentes y que se debería poner énfasis en otros factores sociales y para dimensionar la salud mental en estudios posteriores.

Bender y Castro[72], en el 2006 realizó un estudio referente al poder de resiliencia en torno al bajo peso al nacer de niños de madres latinoamericanas recién llegadas de México nacidos en Estados Unidos, el objetivo de la investigación fue conocer porque los resultados de los partos de estas mujeres eran mayormente favorables que los observados entre madres latinas ya nacidas en Estados Unidos. La información se obtuvo a través de grupos de discusión y narraciones fotográficas, se indagó su percepción en torno a los factores protectores y de riesgo para su salud. Posteriormente se les asignó la tarea de tomar fotos de personas, lugares o cosas que consideraran importantes para su salud y bienestar. Como resultado de esto se obtuvo que un factor importante fue el vínculo que se mantiene con la familia en su lugar de origen, y como factor de riesgo manifestaron la no existencia de apoyo social.

Salgado[73] en 1992, realizó un estudio con 220 mujeres de comunidades rurales y semi-rurales de Jalisco y Michoacán, que fueran esposas de migrantes mexicanos residentes en Estados Unidos en donde se exploró que recursos internos (autoestima) y externos (apoyo social) presentaban par resolver problemas de su cotidianeidad a partir de su reorganización familiar cerca de los recursos internos y externos con los que cuentan las mujeres para enfrentar problemas en su cotidianeidad, así como también identificar la relación de dichos recursos con el estrés y malestar psicológico generalizado. La metodología utilizada fue la aplicación del test de Coopersmith para autoestima y para el apoyo social se utilizó un instrumento creado ex profeso para investigar la densidad y amplitud de las redes de apoyo. Finalmente la combinación de la autoestima y la presencia de apoyo de la familia nuclear predijeron de manera significativa los puntajes de estrés, sin embargo el malestar psicológico generalizado fue explicado sólo con autoestima.

Chávez[74], en el 2004, realizó en Guanajuato un estudio bibliográfico en el que utilizó las actas de defunción de personas que se suicidaron y que estaban registradas en archivo durante los últimos años, en dicha búsqueda se detectó que un gran porcentaje de las personas que se habían suicidado fueron migrantes o familiares de migrantes.

Aguilera y cols[75] en el 2004 realizaron un estudio con 310 adolescentes de escuela primaria rural de una zona definida como de tradición migratoria del estado de Zacatecas para brindar nuevos elementos de análisis en torno a los efectos de la migración en la salud mental, El objetivo fue validar la escala CES-D de Radloff, a la muestra se les aplico la escala de depresión del centro de estudios CES-D de Radloff, que consta de 20 reactivos que presentan sintomatología depresiva. Lo anterior debido a que el malestar psicosocial que la migración provoca en niños y adolescentes, se manifiesta de distintas formas, por ejemplo, en los niños aparece como problemas de conducta y en la adolescencia con crisis de identidad y constantes cambios de humor que a la larga se pueden convertir en sintomatología depresiva. Finalmente al compara los resultados de los adolescentes no presentaron diferencia significativa con resultados de otras zonas de México y de otros países, por lo que la escala podrá seguirse utilizando para trabajo de salud mental en zonas de México, finalmente proponen realizar estudios posteriores relacionando la ausencia física paterna por migración internacional y las distintas características de la figura materna, pero sobre todo atender a las condiciones de la realidad en la que viven los adolescentes de lo contrario ir al norte seguirá siendo su solución.

Bradley[76] en el 2004 realizó un estudio en El Salvador con el objetivo de conocer la percepción que los niños tenían en torno a la migración y como esta influía en sus vidas, aquí se exploraron aspectos como la comunicación y las redes sociales, dicha investigación utilizó la técnica de fotografía popular y se obtuvieron aspectos que denotan tristeza, anhelo y melancolía, por otra parte los niños perciben las remesas como una forma de comunicación de sus padres hacia ellos, es una forma de demostrarles cariño.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En este fenómeno migratorio tanto interno como internacional, la familia del migrante juega un papel fundamental ya que a pesar de la distancia, se vuelven el soporte de quien de manera voluntaria o involuntaria tuvo que irse. Por lo anterior, en nuestro país debido a la gran expansión del fenómeno migratorio principalmente, hacia los Estados Unidos, la migración toma una fuerte importancia que se ve reflejada en la diversidad de estudios en torno a ella, en una búsqueda por explorar y caracterizar que pasa con las personas que se van y con las que se quedan en su lugar de origen.

Es aquí en la familia que se queda, en donde aparecen situaciones complejas como la desestabilización familiar, que inicia desde el momento en que el familiar se va, ahí el cambio que se presenta es inmediato, me refiero a la diferencia en la interacción en donde, de un día para otro ya no será cotidiana ni cara a cara sino se presentará de manera esporádica y lejana por medio de teléfono o algún otro canal de comunicación –en caso de que se tengan los recursos para poderlo hacer-, la desestabilización continúa cuando se presenta la necesidad de reorganizar las funciones y roles al interior de la familia, dicha reorganización inicialmente se dará como una respuesta emergente a la ausencia de alguno de los miembros de la familia, posteriormente, esta reorganización se ajusta poco a poco y la familia comienza a valorar mejores alternativas y comienzan a utilizar recursos internos que les permiten sobrellevar la ausencia.

Sin embargo, hay aspectos que contrariamente a lo que pasa con la reorganización, se mantienen presentes resultando un obstáculo para la estabilidad tal es el caso de la incertidumbre, las fuentes que la generan y el impacto que ésta tiene en la salud mental de las personas, la incertidumbre es una situación poco estudiada tanto en las personas que se van como en las que se quedan y finalmente a pesar de que está presente es conveniente hacer hincapié en la necesidad de conocer y describir que pasa para que a pesar de la difícil situación que conlleva la experiencia migratoria sin salir de casa, se puedan dar interacciones efectivas, mismas que están presentes como un reflejo de salud mental.

Por lo anterior, el objetivo de este trabajo es generar conocimiento que permita diseñar estrategias de comunicación para mantener la salud mental de familiares de migrantes a partir de factores de protección y riesgo

Pregunta de investigación

De ésta manera toma razón de ser la pregunta que guiará este proyecto ¿Qué elementos de protección o riesgo para mantener salud mental se encuentran presentes en las personas que tienen familiares migrantes?

Respuesta anticipada

El apoyo social, la comunicación y la interacción, son elementos de protección para salud mental presentes en los familiares de migrantes y la pobreza, la autoestima la marginación y la incertidumbre son elementos de riesgo presentes en los familiares de migrantes.

Clasificación de la pregunta

Esta pregunta es de corte cualitativo y de tipo descriptivo.

OBJETIVOS

Objetivo General

Generar conocimiento válido que permita diseñar estrategias para mantener la salud mental en familiares de migrantes.

Objetivos Específicos

- Identificar comportamientos resilientes y protectores en familiares de migrantes.
- Explorar las semejanzas y diferencias en comportamiento de los familiares de migrantes en relación con el nexo que se tenga con el migrante.
- Conocer y describir la importancia que tiene la comunicación para el mantenimiento de la salud mental entre los familiares de migrantes.
- Explorar como los familiares de migrantes transforman su realidad social a partir de la comunicación.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

El presente estudio es de corte cualitativo y será abordado desde la configuración del paradigma interpretativo, que como su nombre lo dice, busca la interpretación de las acciones humanas en un contexto histórico determinado, pero con una expresión particular[77].

Por medio de dicho paradigma se buscará conocer supuestos y premisas implícitos en la vida social de los familiares de migrantes, de igual manera constatar aspectos o proposiciones que se mantienen en general en poblaciones de migrantes en torno a elementos de protección y riesgo para la salud mental.[78]

El presente estudio se interesa en recuperar y comprender la perspectiva que las familias de migrantes tienen acerca de la migración y que elementos de protección o riesgo para la salud mental se hacen presentes a partir de la ida de algún (os) miembro (s) de la familia[79].

De acuerdo a la profundidad de análisis, este trabajo se clasifica en descriptivo comprensivo, ya que intentará comprender lo que representa para la familia la ida de alguno de sus miembros, y que elementos de protección y riesgo se desarrollan en el proceso de reorganización familiar en pro de la salud mental[80].

De acuerdo al conocimiento o desconocimiento que se tenga de las categorías y del contexto en el que se desarrollará este estudio, tiene un carácter exploratorio, debido a que no existe un desarrollo vasto en estudios referentes a la salud mental en torno a la migración desde la perspectiva cualitativa y sobre todo no se han retomado en gran medida a la salud mental y la migración con un enfoque desde la psicología de la liberación[81].

Postura teórica

Esta se refiere a la manera que el investigador interpretará el sentido de los actores. De acuerdo a lo anterior y por la manera en que la información será recabada, manejada e interpretada, la postura que guiará esta investigación será el interaccionismo simbólico, que tiene como punto central las relaciones que se establecen entre las personas, y los símbolos a los que socialmente se les asigna un significado el cuál se va formando a través de los convencionalismos culturales que hace posible cualquier relación de intercambio[82].

Su principal exponente es Blumer quien señala que el interaccionismo simbólico se apoya en tres premisas básicas que constituyen su enfoque metodológico; la primera se refiere a que los individuos actúan frente a otras personas o cosas basados en los significados que éstos tienen para ellos, es decir, que de acuerdo al significado que le den a las cosas se tendrá una acción; la segunda premisa señala que cualquier significado surge de una interacción social de tal forma que al comunicarnos producimos símbolos significativos; la tercera premisa establece que los significados producidos se modifican por medio de la interpretación y una vez hecha ésta se espera otra acción en respuesta a la modificación del significado.

Tipos sociales

El concepto tipo social se refiere a aquellas personas o grupos con una característica identificada,[83] para la investigación, los tipos sociales son: *familiares de migrantes*

Variables discursivas

Los tipos sociales mencionados anteriormente se trasforman en las variables discursivas; que son aquellas personas o grupos con una característica identificada y que constituyen aquellos discursos que son distintivos para el trabajo.[84] Para este estudio, las variables discursivas estarán compuestas por familias en las que haya migrado el jefe de familia (papá), familias en las que haya migrado la madre, familiar en las que hayan migrado ambos (padre y madre) y familias en las que haya migrado cualquier otro miembro de la familia. Se considerará a los integrantes de la familia de la siguiente manera: hombres y/o mujeres adultos, hombres y/o mujeres adultos mayores, no importa su nivel de escolaridad ni ocupación o religión, y niños y adolescentes de entre siete y 18 años de edad que sepan leer y escribir. (Ver anexo 1).

Cabe hacer mención que las variables discursivas se caracterizaron de esa manera porque culturalmente al darse el cambio de la estructura familiar con el padre, existe un mayor conflicto por parte de los demás miembros de la familia, en especial de la mujer quien deberá cumplir con todos los roles asignados a la figura paterna en muy poco tiempo y continuar además desempeñando los suyos: también se quiere ver si los elementos de riesgo y protección que desarrollen las familias están sujetos a determinada figura en ausencia.

Diseño inicial

El diseño inicial se refiere al proceso de indagación que se planea antes de la recolección de información;[85] de ésta manera el presente estudio comprende tres etapas, la primera corresponde a la preparación de instrumentos y marco contextual y conceptual; en la segunda etapa se tiene prevista la negociación de acceso a la comunidad a donde se piensa desarrollar el trabajo, como parte de esta negociación de acceso se considera ubicar a las personas que cubran los criterios para participar e

invitarlas a participar en el trabajo. En esta etapa se llevará a cabo el levantamiento de información y el desarrollo del taller de fotografía popular y finalmente la tercera etapa comprenderá el análisis de información y presentación de resultados, discusión y conclusión y la entrega del reporte propiamente dicho.

Para logra lo dicho, se tienen contemplados 37 eventos distribuidos en ocho familias, cabe mencionar que el número de eventos al interior de cada familia está sujeto a la extensión de la misma. Aumentando en la lista de eventos uno más que corresponderá a la puesta en marcha del taller de fotografía popular con los niños y adolescentes pertenecientes a las familias a entrevistar haciendo un total de 25 eventos.

Muestreo teórico

Para seleccionar a los participantes se eligió en tipo de muestreo denominado de criterio, que es definido como todos los casos que cumplen algún criterio, útil para asegurar la calidad[86].

De acuerdo al tipo de muestreo, para efectos del presente trabajo se considerarán a familias que vivan en una comunidad detectada como expulsora de migrantes, que tengan uno o más familiares en los Estados Unidos, con niños o adolescentes dentro de la constelación familiar y que sepan leer y escribir. Para las personas adultas y adultas mayores lo anterior no será requisito. Y el trabajo estará dirigido a todas las personas que hubiesen compartido la vivienda con la (s) persona (s) que migró.

Categorías *a priori*

Para intentar dar respuesta a la pregunta que guía la presente investigación, se considera necesario tener una concepción clara de los elementos a identificar en el desarrollo de la misma, en éste caso, los elementos o categorías que lo guiarán son salud mental, elementos de protección y elementos de riesgo.

Definiciones conceptuales y operacionales

Las definiciones conceptuales y operacionales nos darán luz acerca de lo que buscaremos en el discurso, estas se presentan a continuación de manera desglosada de tal forma que se visualicen las áreas que se abordarán en el análisis del presente trabajo.

Categoría	Definición teórica	Concepto	Evidencias	Fuente	Recurso técnico
Elementos de riesgo	Cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud. (Munist et. al. 1998)	Personal Social	Cosas en el discurso que hagan referencia a autodesprecio o descalificación, o falta de cuidado en la propia persona, condiciones emocionales como angustia Elementos de riesgo a nivel social se dimensionarán en el discurso con aspectos como falta de recursos económicos rechazo o aceptación de costumbres diferentes a las propias, que denoten algún tipo de violencia	Familiares de migrantes	Entrevista en profundidad Y Narrativa obtenida del taller de fotografía popular

Categoría	Definición teórica	Concepto	Evidencias	Fuente	Recurso técnico
Elementos de protección	Son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias difíciles. Estos determinan la resiliencia que es entendida como una capacidad humana para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas. Estos procesos se realizan a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre los atributos de la persona y su ambiente familiar, social y cultural Rutter, 1992. Munist et al. 1998	Personal Familiar Social Cultural	Elementos de protección que se refieran en el nivel personal como: valoración de la propia persona, que de muestras en el discurso de querer y buscar expresarse e interactuar con los otros, además de que tenga planes y expectativas. Los elementos de protección que se esperan a nivel familiar estarán dimensionados por: las formas de mantenerse unidos a través de la interacción y que las formas de comunicarse sean efectivas para ellos Los elementos de protección que se esperan a nivel social estarán dimensionados por: si pertenecen a algún grupo, a quien acuden cuando tienen algún problema Los elementos de protección que se esperan en la dimensión cultural serán: percepción de situaciones positivas de la migración, así como cosas de la cotidianeidad, creencias o costumbres que los ayuden a sentirse mejor.	Familiares de migrantes	Entrevista en profundidad Y Narrativa obtenida del taller de fotografía popular

Categoría	Definición teórica	Concepto	Evidencias	Fuente	Recurso técnico
Salud mental	Realización de la persona, entendiendo que la realización humana supone la capacidad de amar, crear y realizarse en su propio contexto social (Baró, 1988) en donde se hace explicita la necesidad de una liberación personal de la opresión a través de su transformación social en la que se vean realzados los derechos humanos. (Burton, 2004) Baró, 1988, Burton, 2004	Individual Psicosocial Derechos humanos	La salud mental en su componente individual: conocer limitaciones y ventajas de uno mismo, hacer cosas que consideres están bien aunque muchas veces esté fuera de lo establecido, que la persona se sienta libre Se dimensionará con tranquilidad, saber llevar las situaciones adversas como una buena reorganización de funciones y deberes Si identifican algún derecho o lo ejercen, si rechazan cualquier forma de violencia y exigen o buscan acceder a educación y salud.	Familiares de migrantes	Entrevista en profundidad y Narrativa obtenida del taller de fotografía popular

Técnicas y procedimientos de recolección de información

Debido a que la unidad de análisis de este trabajo será la familia, se consideró necesario abordar a los integrantes de éstas con técnicas diferentes que irán de acuerdo al cohorte generacional existente, de tal manera que el instrumento contemplados para la recolección de información de adultos y adultos mayores será la entrevista en profundidad y para los niños y adolescentes será la utilización de la fotografía popular.

Generalidades de la entrevista en profundidad

La concepción de entrevista en profundidad, a lo largo del tiempo se ha ido enriqueciendo cada vez más, entre estas concepciones podemos citar algunos autores expertos en la materia como:

Alonso (cit. En Valles)[87] menciona que la entrevista en profundidad es entendida como "procesos comunicativos de extracción de información por parte de un investigador", esta información resulta sobremanera interesante ya que forma parte de la vida de la persona entrevistada, lo que implica una experimentación y asimilación de la información, resultando así ser mucho más interesante informativamente que si solo partiéremos de lo que la teoría o supuestos nos puedan decir.

De acuerdo con Hernández[88], la riqueza de información dada por las evocaciones experimentadas por el sujeto (amplitud) junto con la no dirección, la especificidad y la profundidad y contexto personal son características que permiten hacer de la entrevista en profundidad una técnica de recogida de datos muy vasta.

Por su parte, Caplow (cit. En Valles)[89] menciona que es importante que el entrevistado perciba la entrevista como una conversación en la que el entrevistado no se percate de la estructura de la interrogación, ni del orden de las preguntas y los objetivos del entrevistador.

Por otro lado, Taylor y Bodgan[90] hacen énfasis en caracterizar a la entrevista en profundidad como una relación directa y recíproca entre el entrevistador y entrevistado, en donde la información estará dada por la cuidadosa reflexión de una persona que será ayudada por el entrevistador en un proceso de interacción en donde los encuentros van dirigidos a la comprensión de las perspectivas que tienen los entrevistados o informantes con respecto de sus vidas. Aunado a esto, el proceso de entrevista en profundidad es una forma de comunicación que lleva implícita la comunicación en donde se busca algo más que un simple registro de los discursos.

Es importante señalar que como menciona Galindo[91], la eficacia que se obtenga de la entrevista en profundidad y de cualquier otro tipo de entrevista estará sujeta al entrevistador ya que es el quien define la situación en la que se llevará a cabo la entrevista, los temas a tratar en la misma, abriendo así la posibilidad de comunicación, así mismo tiene la responsabilidad y el peso moral de las consecuencias del contacto que se llegue a establecer entre los participantes (entrevistado, entrevistador).

No olvidemos que las entrevistas en profundidad siguen el mismo patrón que se da en una conversación entre iguales, este tipo de entrevistas ofrece una mayor privacidad e intimidad lo que permite tocar temas difíciles y con un nivel de profundidad muy positivo.

Para efectos de cualquier entrevista en profundidad se requiere partir de una guía temática o de preguntas con miras a la generación del diálogo; cada entrevista esta contemplada a realizarse en un mínimo de 30 minutos[92], por esta razón, este tipo de entrevistas puede llevarse a cabo en uno o varios encuentros, lo que también nos permite retomar algunos temas que sean de utilidad para enriquecer los datos a obtener[93].

Así mismo, para Ulin[94] la entrevista en profundidad normalmente constituye un intercambio entre un entrevistador y un entrevistado, que generalmente siguen un estilo informal, aunque estén guiadas por unos cuantos temas amplios pero no llegan a ser un cuestionario, cabe destacar que las preguntas deben ser informales, abiertas y no implicar juicios de valor, deben ser claras y evitar toda sugerencia de que una respuesta pueda ser más conveniente que otra. Este tipo de entrevista se debe desarrollar en un entorno relajado y cómodo en donde los participantes hablen libremente sobre sus vidas y que finalmente permitirá al investigador obtener datos empíricos. Ulin menciona que algunos especialistas nombran a este tipo de entrevistas intensivas ya que involucran a solo dos personas en una interacción común, en donde se establece una conversación con un propósito ya definido con anterioridad, dándose así un encuentro social. Con lo anteriormente expuesto podremos caracterizar a la entrevista en profundidad como un proceso de interacción en donde los participantes trabajan de manera conjunta logrando así consolidar la comprensión de lo que se habla como finalidad de la aplicación de la técnica[95].

Para Sierra (cit. en Galindo)[96], la entrevista en profundidad es considerada como un arte tanto para escuchar como para preguntar, además de que rescata el vocabulario, las modalidades expresivas, la comunicación no verbal y la cultura para poder elaborar de manera adecuada la forma de preguntar y prepararse ante las posibles respuestas del entrevistado.

Este autor hace énfasis en que el entrevistador debe tratar a las personas y a la situación que viven como únicas, por esta razón a la entrevista se debe ir preparado con una guía de entrevista y una grabadora, ambos son herramientas necesarias para la recolección de datos, ya que la primera permitirá, como su nombre lo dice, guiar a los participantes (entrevistador-entrevistado) en el proceso comunicativo, la segunda dará al entrevistado además la sensación de que todo lo que él diga es importante para el entrevistador.

Recordemos siempre que el contar con un guía de entrevista nos permitirá ordenar y sistematizar los temas que surjan en la conversación, cabe mencionar que esta guía no debe ser un protocolo estructurado de preguntas sino solamente una lista de temas, misma que puede ser modificada sobre la marcha, y se sugiere que el entrevistador memorice el contenido de la guía aunque la lleve por escrito[97].

Finalmente es conveniente hablar de las ventajas y desventajas que la entrevista en profundidad tiene como una herramienta para recolección de datos, y de acuerdo con Valles[98], entre las primeras encontramos la riqueza informativa que nos da un panorama amplio en donde las palabras y enfoques de los entrevistados estén contextualizados, brinda una oportunidad para clarificar respuestas y de ser necesario dar un seguimiento a las mismas todo esto debido a la interacción directa que permite un trato directo, personalidad, flexible y espontáneo; es más eficaz cuando se pretende obtener cierto tipo de información que no se obtendría si no fuera por la mediación del entrevistador, ya que se ofrece al entrevistado un proceso más íntimo y cómodo comparándolo con técnicas como los grupos de discusión finalmente al utilizar el mínimo de recursos materiales es más económica que técnicas como los grupos focales.

Dentro de las desventajas, Valles menciona que el periodo de recolección se lleva más tiempo ya que se hace de manera personal e individualizada, podemos encontrar también problemas potenciales asociados a la interacción comunicativa como pueden ser la reactividad la fiabilidad y la validez; a pesar de que en la entrevista en profundidad es imprescindible la observación del sujeto, sus reacciones y contexto es frente a otras técnicas de observación excesivamente limitada.

En síntesis, todas las concepciones convergen en la idea de que la entrevista en profundidad es una técnica que establece una interacción y por ende comunicación entre los participantes en un ambiente de confianza, lo que permite la flexibilidad y amplitud en la investigación, además de que las ventajas que

ofrece son amplias, las anteriores son razones por las cuales y para efectos de este trabajo se incorporará la entrevista en profundidad como técnica de recolección de datos.

Generalidades de la técnica de fotografía popular

La técnica de fotografía popular surge como una corriente dentro de la antropología, en la que se propone la introducción del uso de la imagen como la forma de lenguaje que permitirá ser un recurso de memoria e investigación, ya que ésta contribuye con elementos que escapan de las manos de otros recursos en investigación como lo son el lenguaje escrito y la observación directa[99].

La antropología visual se concentra en dos medios: el cine y la fotografía y su fin principal es dar uso a las imágenes como recurso de investigación, ésta es una alternativa al trabajo etnográfico que permite además de clasificar y analizar imágenes partiendo de registros visuales que permitirán describir y explicar al objeto de estudio[100].

Éste término fue propuesto alrededor de los años cuarenta por Margaret Mead, quien fue una reconocida antropóloga norteamericana[101].

De acuerdo con Escoto, la antropología visual no puede ser considerada una disciplina ya que no tiene un objeto de estudio específico y solo ofrece una forma de utilizar imágenes como recursos de investigación[102]. Sin embargo, Para Hernández (cit. en Escoto),[103] este recurso ofrece algunas ventajas entre las que destaca el poder regresar al pasado tantas veces como sea necesario.

Por su parte, Fernández (cit. en Salazar) [104] nos hace referencia de que la antropología visual a través de su utilización, se ha constituido en una nueva forma de comunicar resultados que al utilizar los medios visuales diversos procura transmitir además de hechos etnográficos tal y como se presentan en la realidad, también pretende imprimir en las representaciones visuales una realidad ordenada teóricamente.

Para Álvarez, la antropología audiovisual representa además de un recurso estético o una herramienta de apoyo para la investigación, el abrir una gama de posibilidades para la despertar la creatividad del investigador social, ya que en esta corriente “convergen el uso de la tecnología, el arte, la comunicación de las ciencias sociales, asimismo produce conocimientos en una forma reflexiva e integral”. Dando paso con lo anterior a ver actualmente a la imagen como uno de los instrumentos más efectivos en los procesos de educación, entrenamiento y difusión del conocimiento[105].

Bordieu, (cit. En Gamboa)[106] menciona que mediante la fotografía, las familias reafirman periódicamente su unidad, además de que también refiere que existen otras áreas de las ciencias sociales que se interesan por la práctica fotográfica, entre éstas menciona a la psicología, y de acuerdo a un estudio realizado en Francia referido por Bordieu, el tomar fotografías, conservarlas o solo observarlas aporta referentes importantes para el estudio en Psicología entre los que menciona que la fotografía tiene como función:

La protección contra el tiempo, ya que la fotografía tendría como función ayudar a sobrellevar la angustia suscitada por el paso del tiempo, ya sea proveyendo un sustituto “mágico” de lo que aquél ha destruido, o supliendo las fallas de la memoria y sirviendo de punto de apoyo a la evocación de recuerdos asociados, es decir, produciendo el sentimiento de vencer al tiempo como poder de destrucción; Favorecer la comunicación con los demás al permitir revivir en común los momentos pasados o mostrar a los otros el interés o el afecto que se les tiene; La expresión de los sentimientos, ya que proporciona al fotógrafo el medio de "realizarse", ya sea haciéndole sentir su propio "poderío" mediante la apropiación mágica, o mediante la recreación

exaltadora del objeto o sujeto representado, dándole la ocasión de experimentar más intensamente sus emociones, o bien permitiéndole expresar una intención artística o manifestar su dominio técnico; satisfacciones de prestigio social, en términos de proeza técnico, de testimonio de una realidad personal (viaje, acontecimiento) o de gasto suntuario y finalmente proporcionar un medio de evasión o de simple distracción, a la manera de un juego o hobby[107].

De acuerdo con Taylor y Bodgan[108], la técnica de fotografía consiste en dar a cada participante una cámara fotográfica, y se le explica de manera general que se espera que capten con su lente ya sea personas, animales o cosas que ellos consideren que sea representativo del tópico que se les indique. Además de que con esta técnica se tiene la ventaja de que las imágenes pueden tomar el lugar de las palabras o por lo menos transmitir algo que las palabras no pueden, además de que al lector le brinda la sensación de "estar allí" directamente en el escenario y con las personas.

Asimismo Bradley[109], nombra al la técnica "fotografía popular" y ésta es un medio por el que las imágenes que la gente toma nos permite comprender más claramente que cosas son importantes para ella y sobre todo nos permite conocer la manera en que se percibe a si misma y a otros. Esta autora considera el proceder de esta técnica como una forma de empoderar a las personas al darles la completa libertad para tomar lo que las personas quieran, siendo a su vez, un medio de expresión, aunado a esto, la interpretación o comprensión de cualquier imagen no se restringe por el idioma, la cultura o la educación ya que hay sentimientos y expresiones que son símbolos universales. La autora considera necesario trabajar con los participantes seleccionados antes de que éstos salgan a expresarse por medio de las fotografías que tomen, con la finalidad de brindarles una capacitación muy básica en lo referente a cuestiones técnicas de fotografía, entre las que se debe explicar cómo se puede trasponer las ideas y sentimientos hacia cosas fotografiables, además de sensibilizar a los participantes en el tema a tratar para que tengan herramientas para expresar sus ideas y sentimientos.

Por todo lo anterior para efectos de este estudio se considera a la técnica fotográfica como una herramienta útil para acercarse de una manera lúdica a los pensamientos y sentimientos de los niños y adolescentes, lo que permitirá tener un conocimiento diferente acerca de lo que significa la migración en la vida de esos niñ@s y adolescentes.

Para fines del trabajo se realizó una guía de entrevista en profundidad (Ver anexo 2) la cual fue validada por expertos y piloteada en dos ocasiones, quedando estructurada de la siguiente manera: dos apartados, en el primero contiene una ficha técnica, que inicia con una breve presentación del investigador, su lugar de procedencia, los objetivos de la entrevista y se menciona la confidencialidad de la misma. Seguido a esto esta ficha contiene un cuadro con una serie de datos generales como edad, estado civil, número de hijos, religión, entre otros. La ficha de identificación nos proporciona una serie de indicadores socioeconómicos que nos permitirán caracterizar un poco más a las personas con las que se trabajará.

El segundo apartado es la guía propiamente dicha, la cual contempla siete preguntas detonadoras con las que se pretende generar el discurso que nos permita conocer la experiencia de la persona entrevistada en torno a los temas a tratar.

Cabe recordar que la guía se aplicará a los adultos y adultos mayores de las familias participantes.

Por otro parte, la técnica de fotografía popular será aplicada a los niños y adolescentes de las mismas familias participantes. Para el uso de la técnica fotográfica se requiere inicialmente de un trabajo de sensibilización de los participantes, así como establecer un marco de confianza entre los niños, adolescentes y el investigador para que se sientan en confianza de externar realmente sus pensamientos y sentimientos.

Para lograr lo anteriormente mencionado, la técnica se desarrollará como parte de un taller de expresión artística, mismo que está contemplado para darse en cuatro sesiones semanales de dos horas cada uno, en la tercera sesión a cada participante se le dará el material (cámara fotográfica, rollo y pilas) y junto con la instrucción de que puedan fotografiar personas, animales o cualquier cosas que para ellos sea importante en torno a la migración, ya sean cosas que ellos han observado que han cambiado, que les gusta y que extrañan, etc. Se les da un lapso de cinco días para recoger el material y revelarlo.

Para la cuarta sesión a cada participante se le entregará su paquete de fotos, hojas y lapiceros para que escriban el significado de cada foto y porque tomaron cada una de ésas, al terminar la actividad en plenario muestran las fotos que ellos quieran y las explican. El taller cierra con la exposición de las fotos.

En estos momentos no se muestran las cartas programáticas del taller debido a la necesidad de conocer un poco el contexto y características de los niños. Posterior a encontrarme con ese panorama se podrán buscar las técnicas más adecuadas a ellos.

Técnicas y procedimientos para análisis de la información

Para analizar la información recabada de las dos técnicas se transcribirá de manera fiel toda la información obtenida haciendo uso de paquetería de Office, para posteriormente realizar un análisis social del discurso.

CRONOGRAMA DE TRABAJO CON DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS

El presente cronograma comprende el periodo del 1 de marzo al 15 de julio de 2007, está distribuido por semana, haciendo un total de 18, de esta manera se podrán ir incorporando avances reales hasta lograr el producto final que es el borrador final de la tesis.

Recursos

El recurso humano con los que se contará para desarrollar el presente trabajo es limitado, ya que sólo se contará con la autora del presente.

De los recursos materiales necesarios se cuenta con video cámara y grabadora de audio por parte del Instituto de Salud Pública. De manera personal se deberá adquirir los cassettes y discos para las grabaciones que sean necesarias.

Se necesita el financiamiento o convenio con alguna empresa para la adquisición del material fotográfico; se debe también tener en cuenta el material de oficina a utilizar.

Por lo que respecta a infraestructura, sólo se necesitará el espacio adecuado para llevar a cabo el taller, se espera que dicho espacio sea prestado por las personas de la localidad en donde se trabaje.

SEMANA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	RECURSOS
MES	marzo	marzo	marzo	marzo	abril	abril	abril	abril	mayo	
A C T I V I D A D										
Negociación de acceso y concertar el trabajo con la primera familia										Oficio de presentación. dinero para traslado RH. 1 Investigadora
Iniciar las entrevistas. Charla con maestros de la escuela para conocer su perspectiva y que recomienden a niños que cumplan las características establecidas en el muestreo. Seguir concertando citas para trabajo con otras familias										Grabadora, cassettes, dinero para traslados RH. 1 Investigadora
Trabajar en afinación del marco teórico y aplicación de entrevistas.										G,C,D, biblioteca RH. 1 Investigadora
Trascripción de entrevistas y búsqueda de técnicas para carta programática del taller de expresión artística										G,C, computadora, biblioteca RH. 1 Investigadora
Aplicación de entrevistas, transcripción de las mismas y Charla con informante clave de la comunidad										G,C, computadora RH. 1 Investigadora
Aplicación de entrevistas afinación de la carta programática y transcripción de entrevistas										G,C,D computadora RH. 1 Investigadora
Preparación del material para el taller, pedir prestado el espacio a donde se realizará el taller; aplicación de entrevistas.										G,C,D computadora RH. 1 Investigadora
Inicio del taller de expresión artística Aplicación de entrevistas y trascripción de las mismas										Material de papelería, espacio, recursos para refrigerio, D. cámara de video, discos para la video , RH. 1 Investigadora
Segunda sesión del taller y trascripción de entrevistas y vivencias del taller										Material de papelería, espacio, recursos para refrigerio, D. cámara de video, discos para la video , RH. 1 Investigadora

SEMANA	10	11	12	13	14	15	16	17	18	RECURSOS
MES	mayo	mayo	mayo	junio	junio	junio	junio	julio	julio	
A C T I V I D A D										
Tercera sesión del taller de expresión artística y ya dar las cámaras fotográficas a los niños. Terminar con entrevistas y su trascripción fiel										Material de papelería, espacio, recursos para refrigerio, D. cámara de video, discos para la video. Cámaras fotográficas para cada participante, rollo fotográfico, RH. 1 Investigadora
Recoger material fotográfico, y prepararlo para la siguiente semana Trabajar en el documento escrito.										Dinero para revelado y hojas de contacto. Computadora, RH. 1 Investigadora
Sesión plenaria del taller, se entregaran las fotos a los niños y trascripción de información.										Material revelado, espacio para desarrollo del taller, material de papelería, videograbadora, discos para la video, RH. 1 Investigadora
Trabajo en documento escrito y en asistir a curso para cubrir puntos académicos										Computadora, dinero para inscripción a curso. RH. 1 Investigadora
Análisis de información, preparación del material fotográfico para incorporar al trabajo										Computadora y material obtenido de las técnicas, dinero para reproducir el material RH. 1 Investigadora
Análisis de información										Computadora y material obtenido de las técnicas RH. 1 Investigadora
Redacción de informe del análisis e incorporación al documento escrito										Computadora RH. 1 Investigadora
Redacción de informe del análisis e incorporación al documento escrito										Computadora RH. 1 Investigadora
Presentación de producto final										Computadora, impresora, dinero para engargolar RH. 1 Investigadora

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Protección de la salud. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia. Comisión de salud fronteriza México- Estados Unidos. "Lineamientos para el diagnóstico de necesidades de la población migrante". México, 2004.

[2] Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Protección de la salud. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia. Comisión de salud fronteriza México- Estados Unidos. "Lineamientos para el diagnóstico de necesidades de la población migrante". México, 2004.

[3] Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Protección de la salud. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia. Comisión de salud fronteriza México- Estados Unidos. "Lineamientos para el diagnóstico de necesidades de la población migrante". México, 2004.

[4] Actualización técnica de ONUSIDA: Movilidad de la población y SIDA. Colección práctica optimas de ONUSIDA. Ginebra Suiza. Abril de 2001. p.p. 17Consultado el 1 de abril de 2006. Disponible en: http://unaids.org.

[5] Iniciativa de Salud México California (ISMECAL) Centro de Investigación en Políticas Públicas. III Semana Binacional de Salud. Universidad de California. Berkley CA. 2003.

[6] Consejo Nacional de Población. Carpeta informativa 2005 Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/prensa/carpeta2005.pdf Consultado el: 14 de septiembre de 2006.

[7] Consejo Nacional de Población. Carpeta informativa 2005 Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/prensa/carpeta2005.pdf Consultado el: 14 de septiembre de 2006.

[8] Consejo Nacional de Población. Carpeta informativa 2005. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/prensa/carpeta2005.pdf Consultado el: 14 de septiembre de 2006.

[9] Tuiran, R. La migración de México a Estados Unidos: patrones de continuidad y cambio. Disponible en: http://www.ejournal.unam.mx/demos/no10/DMS01009.pdf Consultado el 28 de septiembre de 2006

[10] Tuiran, R. La migración de México a Estados Unidos: patrones de continuidad y cambio. Disponible en: http://www.ejournal.unam.mx/demos/no10/DMS01009.pdf Consultado el 28 de septiembre de 2006

[11] Massey D. Durand J. González H, Alarcón Return to Aztlan: the social process of international migration from Western Mexico. 354 p.p.University of California Press, 1990.

[12] Bronfman M, Caballero M, Leyva R, Dreser A. Respuesta social a la migración y SIDA en ciudades gemelas de la frontera México-Guatemala. Rev. Migración y Desarrollo. Segundo semestre 2004.

[13] Sánchez-Huesca R, Arellanez J.L., Pérez V, Solveig E, Rodríguez K. Estudio de la relación entre consumo de drogas y migración a la frontera norte de México y Estados Unidos. Rev. Salud Mental. Vol 29 no. 1. Enero- febrero 2006.

[14] Salgado de Snyder, N. Problemas psicosociales de la migración internacional. Rev. Sal Ment. Suplemento abril de 1996.

[15] Salgado de Snyder, N. Motivaciones de la migración de mexicanos hacia los Estados Unidos. Disponible en : http://www.bibliojuridica.org/libros/1/357/8.pdf Consultado el 1 abril de 2006.

[16] Salgado de Snyder, N. Motivaciones de la migración de mexicanos hacia los Estados Unidos. Disponible en : http://www.bibliojuridica.org/libros/1/357/8.pdf Consultado el 1 abril de 2006.

[17] Salgado de Snyder, N. Problemas psicosociales de la migración internacional. Rev. Sal ment. Suplemento abril de 1996.

[18] Salgado de Snyder, N. Motivaciones de la migración de mexicanos hacia los Estados Unidos. Disponible en : http://www.bibliojuridica.org/libros/1/357/8.pdf Consultado el 1 abril de 2006.

[19] Organización de las Naciones Unidas (ONU). Los roles de las mujeres y la migración internacional. Publicado el 8 de marzo de 2005. Disponible en: http://www.senado.gob.mx/internacionales/assets/docs/relaciones_parlamentarias/america/foros/parla_latino/laborales3_7.pdf Consultado el 18 julio de 2006

[20] Chávez Lomelí, AM. Rosas, C. Zamudio PE. Cambios en la migración del estado de Veracruz: consecuencias y retos. Red Internacional de Migración y Desarrollo. 2002 Disponible en: http://meme.phpwebhosting.com/~migracion/modules/documentos/doctap.pdf .Fecha de consulta: 21 de septiembre de 2006.

[21]. Consejo Nacional de Población. Carpeta informativa 2005. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/prensa/carpeta2005.pdf Consultado el: 14 de septiembre de 2006.

[22] Chávez Lomelí, AM. Rosas, C. Zamudio PE. Cambios en la migración del estado de Veracruz: consecuencias y retos. Red Internacional de Migración y Desarrollo. 2002 Disponible en: http://meme.phpwebhosting.com/~migracion/modules/documentos/doctap.pdf Fecha de consulta: 21 de septiembre de 2006.

[23] Chávez Lomelí, AM. Rosas, C. Zamudio PE. Cambios en la migración del estado de Veracruz: consecuencias y retos. Red Internacional de Migración y Desarrollo. 2002 Disponible en: http://meme.phpwebhosting.com/~migracion/modules/documentos/doctap.pdf Fecha de consulta: 21 de septiembre de 2006.

[24] Chávez Lomelí, AM. Rosas, C. Zamudio PE. Cambios en la migración del estado de Veracruz: consecuencias y retos. Red Internacional de Migración y Desarrollo. 2002 Disponible en: http://meme.phpwebhosting.com/~migracion/modules/documentos/doctap.pdf. Fecha de consulta: 21 de septiembre de 2006.

[25] Chávez Lomelí, AM. Rosas, C. Zamudio PE. Cambios en la migración del estado de Veracruz: consecuencias y retos. Red Internacional de Migración y Desarrollo. 2002 Disponible en: http://meme.phpwebhosting.com/~migracion/modules/documentos/doctap.pdf Fecha de consulta: 21 de septiembre de 2006.

[26] Zamudio, PE. La juventud es el precio: Veracruz los nuevos en la aventura migratoria. La Jornada. 8 de noviembre de 2002. Consultado el 21 de septiembre de 2006. Disponible en: http://www.jornada.unam.mx/2002/08/11/mas-zamudio.html

[27] Zamudio, PE. La juventud es el precio: Veracruz los nuevos en la aventura migratoria. La Jornada. 8 de noviembre de 2002. Consultado el 21 de septiembre de 2006. Disponible en: http://www.jornada.unam.mx/2002/08/11/mas-zamudio.html

[28] Zamudio, PE. La juventud es el precio: Veracruz los nuevos en la aventura migratoria. La Jornada. 8 de noviembre de 2002. Consultado el 21 de septiembre de 2006. Disponible en: http://www.jornada.unam.mx/2002/08/11/mas-zamudio.html

[29] Sangabriel G. BE. Historia de la transformación de los roles femeninos y de la estructura familiar en un contexto de la migración rural a los Estados Unidos. Landero y Coss Veracruz. 1950-2000. TE. Universidad Veracruzana, 2001

[30] Chávez Lomelí, AM. Rosas, C. Zamudio PE. Cambios en la migración del estado de Veracruz: consecuencias y retos. Red Internacional de Migración y Desarrollo. 2002 Disponible en: http://meme.phpwebhosting.com/~migracion/modules/documentos/doctap.pdf Fecha de consulta: 21 de septiembre de 2006

[31] Chávez Lomelí, AM. Rosas, C. Zamudio PE. Cambios en la migración del estado de Veracruz: consecuencias y retos. Red Internacional de Migración y Desarrollo. 2002 Disponible en:

http://meme.phpwebhosting.com/~migracion/modules/documentos/doctap.pdf Fecha de consulta: 21 de septiembre de 2006.

[32]San Martín, H. Salud y enfermedad. Ed. La prensa Médica. 14ª Ed. Cap. 27. 1981.

[33] San Martín, H. Salud y enfermedad. Ed. La prensa Médica. 14ª Ed. Cap. 27. 1981.

[34] Farías PJ. Salud mental, marginación y población indígena en América Latina. Ponencia presentada en el IV Congreso latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina. México, 1997.

[35] Medina-Mora M.E; Borges G, Lara M . Benjet, C; Blanco JJ, Fleiz BC, Villatoro J, Rojas E; Zambrano J; Casanova L; Aguilar-Gaxiola S. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología Psiquiátrica en México. Rev. Sal. Ment. Vol 16. no.4 Agosto 2006.

[36] Servicios de Salud de Veracruz. Proyecto PARA la instalación de la Red de Servicios de Salud Mental: 2005 – 2010.Modelo Veracruz. Octubre 2005. Documento no publicado

[37] Dejairlais, R. Eissenberg, L. Good, B. Kleinman, A. Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Organización Panamericana de la Salud. Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX). 1997.

[38] Dejairlais, R. Eissenberg, L. Good, B. Kleinman, A. Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Organización Panamericana de la Salud. Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX). 1997.

[39] Secretaria de Salud. Servicios de Salud Mental. Consejo Nacional contra las Adicciones. Programa específico de Depresión Documento de Trabajo Febrero de 2002.

[40] Servicios de Salud de Veracruz. Proyecto para la instalación de la red de servicios de salud mental: 2005 – 2010. Modelo Veracruz. Octubre 2005. Documento no publicado.

[41] Rodríguez Rossi, R. El hombre como ser social y la conceptualización de la salud mental positiva. Universidad de Guadalajara. Redalyc. México, Vol. VII no. 2 agosto 2005. p.p 104-111 Disponible en:

http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/142/14270205.pdf

Consultado el: 6 de septiembre de 2006

[42] Consejo de Población del Distrito Federal disponible en: http://www.copo.df.gob.mx/calendario/calendario_2004/octubre/mental.html

[43] Servicios de Salud de Veracruz. Proyecto para la instalación de la red de servicios de salud mental: 2005 – 2010. Modelo Veracruz. Octubre 2005. Documento no publicado.

[44] Vázquez Canseco JA. Salud mental en la comunidad universitaria. Ediciones Teseo. 24-61 p.p. México 2006.

[45] Burton, M. La Psicología de la liberación: aprendiendo de América Latina. Rev. Polis 04 Vol. 1 Universidad Autónoma de México. p.p. 101-124. Disponible en: http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/polis/cont/20041/art/art6.pdf

[46] Vázquez Canseco JA. Salud mental en la comunidad universitaria. Ediciones Teseo. México 2006. 214 p.p

[47] Baró, I.M. Psicología de la liberación. Editorial Trotta. Madrid, 1998.

[48] Baró, I.M. Psicología de la liberación. Editorial Trotta. Madrid, 1998.

[49] Pacheco, G. Jiménez B editores. Psicología de la liberación para América Latina. Universidad de Guadalajara. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente. México, 1990. 232 p.p.

[50] Burton, M. La Psicología de la liberación: aprendiendo de América Latina. Rev. Polis 04 Vol. 1 Universidad Autónoma de México. p.p. 101-124. Disponible en: http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/polis/cont/20041/art/art6.pdf

[51] Pacheco, G. Jiménez B editores. Psicología de la liberación para América Latina. Universidad de Guadalajara. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente. México, 1990. 232 p.p.

[52]Rodríguez Rossi, R. El hombre como ser social y la conceptualización de la salud mental positiva. Universidad de Guadalajara. Redalyc. México, Vol. VII no. 2 agosto 2005. p.p 104-111 Disponible en:

http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/142/14270205.pd. Consultado el: 6 de septiembre de 2006

[53] Quintanilla, R. Haro LP, Vega JC. González De Mendoza JM. Ramírez LE. Educación y salud mental. Rev. de educación y desarrollo. Julio-Septiembre 2004. p.p. 62. Disponible en: www.cucs.udg.mx/revista_salud/Revista%20de%20Educacion%20y%20Desarrollo/RED_003/003_Red_Quintanilla.pdf

[54] Baró, I.M. Psicología de la liberación. Editorial Trotta. Madrid, 1998.

[55] Rodríguez Rossi, R. El hombre como ser social y la conceptualización de la salud mental positiva. Universidad de Guadalajara. Redalyc. México, Vol. VII no. 2 agosto 2005. p.p 104-111 Disponible en:

http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/142/14270205.pdf Consultado el: 6 de septiembre de 2006.

[56] Rodríguez Rossi, R. El hombre como ser social y la conceptualización de la salud mental positiva. Universidad de Guadalajara. Redalyc. México, Vol. VII no. 2 agosto 2005. p.p 104-111 Disponible en:

http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/142/14270205.pdf Consultado el: 6 de septiembre de 2006.

[57] Burton, M. La Psicología de la liberación: aprendiendo de América Latina. Rev. Polis 04 Vol. 1 Universidad Autónoma de México. p.p. 101-124. Disponible en: http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/polis/cont/20041/art/art6.pdf

[58] Munist, M. Santos H. Kotliarenco M. A. Suárez Ojeda E. N. Infante F. Grotberg. E. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fundación W.K. Kellogg, Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI) (1998).

[59] Munist, M. Santos H. Kotliarenco M. A. Suárez Ojeda E. N. Infante F. Grotberg. E. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fundación W.K. Kellogg, Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI) (1998).

[60]Munist, M. Santos H. Kotliarenco M. A. Suárez Ojeda E. N. Infante F. Grotberg. E. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fundación W.K. Kellogg, Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI) (1998).

[61] Munist, M. Santos H. Kotliarenco M. A. Suárez Ojeda E. N. Infante F. Grotberg. E. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fundación W.K. Kellogg, Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI), 1998.

[62] Munist, M. Santos H. Kotliarenco M. A. Suárez Ojeda E. N. Infante F. Grotberg. E. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fundación W.K. Kellogg, Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI) (1998).

[63] Munist, M. Santos H. Kotliarenco M. A. Suárez Ojeda E. N. Infante F. Grotberg. E. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fundación W.K. Kellogg, Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI) (1998).

[64] Rojas M. Factores de riesgo y protectores identificados en adolescentes consumidores de sustancias Psicoactivas. Revisión y análisis del estado actual. 2000. Consultado el: 2 de noviembre de 2006. Disponible en: http://cedro.org.pe/ebooks/friesgo_cap3_p50_93.pdf

[65] Vázquez Canseco JA. Salud mental en la comunidad universitaria. Ediciones Teseo. 24-61 p.p México 2006.

[66] Vázquez Canseco JA. Salud mental en la comunidad universitaria. Ediciones Teseo. 24-61 p.p México 2006.

[67] Jenkins D. Mejoremos la salud a todas las edades: un manual para el cambio de comportamiento, Organización Panamericana de la Salud. 163-202 p.p. Washington D.C. 2005

[68]

[69] Jenkins D. Mejoremos la salud a todas las edades: un manual para el cambio de comportamiento, Organización Panamericana de la Salud. 198-202 p.p. Washington D.C. 2005

[70] Vázquez Canseco JA. Salud mental en la comunidad universitaria. Ediciones Teseo. 214 p.p México 2006.

[71] Aguilera G. R. Salgado de Snyder N. Romero M. Medina-Mora M. Paternal absence and internacional migration: stressors and compensators associated wiht the mental healt of mexican teenagers of rural origin. Adolescence vol. 39, no 156Winter 2004. Libra Publishers San Diego CA.

[72] Ulin Priscila R. Elizabeth T. Robinson, Elizabeth E. Tolley.). Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos. Organización Panamericana de la Salud. United Satetes Agency for International Development. Family Healt International. P.p 105-107. Washington, 2006.

[73] Salgado de Snyder N. Impacto del apoyo social y autoestima sobre el estrés y la sintomatología depresiva en esposas de emigrantes mexicanos a los Estados Unidos. Anales de Instituto Mexicano de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente. México, 1992

[74] Chávez Hernández A. Epidemiología del suicidio en Guanajuato. Rev Sal. Ment., vol. 27, no. 2. Abril 2004.

[75] Aguilera-Guzmán,RM; Carreño GM ; Juárez GF. Características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. Salud Mental.vol.27(6.):57-66,Diciembre,2004**.**

[76] Bradley, H. A través de su propia lente: niños y niñas salvadoreños revelan e interpretan la migración en sus vidas. PNUD. UNICEF. El Salvador, 2005.

[77] Hernández Guerson, E. Saldaña SA. Investigación cualitativa: guía práctica para la elaboración del proyecto. Material mimeografiado. Universidad Veracruzana. México, 2003.

[78] Popewitz, T. Paradigmas e ideología en investigación educativa. Las funciones sociales del intelectual". Madrid, 1998 Ed. Modarori. p.p. 61-88.

[79] Rodríguez, G. Metodología de la Investigación Cualitativa. Madrid, 1996.Ed. Aljibe

[80] Hernández Guerson, E. Saldaña SA. Investigación cualitativa: guía práctica para la elaboración del proyecto. Material mimeografiado. Universidad Veracruzana. México, 2003.

[81] Hernández Guerson, E. Saldaña SA. Investigación cualitativa: guía práctica para la elaboración del proyecto. Material mimeografiado. Universidad Veracruzana. México, 2003.

[82] Hernández Guerson, E. Saldaña SA. Investigación cualitativa: guía práctica para la elaboración del proyecto. Material mimeografiado. Universidad Veracruzana. p.p. 28. México, 2003

[83] Hernández Guerson, E. Saldaña SA. Investigación cualitativa: guía práctica para la elaboración del proyecto. Material mimeografiado. Universidad Veracruzana. México, 2003.

[84] Hernández Guerson, E. Saldaña SA. Investigación cualitativa: guía práctica para la elaboración del proyecto. Material mimeografiado. Universidad Veracruzana. México, 2003.

[85] Hernández Guerson, E. Saldaña SA. Investigación cualitativa: guía práctica para la elaboración del proyecto. Material mimeografiado. Universidad Veracruzana. México, 2003.

[86] Hernández Guerson, E. Saldaña SA. Investigación cualitativa: guía práctica para la elaboración del proyecto. Material mimeografiado. Universidad Veracruzana. México, 2003.

[87] Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social, reflexión metodológica y práctica profesional. Síntesis Sociología. España, 1997

[88] Hernández G. E. Guía básica para el desarrollo de Investigaciones y Comunicación de resultados. Universidad Veracruzana, 2003.

[89] Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social, reflexión metodológica y práctica profesional. Síntesis Sociología. pp.179. España, 1997.

[90] Taylor, S. Bodgan, R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona. Falta paginación Paidós. 1996.

[91] Galindo LJ. Sabor a ti. Metodología cualitativa en investigación social. Universidad Veracruzana. Pp. 143 México, 1998.

[92] Taylor, S. Bodgan, R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona. Paidós. 1996

[93] Galindo J. Técnicas de investigación en sociedad cultura y comunicación. Pearson. Pp. 313. México, 1998.

[94] Ulin Priscila R. Elizabeth T. Robinson, Elizabeth E. Tolley.). Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos. Organización Panamericana de la Salud. United Satetes Agency for International Development. Family Healt International. Cap. 4 pp. 67-108. Washington, 2006.

[95] Ulin Priscila R. Elizabeth T. Robinson, Elizabeth E. Tolley.). Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos. Organización Panamericana de la Salud. United Satetes Agency for International Development. Family Healt International. pp.79-81. Washington, 2006.

[96] Galindo J. Técnicas de investigación en sociedad cultura y comunicación. Pearson. Pp. 277-345. México, 1998.

[97] Galindo J. Técnicas de investigación en sociedad cultura y comunicación. Pearson. Pp. 316-317. México, 1998.

[98] Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social, reflexión metodológica y práctica profesional. Síntesis Sociología. pp 195-198 España, 1997.

[99] Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, División de Ciencias Sociales y Humanidades. Departamento de antropología. Investigación: laboratorio de antropología visual. Disponible en: http://www.uam-antropologia.info/visual.html

[100] Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, División de Ciencias Sociales y Humanidades. Departamento de antropología. Investigación: laboratorio de antropología visual. Disponible en: http://www.uam-antropologia.info/visual.html

[101] Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, División de Ciencias Sociales y Humanidades. Departamento de antropología. Investigación: laboratorio de antropología visual. Disponible en: http://www.uam-antropologia.info/visual.html

[102] Escoto G. Antropología visual, las imágenes como recurso de investigación. Consejo Nacional para la cultura y las artes. Abril de 2001. Disponible en:http://www.cnca.gob.mx/cnca/nuevo/2001/diarias/abr/160401/antrovis.html

[103] Escoto G. Antropología visual, las imágenes como recurso de investigación. Consejo Nacional para la cultura y las artes. Abril de 2001. Disponible en: http://www.cnca.gob.mx/cnca/nuevo/2001/diarias/abr/160401/antrovis.html

[104] Salazar P AM. Antropología visual. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de investigaciones antropológicas. p 16. México, 1997.

[105] Álvarez D. Antropología visual: imaginarios sociales en Cuba. Fundación Fernando Ortiz: Ciencia, conciencia y paciencia. Disponible en:http://www.fundacionfernandoortiz.org/1proyectos/antropo_visual.htm

[106] Gamboa C. La fotografía y la antropología: una historia de convergencias. Revista latina de comunicación social. La laguna (Tenerife) abril-junio 2003. año 6 no. 55. Disponible en: http://www.ull.es/publicaciones/latina/20035522gamboa.htm

[107] Gamboa C. La fotografía y la antropología: una historia de convergencias. Revista latina de comunicación social. La laguna (Tenerife) abril-junio 2003. año 6 no. 55. Disponible en: http://www.ull.es/publicaciones/latina/20035522gamboa.htm

[108] Taylor, S. Bodgan, R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Paidós: Barcelona,1996.

[109] Bradley, H. A través de su propia lente: niños y niñas salvadoreños revelan e interpretan la migración en sus vidas. PNUD. UNICEF. El Salvador, 2005.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gomes C. –*comp.* Procesos sociales, población y familia. *Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida domestica,* editado por FLACSO y editorial Porrúa. México, 2001.
2. Mummert G. edit. Fronteras fragmentadas. El Colegio de Michoacán. Centro de Investigación y Desarrollo del Estado de Michoacán. México, 1999.
3. Centro de Investigaciones y Estudios sobre juventud. Joven es Revista de estudios sobre juventud. Año 7 no. 18 Enero-junio 2003.
4. Muria JM. Olvida J. Vaca A. Migración. Estudios jaliscienses. No. 51 Febrero de 2003. El colegio de Jalisco. México, 2003.
5. Denmar C, Escobar A. Infante C. Mercado FJ. Robles L. Coord. Familia, Salud y Sociedad: experiencias de investigación en México. Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigaciones y Estudios en Antropología Social, El colegio de Sonora. México, 1993.
6. Martínez R. Cruzando la frontera: crónica implacable de una familia mexicana que emigra a Estados Unidos. Ed. Planeta. México, 2003.
7. Aguayo F. Roca L. Imágenes e Investigación Social. Historia social y cultural. México, 2005.
8. Castillo M coord. Salud mental, sociedad contemporánea. Universidad Autónoma del Estado de México, 2000.
9. Fromm E. Horkheimer, Parsons y otros. La familia. Península, 8° edición, Barcelona, 1998.

capítulo 3

EPIDEMIOLOGÍA

Dr. Roberto Zenteno Cuevas
Coordinador del área disciplinar

CONTENIDO

PRESENTACIÓN 469
Dr. Roberto Zenteno Cuevas
Coordinador del Área Disciplinar Epidemiología

FACTORES ASOCIADOS A LOS ACCIDENTES DEL TRÁFICO EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES 473
Hansy Cortés Jiménez
Tutor: Dr. Alejandro Escobar Mesa
Co-tutor: Dr. Pedro Múzquiz Peña

OBESIDAD: FACTOR ASOCIADO A MALA FUNCIÓN PARA LA VIDA DIARIA EN OSTEOARTROSIS DE RODILLA 487
Alejandra Arellano Ale
Tutor: Dr. Francisco Domingo Vázquez Martínez
Co-tutor: Dr. Jaime Morales Romero

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER ORAL Y OROFARÍNGEO 509
Betzaida Cuevas Córdoba
Tutor: Dr. Roberto Zenteno Cuevas
Co-tutor Dra. Clara Sampieri Ramírez

PRÁCTICAS SOCIALES HACIA LA OBESIDAD EN LA POBREZA 535
Andrea Isunza Vera
Tutora: MC. Claudia del C. Caballero C.
Co-tutora: Mtra. S. Areli Saldaña Ibarra
Asesor: Dr. Genaro E. Carrasco Saynez

DESAPEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN DIABETES MELLITUS TIPO 2 553
Felipe Alejandro López Arriaga
Tutor: Dr. En C. Jaime Morales Romero

PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN PACIENTES CON VIH/SIDA Y SUS FACTORES ASOCIADOS 567
Evangelina Montes Villaseñor
Tutor: Dr. Roberto Zenteno Cuevas
Asesor: Dr. Gastón Coronel Martín del Campo

FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 585
Alberto Morales Rodríguez
Tutor: Dr. En C. Jaime Morales Romero
Asesor: Dr. Jose Roberto Gomez Cruz.

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON VIH/SIDA 601
Ricardo Zamudio Vega
Tutor: Dr. Roberto Zenteno Cuevas

ÁREA DISCIPLINAR: EPIDEMIOLOGÍA

PRESENTACIÓN

La necesidades de salud de la población actuales y futuras, requieren de recursos humanos en salud pública capaces de abordar dos grandes ejes de acción, por una parte la operatividad, el ser capaces de realizar diagnósticos en salud debe ser capaz de desarrollar investigación que le permita identificar una problemática en salud, explicar sus causas y plantear soluciones innovadoras y viables a fin de disminuir su impacto.

Quizá una de las áreas de la salud pública que ha recibido con mayor impacto el avance de las ciencias básica es la Epidemiología, ahora tenemos un abanico tan amplio que va desde la epidemiología genómica, y la epidemiología molécular, hasta la epidemiología social y la relacionada con las ciencias de la conducta; esta integración de ciencias nos esta permitiendo entender desde la interacción de los genomas y la susceptibilidad genética de algunas personas para desarrollar enfermedades crónicas e infectocontagiosa, hasta las causas de las causas es decir el porque algunos individuos desarrollan hábitos nocivos para la salud como el tabaquismo o la sobrealimentación.

Dentro del tercer y cuarto semestre del programa curricular de la Maestría en salud pública, se ha dado atención especial a establecer en el estudiante las habilidades y competencias que le permitan desarrollar y ejecutar, a partir de una pregunta especifica, un protocolo de investigación, que siguiendo la rigurosidad del método científico o de las metodologías cualitativas, le permitan analizar, describir y dar respuesta el fenómeno derivado de su pregunta y generar así una explicación y/o posible solución, y para el caso de estudios cualitativos, analizar a partir de los sujetos de estudio, las causas de las problemáticas o las razonas por las cuales no se generan actitudes saludables.

En el mismo sentido con estas actividades se contribuye al desarrollo de las siguientes funciones esenciales de la salud pública: 1) Función no. 2; Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública. 2) Función no.8; Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública. 3) Función no. 10; Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública.

Con este marco general, se inicio el trabajo de los 8 estudiantes de la maestría en salud pública, concentrados en el área terminal o disciplinar en epidemiología de la generación 2005-2007. Las preguntas que se plantearon en inicio sufrieron, por parte de los profesores y los mismos alumnos, un fuerte proceso de crítica y análisis constructivo, en donde se evaluó su pertinencia y factibilidad. Como resultado de esta fase varias preguntas sufrieron pequeños ajustes y otros menos, grandes replanteamientos. El producto final de este ejercicio académico se puede apreciar en los protocolos planteados por los estudiantes y que se encuentran a continuación, es importante mencionar que se aborda un abanico amplio de temáticas, todos con un eje principal, las problemáticas de salud de la población.

La Dra. Hansy Cortés Jiménez, presenta una propuesta en la que mediante un estudio de corte transversal, descriptivo, explicativo y cuantitativo pretende determinar los factores de riesgo atribuibles a la persona, al ambiente y al vehículo con la ocurrencia de accidentes de tráfico, e identificar el tipo de lesión, en adolescentes y adultos jóvenes. La principal fundamentación para el desarrollo de este protocolo es la mortalidad, los costos económicos y los años de vida perdidos en este grupo etareo. Se espera identificar a los factores que originan estos accidentes en jóvenes de la ciudad de Jalapa y a partir

de esta información, construir posteriormente, estrategias de prevención bien focalizadas y con impactos medibles.

La Dra. Alejandra Arellano Ale, mediante un estudio cuantitativo, observacional y transversal pretende identificar la prevalencia de la mala función para actividades de la vida diaria en osteoartrosis de rodilla, y su asociación con otras variables con énfasis en la obesidad, en pacientes que acuden al Hospital Regional Dr. Luis F. Nachón. Los resultados de este trabajo en estos pacientes, permitirá que en otro momento se desarrollen estrategias de intervención que disminuyan el impacto negativo de estas afectaciones en la calidad de vida de las personas afectadas.

Betzaida Cuevas Córdoba, pretende identificar y ponderar los factores de riesgo para desarrollar cáncer oral según su fuerza de asociación, y comprobar la sensibilidad y especificidad que ofrece la cuantificación de Interleucinas 6 y 8 como prueba diagnóstica molecular, en pacientes que acuden al centro estatal de cancerología de la ciudad de Jalapa, Veracruz. Con el objetivo a largo plazo de establecer un método para la pesquisa de este padecimiento, y dirigir acciones encaminadas a disminuir la enfermedad.

Andrea Insunza Vera presenta un estudio epidemiológico social de corte cualitativo interpretativista, donde se pretende abordar la patología de la obesidad y pobreza, desde los mismos individuos, incluyendo las relaciones entre sus estructuras sociales y creencias y de esta manera conocer su realidad a través de sus prácticas sociales. La finalidad del estudio es aportar un componente adicional a las aproximaciones clásicas del estudio de la obesidad y obtener una visión completa con la cual establecer intervenciones con mayor efectividad en la prevención, mitigación o restauración de la salud.

Felipe Alejandro López Arriaga, en un estudio observacional, longitudinal de cohorte prospectiva pretende identificar los factores de riesgo para desapego al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar Nº 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se esperaría construir un modelo de riesgo ajustado para evaluar el peso de cada uno de los factores analizados en el desapego. Con esto se obtendrá un conocimiento nuevo que permitirá mejorar la práctica cotidiana en el manejo del paciente diabético.

Evangelina Montes Villaseñor en un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal en un grupo de pacientes seropositivos, que acuden a consulta al Hospital Luis F. Nachón de la ciudad de Xalapa, Veracruz; pretende identificar la prevalencia de infección de TB aplicando tres métodos diagnósticos e identificar factores asociados a esta comorbilidad, la información que se obtenga permitirá por un lado evaluar el nivel de la confección y por otro identificar las necesidades de atención y priorización de los recursos sanitarios, programas y políticas a fin de minimizar el impacto de esta coinfección.

Alberto Morales Rodríguez en un estudio observacional, transversal y analítico pretende determinar la prevalencia y los factores asociados a un control glucemico inadecuado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, de la Jurisdicción Sanitaria IV de Martínez de la Torre, Veracruz. Los resultados de este estudio permitirá en un intervención subsecuente, implementar acciones que permitan que el paciente diabético logre cifras adecuadas de su nivel de glucosa en sangre, repercutiendo, en el mediano y largo plazo, a una disminución en la frecuencia de complicaciones secundarias a la diabetes, mejorándose la calidad de vida del paciente, disminuyendo la tasa de mortalidad y por otro lado los costos derivados de la atención.

Ricardo Zamudio Vega, presenta un estudio descriptivo, transversal y observacional, donde busca conocer, en un grupo afectado por la infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, que acuden al CAPASITS ubicado en el Hospital Regional de Zona Dr. Luis F. Nachón, de jalapa Ver., sus características sociodemográficas, así como el nivel de conocimientos y prácticas para la prevención y el control en la

transmisión de la enfermedad. Los resultados generados en este estudio permitirá identificar subgrupos poblacionales que se encuentran en riesgo de adquirir la enfermedad en un futuro cercano y por otra parte desarrollar intervenciones dirigidas y especificas a fin de contener una de las enfermedades con uno de los mayores estigmas sociales y amplia propagación principalmente en población joven económicamente activa.

Finalmente es importante mencionar que tanto en las preguntas de investigación como los objetivos generales de todos los proyectos, se mantuvieron ejecutaron y concluyeron satisfactoriamente sin grandes cambios en el cuarto semestre de la Maestría en Salud Pública, presentándose para su evaluación por lectores especializados como trabajos de grado. Un esfuerzo de esta magnitud no hubiera sido posible sin la ayuda y asesoría de los profesores de los módulos; sean pues las últimas líneas de esta presentación un agradecimiento y reconocimiento a los Maestros: M en S.P. Claudia Caballero Cerdan, M en E. Cecilia Cortes Salazar, Dra. Clara Sampieri Rodríguez, Dr. Alejandro Escobar Mesa y Dr. Jaime Morales Romero.

Dr. Roberto Zenteno
Coordinador y profesor del área disciplinar en
Epidemiología de la Maestría en Salud Pública.

FACTORES ASOCIADOS A LOS ACCIDENTES DEL TRÁFICO EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES

Hansy Cortés Jiménez
Tutor: Dr. Alejandro Escobar Mesa
Cotutor : Dr. Pedro Múzquiz Peña

INTRODUCCIÓN

Los accidentes del tráfico son un importante problema de Salud Pública en el mundo, a pesar de esto, aún no existe concientización por parte de la sociedad hacia sus consecuencias.

Anualmente se ha observado un incremento del número de accidentes, lo que se acompaña de elevación de los costos de la atención médica, así como los gastos que éstos generan a la población.

Nuestro país, no escapa a las profundas transformaciones que en lo social, cultural, económico y político viene experimentando el mundo; estos cambios han motivado, entre otras cosas, nuevos estilos de vida que han provocado modificaciones en los patrones de morbilidad y mortalidad.

Uno de estos cambios lo constituyen los accidentes y violencias que, desde hace poco más de una década, a nivel nacional y estatal ocupan los primeros lugares dentro de las principales causas de muerte. Un grupo muy vulnerable a estas transformaciones son los adolescentes y adultos jóvenes donde la primera cusa de mortalidad en el 2004 lo constituyeron los accidentes[1].

Las lesiones causadas por el tránsito constituyen un importante problema de la salud pública, se estima que, cada año, en el mundo mueren 1,2 millones de personas por causa de choques en la vía pública y hasta 50 millones resultan heridas. Las proyecciones indican que, sin un renovado compromiso con la prevención, estas cifras aumentarán en torno al 65 por ciento en los próximos 20 años.

Cada día mueren en el mundo más de 3000 personas por lesiones resultantes del tránsito. En los países de ingresos bajos y medianos se concentra aproximada mente un 85 por ciento de esas muertes y el 90 por ciento de la cifra anual de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) perdidos por causa de esas lesiones. Un gran porcentaje de las víctimas de choques en los países de ingresos bajos y medianos son usuarios vulnerables de la vía pública, como peatones y ciclistas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que existen factores de riesgo que influyen a la hora de tener un accidente, los cuales se clasifican en factores atribuibles al individuo, al ambiente y al vehículo[2].

En este trabajo se realizará una investigación para determinar, cuáles son los factores de riesgo que propiciaron los accidentes del tráfico en los adolescentes de quince a 19 años y adultos jóvenes de 20 a 29 años de edad en la región de Xalapa en el 2006, haciendo un análisis de información de los accidentes que se encuentren registrados en el Departamento de Perito de la Dirección General de Tránsito, y que posteriormente se encuentren registrados en el Centro de Especialidades Medicas del Estado de Veracruz (CEMEV), o en el Departamento de Medicina Forense.

MARCO CONCEPTUAL

Definiciones

Accidentes: hecho cubito que ocasiona daños a la salud y que se produzca por la concurrencia de condiciones potencialmente prevenibles[3]
Accidente de tránsito: Es cualquier accidente de vehículo que ocurre en la vía pública[4.]

Panorama de los accidentes

Mundial

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), México se ubica en la quinta posición por la proporción de defunciones registradas por accidentes, respecto de los países de América [5], y esta misma organización prevé que el número de muertes como consecuencia de lesiones aumentará de 5,1 millones en 1990 a 8,4 millones en 2020, siendo las lesiones por accidente de tráfico la principal causa del aumento. Además se estima que estos costaron la vida a 1,2 millones de personas en 1998, y más del 70 por ciento (aproximadamente 850 mil personas) tenían menos de 45 años de edad [6].

Los accidentes de tráfico, ocupan la novena de las principales causas de morbilidad en todo el mundo, provocan el 2,8 por ciento de todas las muertes y discapacidades, y a pesar de que la proporción de vehículos en rodamiento en función de la población, es mucho mayor en los países desarrollados, el número de muertes causadas por accidentes de tráfico es mucho mayor en los países en desarrollo, en donde ascendieron a más de un millón, es decir el 88 por ciento en 1998 [6].

Es por eso que el tema de los accidentes de tráfico está atrayendo la atención de organizaciones internacionales como un problema de salud pública muy importante, y en reconocimiento a este, la OMS designó "vialidad segura" como el tema del día mundial de la salud en Abril del 2004[7].

En un comunicado de prensa sobre la seguridad vial la Organización Panamericana de la Salud (OPS), público estadísticas donde muestran que Estados Unidos, Brasil, México, Colombia y Venezuela son las cinco naciones con el mayor número de muertes relacionadas con el tránsito. Según las últimas cifras disponibles, las muertes fueron, por 100.000 habitantes donde Estados Unidos - 45.833 (durante el período 1997-1999), Brasil - 34.098 (durante el período 1996-1999), México - 14.737 (durante el período 1998-2000), Colombia - 7.523 (durante el período 1996-1998) y Venezuela - 4.935 (durante el período 1998-2000)[8].

Cada día mueren en el mundo más de 3000 personas por lesiones resultantes del tránsito. En países de ingresos bajos y medianos se concentra aproximadamente un 85 por ciento de esas muertes y 90 por ciento de la cifra anual de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) perdidos por causa de esas lesiones[9].

Las proyecciones muestran que, entre 2000 y 2020, las muertes resultantes del tránsito descenderán alrededor de un 30 por ciento en los países de ingresos altos, pero aumentarán considerablemente en los de ingresos bajos y medianos. De no emprenderse las acciones pertinentes, se prevé que, en 2020, las lesiones causadas por el tránsito serán la tercera causa responsable de la carga mundial de morbilidad y lesiones[9].

Se estima que el costo económico de los choques y las lesiones causadas por el tránsito asciende al uno por ciento del producto nacional bruto (PNB) en los países de ingresos bajos, al 1,5 por ciento en los de ingresos medianos y al dos por ciento en los de ingresos altos. El costo mundial se estima en US $ 518 000 millones anuales, de los cuales US $ 65 000 millones corresponden a los países de ingresos bajos y medianos; este monto es mayor del que reciben en ayuda al desarrollo[9].

Nacional

En cuanto a los datos estadísticos de nivel nacional, los accidentes y violencias desde hace poco más de una década, ocupan el cuarto lugar dentro de las principales causas de muerte, de las cuales el 72 por ciento corresponden a hombres, siendo además la primer causa de mortalidad en niños, adolescentes y adultos jóvenes (1 a 29 años) [10].

La Encuesta Nacional de Salud 2006, reporta que la prevalencia de accidentes entre los adolescentes de diez a 19 años aumentó, al pasar de seis por ciento según resultados de la ENSA 2000 a 8.8 por ciento en 2005. Al analizar los porcentajes según sexo se observa incremento en la prevalencia tanto en mujeres como en hombres. En las mujeres, esta proporción creció de 3.9 por ciento en 2000 a 6.6 por ciento en 2005. En el caso de los hombres, los porcentajes crecieron de 8.1 a 10.9 por ciento durante el periodo analizado. Por otra parte, los adolescentes que han sufrido un accidente registran su mayor frecuencia entre los hombres de diez a doce años, rango en el que la prevalencia pasó de 9.9 por ciento en 2000 a trece por ciento en 2005, mientras que en las mujeres, la mayor frecuencia de accidentes ocurre en el grupo de trece a quince años[11].

En relación con los adultos jóvenes, en la población masculina, los daños a la salud debidos a un accidente ocurrido en el año previo a la encuesta fueron más frecuentes en los grupos de edad de los extremos, es decir, los hombres entre 20 y 29 años y los de más de 80 [11].

Estatal

En relación con los estados de la República Mexicana, en el 2004 Veracruz ocupó el lugar 31, con el 56.8 por ciento de muertes por accidente con respecto al total de muertes violentas, superado solamente por el estado de Guerrero (52.6 por ciento), y en donde el estado con mayor porcentaje lo tiene Hidalgo con el 84.4 por ciento [12]; no obstante en este mismo año, los accidentes ocuparon el sexto lugar en mortalidad general en el estado, con 1644 defunciones que representan el 5 por ciento de la mortalidad total [13], en donde el grupo de edad mas afectado es el de 15 a 44 años[14.] Esto es preocupante ya que este fenómeno ocurre en edades productivas, especialmente en el sexo masculino, y que trae como consecuencia que los accidentes se constituyan en la principal causa de orfandad, discapacidad adquirida y de crisis económica familiar, obligando a la madre a trabajar en perjuicio de la integración y desarrollo de los hijos [1].

Respecto a la morbilidad, los accidentes ocupan la tercera causa global de egresos hospitalarios en instituciones públicas de salud en Veracruz [1], lo cual genera altos costos sociales y económicos, pues el promedio de estancia hospitalaria es prácticamente de 6 días y los recursos humanos e insumos que intervienen son altamente especializados y costosos (neurocirujanos, médicos intensivista, traumatólogos, cirujanos reconstructivos, salas de terapia intensiva, cirugías, medicamentos y métodos de diagnóstico caros, etc.)[1].

La magnitud y trascendencia de los accidentes, se ve reflejada en los años de vida potencialmente perdidos (AVPP). Donde el promedio de edad de las personas que fallecen por accidentes y violencias es de tan sólo 37.6 años, a diferencia de las otras causas, cuyos promedios están en el rango de 62 y 72

años. Refiriendo que la esperanza de vida al nacer del mexicano es de 74 años, los años que se pierden por accidentes en promedio son de 35.4, que a nivel nacional para el año de 1997 totalizaron 1,158,705 años de vida potencialmente perdidos[1].)
Destacando que de esos 35.4 años que dejan de vivir las personas que fallecen por accidentes, 22.4 son productivos[1.]

Adolescentes y accidentes

La población de adolescentes en 1970 representaba 11.4 por ciento de la población nacional; En México, en el año 2000 los adolescentes representaron 21.71 por ciento de la población total[15].

Entre el año 2000 y el 2020 el grupo de edad más grande de la población será el de 10 a 19 años. Además, la mitad de las y los jóvenes adolescentes (49.9 por ciento) se concentran en apenas siete de las treinta y dos entidades federativas, de donde destaca Veracruz en el tercer lugar con el 7.0 por ciento detrás del Estado de México (13.3 por ciento) y el Distrito Federal (8.4 por ciento)[16].

En el estado de Veracruz la población total de adolescentes es de 741,596,con una distribución por sexo de 375,023 hombre y 366,573[17].

En el 2004 la primera causa de muerte en el Estado de Veracruz en jóvenes de entre 10-19 años fueron los accidentes, según informes preliminares 209 muertes fueron por esta causa[16].

Según la Administración Nacional de Seguridad de Tráfico en las Carreteras del Departamento de Transporte de Estados Unidos (NHTSA). Encontró que los hispanos tienen menor probabilidad de usar el cinturón de seguridad. Además, otro estudio de NHTSA dice que "aunque los adolescentes hispanos hombres viajan menos millas que otros, tienen casi dos veces más probabilidad de morir en un accidente automovilístico"[8].

Estudios realizados sobre accidentes

Dr. Roberto Pedro Llamazares y colaboradores realizaron un estudio cuyo objetivo fue investigar las características epidemiológicas, acerca de los accidentes de tránsito y poder relacionar las variables. Incluyendo variables que se enfocaban a tipo de atención, a la persona, y tipo de accidente[18].

Se han realizado también estudios sobre la relación de los accidentes del tráfico y las lesiones que estos provocan. El estudio fue realizado por Marta Elisa del Carmen Hidalgo-Solórzano, M en C, Martha Híjar, PhD y Colaboradores donde su objetivo fue identificar los factores asociados con la gravedad de las lesiones ocurridas en vía pública en personas que derramaron atención médica de urgencia en tres hospitales de la cuidad de Cuernavaca. Fue un estudio transversal, donde se incluyó individuos lesionados que demandaron atención a hospitales, donde utilizaron variables sexo, ingesta de alcohol, día y hora de ocurrencia, atención pre-hospitalaria, causa externa, tipo de lesión y gravedad con base en la Escala Abreviada de Lesiones[19].

Estudios ya mas focalizados hacia los jóvenes realizado por el Dr. Flaura Winston, pediatra del Children's Hospital de Filadelfia. El cual fue patrocinado por el hospital y una empresa aseguradora State Farm Insurance Co., Cuyo objetivo era identificar los motivos de las distracciones más frecuentes en jóvenes que fomentan accidentes viales. Dentro de los resultados que encontraron fueron: El 90 por ciento de los entrevistados dijo que raramente o nunca conduce tras beber alcohol o usar drogas, tendencia que ha causado una merma del 35 por ciento en el número de muertes por esa causa entre 1990 y el 2005, según estadísticas de la Administración Nacional de Seguridad en el Tránsito por Carretera, los

adolescentes reconocieron que existen otras muchas distracciones mientras conducen, lo que hace de los accidentes de tránsito la principal causa de las muerte en ese grupo de Estados Unidos, cuatro veces más elevadas que entre las personas de 25 a 69 años, por kilómetros conducidos. Unos 5 mil 600 adolescentes murieron en el 2005 en accidentes de tránsito y unos 7 mil 500 condujeron vehículos que participaron en accidentes mortales.

Los investigadores descubrieron que un conductor adolescente con otro pasajero adolescente tiene el doble de posibilidades de sufrir un accidente fatal, mientras el riesgo es cinco veces superior con dos o más pasajeros adolescentes. La mayoría de los estados limitan el número de pasajeros adolescentes cuando conduce otro adolescente.

Casi el 90 por ciento de los adolescentes dijeron haber visto conductores de su misma edad conduciendo y hablando por el teléfono móvil, mientras que más del doble vieron adolescentes que conducían y manejaban juegos portátiles, escuchaban aparatos electrónicos o enviaban mensajes electrónicos. Y el 75 por ciento dijo haber visto adolescentes conduciendo cansados o con un alto grado de agitación emocional, preocupados por sus notas académicas o relaciones personales. nueve de cada diez adolescentes dijeron haber visto adolescentes a excesiva velocidad[20].

Un estudio realizado en la ciudad de Asunción por Santiago Arias Colh en el cual su objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados a accidentes de tráfico en menores de 19 años, mediante un descriptivo de corte transversal en los pacientes que asistieron al Centro de Emergencias médicas entre junio de 1997 a junio de 1998, por ser este un centro de referencia por la cantidad de pacientes que concurren a él diariamente. Se realizó con 548 fichas de accidentes de tránsito, a través de cédulas realizadas para este estudio En cuanto a los resultados se obtuvo que del total de 113 conductores menores de 19 años 84 tenían edades comprendidas entre 14 y 18 años de edad y más del 80 por ciento entre 17 y 18 años, en su mayoría fueron varones. Concluyendo que existe la necesidad de establecer mecanismos y políticas de prevención y realizar programas de educación vial focalizados a este grupo vulnerable.

Un estudio realizado por la Dra. Hijar Medina para plantear la utilidad de aplicar el análisis geográfico en el estudio de las muertes provocadas por atropellamiento.

Realizando un estudio transversal, en el año 2000, sobre mortalidad por atropellamiento, de acuerdo con la IX Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Analizando certificados de defunción de personas que vivían y fallecieron en la ciudad de México, Distrito Federal, de 1994 a 1997, debido a un atropellamiento. Concluyendo que este tipo de análisis es fundamental desde las perspectivas espacial y epidemiológica al relacionar algunos factores espaciales que coadyuvan en la ocurrencia de atropellamientos. Estos estudios contribuyen al conocimiento y prevención de las muertes por atropellamiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La magnitud de los accidentes se ve reflejada en la mortalidad y morbilidad que estos provocan, considerándose así un problema serio de Salud Pública, anualmente a nivel mundial se producen aproximadamente 1,200,000 defunciones en accidentes del tráfico y cerca de 3000 vidas perdidas al día[5].

En cuanto a la morbilidad, es importante mencionar las discapacidades temporales y permanentes que estos provocan, reflejándose en los años de vida potencialmente perdidos. En el 2002, los traumatismos

causados por el tráfico representaron la novena causa principal de años de vida ajustados en función de la capacidad perdida[5].

El costo económico de las lesiones por este tipo de accidentes es enorme. En el mundo, aproximadamente el 50 por ciento de las víctimas mortales por accidentes de tráfico son jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y 44 años de edad, correspondientes al sector de la población más productivo desde un punto de vista económico[1.] Es por esto la necesidad de abordar la problemática que existe en el grupo de los adolescentes y adultos jóvenes.

Estas evidencias ubican a los accidentes no sólo como un serio problema de salud pública, sino aún más, como un problema de seguridad ciudadana y como un factor que lentifica o cancela el desarrollo individual, familiar y social de una comunidad. Por otro lado, no existen estudios formales y circunscritos a la región de Xalapa, que describan y analicen de manera integral los factores de riesgo que conllevan a que los adolescentes y adultos jóvenes sufran accidentes del tráfico. El desconocimiento de estos factores de riesgo, genera que las acciones emprendidas por las instituciones públicas y privadas, no tengan el sustento, efectividad y el impacto deseado.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores que se relacionan con la ocurrencia de los accidentes del tránsito en los adolescentes de 15 a 19 años y adultos jóvenes de 20 a 29 años de edad en la región de Xalapa en el 2006?

Hipótesis

Existen factores de riesgo atribuibles al individuo, ambiente y vehículo que se relacionan íntimamente con los accidentes del tráfico en el grupo de edad comprendido entre los de 15 y 29 años.

Clasificación de la pregunta

Cuantitativa, descriptiva, y explicativa

OBJETIVOS

Objetivo General

- Identificar factores asociados a la ocurrencia de los accidentes del tránsito en los adolescentes de 15 a 19 años y adultos jóvenes de 20 a 29 años registrados en el Departamento de Perito de la Dirección General de Tránsito y vialidad y/o Centro de Especialidades Medicas del Estado de Veracruz, Departamento de Medicina Forense.

Objetivos específicos

- Identificar factores asociados a la ocurrencia de los accidentes del tránsito relacionados con el individuo.
- Identificar factores asociados a la ocurrencia de los accidentes del tránsito relacionados con el vehículo.
- Identificar factores asociados a la ocurrencia de los accidentes del tránsito relacionados con el ambiente.
- Identificar las características del los accidentes del tránsito en el grupo de 15 a 29 años.

- Identificar el tipo de lesiones ocasionadas por los accidentes de tráfico.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Estudio de corte transversal, descriptivo, explicativo y cuantitativo para determinar la relación de factores de riesgo atribuibles a la persona, al ambiente y al vehículo con la ocurrencia de accidentes de tráfico, e identificar el tipo de lesión.

Universo

El universo serán las personas en edad comprendida entre los quince y 29 años de edad, que hayan sufrido un accidente de tráfico en la localidad de Xalapa, durante el periodo comprendido entre el 1 enero del 2006 al 31 de diciembre del 2006, y que se encuentren registrados en el Departamento e Perito de la Dirección General de Tránsito y Vialidad, y/o Centro de Especialidades Medicas (CEMEV), en el Departamento de Medicina Forense.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Que la persona que haya sufrido accidente se encuentre registrada en el Departamento de Perito de la Dirección General de Tránsito y Vialidad y que se encuentre también según sea el caso, registrada en Hospital o Departamento de Medicina Forense.
- En el período comprendido entre el 1 enero del 2006 al 31 de diciembre del 2006.
- Edad comprendida entre quince y 29 años.

Criterios de exclusión:

- Que la persona accidentada y registrada en el departamento de Perito de la DGTV no se encuentre registrada en el CEMEV o Departamento de Medicina Forense.
- Persona accidentada que no se encuentre comprendido en un rango de edad entre los 15 y 29 años.
- Que el lugar de ocurrencia del accidente haya sido fuera de la ciudad de Xalapa

Definiciones de Variables

Variable	Definición operacional	Escala de medición	Tipo de variable	Fuente de obtención
Individuo				
Sexo	Condición orgánica masculina o femenina de una persona. De acuerdo a lo reportado en el expediente.	Femenino () Masculino ()	Cualitativa	Expediente clínico del CEMEV
Edad	Tiempo que ha vivido una persona. De acuerdo a lo reportado en el expediente.	Edad en años cumplidos __	Cuantitativa	Expediente clínico del CEMEV
Nivel socio económico	Estado socioeconómico de una persona, esta medido con base	Niveles : ✓ Nivel A: pacientes con	Cualitativa	Expediente clínico del

	en: ✓ Ingreso económico ✓ Características sociales ✓ Diagnóstico y tratamiento. De acuerdo a lo reportado en el expediente clínico.	seguridad social. ✓ Nivel B: nivel medio con ingreso de 3 salarios mínimos. ✓ Nivel C: menos de 2 salarios (ingreso bajo) ✓ Nivel C1: Condición especial en pobreza extrema) Nivel socioeconómico: Nivel A () Nivel B () Nivel C () Nivel C1 ()		CEMEV. Mediante el estudio socioeconómico realizado por el departamento de trabajo social.
Escolaridad	Grado máximo de estudio. De acuerdo a lo reportado en el expediente clínico.	( ) Analfabeta ( ) Alfabeto (sin estudios) ( ) Primaria incompleta ( ) Primaria completa ( ) Secundaria ( ) Bachillerato ( )Licenciatura ( )Postgrado	Cualitativa	Expediente clínico del CEMEV.
Aliento alcohólico	Reporte del médico de urgencias del hospital CEMEV, según si ingresaron con aliento alcohólico. De acuerdo a lo reportado en el expediente.	Si () No ()	cualitativa	Expediente clínico del CEMEV.
Alcoholemia	Consumo de bebidas alcohólicas. Dependiendo del reporte de laboratorio según miligramos de alcohol en sangre.	Si en el momento del accidente se reporta con algún grado de alcohol. Por laboratorio.	Cuantitativa	Registro de la Dirección General de Tránsito y Vialidad.
Consumo de drogas	Si se realizo el examen En el CEMEV	Si () No () Tipo :_____		
Licencia de manejo	Permiso otorgado por parte de la Dirección General de Tránsito y vialidad municipal. De acuerdo lo reportado en el reporte de la Unidad de Perito.	Uso de licencia Si() No () vigente si ( ) No ( )	Cualitativa	Registro de la Dirección General de Tránsito y Vialidad Municipal.

Ambiente				
Hora de accidente	Hora exacta en la que ocurrió el accidente. De acuerdo lo reportado en el reporte de la Unidad de Perito.	Hora exacta que reporte el informe de la unidad de perito. Hora:_____ Se va a categorizar: Mañana 6:00hrs-12:00hrs Tarde 12:01-19:00hrs Noche 19:01-00:00hrs Madrugada 00:01-5:59hrs Mañana ( ) Tarde ( ) Noche ( ) Madrugada ( )	Cuantitativa	Registro de la Dirección General de Tránsito y Vialidad.
Fecha de accidentes	Día, mes, y año en la cual ocurrió el accidente. De acuerdo lo reportado en el reporte de la Unidad de Perito.	Fecha del accidente que se encuentre reportada en el informe de la unidad de perito. Día:_____ Mes:_____ Año:_____ Día de la semana :_____	Cuantitativa	Registro de la Dirección General de Tránsito y Vialidad.
Lugar del accidente	Dirección donde ocurrió el accidente. De acuerdo lo reportado en el reporte de la Unidad de Perito.	Dirección donde ocurrió el accidente: _____ _____	Cualitativa	Registro de a Dirección General de Tránsito y Vialidad.
Clima	Condición atmosférica que se encuentre presente en el momento del accidente . De acuerdo lo reportado en el reporte de la Unidad de Perito.	Soleado ( ) Nublado ( ) Lluvia ( ) Piso seco ( ) Piso mojado (	Cualitativa	Registro de la Dirección General de Tránsito y Vialidad.
Accidente de vehículo por colisión	Impacto ocurrido entre dos o más vehículos en movimiento o en marcha, que Impactan entre sí. De acuerdo lo reportado en el reporte de la Unidad de Perito	Si ( ) No ( )	Cualitativa	Registro de la Dirección General de Tránsito y Vialidad.
Accidente de vehículo por choque con objeto físico	Es el ocasionado por un vehículo en movimiento o en marcha que choca Contra un objeto fijo. De acuerdo lo reportado en el reporte de la Unidad de Perito	Si ( ) No ( )	Cualitativa	Registro de a Dirección General de Tránsito y vialidad

Accidente de vehículo por volcadura	Es la perdida de estabilidad de un vehículo en marcha o en movimiento, con la inclinación hacia un lado o vuelco del mismo. Puede producirse en la vía (calzada) o a través de un barranco. De acuerdo lo reportado en el reporte de la Unidad de Perito	Si ( ) No ( )	cualitativa	Registro de la Dirección General de Tránsito y Vialidad
Tipo de superficie de rodamiento	Camino público, dispuesto para el tránsito de vehículos. De acuerdo al reporte de la Unidad de Perito.	Pavimentado No pavimentado	Cualitativa	Registro de la Dirección General de Tránsito y Vialidad.
Defunción en el momento del accidente	Reporte del accidente de Departamento de Perito, si la persona accidentada murió en el lugar del accidente.	Mortal Si ( ) No ( )		
Muerte por accidente	Se consideran casos muertos a causa del accidente de tráfico aquellas defunciones anteriores a los 31 días. De acuerdo lo reportado en el reporte de la Unidad de Perito.	Muerte : Si ☐ No ☐	Cualitativa	Registro de la Dirección General de Tránsito y Vialidad.
Personas lesionadas en el accidente	Si la persona que sufrió accidente tuvo la presencia de una lesión orgánica. De acuerdo lo reportado en el reporte de la Unidad de Perito	Tipo de lesión y área corporal dañada (hoja de lesiones SISPA)	Cualitativa	CEMEV
Tipo de accidente	Característica del accidente de tráfico. De acuerdo lo reportado en el reporte de la Unidad de Perito.	Choque de Automóvil ☐ Accidente de moto ☐ Accidente de bicicleta ☐	Cualitativa	Registro de la Dirección General de Tránsito y Vialidad
Rol del accidentado	Condición ocupada por la persona en el momento del accidente. De acuerdo lo reportado en el reporte de la Unidad de Perito.	Conductor ☐ Pasajero ☐ Ocupante de bicicleta ☐ Motociclista ☐	Cualitativa	Registro de la Dirección General de Tránsito y Vialidad CEMEV
Tiempo de atención	Lapso desde el momento del accidente hasta la atención en urgencias. De acuerdo lo reportado en el reporte de la Unidad de Perito. De acuerdo a lo reportado en el expediente clínico.	Hora_____	Cuantitativa	CEMEV
Escala de Glasqow	Valoración dele estado de conciencia de la persona accidentada al momento del	Puntuación Glasgow_____	Cuantitativa	CEMEV

	ingreso a sala de urgencias del CEMEV. Tiene 3 escalas que miden respuesta ocular, verbal y motor de forma independiente. De acuerdo a lo reportado en el expediente clínico.			
Vehículo				
Modelo automóvil	Año de fabricación del automóvil. De acuerdo lo reportado en el reporte de la Unidad de Perito.	Año_____	Cuantitativa	Registro de a Dirección General de Tránsito y vialidad.
Marca del automóvil	Marca y tipo del automóvil que estuvo involucrado en el accidente. De acuerdo lo reportado.	Marca y tipo _____	Cualitativa	Registro de la Dirección General de Tránsito y Vialidad.

Etapas de la investigación

La investigación está dividida en 6 etapas:

Etapa 1: Vinculación con autoridades

Vinculación con autoridades correspondiente para la obtención de la información de la Dirección General de Tránsito y Vialidad (DGTV), Centro de Especialidades Medicas de Veracruz(CEMEV) y el Departamento de Medicina Forense, donde se llevará acabo una reunión con los directivos de cada institución para solicitar el permiso correspondiente para realizar la investigación con información de la dependencia.

Etapa 2: Diseño del instrumento

El instrumento serán tres cédulas y una cédula de concentración, para la recolección de datos en donde se obtendrá información de los accidentes de tráfico en los cuales se encuentren involucrados adolescentes de quince a 19 años de edad y adultos jóvenes de 20 a 29 años de edad.

La cédula de concentración de información (Ver anexo 1) contiene sólo cuatro datos: nombre del accidentado, número de expediente (parte), folio y fecha. Esta cédula será para captura de primera vez a las personas accidentadas reportadas en el informe diario de DGTV.

El primer instrumento será para recolección de información del Departamento de Perito de la Dirección General de Tránsito el cual consta de un total tres apartados con un total de 23 ítemes, y una hoja de anexo para factores asociados a la persona. (Datos personales) con 16 ítemes. (Ver anexo 2)

Este instrumento consta de tres apartados:

I.- Características del accidente
Compuesto de 12 ítemes.
II.- Factores asociados al automóvil
Compuesto de 2 ítemes

II.- Factores asociados al ambiente
Compuesto de 9 ítemes

El anexo de este instrumento es para datos relacionados con la persona involucrada el accidente, y se llenaran dependiendo del número de accidentados involucrados en él. Consta de 16 ítemes.
El instrumento que se utilizara para recabar información del CEMEV (Ver anexo 3) consta de dos apartados: relacionado con el individuo, tipo de lesión y atención médica.
I.- Relacionado con el individuo
Compuesto de 11 ítemes
II:- Tipo de lesión y atención médica
Compuesto de 6 ítemes

Criterio de contenido y validación

Para la validación del contenido del instrumento se baso en los registros que se tienen en las dos instituciones donde se realizará la investigación. Ya que tanto en el CEMEV como en la DGTV constan de instrumentos para la recolección de datos, basándonos así en ellos para el contenido de este, y haciendo una selección de los datos que se pueden obtener de estos.

Validación: el instrumento para la recolección de la información el CEMEV, fue validado por el Secretario Técnico del Consejo Estatal para la Prevención de Accidentes del Estado de Veracruz, Dr. Pedro Múzquiz Peña, quien participa en la revisión de la cédula, en tres ocasiones; También colaboró el Dr. Alejandro Escobar Mesa (tutor de tesis); por último participó en la validación el Dr. Alberto Ortiz Enríquez, Médico especialista adscrito al departamento de Urgencias médicas del CEMEV, con once años de experiencia en este campo, quien se le mostró el instrumento y dio revisión al mismo haciendo algunas observaciones.

Validación: el instrumento para la recolección de la información del departamento de Perito de la Dirección General de Tránsito y Vialidad, fue validado por el Secretaria Técnico del Consejo Estatal para la Prevención de Accidentes del Estado de Veracruz, Dr. Pedro Múzquiz Peña, Dr. Alejandro Escobar Mesa, y un Perito de Tránsito el C. Manuel Quiñónez quien refiere tener cinco años de experiencia.

Etapa 3: Recolección de la información

En esta etapa se realizara el llenado de las cédulas en dos etapas:

La primera etapa se realizará en el departamento de Perito de la DGTV, obteniendo información de los accidentes del tráfico de los adolescentes y adultos jóvenes. Posteriormente se realizará una búsqueda de personas accidentadas que hayan acudido a atención médica al CEMEV o bien hayan sido trasladados del lugar del accidente al Departamento de Medicina Forense.

Segunda etapa:

En esta etapa se realizará la recolección de la información en primer lugar en el departamento de Perito de la DGTV y posteriormente se hará el llenado de las cédulas en el Hospital o en Medicina Forense.
El llenado de las cédulas será llevado a cabo por el investigador y en horario de 9:00 a.m. a 13:00 hrs.

Etapa 4: Captura de la información

Se realizará una base de datos en el programa estadístico Epi-info versión 3.2. para la captura de la información obtenida. Posteriormente se hará una depuración de la información

Etapa 5: Análisis de la información

En esta etapa se realizará el análisis de la información del 21 de mayo al 8 junio del 2007.
Se realizará un análisis exploratorio de la información, utilizando para esto estadísticas descriptivas y gráficas de acuerdo a las escalas de medición de las variables.
Posteriormente se realizará un análisis comparativo entre los accidentados mortales y los no mortales, para esto se realizará la prueba de Chi-cuadrada.

Presupuestación

INSUMO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
Fotocopias del instrumento	600	.20	$ 120.00
Lapiceros	3	$ 5.00	$ 15.00
Traslados	5	$ 200	$ 1,000
Total			$

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Consejo Estatal para la Prevención de Accidentes. Programa 2001-2006.

2. La OMS. Sensibilización sobre la importancia de la seguridad vial en el Día Mundial de la Salud, 07 de abril de 204. Disponible en: http://www.consumer.es/web/es/salud/2004/04/07/98358.php

3. Ley General de Salud. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984.texto vigente. Última reforma publicada DOF 19-09-2006.

4. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf

5. Clasificación Internacional de las Enfermedades.

6. Comunicado de Prensa SSA. No. 110. La SSA coordina esfuerzos para impulsar la prevención de accidentes. 03/Julio/2002. Disponible en http: //www.salud.gob.mx /unidades/dgcs/sala_noticias/comunicados/2002-07-03-110-PREVENCION-DE-ACCIDENTES.htm

7. Organización Mundial de la Salud. Lesiones por accidentes de tráfico. (Referido 22 enero 2007) Disponible en http://transito.bvs.br/docs/traffic_facts_es.pdf

8. Dahl Richard. Vehicular Manslaughter: The Global Epidemic of Traffic Deaths. Environ Health Perspect. 2004 August; 112(11): A628–A631. Disponible en : http://www.pubmedcentral.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=15289183

9. Organización Panamericana de la Salud. Artículo para la prensa. Día Mundial de la Salud 2004: seguridad vial. (referido 3 enero 2007) disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/whd04_features.htm

10. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito. Ginebra 2004. (referido 23 noviembre 2006) Disponible en: http://www.who.int/world-health-day/2004/infomaterials /world_report/en/summary _es.pdf

11. INEGI. Estadísticas de Mortalidad. Porcentaje de defunciones por sexo, grupos de edad y principales causas, 1990 a 2004.

12. Encuesta de Salud y Nutrición(ENSANUT).2006.

13. INEGI. Estadísticas de Mortalidad. Porcentaje de muertes por accidente con respecto al total de muertes violentas por entidad federativa y sexo, 2002, 2003 y 2004.

14. SESVER. Jurisdicción. Sanitaria no. V. Mortalidad por causas 2004.

15. SEED/INEGI 2004. Mortalidad por accidentes según grupo de edad en el estado de Veracruz.

16. Cervantes-Peña GA,Nava-Martínez ML, Residentes en Epidemiología. Panorama epidemiológico de los adolescentes. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia / SSA. (Referido enero 22 2007) Disponible en: http://www.dgepi.salud.gob.mx/boletin/2002/sem2/edit0202.pdf)

17. Programa Nacional de Atención a la Salud de los Adolescente. 2001-2006.

18. Secretaria de Salud /Dirección General de Información en Salud, estimaciones a partir de los totales de población por entidad federativa. CONAPO. 2002.

19. Dr. Roberto Pedro Llamazares. Estudio trasversal sobre accidentes de tráfico, en la cuidad de Resistencia(Argentina) y alrededores. (referido en 2007 enero 23) . Disponible http: www.intermedicina.com/Publicaciones/Pub-01.htm

20. Elisa del Carmen Hidalgo-Solórzano, M en C, y cols. Factores asociados con la gravedad de las lesiones ocurridas en la vía pública en Cuernavaca, Morelos, México. (referido en 2006,diciembre 5). Disponible en: http://www.insp.mx/2005/comunidad_insp/471_3-factores_asociados.pdf.

21. El universal. Distracciones fomentan accidentes viales en jóvenes Distracciones fomentan accidentes viales en jóvenes**.** Viernes 26 de enero de 2007. (referido 27 enero 2007). Disponible en: http://www.eluniversal.com.mx/articulos/37593.html.

OBESIDAD: FACTOR ASOCIADO A MALA FUNCIÓN PARA LA VIDA DIARIA EN OSTEOARTROSIS DE RODILLA

Alejandra Arellano Ale
Tutor: Dr. Francisco Domingo Vázquez Martínez
Co-tutor: Dr. Jaime Morales Romero

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades reumáticas tienen alta prevalencia de demanda en los servicios de salud, ya que se estima que alrededor del 33 por ciento de la población general, en algún momento de su vida, presenta algún signo o síntoma de enfermedad reumática. La reumatología se encarga de la evaluación y el tratamiento de algunas enfermedades causales de discapacidad funcional. Es importante tener en consideración la edad, ya que estas enfermedades pueden afectar a la productividad laboral y social y son causa frecuente de demanda de incapacidades y pensiones por invalidez[1].

Una de las enfermedades reumáticas más frecuente es la osteoartrosis, la cual, es una enfermedad reumática degenerativa no inflamatoria, que afecta sobre todo a ancianos e implica una degeneración del cartílago articular, la hipertrofia del borde de los huesos y modificaciones en la membrana sinovial[2].

La osteoartrosis afecta sustancialmente la función de la vida diaria, principalmente por factores como la edad, la obesidad, el sedentarismo, la ocupación, entre otros[3]. Se requiere que en los hospitales donde se brinda la atención de primer contacto a los pacientes con osteoartrosis, se capacite y actualice al médico familiar para que sea capaz de establecer un diagnóstico oportuno, realizar un seguimiento clínico adecuado y adoptar una estrategia correcta de sistemas de derivación del paciente a los servicios de reumatología.

La osteoartrosis puede afectar las siguientes articulaciones: mano, rodilla, cadera, pie, columna y otras; pero debido a que la osteoartrosis es una enfermedad que afecta con mayor frecuencia a las articulaciones que cargan peso, se realizará un estudio en pacientes con osteoartrosis de rodilla, ya que ésta causa mayor discapacidad y limitación en la función para la vida diaria como subir o bajar escaleras. La obesidad es un factor que juega un papel importante en pacientes con osteoartrosis de rodilla ya que genera inicio o incremento de cambios osteoartrósicos, por lo que generalmente se recomienda la reducción de peso[4].

La evaluación del estado de salud de los individuos en actividades de la vida cotidiana es objeto de un creciente interés por parte de investigadores de los servicios de salud. El uso de instrumentos de recolección de datos que miden y caracterizan el estado multidimensional de salud promete el acercamiento en la relación médico-paciente, de forma tal, que los pacientes tendrán un nuevo marco de referencia respecto a sus prestadores de servicios de salud y estos últimos, podrán juzgar la efectividad del manejo de la población atendida[5]. Las dimensiones de incapacidad, incomodidad e insatisfacción son reconocidas como componentes del concepto de calidad de vida, en donde la incapacidad se mide por la habilidad de realizar actividades y por el impacto físico que esta última produce en la actividad física, en la ocupacional y en la cotidiana. La incomodidad se caracteriza por la presencia o ausencia del dolor físico y la fatiga. La insatisfacción se mide por el funcionamiento social, el bienestar general y la satisfacción con la atención que brindan los prestadores de servicios de salud[6]. La valoración de estas actividades establece un balance del grado de independencia en las actividades habituales principales (comida, escritura, higiene, vestido)[7].

Este estudio parte de la hipótesis de que la obesidad es un factor asociado a la mala función para la vida diaria en pacientes con osteoartrosis de rodilla. De demostrarse este planteamiento, estaremos generando conocimientos valiosos, para proponer estrategias de prevención del sobrepeso y obesidad en este tipo de pacientes, a fin de disminuir la discapacidad y mejorar la calidad de vida. Para ello, estamos proponiendo un estudio cuantitativo, observacional y transversal a realizarse en el Hospital Regional Dr. Luis F. Nachón, cuyos principales objetivos son: identificar la prevalencia de la mala función para actividades de la vida diaria en osteoartrosis de rodilla, identificar la prevalencia de obesidad en esta enfermedad y evaluar la asociación entre obesidad y otras covariadas con la función para la vida diaria.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Argumentación teórica

Generalidades

La osteoartrosis es la enfermedad reumática más común. El concepto de la osteoartrosis se ha caracterizado por mitos que persisten como el que es una enfermedad inevitable del envejecimiento, el que es una enfermedad benigna con incapacidad mínima y el que representa un trastorno por el cual poco se puede hacer terapéuticamente, aún cuando se haya establecido el diagnóstico. La investigación ha demostrado diferencias significativas entre el proceso de envejecimiento y la osteoartrosis. Aunque la osteoartrosis ocurre más frecuentemente en ancianos, no se puede inferir que la destrucción del cartílago sea sólo un sencillo proceso de desgaste. La creencia de que la osteoartrosis es una enfermedad inevitable de la senectud, es simplista. Es más probable que la mayor frecuencia y gravedad de la enfermedad en poblaciones seniles sea el resultado de una exposición prolongada a procesos fisiopatológicos que ocurren durante la vida[4].

La obesidad es un factor importante en la osteoartrosis y dada la importancia del paciente propuesto para los factores biomecánicos en el inicio o incremento de los cambios osteoartrósicos, generalmente se recomienda la reducción de peso[4].

La osteoartrosis es una artropatía crónica, no inflamatoria, constituida principalmente por alteraciones destructivas de los cartílagos y de los fibrocartílagos, osteoesclerosis subcondral, reacción osteofítica de los rebordes articulares y formación de cavidades fibroquísticas en las epífisis. Estas lesiones son consideradas de naturaleza degenerativa y están relacionadas con la edad. En cuanto a las causas, se supone que están en relación con las características físicas o bioquímicas del cartílago articular o de las condiciones mecánicas defectuosas a las que se encuentra sometido el cartílago. La osteoartrosis aparece generalmente después de los 40 años y es más frecuente en el sexo femenino. El síntoma más importante es el dolor provocado por los movimientos. En general las articulaciones afectadas no presentan signos inflamatorios (como ocurre con la artritis), aunque a veces la rodilla es una excepción. Las articulaciones artrósicas muestran una limitación de la movilidad y frecuentemente una actitud viciosa difícil de corregir[2].

Definición

La osteoartrosis es una enfermedad caracterizada por pérdida progresiva del cartílago articular y por cambios reactivos en los márgenes de las articulaciones y en hueso subcondral. Las manifestaciones clínicas consisten en el desarrollo gradual de dolor, rigidez y aumento de volumen articular con reducción de la movilidad. Es común la sinovitis secundaria[4].

Diagnóstico

La osteoartrosis es también llamada enfermedad articular degenerativa u artrosis, las bases para el diagnóstico son:
*Por lo general es secundaria a otras enfermedades articulares.
*Trastorno degenerativo sin manifestaciones sistémicas.
*El dolor se alivia con reposo; rigidez matutina de breve duración.
*Datos radiólogos: estrechamiento del espacio articular, osteofitos, aumento de la densidad del hueso subcondral con quistes óseos[8].

Epidemiología

Se han realizado varios estudios epidemiológicos para caracterizar la prevalencia y manifestaciones clínicas de la osteoartrosis. Las diferencias observadas entre los estudios son resultado de variaciones en las técnicas analíticas y en las poblaciones estudiadas. Por ejemplo, los estudios que utilizan análisis de autopsias detectan la enfermedad en etapas más tempranas que los estudios clínicos, en los cuales los cambios patológicos pueden ser insuficientes para causar síntomas. Los estudios clínicos muestran resultados variables de acuerdo a diferencias en la definición de la enfermedad y al uso de técnicas prospectivas o retrospectivas. Los resultados de los estudios radiológicos varían dependiendo del número y localización de las articulaciones analizadas. Existe un consenso general de que la osteoartrosis aumenta su prevalencia en forma paralela con la edad. Aunque pueden demostrarse cambios degenerativos articulares desde la segunda década de la vida en estudios de autopsia, y algunas anormalidades patológicas en articulaciones de carga de peso en casi todas las personas a la edad de 40 años, el índice de frecuencia de la osteoartrosis aumenta progresivamente tanto, que en personas de 75 años o más, es casi universal[4].

La enfermedad afecta tanto a hombres como a mujeres, con mayor prevalencia en hombres menores de 45 años y en mujeres mayores de 55 años. Cuando se consideran todos los grupos de edad, ambos sexos se afectan por igual. Se han observado algunas diferencias raciales, sobre todo al analizar los patrones de afección articular[4].

La osteoartrosis se presenta en todos los climas y no se han encontrado diferencias en la frecuencia de la enfermedad por las condiciones climatológicas[4].

La osteoartrosis es la más frecuente de las enfermedades articulares que no distingue edad, grupo étnico o región geográfica. Al menos 20 millones de adultos en los Estados Unidos de América (EUA) se encuentran afectados simultáneamente por el trastorno y 90 por ciento de la población alrededor de los 40 años de edad presenta características radiográficas de osteoartrosis en las articulaciones que cargan peso. Con la edad, también aumenta la enfermedad sintomática[8].

Patología

Aunque la pérdida del cartílago articular representa el principal hallazgo patológico de la osteoartrosis la segunda respuesta se caracteriza por crecimiento óseo en la región subcondral, que se manifiesta radiológicamente como esclerosis. Aparecen quistes óseos, que reflejan osteonecrosis localizada y esto debilita el soporte óseo para el cartílago. El crecimiento del cartílago y del hueso en los márgenes articulares forma osteofitos que alteran el contorno articular y pueden limitar la movilidad. Los cambios en los tejidos blandos incluyen sinovitis crónica y engrosamiento de la cápsula articular. La hipotrofia muscular periarticular es común. Estos cambios pueden ser importantes en la incapacidad funcional y la aparición de síntomas[4].

Patogenia

Esta artropatía se caracteriza por la degeneración del cartílago y la hipertrofia del hueso en los bordes articulares. En la patogénesis participan de manera variable factores hereditarios y mecánicos[8].

La osteoartrosis se divide en dos tipos: 1) primaria (idiopática) y, 2) secundaria. Se considera primaria cuando ocurre en ausencia de cualquier factor predisponente conocido. La osteoartrosis secundaria se define como aquella forma de la enfermedad que tiene una causa etiológica clara. La osteoartrosis primaria, afecta con mayor frecuencia algunas o todas las articulaciones interfalángicas distales (nódulos de Heberden) y con menor frecuencia a las articulaciones interfalángicas proximales (nódulos de Bouchard), las articulaciones metacarpofalángicas y carpometacarpianas de pulgar, cadera, rodilla, articulación metatarsofalángica del primer ortejo y a las porciones cervical y lumbar de la columna vertebral, y la osteoartrosis secundaria, puede desarrollarse en cualquier articulación como secuela de la lesión articular resultante de causas intraarticulares (incluso artritis reumatoide) y extraarticulares. La lesión puede ser aguda, como en una fractura; crónica, como la debida al sobreuso ocupacional de una articulación a una enfermedad metabólica (por ejemplo hiperparatiroidismo, hemocromatosis, ocronosis) o a trastornos neurales (tabes dorsal). La obesidad constituye un factor de riesgo para la osteoartritis de la rodilla y quizá también para la de la cadera. Las carreras con fines recreativos no incrementan la incidencia de la osteoartrosis, pero sí lo hace la participación en deportes competitivos de contacto. Los trabajos que requieren agacharse a menudo y llevar cosas pesadas aumentan el riesgo de osteoartrosis de la rodilla[8].

La osteoartrosis se desarrolla en dos condiciones: cuando las propiedades bioestructurales del cartílago y hueso subcondral son normales pero las cargas articulares excesivas producen falla tisular, o cuando la carga aplicada es razonable pero las propiedades bioestructurales del cartílago u óseas son deficientes. En general, los cambios degenerativos iniciales aparecen en los sitios expuestos a mayor carga[4].

Histopatológicamente, el cartílago articular se arruga al principio y al final se desprende, formándose espolones y engrosamientos en el borde de la superficie articular. La membrana sinovial se engrosa con hipertrofia de las prolongaciones; sin embargo, la cavidad articular pilosa nunca se oblitera por completo y la membrana sinovial no forma adherencias. La inflamación sólo es notable en algunos pacientes con afección aguda de la articulación interfalángica[8].

Cuadro clínico

a) Síntomas y signos
El inicio es insidioso. Al principio hay rigidez articular, la cual rara vez dura más de 15 minutos; más tarde se desarrolla dolor al movimiento de la articulación afectada, el cual empeora con la actividad y al cargar peso y se alivia con el reposo. La deformidad puede ser mínima o no existir; sin embargo, en ocasiones el crecimiento óseo de las articulaciones interfalángicas es notable y son frecuentes la contractura de flexión y la deformidad en varo de la rodilla. No hay anquilosis, pero es frecuente la limitación del movimiento y de la articulación o articulaciones afectadas. Con frecuencia se puede sentir una crepitación tosca en la articulación afectada. El derrame articular y otros signos articulares de inflamación son leves. No se presentan manifestaciones sistémicas[8].

b) Subgrupos clínicos
El abordaje al diagnóstico diferencial y manejo de la osteoartrosis se basa en el patrón específico de afección articular como la cadera, la rodilla, el pie, la columna, la mano y otras articulaciones con cambios

de osteoartrosis de muy poca frecuencia, como el codo, los hombros y las interfalángicas de los pies. Cuando estas articulaciones se afectan, hay que investigar factores ocupacionales y metabólicos[4].

La osteoartrosis de rodilla es menos común que la de manos; sin embargo, causa mayor incapacidad. Se caracteriza por dolor e hipersensibilidad en varios componentes de la articulación. Es frecuente encontrar crepitación e hipotrofia de cuadriceps por desuso. La pérdida de cartílago en los compartimientos medial o lateral de la rodilla da por resultado genu varo o valgo. Es más común la afección medial. La condromalacia de la rótula se presenta con más frecuencia en jóvenes y está asociada a reblandecimiento y erosión del cartílago rotuliano. El dolor se localiza en torno a la rótula y aumenta con los movimientos como subir escaleras[4].

Hallazgos de laboratorio y radiológicos

No hay alteraciones específicas en los exámenes de laboratorio. No hay aumento en la velocidad de sedimentación globular (VSG) u otros signos de inflamación[8].

Los hallazgos radiológicos establecidos por Kellgren y Lawrence se basan en proyecciones PA de mano, lateral de columna cervical y lumbar, AP de caderas, rodillas y pies. Las radiografías pueden ser normales si los cambios patológicos son leves[4]. Las radiografías pueden revelar el estrechamiento del espacio articular, bordes articulares bien definidos, formación de osteofitos y engrosamiento de los bordes óseos y un hueso subcondral denso y engrosado. Quizá también haya quistes óseos[8].

Prevención

La disminución de peso en las mujeres ha demostrado reducir el riesgo para el desarrollo de osteoartrosis sintomática de la rodilla[8].

Estudios epidemiológicos sugieren que la terapéutica con reemplazo hormonal[9] con estrógenos reduce el riesgo de osteoartrosis de la rodilla y de la cadera. El mantenimiento de niveles normales de vitamina D puede reducir la ocurrencia y progresión de la osteoartrosis[8].

Tratamiento

Aunque el tratamiento es sintomático e inespecífico, puede brindar alivio a muchos pacientes. La terapia actual se basa en un abordaje que incluye la información al paciente sobre la enfermedad, descanso articular para osteoartrosis localizada, corrección de factores que producen fuerzas excesivas, así como medidas de rehabilitación y terapia física[4].

a) Medidas generales:
Para los pacientes con osteoartrosis leve a moderada, en las articulaciones que cargan peso, es posible que un programa de caminata supervisada resulte en mejoría clínica o del estado funcional sin agravar el dolor articular. La pérdida de peso puede mejorar los síntomas de osteoartrosis[8].

b) Terapia física:
La protección contra el uso excesivo de las articulaciones es importante sobre todo para las que soportan carga. Algunos dispositivos como la andadera y el bastón son buenos protectores cuando están indicados. Se debe aconsejar la reducción de peso en pacientes obesos. La terapia física alivia el dolor y el espasmo muscular, además de mantener y mejorar los arcos de movilidad. Algunas medidas sencillas como la aplicación de calor local o el baño de tina con agua caliente ayudan a aliviar el dolor. Se debe aconsejar el ejercicio que mejor tolere el paciente[4].

c) Tratamiento farmacológico:
En la mayoría de los casos el dolor puede controlarse tanto con analgésicos como con antiinflamatorios no esteroideos (AINE). En situaciones especiales en que existe afección monoarticular, puede estar indicada la aplicación juiciosa de esteroides intraarticulares evitando siempre su aplicación frecuente (no más de dos o tres veces al año). Los esteroides sistémicos y los narcóticos no tienen lugar en el tratamiento de los pacientes con osteoartrosis[4].

d) Tratamiento quirúrgico:
Existen varios procedimientos ortopédicos útiles para el tratamiento de la osteoartrosis como artroplastía, osteotomía, artrodesis y reemplazo articular total o parcial. El reemplazo articular se utiliza en cadera y rodilla con excelentes resultados, los cuales han mejorado con las prótesis de superficie porosa. Otro procedimiento es la artroscopía con debridación del cartílago y lavado articular, que hasta el momento ha dado resultados alentadores en el tratamiento temprano de la enfermedad[4].

Pronóstico

La incapacidad considerable es menos frecuente que en la artritis reumatoide, pero los síntomas pueden ser bastante intensos y limitar considerablemente la actividad (en especial con afección de cadera, rodillas y columna cervical)[8].

La osteoartrosis es la forma más común de artropatía que afecta universalmente a todo grupo étnico. La osteoartrosis condiciona modificaciones para caminar, subir escaleras y otras actividades comunes dependientes de miembros inferiores, más que ningún otro padecimiento, lo que es particularmente cierto en la vejez. Además, el impacto económico de la osteoartrosis es impresionantemente elevado[10].

Osteoartrosis de rodilla o gonartrosis

La gonartrosis (osteoartrosis de rodilla) es la forma más común de osteoartrosis, rara vez se presenta antes de los 50 años y su incidencia es de 240 casos nuevos por cada 100,000 personas al año. El 3.1 por ciento de las mujeres adultas desarrollan disminución del espacio articular cada año. La prevalencia de la gonartrosis es de 30 por ciento en aquellos de 75 años y mayores, los hombres la sufren más que las mujeres[10].

Es sabido que la osteoartrosis puede estar asociada a trauma repetido. En particular el daño al ligamento cruzado y rupturas de meniscos, se han asociado fuertemente a gonartrosis. Los atletas de alto rendimiento tienen riesgo elevado de desarrollar osteoartrosis, en particular aquellas articulaciones de mayor uso o que soportan peso como el caso de los levantadores de pesas y jugadores de fútbol soccer[10].

Las personas con sobrepeso desarrollan más frecuentemente osteoartrosis de rodilla y la obesidad incrementa el riesgo y progresión de osteoartrosis de rodillas y caderas; la pérdida de peso se asocia con reducción en el riesgo para el desarrollo de síntomas de la gonartrosis[10].

La articulación de la rodilla es un triple encaje de huesos: las dos protuberancias del extremo inferior del fémur, llamadas cóndilos, se engranan con las superficies cóncavas respectivas de la tibia, llamadas platillos tibiales. Por otra parte, la rótula o patela se engrana con ambos cóndilos femorales[11].

Tenemos por tanto la articulación femorotibial, dividida en compartimento medial (del lado de dentro de la rodilla) y compartimento lateral (del lado de fuera de la rodilla); y la articulación o compartimento femoropatelar. La zona de contacto entre los huesos de estos engranajes está recubierta por una capa

llamada cartílago, que permite distribuir las cargas y disminuir el rozamiento entre los huesos con los movimientos de la articulación[11].

La osteoartrosis supone una destrucción progresiva del cartílago, por envejecimiento o bien por rozamiento cuando su superficie, por golpes, infecciones, entre otras, se hace irregular. La artrosis de rodilla es la pérdida del cartílago en cualquiera de los tres compartimentos de la articulación de la rodilla. Esta enfermedad afecta más a las mujeres a partir de los cuarenta años, es muy rara antes de los treinta años[11].

La osteoartrosis de rodilla o gonartrosis, puede ser primaria o secundaria. Se llama gonartrosis primaria cuando no se encuentra una causa. No obstante se asocian determinados factores de riesgo como: la edad, la cual, es el factor más ligado a la aparición de artrosis; la obesidad; la artrosis generalizada; los deportes de impacto como fútbol, baloncesto, entre otros. Su práctica durante años puede en algunos casos sobrecargar la articulación llevándola a la artrosis; y por último, lo mismo se puede decir de los trabajadores de fuerza: empleados de la construcción, estibadores, entre otros. La gonartrosis secundaria es consecuencia directa de: trastornos del desarrollo fetal (es decir, que se producen ya en útero materno durante el embarazo) como las displasias de rodilla, que disminuyen la congruencia, es decir el grado de encaje articular; fracturas articulares con fragmentos que no quedan en buena posición; enfermedades reumáticas; enfermedades por depósito de sustancias en la articulación; infecciones articulares; flujo de sangre insuficiente a los cóndilos del adulto, que se tienden a colapsar: es la osteonecrosis o necrosis ósea vascular; flujo de sangre insuficiente a los cartílagos de crecimiento de la rodilla (niños y adolescentes), que alteran la forma articular: son las osteocondritis; extirpaciones de menisco, sobre todo del menisco externo; lesiones de los ligamentos cruzados que produzcan inestabilidad de la rodilla; lesión del ligamento colateral externo que provoque inestabilidad. El interno es raro que lleve a una artrosis; y por último, alteraciones excesivas en los ejes de la rodilla: genu varo cuando en posición de firmes, las rodillas están muy separadas ("piernas de vaquero"). Genu valgo cuando las rodillas están muy juntas pero los tobillos muy separados ("piernas en X"). Muy graves tienen que ser para provocar artrosis[11].

Síntomas:

a) Dolor: El dolor es síntoma básico, que lleva al paciente a la consulta médica. El dolor de tipo "mecánico" aumenta cuando comienza a moverse o caminar. Si continúa moviendo la articulación el dolor cederá para al cabo de un tiempo volver a incrementarse. Con reposo el dolor cede. Cuando evoluciona se notan chasquidos con el movimiento, que se va limitando progresivamente[11].

En la artrosis femoropatelar el paciente nota el dolor en la parte delantera de la rodilla, y a veces se refleja en la cara posterior (el hueco poplíteo). Es típico que aumenta con las escaleras, y sobre todo al bajarlas. Si está mucho tiempo sentado con las rodillas dobladas, el dolor obliga al paciente a levantarse porque con la rodilla estirada el dolor se calma. En la artrosis femorotibial, el dolor se nota en la cara de dentro, de fuera, o ambas, de la rodilla. En algunos casos puede hacerse difuso o notarse sólo en el hueco poplíteo. Aumenta al andar por terreno irregular. En casos avanzados duele incluso con la marcha por terreno llano[11].

b) Limitación progresiva de la movilidad de la articulación**:** Con el tiempo aparece la contractura o rigidez de rodilla, que la deja en una posición de flexión, siendo imposible estirarla. De tal modo que los gestos de la vida cotidiana como atarse un zapato, entrar en la bañera o subir a un autobús, se vuelven muy difíciles o imposibles[11].

La osteoartrosis de rodilla se diagnostica mediante la exploración que realiza el médico tanto del dolor como de la movilidad, unido al aspecto de la articulación en las radiografías. El aspecto de las radiografías

puede no corresponderse con el sufrimiento del paciente ya que un paciente casi sin molestias puede tener imágenes radiográficas muy alteradas y viceversa. Se deben solicitar radiografías de la zona, donde se puede observar: el espacio articular, el cual, es la región de unión entre los dos huesos de la articulación, que en la placa radiográfica aparece aparentemente vacía, pero realmente está ocupada por el cartílago, que es invisible a los rayos X. En la artrosis la destrucción de cartílago hace que dicho espacio se estreche: es el pinzamiento articular. El hueso de la zona aparece muy blanco (se compacta resaltando más a los rayos X). Se aprecian salientes en forma de pico en los bordes (osteofitos). Para el diagnóstico de la artrosis no se necesitan más pruebas[11].

El riesgo de desarrollar osteoartrosis sintomática está influido por la presencia de múltiples factores tales como obesidad, debilidad muscular, laxitud articular y alteración de la biomecánica los cuales son algunos de los parámetros modificables con medidas no farmacológicas. En ambos sexos, el sobrepeso es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de osteoartrosis sintomática y con lesiones radiológicas. Si bien se desconoce el mecanismo exacto, varios investigadores han sugerido que el exceso de peso aumenta el estrés biomecánico sobre las articulaciones que soportan peso; esto finalmente conduce al desarrollo de daño del cartílago articular. El antecedente de trauma articular y la presencia de deformidades óseas o de inestabilidad articular también son factores de riesgo para el desarrollo de osteoartrosis. Asimismo, estudios recientes han agregado a esta lista la debilidad muscular y la reducción de la propiocepción articular. En pacientes con osteoartrosis de rodilla es frecuente la debilidad de cuadriceps. Debido a la disminución de la estabilidad articular y de la capacidad para absorber impactos, la debilidad muscular contribuye a la discapacidad[12].

Obesidad

La obesidad se define como un exceso de tejido adiposo. El examen físico suele ser suficiente para detectar el exceso de grasa corporal. Puede usarse el índice de masa corporal (IMC) para reflejar de manera más precisa la presencia de tejido adiposo en exceso. El IMC se calcula dividiendo el peso corporal medido en kilogramos entre la estatura en metros cuadrados. Sin embargo, hay otros factores además del peso corporal que son importantes. La obesidad de la parte superior del cuerpo (exceso de grasa alrededor de la cintura y al costado) es un riesgo mayor para la salud que la obesidad de la parte inferior del cuerpo (grasa en los muslos y en las regiones glúteas). Los pacientes obesos con incremento en la circunferencia abdominal (>102 cm en varones y >88 cm en mujeres) tienen un riesgo mayor de diabetes mellitus, eventos vasculares cerebrales, arteriopatía coronaria y muerte temprana, que los pacientes igualmente obesos con índices más bajos. La diferencia adicional de la localización del exceso de grasa, sugiere que la grasa visceral dentro de la cavidad abdominal es más peligrosa para la salud que la subcutánea alrededor del abdomen. El National Health and Nutrition Exam Survey III (NHANES III) encontró que 59.4 por ciento de los varones y 49.9 por ciento de las mujeres tienen exceso de peso, además de que 19.9 por ciento y 25.1 por ciento, respectivamente, son obesos[8].

La obesidad es algo más frecuente en varones que en mujeres. La frecuencia de la obesidad está aumentando en la mayoría de los países desarrollados y en vías de desarrollo. Además el propio sobrepeso origina problemas físicos como pérdida de agilidad, facilidad para la fatiga, dificultades en la higiene personal con infecciones en la piel, dolores en las rodillas, tobillos y espalda[13].

La herencia y la genética influyen en el desarrollo de la obesidad, pero para que ésta se desarrolle necesariamente se han de ingerir más calorías con los alimentos que las que se consumen con la actividad diaria y el ejercicio. Por lo tanto hay otros dos componentes: comer demasiado y hacer poco ejercicio. Realizar una actividad física de forma regular ayuda a mantener un peso adecuado al aumentar las calorías que se queman con el ejercicio. No todas las personas obesas necesitan tratamiento médico.

Si un paciente pierde peso modificando su dieta y actividad física no es necesaria la consulta del médico. Sin embargo en las siguientes circunstancias se recomienda consultar al médico: personas con un IMC mayor de 30 que no han perdido peso con los cambios en la dieta y la actividad física; personas con un IMC de 30 o menor y que tienen además factores de riesgo como elevación de colesterol (hipercolesterolemia), diabetes, artrosis, u otras complicaciones relacionadas con el sobrepeso y por último, personas con un IMC de 30 o inferior que han aumentado su peso rápidamente[13].

La Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad, establece los lineamientos sanitarios para regular el manejo integral de la obesidad, la cual es una enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo. Se determina la existencia de obesidad en adultos cuando existe un índice de masa corporal mayor de 27 y en población de talla baja mayor de 25. Sin embargo, se considera al sobrepeso, el estado premórbido de la obesidad, caracterizado por la existencia de un índice de masa corporal mayor de 25 y menor de 27, en población adulta general y en población adulta de talla baja, mayor de 23 y menor de 25. Se considera talla baja en la mujer adulta, cuando su estatura es menor de 1.50 metros y para el hombre, menor de 1.60 metros[14].

La comorbilidad o los problemas relacionados con el sobrepeso y la obesidad como hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, dislipidemias, diabetes tipo 2, apnea del sueño, síndrome de hipoventilación, osteoartritis, infertilidad, así como hipertensión intracraneal idiopática, enfermedad venosa de miembros inferiores, reflujo gastroesofágico e incontinencia urinaria de esfuerzo, aumentan cuando se incrementa la obesidad y disminuyen o mejoran cuando ésta es tratada satisfactoriamente y requieren ser enviados al especialista correspondiente según el caso[14].

Obesidad y función física

La incapacidad física aumenta con el incremento del IMC. La obesidad es el mayor determinante de la disminución funcional en estos pacientes. La obesidad genera desventajas mecánicas en algunas partes del individuo, ya que se ha mostrado asociación con debilidad voluntaria del músculo cuadriceps. El paciente con osteoartrosis de rodilla y obesidad tiene limitaciones las cuales dificultan el desarrollo normal de las funciones básicas y de la vida diaria de la persona afectada y de quienes lo rodean, y sus posibilidades de participación en las actividades sociales y laborales dentro de su familia y su comunidad. La reducción de peso combinado con ejercicio moderado ha generado mejoría de la función mecánica en pacientes con osteoartrosis de rodilla, ya que el exceso de peso corporal incrementa el riesgo de desarrollar esta patología[15].

Las limitaciones se clasifican en tres categorías:

1) Deficiencia: es la pérdida o anormalidad de una función psicológica, fisiológica o anatómica. La deficiencia se refiere a los órganos del cuerpo. 2) Discapacidad: es la restricción o pérdida de la habilidad para desarrollar una acción o actividad en una forma considerada normal para las personas. La discapacidad se refiere a las personas. 3) Minusvalía: es la limitación que le impide a una persona el buen desarrollo de sus funciones, teniendo en cuenta la edad, el sexo y los factores socioculturales. Sus características dependen de la actitud asumida por la persona y el medio. La minusvalía se refiere a las limitaciones que experimentan las personas con discapacidades al actuar con miembros de la sociedad[16].
Todas éstas, deficiencia, discapacidad y minusvalía, pueden ser de duración corta o larga, reversible o permanente y estar compensadas parcial o totalmente por la persona o con ayuda de prótesis, ortesis u otras[16].

Comúnmente al hablar de incapacidad se piensa en los paralíticos o ciegos únicamente, olvidándose que todo individuo que presenta un impedimento para realizar las actividades diarias de la vida humana es un discapacitado, no importando cuál es su órgano o sistema alterado[16].

Actividades de la vida diaria

La evaluación funcional demuestra la capacidad del paciente para la realización de las actividades de la vida diaria[16].

Las actividades de la vida diaria se dividen en:

- actividades de cuidado personal
- de higiene
- de vestido
- de alimentación
- de ambulación y transporte
- manuales y de comunicación.

Para estas actividades el paciente debe tener patrones funcionales como: mano-cabeza, mano-boca, mano-recto; agarres, a mano llena, cilíndrico, dígito-palmar, pinzas-fina, lateral[16].

Evaluación de la función

La valoración funcional no debe ser exclusivamente analítica, sino que debe apreciar la interferencia de la discapacidad en la práctica de las actividades diarias y profesionales. Debe tomarse en cuenta la edad, las aptitudes intelectuales, actividad profesional, nivel cultural, comportamiento y perfil psicoanalítico del paciente[16].

Para valorar la funcionalidad de la rodilla, se utilizará un instrumento llamado Western Ontario and McMaster University (WOMAC) OA index[15], el cual es un instrumento diseñado para medir dolor, rigidez, función física y actividades asociadas con la cadera y la rodilla, en pacientes con osteoartrosis. El instrumento reúne los atributos necesarios para ser aplicado en nuestra población de pacientes. Se aplicará en pacientes con osteoartrosis de rodilla[17].

Existen diversas formas (clínicas, radiológicas, entre otras) de evaluar el compromiso por osteoartrosis. El instrumento de medición de capacidad funcional, dolor, actividades de la vida diaria por osteoartrosis fue elaborado en Canadá, el cuestionario WOMAC, el cual es un instrumento validado en diversos grupos de pacientes con osteoartrosis de rodilla y cadera[17].

El cuestionario WOMAC se desarrolló para poder disponer de un instrumento de medida estándar y válido internacionalmente para evaluar los resultados de los ensayos clínicos de tratamiento de la artrosis. Está dirigido a pacientes que sufren artrosis de rodilla y de cadera. Se seleccionaron tres conceptos importantes para el paciente e independientes del observador (personal sanitario o paciente): 1) dolor, 2) rigidez y 3) capacidad funcional. Contiene 3 apartados con 24 ítemes referidos como sigue: el apartado A para dolor (5 ítemes); apartado B para rigidez (2 ítemes) y apartado C para capacidad funcional (17 ítemes) de cadera y rodilla[18].

Existen dos versiones según el tipo de respuesta. Una es con respuestas en la escala analógica visual (EAV) horizontal de 10 centímetros que va de no dolor, no rigidez o buena capacidad funcional a dolor o rigidez o incapacidad extremos. La otra versión tipo Likert incluye cinco categorías referidas a la

intensidad (ninguno, poco, bastante, mucho, muchísimo). Los autores de la versión original realizaron un estudio sobre cómo influía la referencia temporal en las respuestas y hallaron que no había dependencia entre las respuestas de los pacientes y el marco temporal al que se hacía referencia, siempre que fuera entre 24 horas y 14 días. En la versión tipo Likert la puntuación de cada ítem va de 0 a 4 puntos. Para obtener la puntuación de cada dimensión se suman las puntuaciones de los ítemes correspondientes. En la versión tipo Likert para relacionarla con una escala de 0 a 10, se multiplica la puntuación de cada dimensión por una constante: 0.50 para dolor; 1.125 para rigidez y 0.147 para capacidad funcional. Igualmente puede procederse para la versión de escala analógica visual, donde los factores de normalización son: 0.20 para dolor; 0.50 para rigidez y 0.59 para capacidad funcional[18]. La Escala Visual Análoga (dolor) tiene rango de 0 a 10, 0 representa la ausencia de dolor y el 10 la máxima presencia del mismo[17].

WOMAC es un instrumento autoadministrado diseñado para medir dimensiones particularmente relevantes a la osteoartrosis. Específicamente mide dolor, rigidez, función física y actividades asociadas con la cadera y la rodilla (ver anexo 1)[17]. Este cuestionario se puede contestar en menos de cinco minutos y se dispone de la versión en español traducido y adaptado por E. Batlle-Gualda y J. Esteve-Vives en 1999[19].

Argumentación empírica

Enfermedades reumáticas. Generalidades:

Nuestro país está viviendo una transición epidemiológica en la cual persisten los padecimientos infecciosos y a ellos se les han añadido aquellos de las sociedades industrializadas como la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus, entre otros y los propios del envejecimiento de la población como son los degenerativos; aterosclerosis, enfermedades articulares degenerativas, entre otras. Es por ello, que el médico general debe adquirir conocimientos acerca de las enfermedades reumáticas para brindar una mejor atención de primer contacto a sus pacientes. La edad media de presentación de las enfermedades reumáticas en 1995 fue de 19 años y la distribución por sexo, ligeramente a favor de las mujeres. Con lo anterior queda claro que las enfermedades reumáticas no sólo se presentan en pacientes de la tercera edad (mayores de 59 años), sino que también afectan a adultos jóvenes, a partir de la tercera década de la vida[20]. Más adelante se comprenderá la importancia del conocimiento de este tipo de enfermedades para el médico general.

En relación con la prevalencia de osteoartrosis, esta se manifiesta radiológicamente en el 2 por ciento de los pacientes menores de 45 años, en el 30 por ciento de los sujetos comprendidos entre los 46 y 69 años de edad y en el 68 por ciento de aquellos mayores de 70 años. Estas cifras nos permiten inferir que existen aproximadamente 6 millones de casos con evidencia radiológica del padecimiento y que de estos, el 30 por ciento presentarán sintomatología clínica[20].

Reumatología:

Según Ramos Niembro en México, respecto a la demanda de servicios, las enfermedades reumáticas representan la tercera causa de consulta a nivel de medicina general (16 por ciento). a) En México, las enfermedades reumáticas ocupan el primer lugar como causa de incapacidad permanente por enfermedad general. b) En México, de acuerdo a lo mencionado previamente y según los datos del INEGI respecto a la población a 1995 de aproximadamente 93 millones, deben existir entre 270,000 a 900,000 pacientes con artritis reumatoide y alrededor de 6,000,000 de personas con enfermedad articular degenerativa[21].

Enfermedades reumáticas y discapacidad laboral en población adulta rural:

La prevalencia, las consecuencias funcionales y el elevado impacto socioeconómico de las enfermedades músculo-esqueléticas, las han convertido en un problema de salud pública en Estados Unidos de América y otros países desarrollados. En años recientes, una serie de estudios auspiciados por *International League Against the Rheumatism,* realizados en países con diferente nivel de desarrollo en América y Asia, mostraron que la magnitud de este impacto, tanto en prevalencia como en la generación de discapacidad es global. La prevalencia de enfermedades reumáticas tales como los síndromes regionales, osteoartrosis, artritis reumatoide, gota y fibromialgia presentaron variaciones sustanciales. El motivo de dichas variaciones radica en factores geográficos, demográficos, socioeconómicos y el tipo de residencia (urbana o rural). Puesto que no hay antecedentes de estudios que aborden la prevalencia y consecuencias funcionales de las enfermedades músculo-esqueléticas en el sureste de México, y con los objetivos de determinar la prevalencia de dolor músculo-esquelético no traumático, de las enfermedades reumáticas más frecuentes y de discapacidad laboral autopercibida, se realizó una encuesta en habitantes adultos de la comunidad rural de Cantamayec, Yucatán, México, la cual se consideró representativa de los entornos étnicos, demográficos y socioeconómicos del medio rural de dicha región. Se encuestaron 761 (92 por ciento) de 829 sujetos elegibles; 197 (25.8 por ciento) manifestaron dolor músculo-esquelético; en 156 (20.4 por ciento) se diagnosticó una enfermedad reumática cuya prevalencia individual fue síndrome de dolor regional, 6.1 por ciento ; osteoartrosis, 5.8 por ciento ; artritis reumatoide, 4.7 por ciento ; lumbalgia, 1.8 por ciento ; fibromialgia, 1.3 por ciento y gota, 0.7 por ciento . Se presentó discapacidad laboral autopercibida en 144 (18.9 por ciento)[22].

Los padecimientos músculo-esqueléticos, una de las principales causas de invalidez:

Los padecimientos del sistema músculo-esquelético son un serio problema de la salud pública al afectar alrededor de 30 por ciento de la población en general y representar una de las principales causas de invalidez, según el doctor Rolando Espinosa Morales, responsable del área de reumatología del Instituto Nacional de Rehabilitación de la Secretaría de Salud. En la actualidad la osteoartrosis afecta a cerca del 80 por ciento de los mayores de 65 años, lo que representa alrededor de 4.8 millones de personas. De seguir esta tendencia, se prevé que en el año 2050, 19 millones de habitantes sufrirán este mal. Entre los principales factores de riesgo para desarrollar osteoartrosis son: la edad, ya que después de los 35 años se empiezan a debilitar las articulaciones; el estilo de vida, sobrepeso, sedentarismo, trabajo físico en exceso, la práctica de algún deporte en exceso y herencia, entre otros, los cuales, también son factores de riesgo para desarrollar una mala función de vida diaria y mala calidad de vida. Los síntomas comunes son dolor o ruido al mover la rodilla, tobillo, cadera o la zona afectada, que desaparece con el reposo, sin embargo, al reanudar la movilidad o actividad, se vuelve a presentar[23].

Afecciones músculo-esqueléticas:

Entre un quince por ciento y un 20 por ciento de las consultas de atención primaria se deben a afecciones músculo-esqueléticas. La prevalencia de la osteoartrosis radiológica aumenta con la edad; así, por ejemplo, entre las personas de 55 a 74 años la prevalencia de la osteoartrosis de la mano es del 70 por ciento ; del pie es del 40 por ciento ; de la rodilla del 10 por ciento y de la cadera del 3 por ciento . Antes de los 45 años de edad afecta con mayor frecuencia a los hombres que a las mujeres. Después de los 45 años, se da con mayor frecuencia en las mujeres. No existen pruebas de que la incidencia específica por edad y sexo de la osteoartrosis haya sufrido variaciones en las últimas décadas. Sin embargo, el porcentaje de población con osteoartrosis aumentará en los próximos diez años por dos motivos. En primer lugar, el envejecimiento demográfico. En segundo lugar, el principal factor de riesgo no genético de la osteoartrosis (especialmente de la rodilla) es la obesidad[24].

Alternativas naturales para la artrosis:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), declaró que el 40 por ciento de las personas de más de 70 años sufre de osteoartrosis de rodilla, 80 por ciento de los que padecen osteoartrosis tienen alguna limitación del movimiento, y el 25 por ciento se ve impedido de realizar sus actividades habituales. El dolor en huesos y articulaciones se volvió un problema de salud pública preocupante. Las llamadas enfermedades reumáticas son más de 160, aunque la más común es la osteoartrosis (u artrosis), que causa discapacidad e inmovilidad y graves padecimientos. Se calcula que entre el 80 y 90 por ciento de las personas mayores de 65 años tienen alguna manifestación de artrosis, lo que representa en la Argentina 2,200,000 afectados. Por encima de los 45 años los hombres son más propensos que las mujeres a padecerla. Sin embargo, entre los 45 y los 55, las posibilidades empiezan a equipararse, mientras que por encima de los 55 afecta más las mujeres. En las mayores de 55 años es más frecuente y más grave[25].

Osteoartrosis, enfermedad articular degenerativa: IMSS

Entre las personas que tienen más riesgo de sufrir osteoartrosis, enfermedad propia del envejecimiento y del desgaste natural del cartílago que las recubre se encuentran las mujeres que padecen de osteoporosis. Otro grupo con alto riesgo de contraer esa enfermedad son las personas de entre 45 y 60 años de edad con obesidad, quienes llevan una vida sedentaria y quienes padecen deformidades óseas de las piernas, conocidas como "zambas" o en forma de "X", informó en un comunicado el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS). Se puede retardar su aparición si se evita el sobrepeso, el sedentarismo, y con ejercicio físico como natación, calentamiento muscular, bicicleta, aeróbicos o simplemente una caminata diaria de diez minutos. Estas acciones preventivas ayudan a mantener sanas las articulaciones y con mayor movilidad, de tal manera que se evita que se vuelvan rígidas, se degeneren y se destruyan más rápido, según Enrique Espinosa Urrutia, jefe de la División de Educación e Investigación en Salud del Hospital de Ortopedia "Victorio de la Fuente Narváez" del IMSS, en Magdalena de la Salinas. Explicó que esta enfermedad articular degenerativa se ha convertido en un problema de salud pública debido a la incapacidad y limitación de movimiento que produce en el afectado. Las complicaciones de la enfermedad requieren de un tratamiento costoso, ya que cuando existe una destrucción total de las articulaciones –etapa en que más se diagnostica- se necesita colocar prótesis de titanio, cerámica o de plástico de alta densidad, lo que implica complejas cirugías[26].

Artrosis:

La artrosis u osteoartrosis es una enfermedad frecuente que afecta a unos cuatro millones de españoles. Según una de las últimas Encuestas Nacionales de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, las enfermedades que afectan a los españoles adultos más abundantes son la artrosis, el reumatismo, la gota, el dolor de espalda y el lumbago, que constituyen el 23,7 por ciento de los casos. El 10,2 por ciento de la población adulta española sufre osteoartrosis de rodilla, otro 10 por ciento sufre osteoartrosis de columna lumbar y la osteoartrosis en las manos aparece en un 14 por ciento de la población mayor de 50 años. En España, a partir de los 65 años de edad hay más de un 70 por ciento de la población que padece osteoartrosis, aunque solamente padecen sus síntomas el 25 por ciento . La osteoartrosis es, con un quince por ciento , la segunda causa de dependencia en los ancianos después del Alzheimer (22 por ciento). A medida que la población envejece aumenta la prevalencia de la osteoartrosis y las enfermedades reumáticas, en general. La osteoartrosis es también la primera causa de cronicidad en la gente madura y superando a la hipertensión arterial en un 20 por ciento . El riesgo en la aparición de cervicoartrosis pasa de uno por ciento entre los 15-24 años a un 87 por ciento en varones y un 74 por ciento en mujeres de edades comprendidas entre 65 y 74 años. Antes de los 45 años, la osteoartrosis se produce más frecuentemente en los hombres (aunque no es común en adultos jóvenes). Después de los 55, se desarrolla más a menudo en las mujeres. En general, la osteoartrosis la sufren un 30 por ciento de

los hombres frente a un 70 por ciento de las mujeres. La incidencia es mayor con niveles educativos más bajos. En un estudio del 2000, un 41 por ciento de adultos con una titulación inferior a estudios de secundaria sufrieron osteoartrosis en comparación con un 21 por ciento de los licenciados universitarios. La osteoartrosis es común en todo el mundo aunque el riesgo en conjunto y el riesgo de aparición en articulaciones específicas cambian según los grupos étnicos. Tener sobrepeso agrava la osteoartrosis una vez que se inicia el deterioro. Un estudio importante a largo plazo sugirió que podría haber una relación casual entre la obesidad en las mujeres y la osteoartrosis en la rodilla. En el caso de los hombres, la relación no es tan fuerte. Los investigadores afirman que existe una mayor correlación de osteoartrosis entre padres e hijos o entre hermanos que entre maridos y mujeres. Un estudio sugería que podría estar involucrado un factor genético en el 30 por ciento de personas con osteoartrosis en la mano y en un 65 por ciento de los que la sufrían en las rodillas. Otros investigadores han descubierto un defecto congénito que parece favorecer la ruptura de esta red de colágeno, la estructura protectora del cartílago. Los daños en esta red pueden permitir también la penetración de enzimas destructivas y la absorción de un exceso de agua (otra característica del cartílago degenerado)[27].

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La osteoartrosis es una enfermedad dolorosa e incapacitante, cuya incidencia va en aumento y genera importantes problemas económicos por los costos y la discapacidad que conlleva. La rodilla es una de las articulaciones que se encarga de la transmisión de cargas y movimiento del miembro inferior, constituyendo la articulación más grande del cuerpo y quizás la más compleja. Desde el punto de vista mecánico, la rodilla se encarga de la estabilidad y la movilidad. En la rodilla, la osteoartrosis genera mayor repercusión funcional[18]. Su carácter discapacitante puede ocasionar un daño psicológico al enfermo y su entorno, unido a su baja mortalidad, constituye un problema de salud pública y una carga económica para la sociedad.

La gonartrosis es la forma más común de osteoartrosis. Las personas con sobrepeso desarrollan frecuentemente osteoartrosis de rodilla y la obesidad incrementa el riesgo y progresión de osteoartrosis de rodillas y caderas[10].

La obesidad está aumentando en la mayoría de los países desarrollados y en vías de desarrollo y tanto el sobrepeso como la obesidad originan problemas físicos como pérdida de agilidad, facilidad para la fatiga, dolores en las rodillas, tobillos y espalda, provocando un estado de discapacidad o restricción o pérdida de la habilidad para desarrollar una acción o actividad en una forma considerada normal para las personas, generando con esto, una alteración en la función para la vida diaria, afectando al propio paciente, su familia, la sociedad, el sector salud y al sistema de pensiones puesto que este padecimiento no sólo afecta a personas de la tercera edad sino que puede aparecer en edad temprana o productiva generando estados de discapacidad temporal o permanente.

Pregunta de investigación

Por lo anterior, se formula la siguiente pregunta:

¿Es la obesidad un factor asociado a la mala función para la vida diaria en pacientes con osteoartrosis de rodilla?

Respuesta anticipada (hipótesis)

La obesidad es más frecuente en los pacientes con osteoartrosis de rodilla que tienen mala función para la vida diaria en comparación con aquellos sin mala función.

Clasificación de la pregunta por el estado de los hechos
Explicativa.

Clasificación de la pregunta por la respuesta esperada
Cuantitativa.

Justificación

La artrosis de rodilla es un importante problema de salud. Los pacientes de edad avanzada, con sobrepeso u obesidad, y sobre todo las mujeres, tienen un alto riesgo de padecerla. La osteoartrosis puede aparecer a cualquier edad al igual que la obesidad generando mayor afección en la etapa productiva del paciente ocasionándole daño económico, social y por lo tanto, en su función de vida diaria. Por esto es importante identificar y modificar sus causas para así poder prevenir el dolor, la incapacidad para desarrollar las actividades de la vida diaria y disminuir el gasto sanitario que provoca.

Es necesario tener el conocimiento del efecto que genera la obesidad para la función de la vida diaria de una persona con osteoartrosis de rodilla, ya que estas patologías conjuntas pueden generar una mala función para el desarrollo de las actividades habituales o de la vida diaria, por lo que es necesario darle la importancia que requiere para evitar complicaciones principalmente en las personas de edad productiva (población de 12 años y más que se encuentra participando en la generación de bienes y servicios[28]), ya que cada vez, suelen presentarse en personas más jóvenes. La osteoartrosis ocupa los primeros lugares como motivo de atención en los servicios de reumatología, así lo establece un estudio realizado en un hospital de segundo nivel de atención médica en Guadalajara, en donde la osteoartrosis ocupó el 5° lugar[1].

Por tanto, este estudio pretende obtener conocimientos nuevos sobre la relación que existe entra la obesidad y el deterioro de la función en osteoartrosis de rodilla. La realización de este proyecto es de bajo costo y puede generar gran beneficio a la población en relación a mejoría y gastos que genera el padecimiento. Es un proyecto de investigación que genera bienestar a la población en general, porque investiga el efecto que genera la obesidad en la función de una persona con osteoartrosis de rodilla para sus actividades de la vida diaria. Los resultados de nuestro estudio podrán contribuir a disminuir la tasa de discapacidad prematura por este padecimiento.

Este proyecto ayudará a conocer el impacto que genera una enfermedad y evitar sus complicaciones como la discapacidad y por lo tanto la mala función para desarrollar las actividades de la vida diaria, ya que la obesidad es un padecimiento vulnerable a los tratamientos médicos pero difícil de manejar por el propio paciente y la osteoartrosis es un padecimiento poco vulnerable a los tratamientos médicos y una vez que se padece, sólo puede controlarse para evitar un proceso quirúrgico o un daño discapacitante.

La osteoartrosis es un padecimiento al que las Instituciones de salud poco le hacen caso pese a que este padecimiento está presente y afecta a la población de cualquier edad, generando un costo económico y social para el enfermo, la familia y el país.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar si la obesidad es un factor asociado a la mala función para la vida diaria en pacientes con osteoartrosis de rodilla en el Hospital Regional Dr. Luis F. Nachón.

Objetivos específicos

- Identificar prevalencia de obesidad en pacientes con osteoartrosis de rodilla.
- Identificar prevalencia de mala función para la vida diaria en pacientes con osteoartrosis de rodilla.
- Comparar la prevalencia de mala función en población con osteoartrosis de rodilla con obesidad, sobrepeso y peso normal.
- Evaluar la asociación de la obesidad y otras covariadas con la función para la vida diaria.

METODOLOGÍA

Se realizará un estudio de corte cuantitativo, de tipo observacional y transversal en donde se seleccionará de consulta externa, a los pacientes con osteoartrosis de rodilla que acuden a consulta para iniciar tratamiento y determinar la asociación de la obesidad con la mala función para la vida diaria. Durante el periodo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre de 2006, en el Hospital Regional Dr. Luis F. Nachón de Xalapa, Veracruz.

Tipo de estudio y diseño general

Estudio de tipo cuantitativo, observacional, transversal.

Universo de estudio, selección y tamaño de muestra. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Universo de estudio (población objetivo)

Pacientes con diagnóstico de osteoartrosis de rodilla que acuden al servicio de consulta externa de medicina general, de traumatología y ortopedia y medicina interna, en el Hospital Regional Dr. Luis F. Nachón.

Periodo de inclusión

Periodo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre de 2006.

Selección y tamaño de la muestra

No se calculará un tamaño de muestra dado que se incluirá al 100 por ciento de los pacientes del universo de estudio.

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de osteoartrosis de rodilla de acuerdo a los criterios de la Sociedad Mexicana de Reumatología.
- Que acudan a consulta externa de medicina general, de traumatología y ortopedia y medicina interna del Hospital Regional Dr. Luis F. Nachón.
- Mayores de 18 años de edad.

Criterios de exclusión

- Osteoartrosis diferente a la de rodilla.
- Pacientes que no acepten participar en este estudio.
- Embarazo.

Criterios de eliminación

- Los pacientes que en el cuestionario no proporcionen la información requerida, serán eliminados.

Unidad de análisis y observación

Pacientes con diagnóstico de osteoartrosis de rodilla. También se acudirá a fuentes secundarias de observación (hojas diarias de consulta externa del médico, expediente clínico).

Definición operacional de las variables

Ver el cuadro de variables (ver anexo 2).

Técnicas y procedimientos para la recolección de información

Selección de pacientes y recolección de la información

Se deberá hacer la detección de pacientes con diagnóstico de osteoartrosis de rodilla para determinar el universo de estudio mediante la revisión de las hojas diarias de consulta médica externa de medicina interna, traumatología y ortopedia y consulta médica general. Esta información se pedirá en el departamento de estadística. Se llevará a cabo la revisión del expediente clínico para conocer la próxima consulta del paciente y realizar la entrevista.

Escalas y cuestionarios

Se aplicará un cuestionario estructurado que contenga las siguientes secciones:

Función para la vida diaria

Se obtendrá la información de los resultados mediante la aplicación de un cuestionario que mide el grado de funcionalidad de los pacientes con osteoartrosis de rodilla llamado WOMAC, el cual, tiene un formato de escala visual análoga, para evaluar con este método los diferentes componentes que integran el instrumento (dolor, capacidad funcional, rigidez); y otro formato que contiene una escala tipo Likert (de menor a mayor dificultad) evaluando los mismos componentes. Se utilizará este instrumento para determinar el grado de funcionalidad de acuerdo a la escala de cero a diez donde se marcará con una “X” el grado de dificultad que ha presentado en los últimos dos días para realizar las actividades que se establecen en el mismo. En la versión tipo Likert la puntuación de cada ítem va de cero a cuatro puntos donde para obtener la puntuación de cada dimensión se suman las puntuaciones de los ítems correspondientes, para relacionarla con una escala de cero a diez, se multiplica la puntuación de cada dimensión por una constante: 0.50 para dolor; 1.125 para rigidez y 0.147 para capacidad funcional. Con preguntas cerradas y respuestas múltiples (ninguno, poco, bastante, mucho y muchísimo).

Ficha de identificación

Esta sección comprende una ficha de identificación del paciente para obtener respuesta a todas las variables planteadas, este apartado constará de 36 ítemes contenidos en 16 preguntas abiertas y 20 preguntas cerradas cuyas respuestas son dicotómicas.

Medición del sobrepeso y obesidad

Dentro de esta sección, se medirá el peso (sin zapatos y dando la espalda al estadímetro) utilizando como instrumento de medición una báscula con estadímetro y la talla (en posición de firmes dando la espalda al estadímetro con éste tocando la cabeza haciendo un ángulo de 90 grados) con el mismo instrumento de medición dividiendo el peso entre la talla al cuadrado para obtener el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual es un indicador ya valuado y así, determinar obesidad, sobrepeso o peso normal.

El cuestionario WOMAC aunado con la sección de ficha de identificación (ver anexo 3), será aplicado mediante una entrevista en el consultorio de medicina general, de traumatología y ortopedia o de medicina interna del Hospital Regional Dr. Luis F. Nachón.

Validación del instrumento

Validez de contenido:

El WOMAC es un instrumento con validez internacional de contenido, de constructo y de criterio, está traducido a varios idiomas, entre éstos, el español. Este instrumento fue traducido y adaptado por E. Batlle-Gualda y J. Esteve-Vives. Este instrumento fue validado en Perú por Glave Testino Carlos, Medina Esther, Pando Liliana, Ponce de León Hernando, Castro Fresia y éstos validaron la versión en castellano del instrumento en la población peruana de pacientes con osteoartrosis de rodilla, es decir, validez de criterio. Se llevó a cabo la evaluación de la posibilidad de aplicación del Instrumento considerando el tiempo de duración de la prueba y se estableció la sensibilidad al cambio del WOMAC-versión peruana mediante la medición en aquellos pacientes que han variado su estado de salud. Se llevó a cabo la revisión de este instrumento con el Dr. Domingo Vázquez Martínez, el Dr. Jaime Morales Romero y el Dr. Carlos Suárez Jácome quienes consideraron no realizar cambio alguno al mismo puesto que cumple los tres criterios de validez y la versión probada al español en Perú es entendible para los mexicanos y sólo se decidió utilizar el apartado C referente a capacidad funcional para medir la misma y se determinó que el propio investigador sea quien realice la entrevista.

Se realizó una sección como ficha de identificación del paciente para obtener la información del total de las variables manejadas en este protocolo. Dicha sección se realizó sin complicaciones para ser validado por el Dr. Domingo Vázquez Martínez y el Dr. Jaime Morales Romero y posteriormente ser piloteado y probar su funcionalidad. Al ser piloteado, se pudo observar que algunas preguntas no estaban bien planteadas puesto que eran difíciles de entender, por lo que se realizaron nuevas modificaciones. Posterior a esto, se realizó otro pilotaje y se observó que no hay dificultad para entender las preguntas, así que sólo se decide sustituir algunas preguntas que estaban abiertas por preguntas cerradas para facilitar y acortar el tiempo de aplicación.

Validación de construcción de las preguntas:

La sección realizada como ficha de identificación del paciente, fue validada por el Dr. Domingo Vázquez Martínez y el Dr. Jaime Morales Romero quienes sugieren eliminar algunas preguntas y agregar otras que midan más factores que apoyen este estudio y ser piloteado para verificar que las preguntas proporcionen

las respuestas esperadas. Nuevamente se valida por el Dr. Domingo Vázquez Martínez, el Dr. Jaime Morales Romero, el Dr. Roberto Zenteno Cuevas y la Maestra Cecilia Cortés Salazar quien sugiere eliminar algunas preguntas, mismas que son eliminadas y se prepara el instrumento para ser probado. Se pilotea con cuatro personas y se comprobó la buena funcionalidad de las preguntas realizadas ya que éstas proporcionan la respuesta esperada.

Validación de la capacidad del instrumento para medir u obtener datos:

Se llevó a cabo el análisis del WOMAC de acuerdo a la escala de medición establecida por sus creadores en la escala tipo Likert, en la cual se observó que de las cuatro personas entrevistadas, dos tienen funcionalidad para la vida diaria de 7, una con funcionalidad de 6 y otra con funcionalidad de 5, siendo de éstas, dos obesas y dos con peso normal de acuerdo a su IMC, con esto, se observó que este instrumento con la sección que se le adicionó, es un instrumento que puede cubrir las expectativas de la investigación.

PRE-PRUEBA

Puesta en práctica:

Como experiencia, he tenido el apoyo de mi asesor clínico en el diagnóstico de la osteoartrosis de rodilla así como de la enfermera y el médico residente en medicina familiar para entrevistar al paciente y realizar la medición del peso y la talla del mismo. Hasta el momento, sólo se han entrevistado como prueba a cuatro pacientes, los cuales han participado de manera favorable y por decisión propia. Estas entrevistas se han llevado a cabo sin complicaciones ni riesgos. Las preguntas realizadas en el instrumento son entendibles y nos da la respuesta esperada. Se obtuvo finalmente un cuestionario funcional para responder a la pregunta de investigación y cumplir con el objetivo general planteado.

Como conclusión, el instrumento cubre los requisitos esperados de validez de contenido, de criterio y de constructo así como de confiabilidad. Se trata de un instrumento para ser aplicado a través de una entrevista y medición de peso y talla con un tiempo promedio de duración de quince minutos.

Plan de análisis de los resultados

Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables

a) Para describir las variables de estudio se utilizará estadística descriptiva, es decir, medidas de frecuencia como porcentaje de pacientes por sexo con o sin mala función para la vida diaria y obesidad. Medidas de tendencia central y variabilidad para edad y edad de inicio de la osteoartrosis de rodilla como promedio, mediana, moda, dependiendo de los resultados que se obtengan.

b) Se aplicarán pruebas para la diferencia de proporciones a fin de comparar el porcentaje de pacientes con buena y mala función en razón del sexo, la duración de la enfermedad, con peso normal, sobrepeso y obesidad y ocupación.

c) Para identificar asociación de sexo, edad y edad de inicio de la osteoartrosis de rodilla con función para la vida diaria en pacientes con osteoartrosis de rodilla se calculará razón de momios en un modelo multivariado.

Programas a utilizar para análisis de datos

Todos los análisis serán realizados a través del programa SPSS versión 8.

Procedimientos que garanticen aspectos éticos en la investigación

a) Este protocolo será presentado a las autoridades pertinentes del Hospital Regional Dr. Luis F. Nachón para su aprobación.
b) Este estudio confiere un riesgo menor al mínimo.
c) A todo sujeto candidato a ser incluido se le explicarán los objetivos del estudio y los instrumentos de medición a utilizar.
d) Se respetará el derecho a no participar.
e) En todo momento se respetará la confidencialidad de la información.

CRONOGRAMA DE TRABAJO CON DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS FEBRERO-AGOSTO 2007

Actividades	Meses				
	Febrero	Marzo- Abril	Mayo-Junio	Julio	Agosto
Culminación de obtención de información para determinar el total de la población objetivo	X				
Aplicación de entrevistas		X			
Realización de base de datos y captura de la información			X		
Análisis de la información				X	
Presentación de resultados					X

Recursos

Recursos humanos

1 médico especialista en reumatología.
3 entrevistadores.
1 capturista.

Recursos materiales

Estacionamiento diario en el Hospital Regional Dr. Luis F. Nachón.
1 computadora portátil.
4 cuartuchos tintas negras.
1 cartucho tinta de color.
4 paquetes de 500 hojas blancas.
1 impresora.
1 engrapadora.
3 paquetes de grapas.
1 paquete de lápices de madera del número dos.
1 paquete de lapiceros tinta negra.

Recursos financieros

Los costos serán solventados por la tesista.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morales-Romero J, Cázares-Méndez JM, Gámez-Nava JI, Triano-Páez M, Villa-Manzano AI, López-Olivo MA, et al. La atención médica en reumatología en un hospital de segundo nivel de atención. Reumatol Clin 2005; 1:87-94.

2. Diccionario de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Tomo 1. Editorial Espasa Calpe, S. A.; 2001. Madrid, España; p. 115.

3. Rosemann T, Joss S, Koerner T, Szecsenyi J, Laux G. Comparison of AIMS2-SF WOMAC, X-ray and a global physician assessment in order to approach quality of life in patients suffering from osteoarthritis. BMC Musculoskeletal Disorders 2006; 7:1-8.

4. Martínez-Elizondo P. Introducción a la Reumatología. En: Sociedad Mexicana de Reumatología A. C., editores. 2 ed. México, D. F.; 1997. p. 164-73.

5. Zuñiga MA, Carrillo-Jiménez GT, Fos PJ, Gandek B, Medina-Moreno MR. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. Salud publica Mex 1999; 41:110-8.

6. Garduño-Estrada L, De la Garza-Sepúlveda V, Villa-Aburto O. Evaluación de la calidad de vida en estudiantes universitarios: desarrollo de un instrumento y resultados. Sexto Foro de Evaluación Educativa. Documento inédito 2002; 131-8.

7. Wigley RD, editores. The primary prevention of rheumatic diseases. Lancs UK: Parthenon Publishing Group; 1994.

8. Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA. Diagnóstico Clínico y tratamiento. En: Manual Moderno, editores. Enfermedad articular degenerativa (osteoartrosis). Obesidad. 39 ed. México, D. F.; 2004. p. 762-4, 1191-4.

9. Pelletier JP, Pelletier JM, Abramson SB. Osteoarthritis, an inflammatory disease. Potential implications for the selection of new therapeutic targets. Arthritis Rheum 2001; 44:1237-47.

10. Abud MC. Situación actual de los padecimientos reumáticos. Rev Med Hosp Gen Mex 2001; 64 (1 Supl 1):7-12.

11. American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). Actualizaciones en Cirugía Ortopédica y Traumatología de Kasser, James R. Barcelona: Masson; 1997.

12. Sociedad Americana de Geriatría. Panel sobre Ejercicio y Osteoartrosis de la Sociedad Americana de Geriatría. Recomendaciones prácticas para adultos mayores con dolor por osteoartrosis. Nueva York, EE. UU; 2002.

13. Farreras P, Rozman C, editores. Medicina Interna. (Pt 1). España: Mosby/Doyma; 1995.

14. Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad. México, D. F.; 2000.

15. Creamer P, Lethbridge-Cejku M, Hochberg MC. Factors associated with functional impairment in symptomatic knee osteoarthritis. Rheumatology 2000; 39:490-96.

16. Velasco A, editor. Manual de medicina física y rehabilitación. Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" decanato de medicina. Venezuela: Barquisimeto; 1999.

17. Glave-Testino C, Medina E, Pando L, Ponce de León H, Castro F, León G. Validación del WOMAC Perú. Rev. Peru Reum 1999; 5:13-20.

18. Ramón-Rona S. Función y calidad de vida de los pacientes con gonartrosis antes y después de la artroplastía de sustitución [tesis doctoral]. España: Barcelona Univ.; 2001.

19. Batlle-Gualda E, Esteve-Vives J, Piera MC, Hargreaves R, Cutts J. Adaptación transcultural del cuestionario WOMAC específico para artrosis de rodilla y cadera. Rev Esp Reumatol 1999; 26:38-45.

20. Enfermedades reumáticas. Generalidades [serial online] [citado 9 Sept 2006]. Disponible en: http://www.drscope.com/privados/pac/generales/reumatologia/enfreuma.htm

21. Instituto de Investigaciones Médico-biológicas. Reumatología. México: Universidad Veracruzana; 2000.

22. Álvarez-Nemegyei J, Nuño-Gutiérrez BL, Alcocer-Sánchez JA. Enfermedades reumáticas y discapacidad laboral en población adulta rural. Rev Med IMSS 2005; 43:287-92.

23. Instituto Nacional de Salud Pública. Los padecimientos músculo-esqueléticos, una de las principales causas de invalidez. México: Secretaría de Salud. En prensa 2005.

24. Comisión Europea de Salud Pública. Afecciones músculo-esqueléticas [serial online] [citado 6 Sept 2006]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/diseases/musculo_es.htm

25. Organización Mundial para la Salud (OMS). Alternativas naturales para la artrosis. Argentina: Córdoba; 2004.

26. Comunicación e Información de la Mujer (CIMAC). Osteoartrosis, enfermedad articular degenerativa: IMSS. México: D. F.; 2004.

27. Sociedad Española de Reumatología (SER). Artrosis. España; 2000.

28. Ladrón de Guevara ME, editor. Antología: Bases económicas del diagnóstico de salud. México: Xalapa, Veracruz; 2006.

29. Boonen A, van der Heijde D, Landewe R, Spoorenberg A, Schouten H, Rutten-van Molken M, et al. Work status and productivity costs due to ankylosing spondylitis: comparison of three European countries. Ann Rheum Dis 2002 61:429-37.

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER ORAL Y OROFARÍNGEO

Betzaida Cuevas Córdoba
Tutor: Dr. Roberto Zenteno Cuevas
Co-tutor: Dra. Clara Sampieri Ramírez

INTRODUCCIÓN

El cáncer es, sin duda, una de las enfermedades que ha irrumpido con mayor ímpetu en el panorama epidemiológico del país desde finales del siglo XX convirtiéndose en un problema de salud pública a nivel mundial no sólo por sus graves manifestaciones clínicas y su alta letalidad, sino también por la gran variedad de factores de riesgo -individuales y ambientales- con los que se asocia[1].

En las últimas décadas, se ha venido produciendo un aumento de la población anciana, especialmente en los países occidentales, y el cáncer oral, como la gran mayoría de los cánceres, es una enfermedad relacionada con el envejecimiento; de todos los factores que pueden contribuir a la aparición y desarrollo del cáncer, la edad es el que se supone de mayor riesgo epidemiológico[2].

En México se ha visto el continuo aumento de las enfermedades crónico-degenerativas, hasta constituirse en las principales causas de muerte y de enfermedad; sin embargo, las enfermedades infecciosas, siguen ocupando los primeros lugares y continúan concentrando la mayoría de los recursos destinados a la atención de la salud[1].

Específicamente el cáncer bucal, es una enfermedad que pese a no tener una incidencia alarmante (tasa de 1.26 a nivel Nacional y 2.5 a nivel estatal por 100 mil habitantes[3]), si tiene una gran letalidad, debido a que del 65 al 75% de los casos se diagnostican en etapas tardías[4], ocasionando una supervivencia del 40% de los pacientes con afectación regional y menos del 20% a los pacientes con metástasis a distancia a cinco años del diagnóstico[5].

Por otro lado, aquellos pacientes que tienen la fortuna de sobrevivir, requieren tratamientos multidisciplinarios, que generan altos costos, y debido su situación anatómica, el paciente se ve afectado psicológica, estética y funcionalmente, por lo cual, su calidad de vida también se ve disminuida[6].

Todo esto permite identificar la trascendencia que revelería el diagnóstico precoz, en este sentido es importante mencionar que se conoce la existencia de factores de riesgo para este padecimiento y recientemente se a avanzado mucho en el campo molecular, encontrando marcadores para cáncer oral, que han sido validados en otros países, y que ofrecen un diagnóstico antes de encontrar manifestaciones clínicas visibles, sin embargo es necesario analizar los datos genéticos y epidemiológicos de cada país, pues aunque como seres humanos tenemos el mismo mecanismo de defensa ante las enfermedades, como razas (con características genéticas y estilos de vida distintos) respondemos de manera diferente ante los riesgos y factores que generan la propia enfermedad[7].

Este trabajo pretende, ponderar los factores de riesgo para cáncer oral presentes en la población local, según su fuerza de asociación, y comprobar la sensibilidad y especificidad que ofrece el conteo de Interleucinas 6 y 8 como prueba diagnóstica molecular para cáncer oral, en pacientes de la región, con el objetivo a largo plazo de proponer un método para la pesquisa de este padecimiento, y dirigir acciones encaminadas a disminuir la enfermedad.

ESTADO DE LA CUESTIÓN: DE LA TEORÍA Y DE LOS HECHOS

Descripción de la enfermedad:

Cáncer oral

Es un término genérico para un grupo de más de 100 enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo [8], se produce por modificaciones en la información genética de las células, que proliferan sin control formando tumores malignos que tienden a crecer de manera invasiva[9].

El cáncer oral es parte de un grupo de canceres denominados de cabeza y cuello [10], estos presentan un índice que está aumentando en muchas partes del mundo, y este incremento se mantiene, a pesar de todos los avances en medicina moderna, desafortunadamente, no ha recibido atención satisfactoria como otros tipos de cáncer más frecuentes de países desarrollados [11].

Aproximadamente 85% de los cánceres de cabeza y cuello se desarrollan a partir de la mucosa de vías aerodigestivas superiores, en México el carcinoma de cavidad oral es el más frecuente de estas [12] y puede desarrollarse en cualquier parte de la cavidad oral y la orofaríngе[13].

Tabla 1. Lugares anatómicos en los que se presenta el cáncer oral

Cáncer de Cavidad oral	Cáncer Orofaríngeo
Labio, piso oral, lengua, mucosa yugal, gingiva superior e inferior, paladar duro, trígono retromolar. [14]	Base de lengua, región amigdalina, velo del paladar, pared posterior de la faringe.[14]

Histología

Se forma en las células planas (células escamosas) que cubren la superficie de la boca, lengua, y labios. Estos canceres son llamados carcinomas de células escamosas [13] o epidermoide [15] y representan el (90 por ciento) del cáncer oral, el otro diez por ciento corresponde a melanomas, linfomas, sarcomas, carcinomas de glándulas salivales menores y metástasis [16].

El carcinoma de células escamosas representa el 30 por ciento de los cánceres de cabeza y cuello, y según las Organización Mundial de la Salud en el año 2000, es el octavo cáncer más común en todo el mundo [15].es por esto que, el cáncer de cavidad oral y orofaríngе representa un gran problema de salud pública. [17]

Historia natural de la enfermedad

FIGURA 1: CÁNCER ORAL

Etiología: factores de riesgo

La etiología del cáncer oral permanece desconocida. No obstante se sabe de la existencia de una serie de factores de riesgo que podrían actuar como agentes carcinógenos a la hora de producir el cáncer oral[15].

En el caso del ser humano, se requiere no sólo conocer su estilo de vida y su hábitat, sino también su genoma, que incluye la identificación de genes que confieren a cada individuo la capacidad de responder, de manera diferente ante la presencia, de un patógeno, así como de tener mayor o menor riesgo de padecer alguna enfermedad crónico degenerativa como el cáncer, entre otras[7].

El riesgo de una enfermedad es una proporción que indica la probabilidad de que ocurra un determinado suceso en un periodo de tiempo o edad determinados, este término lleva implícito la presencia de uno o más factores que incrementan dicha probabilidad[18].

Sin embargo es pertinente definir varios conceptos que se manejan en la determinación del riesgo de enfermedad. El riesgo puede ser identificado por diferentes términos: Factores de riesgo, determinantes de riesgo, indicadores de riesgo y predictores de riesgo[18].

Factor de riesgo: Es una característica, aspecto de la conducta o una exposición ambiental la cual se asocia con la enfermedad. Su exposición hace que aumente la probabilidad de padecer la enfermedad y su eliminación reduce la posibilidad de adquirirla.

Determinantes de riesgo: son factores de riesgo que no pueden ser modificados: edad, sexo, raza, genética. Se utilizan para identificar grupos de riesgo. Algunas de estas características inmutables no se consideran etiológicas (edad, sexo y raza,)

Indicador de riesgo: es un factor causal biológicamente plausible, pero sólo se ha demostrado estar asociado con la enfermedad en estudios transversales y casos-control: estrés, comportamiento, osteopenia y osteoporosis.

Predictor de riesgo o marcador de riesgo: son factores que indican la presencia de la enfermedad y pero no son factores etiológicos. (Interleucinas 6 Y 8)

En relación al cáncer oral y de orofaríngе se han realizado múltiples investigaciones que hablan sobre esta multicausalidad, identificando efectos combinados de factores exógenos; como el tabaco [6,,20,21,22,23,24], el alcohol [6,20,21,22,23,24], las maloclusiones [20,22], la higiene oral defectuosa [20,22,23], infecciones localizadas [20,22,25] (bacterianas, micóticas y virales[15], VPH [16,20,21,26,27,] Epstein Barr [16], Herpes simple [16,21]), irritación por prótesis [6,20,21,22,23], la exposición a las toxinas [20,] exposición prolongada al sol [23,28,29,] ingestión de comida caliente y/o condimentada [23], la malnutrición [20], y factores de riesgo de tipo profesional, como exposición a fibras textiles[20], refinamiento del níquel [20] y trabajo con madera [20,25], y otros autores incluyen también la inmunosupresión [6,21], y la radiación [15]; además de factores endógenos, como la edad ya que alrededor del 95% de los cánceres ocurren en mayores de 40 años [2,23], con una edad media de diagnóstico de 60 años y se estima que la mitad de los cánceres ocurren en mayores de 65 años [2], el sexo masculino (H:M, 2.5:1) [22, 23, 28, 29] la herencia, antecedentes de cáncer o lesiones precancerosas [21, 24,26,27] las enfermedades hepáticas [20], los factores hormonales [20], algunas infecciones sistémicas como la sífilis [20].

Dentro de estos factores endógenos la genética tiene un papel importante, ya que el cáncer reproduce un proceso multisecuencial que implica una serie de alteraciones discretas, irreversibles y complementarias en los genes que controlan el crecimiento, la muerte y la diferenciación celular [15].

Estudios estadísticos de aspectos moleculares sugieren que hacen falta entre 6 y 10 alteraciones genéticas, para que se produzca una transformación maligna de la mucosa oral[19].

Con la llegada de nuevas tecnologías diagnósticas y la necesidad de su aplicación a la salud de las poblaciones nació la epidemiología molecular, este término se originó en aquellos estudios en donde se utilizaban técnicas moleculares analizadas con métodos estadísticos usados en la epidemiología, en donde la importancia radica en la aplicación de dichas técnicas para la solución de problemas epidemiológicos[7].

Para aplicar la epidemiología molecular es necesario el análisis de los datos genéticos y epidemiológicos de cada país, pues aunque como seres humanos tenemos el mismo mecanismo de defensa ante las enfermedades, como razas (con características genéticas y estilos de vida distintos) respondemos de manera diferente ante los riesgos y factores que generan la propia enfermedad[7].

Tomando en cuenta, que los procesos que ocurren ante la exposición y desarrollo del cáncer, generalmente están ocultos durante un tiempo, podemos decir que la epidemiología molecular nos permite inferir los factores de riesgo y por tanto establecer programas de prevención que enfaticen la detección temprana y disminuyan las condiciones de riesgo[7].

Predictor o marcador molecular de riesgo para cáncer oral

En el 2004, Maie y col. realizaron un estudio en Carolina del Norte, en donde fueron detectadas Interleucina 6 y 8 (IL6 y 8) en altas concentraciones en suero y saliva respectivamente, de pacientes con carcinoma de células escamosas de cavidad oral y orofaringe, su empleo como marcador diagnóstico, muestra un 99 por ciento de sensibilidad y 90 por ciento de especificidad. [25] Además, en un estudio realizado en la Asociación Americana para la Investigación del Cáncer, en el 2004, se mostró que el fluido oral (saliva) cubre la demanda de ser un medio de diagnóstico no invasivo, accesible, y altamente eficiente, en el cual encontraron IL8 como uno de siete marcadores moleculares para carcinoma oral de células escamosas[32].

Signos y síntomas

Los cánceres escamosos de cabeza cuello se manifiestan clínicamente de distintas formas. Los síntomas y signos se originan tanto del tumor primario, lo que dependerá de su localización, como del compromiso ganglionar cervical [30].

Algunos tumores se expresan tempranamente (cáncer del labio), otros lo hacen en etapas locales avanzadas (senos maxilares) y otros casos se expresan por el compromiso de linfonodos cervicales (cáncer nasofaríngeo) y no por el tumor de origen[30].

La manifestación esperable para todo tumor es una masa de crecimiento más o menos rápida, en los cánceres de la cavidad oral, dicha masa además de ser indurada puede ulcerarse y sangrar, sin dolor [30]. Así, dependiendo del lugar pueden manifestarse por otalgia, disfonía, disfagia lógica, dificultad respiratoria, obstrucción nasal, epistaxis, aflojamiento dentario, etc[30].

Diagnóstico

Aunque la cavidad oral es un área accesible y examinada con frecuencia, el hecho de que el cáncer oral sea normalmente indoloro, puede ser una de las causas del habitual el diagnóstico tardío [15], en México del 65 al 75 por ciento del cáncer oral, es diagnosticado en etapas tardías[4], por lo cual la tasa de supervivencia a los cinco años es de 80 por ciento en estadios iniciales, 40 por ciento en afectación regional y menos de 20 por ciento para pacientes con metástasis a distancia[5].

Sin embargo, este tipo de cáncer puede diagnosticarse mediante un cambio de color rojizo o rojo-blanquecino en la mucosa, la aparición de una zona indurada, hemorragias sin causa aparente, presencia de una zona ulcerada crónica y existencia de una masa sobreelevada (verrucosa o ulcerada). Nos obstante, hay algunos tipos de cánceres difícilmente detectables por el procedimiento clínico habitual. Tal es el caso del melanoma amelanótico maligno, el cuál, debido a su falta de pigmentación, la mayoría de las veces pasa desapercibido[15].

Además del diagnóstico clínico, este puede auxiliarse de biopsias de las lesiones intrabucales, citología, [10] laringoscopía directa, y tomografía axial computada, que es un elemento fundamental en el diagnóstico de esta patología y en la etapificación local, regional[30].

Recientemente se ha hecho más común el estudio genético de marcadores moleculares, los cuales permiten detectar alteraciones antes de que sean visibles clínicamente[14].

Diagnóstico molecular

Los avances recientes en el diagnóstico y técnicas terapéuticas de estas lesiones han fomentado nuevos objetivos moleculares, descubriendo marcadores y avanzando en la detección temprana de cáncer[11].

El estudio genético de estos marcadores moleculares permite detectar alteraciones antes de que se produzcan cambios en la morfología celular y de que esos cambios sean clínicamente visibles [14], así la detección precoz en estadios asintomáticos garantiza un aumento en las tasas de supervivencia y mejora en la calidad de vida y disminución de costos derivados de la atención[4].

En algunas enfermedades malignas existen marcadores que pueden ser detectados en la saliva como la presencia de anticuerpos frente a la proteína p53 en pacientes con carcinoma oral de células escamosas, o niveles elevados de defensina-1 positivamente relacionados con los niveles en el suero[31].

El uso de saliva para la detección del cáncer oral ha sido un objetivo histórico que tiene que llegar a la consecución, en este sentido, se han realizado importantes esfuerzos de investigaciones transnacionales en alianza con iniciativas hechas por el Instituto Nacional de Investigación Dental y de Craneofacial hacia a la consecución de iniciar los diagnósticos de saliva y, en particular, para la detección de cáncer oral basada en saliva[19].

Metástasis

Cuando el cáncer oral se disemina (metástasis), usualmente viaja a través del sistema linfático. Las células de cáncer que entran en el sistema linfático son llevadas por la linfa y a menudo aparecen primero cerca de los linfonodos en el cuello[13].

Las células de cáncer pueden diseminarse a otras partes de cuello, y del cuerpo, como los pulmones. Cuando esto sucede el nuevo tumor tiene el mismo tipo anormal de células que el tumor primario. Por ejemplo, si el cáncer oral se disemina a los pulmones, las células de cáncer en los pulmones son actualmente células de cáncer oral, esta enfermedad es metástasis de cáncer oral, no cáncer de pulmón, y es tratado como cáncer oral[33].

Estadificación

La estadificación describe la extensión o gravedad del cáncer que aqueja a un individuo en base a la extensión del tumor original (primario) y la extensión de la diseminación en el cuerpo[33].

El sistema TNM es uno de los sistemas de estadificación más comúnmente usados. Este sistema ha sido aceptado por la International Union Against Cancer (UICC) y el American Joint Committee on Cancer (AJCC). La mayoría de los establecimientos médicos usan el sistema TNM como método principal de reportar sobre el cáncer[33].

El sistema TNM está basado en la extensión del tumor (T)**,** la extensión de la diseminación a los ganglios linfáticos (N)**,** y la presencia de metástasis (M)**.** Un número se añade a cada letra para indicar el tamaño o extensión del tumor y la extensión de la diseminación[33].

Tumor primario (T)

TX	El tumor primario no puede ser evaluado
T0	No hay evidencia de tumor primario
Tis	Carcinoma in situ (cáncer inicial que no se ha diseminado a tejidos vecinos)
T1, T2, T3, T4	Tamaño y/o extensión del tumor primario

Ganglios linfáticos regionales (N)

NX	No es posible evaluar los ganglios linfáticos regionales
N0	No existe complicación de ganglios linfáticos regionales (no se encontró cáncer en los ganglios linfáticos)
N1, N2, N3	Complicación de ganglios linfáticos regionales (número y/o extensión de diseminación)

Metástasis distante (M)

MX	No es posible evaluar una metástasis distante
M0	No existe metástasis distante (el cáncer no se ha diseminado a otras partes del cuerpo)
M1	Metástasis distante (el cáncer se ha diseminado a partes distantes del cuerpo)

Las combinaciones TNM corresponden a una etapa o estadio de cinco posibles. Los criterios para las etapas difieren para tipos diferentes de cáncer[33].

Para el cáncer oral corresponden las siguientes etapas:

Tabla 2. Estadios del cáncer oral

Etapa 0	Carcinoma in situ (cáncer inicial que está presente sólo en la capa de células en donde empezó) [33]
Etapa I	El cáncer no mide más de 2 centímetros y no se ha diseminado a los ganglios linfáticos del área. [30]
Etapa II	El cáncer mide más de 2 centímetros, pero menos de 4 y no se ha diseminado a los ganglios linfáticos del área. [30]
Etapa III	Se da una de estas situaciones: [30] El cáncer mide más de 4 centímetros. El cáncer tiene cualquier tamaño, pero se ha diseminado solamente a un ganglio linfático situado en el mismo lado del cuello que el cáncer. El ganglio linfático que tiene cáncer no mide más de 3 centímetros
Etapa IV	Se podría dar cualquiera de las siguientes situaciones: [30] El cáncer se ha diseminado a los tejidos situados alrededor del labio y de la cavidad oral. Los ganglios linfáticos del área pueden o no tener cáncer. El cáncer tiene cualquier tamaño y se ha diseminado a más de un ganglio linfático en el mismo lado del cuello donde está el cáncer, a ganglios linfáticos de uno o ambos lados del cuello, o a cualquier ganglio linfático que mida más de 6 centímetros. El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo

Las clases de pruebas usadas para estadificación dependen del tipo de cáncer. Las pruebas son las siguientes [33].

1. Exámenes físicos, los cuales se utilizan para reunir información sobre el cáncer. El doctor examina el cuerpo con la vista, con el tacto y con el oído buscando cualquier cosa que sea irregular. El

examen físico puede mostrar el sitio y tamaño de los tumores y la diseminación del cáncer a los ganglios linfáticos o a otros órganos [33].

2. Los estudios de imágenes producen imágenes de áreas internas del cuerpo. Estos estudios son herramientas importantes para determinar la etapa o estadio. Procedimientos tales como rayos X, escanogramas de tomografía computarizada (TAC), resonancia magnética y tomografía por emisión de positrones (TEP) pueden mostrar el sitio del cáncer, tamaño del tumor y si hay diseminación del cáncer [33].
3. Las pruebas de laboratorio son análisis de sangre, orina, de otros fluidos y tejidos que se extraen del cuerpo. Por ejemplo, análisis de funciones del hígado y marcadores de tumores (sustancias que se encuentran algunas veces en cantidades mayores si hay cáncer presente) pueden proporcionar información sobre el cáncer [33].
4. Los informes de patología pueden incluir información sobre el tamaño del tumor, el crecimiento del tumor dentro de otros tejidos u órganos, el tipo de células cancerosas y el grado del tumor (qué tanto se parecen las células cancerosas al tejido normal). Una biopsia (la remoción de células o tejidos para examinarlos al microscopio) puede efectuarse para proporcionar información para el reporte de patología. Informes de citología también describen los resultados de exámenes de células en los fluidos del cuerpo [33].
5. Los informes de cirugía reportan lo que se encontró durante la cirugía. Estos informes describen el tamaño y la apariencia del tumor e incluyen con frecuencia observaciones sobre ganglios linfáticos y órganos vecinos [33].

Tratamiento

El manejo integral de estos pacientes se efectúa con equipos muildisciplinarios (oncólogos, cirujanos cervico-faciales, radioterapeutas, cirujanos reconstructivos, foniatras y protesistas) que proporcionan tratamiento, rehabilitación funcional y reintegración del paciente a su entorno, además de psicólogos, y nutriólogos, que en general ocasionan grandes costos económicos[6].

Un gran porcentaje de tumores son diagnosticados en un estado de evolución muy avanzado conduciendo a la necesidad de tener que aplicar técnicas terapéuticas agresivas que alteran notablemente la calidad de vida de los enfermos [15] con alteraciones funcionales, estéticas y psicológicas.

Las actuales terapias en cáncer de cabeza y cuello escamoso *son* la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia, *ya sean con intención curativa o paliativa.* Las indicaciones dependerán de la etapa clínicopatológica (clasificación TNM) y del origen primario de la lesión neoplásica[30].

Entre estos procedimientos destaca la radioterapia, que al actuar no sólo en los tejidos enfermos, sino también sobre las células sanas, provoca la aparición de alteraciones orales (mucositis, xerostomía) y sistémicas (inmunosupresión, infecciones víricas y fúngicas), entre otras. Con el uso de la quimioterapia también se producen complicaciones a nivel de la mucosa gastrointestinal y oral mediante un mecanismo de toxicidad directa e indirecta [15].

El mecanismo directo se explica porque las células de la mucosa oral presentan una alta tasa de proliferación celular semejante a las células neoplásicas, haciéndolas susceptibles a las diferentes modalidades de agentes citostáticos, dando como resultado atrofias y colapsos eventuales de la integridad de la mucosa debido al daño de la capa reproductiva y a la regeneración celular limitada. La toxicidad indirecta es el resultado de la inmunosupresión inducida por el tratamiento antineoplásico, de tal manera, que la cavidad oral está en riesgo de sufrir lesiones e infecciones mucosas y también puede tener lugar la exacerbación de lesiones preexistentes [15].

Prevención

Una de las formas evidentes para prevenir esta enfermedad, es obviamente disminuir en lo más posible los factores de riesgo que se han encontrado asociados a la misma, sin embargo estos frecuentemente son hábitos muy arraigados; por otra parte en cuanto a la prevención secundaria, uno de los más grandes problemas con el cáncer oral es lo tardío de su diagnóstico.

Aproximadamente la mitad de los casos el cáncer oral va precedido por lesiones o condiciones precancerizables, por lo que un diagnóstico precoz de las mismas influirá notablemente en la tasa de supervivencia, reduciendo la morbilidad y mortalidad [15].

El diagnóstico precoz es una condición importante para el tratamiento efectivo de cualquier enfermedad, particularmente en oncología, donde la curación del tumor maligno en un estadio avanzado es una excepción, aún los pacientes tratados exitosamente deben sufrir generalmente extensas cirugías que causan desfiguración y afectan negativamente su calidad de vida [10], es por esto que la detección precoz en estadios asintomáticos garantiza un aumento en las tasas de supervivencia y una mejora en la calidad de vida en consecuencia a tratamientos menos agresivos y mutilantes [22].

Sin embargo, una proporción significativa de pacientes retrasan la búsqueda de ayuda aun después de descubrirse síntomas de cáncer oral. La literatura menciona que factores de cuidados a la salud y psicosociales pueden jugar un papel importante en dicho el retardo por parte de los pacientes, no obstante la investigación en este sentido aún es escasa y de pobre calidad [34].

Panorama Epidemiológico

Mundial

El cáncer oral es uno de los 10 cánceres más frecuentes en el mundo, con tres cuartas partes de los casos en países en vías de desarrollo[2], representa del dos al cuatro por ciento de todos los cánceres diagnosticados, con un incremento anual de 5.000 nuevos casos por año [15], promedia una tasa bruta de mortalidad mundial de 7.9 en el hombre y 2.2 en la mujer por 100 000 habitantes [25] y una razón de masculinidad aproximada de 2:1; cabe destacar la marcada variabilidad geográfica respecto a su incidencia, encontrando las cifras más altas en la India y otras regiones del sureste asiático (el cáncer oral representa el 40% de todos los cánceres orgánicos), muy relacionadas con las diferentes formas de hábito tabáquico en dichas zonas. En Europa, Hungría destaca con una incidencia de cáncer oral del cinco por ciento respecto al uno-cuatro por ciento en el resto de los países europeos [15].

Nacional

En la República Mexicana, el cáncer de cabeza y cuello alcanza una magnitud considerable, ocupa el sexto lugar de las neoplasias en México afecta a 5.2-6.8 por ciento de la población mexicana, y el catorce por ciento según un estudio realizado en el Instituto Nacional de Cancerología [12].

El cáncer oral ocupó el 5º lugar de los casos de cáncer en hombres (5.6 por ciento) y el 13º para mujeres (1.3 por ciento), atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología (INC) de 1985 a 1994 [35].

Y para el año 2000, promedio una tasa de morbilidad nacional de 1.26 y una de mortalidad de 1.23 por 100 mil habitantes [3].

Estatal

El Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM) del 2000 reportó para Veracruz una tasa de morbilidad de 2.5, por 100 mil habitantes[3], mientras que el Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) del mismo año informó una tasa de mortalidad estatal por cáncer oral de 0.52 por 100 mil habitantes [36].

Local

El Centro Estatal de Cancerología del estado "Dr. Miguel Dorantes Mesa" (CECAN) ha presentado del 2000 a la fecha un promedio de doce casos nuevos por año con un rango mayor de 16 y un menor de nueve, lo cual arroja en promedio de todos los años, una tasa de morbilidad hospitalaria de 6.3 por cada mil egresos (Ver Tabla 3), siendo la localización más frecuente orofaringe, seguida de lengua, encía y paladar [37]. (Ver Tabla 4)

Tabla 3. Tasa de morbilidad Hospitalaria del CECAN por año

AÑO	2003	2004	2005	2006	PROMEDIO
Casos Nuevos	9	10	14	13	11.5
Egresos Hospitalarios	1626	1276	1867	2520	1822.25
Tasa de Morbilidad (por mil egresos)	5.53	7.84	7.50	5.16	6.31

Departamento de Estadística de Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa"

Tabla 4. Distribución absoluta y porcentual de las localizaciones anatómicas cáncer oral atendidas en el CECAN del 2000-2006

CÁNCER DE CAVIDAD ORAL Y OROFARINGE	n	%	Promedio por año
Orofaringe	20	23.81	2.86
Lengua	16	19.05	2.29
Encía	9	10.71	1.29
Paladar	9	10.71	1.29
Boca, parte no especificada	8	9.52	1.14
Amígdala	7	8.33	1.00
Labio	6	7.14	0.86
Retromolar	5	5.95	0.71
Piso de boca	4	4.76	0.57
Cavidad oral y orofaringe	84	100.00	12

Departamento de Estadística de Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa"

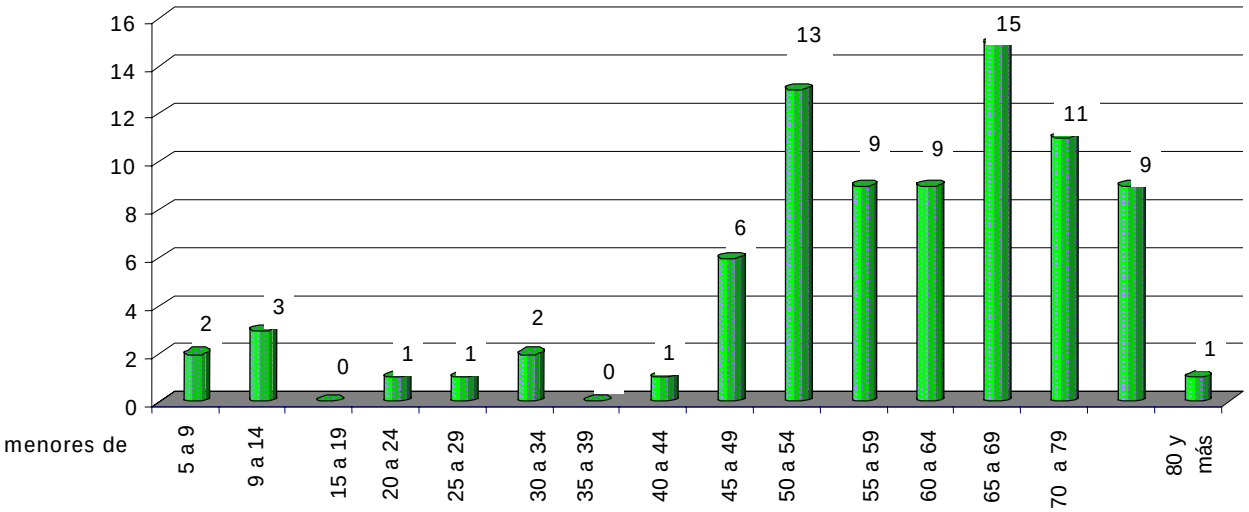
La razón de masculinidad, se observa muy elevada respecto a otros países, siendo en promedio de los siete años es de 4. 6 (Ver Tabla 6); en relación a el grupo etario se encontró un importante ascenso desde los 40, alcanzando su pico máximo en el grupo de 60-65, así el 44 por ciento de todos los pacientes afectados con cáncer oral se concentra en el rango de 40 a 59 años de edad, es decir en la edad productiva [37]. (Ver Gráfica 1)

Tabla 5. Distribución de casos nuevos de cáncer oral atendidos en el CECAN por sexo del 2000 al 2006

SEXO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL	%
MASCULINO	6	14	10	8	9	12	10	69	82.14%
FEMENINO	3	2	3	1	1	2	3	15	17.86%
TOTAL	9	16	13	9	10	14	13	84	100.00%
RAZÓN H:M	2:1	7:1	3.3:1	8:1	9:1	6:1	3.3:1	4.6:1	4.6:1

Departamento de Estadística de Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa"

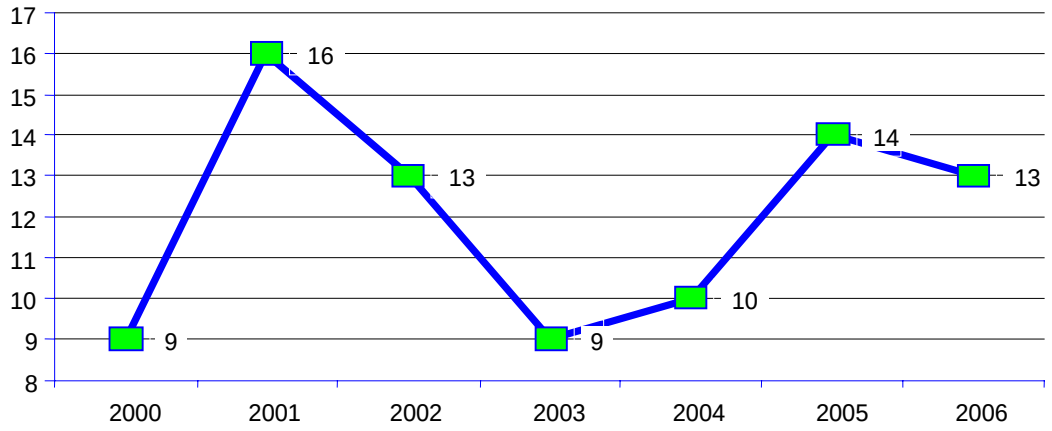
Gráfica 1. Distribución de casos nuevos de cáncer oral atendidos en el CECAN por grupos de edad del 2000 al 2006



Departamento de Estadística de Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa"

El comportamiento de este padecimiento en el tiempo ha tenido altas y bajas en los últimos siete años, sin embargo el 2006 manifiesta un aumento importante, en relación a los casos nuevos reportados en el año 2000, estas altas y bajas pueden deberse entre otras cosas a la falta de diagnósticos oportunos o a la mejora en el registro de los mismo a nivel hospitalario. (Ver Gráfica 2)

Gráfica 2. Distribución de casos nuevos de cáncer oral atendidos en el CECAN por año



Departamento de Estadística de Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa"

En cuanto a la prevalencia de los mismos no es posible obtener datos de los pacientes, debido a que no existe un sistema de vigilancia de esta patología, y se desconoce que sucede con ellos después de su tratamiento, además algunos pacientes no regresan a concluir su tratamiento, otros son dados de alta por máximo beneficio y unos más fallecen en el hospital, sin tener un control o seguimiento de los mismos.

Tomando en cuenta que no todas las instituciones, ni todos los prestadores de servicios de salud, tienen la obligación de reportar los casos neoplásicos al RHNM (sólo reportan 700 unidades médicas a nivel nacional) tampoco es posible comparar la incidencia arrojada por este registro con la mortalidad, además considerando que no existe cobertura médica total en el país, y no todos los pacientes con este padecimiento reciben un diagnóstico antes de morir, es probable que también existan subregistros de la misma en el SEED, motivos por los cuales no se puede conocer la letalidad del padecimiento, a nivel nacional, estatal ni local, a menos que se hagan investigaciones específicas para este fin.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tomando en cuenta lo anteriormente expuesto, sobre el panorama del cáncer oral, el hecho de que su diagnóstico se lleve a cabo en etapas tardías, la poca proporción de pacientes que sobreviven a los cinco años del diagnóstico, los altos costos económicos, y psicológicos que implica el tratamiento, y la mala calidad de vida de los pacientes, podemos darnos cuenta de la gran importancia que ofrece el diagnóstico temprano, es por esto que identificar los factores de riesgo que afectan específicamente a nuestra población y ordenarlos por prioridad, servirá para dirigir acciones que ataquen a los que estén mayormente asociados al cáncer oral, y/o identificar a los pacientes que cumplen los más importantes, y mantener un seguimiento para la detección oportuna de la enfermedad en caso de presentarse un factor predictor o marcador de riesgo como lo son las Interleucinas, y aumentar con esto la calidad de vida, la tasa de supervivencia, así como disminuir los costos de tratamiento, es por esto que las preguntas de investigación del presente estudio son:

Preguntas de investigación

1. ¿Cuál es la fuerza de asociación de los factores y marcadores de riesgo, relacionados a cáncer oral, en pacientes mexicanos?

Hipótesis

1.- La exposición a factores de riesgo y la presencia de marcadores de riesgo tienen una fuerza de asociación que se relaciona positivamente con el cáncer oral (OR>1) en el siguiente orden: IL 8 >600pg/ml cuando la IL6 está en <0pg/ml, edad mayor de 40 años, sexo masculino, tabaquismo, alcoholismo, higiene dental, factores irritativos de la mucosa, infecciones bucales, antecedentes de cáncer, lesiones precancerosas, hábitos dietéticos, exposición al sol, e imnunosupresión.

Clasificación de la pregunta

Por el estado de los hechos, la pregunta es de tipo descriptiva, y en cuanto a la respuesta esperada es cuantitativa.

OBJETIVOS

Objetivos generales

- Identificar los factores de riesgo asociados con mayor fuerza al cáncer oral en la población local, para proporcionar una guía que sirva para dirigir acciones encaminadas a resolver este problema.

Objetivos específicos

- Identificar la Razón de momios de *factores de riesgo*:
  Exógenos: tabaquismo, alcoholismo, hábitos dietéticos, exposición al sol, higiene dental, factores irritativos de la mucosa como malposición dental, prótesis desajustadas, órganos dentarios fracturados, así como infecciones bucales,
  Endógenos: edad, sexo, antecedentes de cáncer, lesiones precancerosas, imnunosupresión
- Identificar los niveles de IL6 y 8 como *marcadores moleculares de riesgo* en pacientes con diagnóstico histopatológico positivo y negativo a cáncer oral.
- Ordenar los factores y los marcadores de riesgo según su fuerza de asociación.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: casos y controles

Es un estudio observacional, pues no se modificará ninguna variable, transversal, ya que se realizara una sola medición en el tiempo, retrospectivo, tomando en cuenta que se investigarán factores de riesgo, que son hábitos presentes desde el pasado, y cuantificación de interleucinas que ya estén presentes al momento del estudio, comparativo, ya que se estudiarán dos grupos, uno con cáncer oral y otro sin él, por todas estas características, es un estudio de tipo casos y controles.

Mediante este estudio se investigará la posible relación entre los factores de riesgo (factores y marcadores) con el cáncer oral (enfermedad), para lo cual se comenzará seleccionando al grupo de sujetos con la enfermedad (casos) y se comparará con un grupo de personas sin ella (controles).

El grupo *caso* será seleccionado de los pacientes que asistan al Departamento de Cabeza y Cuello del Centro Estatal de Cancerología “Dr. Miguel Dorantes Mesa” (CECAN) con los siguientes criterios:

El grupo *control* se seleccionará del Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz (CEMEV), con los pacientes que acudan al Servicio de Cirugía Maxilofacial, que por alguna patología no neoplásica, sea necesario realizar una biopsia, tomando en cuanto los siguientes criterios.

La decisión de tomar controles que procedieran del CEMEV se eligió, tomando en cuenta que es el único hospital de la ciudad, que cuenta con departamento de Cirugía Maxilofacial y por lo cual, los individuos, en el supuesto caso de desarrollar la enfermedad, (cáncer oral) serían diagnosticados allí y por tanto tendrían la posibilidad de considerarse como casos en el CECAN, ya que es el hospital estatal de referencia en este tipo de patologías.

Tamaño de muestra

Por ser una enfermedad de baja prevalencia (1.5 por 100mil hab.) Se realizará un CENSO de toda la población que acuda al CEMEV (Dpto. de Cirugía Maxilofacial) y al CECAN (Dpto. de Cabeza y Cuello) de febrero a junio del 2007 y que cumplan con los criterios mencionados.

Criterios de selección

Criterios del grupo caso

Criterios de inclusión

- Diagnóstico histopatológico de carcinoma epidermoide de células escamosas de cavidad oral o de orofaringe, en cualquier estadio (TNM).
- Casos incidentes (para relacionar los factores de riesgo anteriores con la aparición del cáncer).

Criterios de exclusión:

- Tener alguna enfermedad sistémica.
- Quimioterapia.
- Radioterapia.
- Cirugía.

Con el objeto de que ningún tipo de tratamiento modifique el número de Interleucinas presentes en sangre y saliva.

Criterios de eliminación:

- Cuestionarios mal llenados o incompletos

Criterios del grupo control

Criterios de inclusión:

- Resultado histopatológico negativo a carcinoma epidermoide de células escamosas de cavidad oral o de orofaringe,

Criterios de exclusión:

- Presentar enfermedades sistémicas

Criterios de eliminación:

Cuestionarios mal llenados o incompletos.

Definición de variables

Tabla 6. variable dependiente e independientes

Variables				
Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala
Variable dependientes				
Cáncer oral	Enfermedad producida por modificaciones en la información genética de las células, que proliferan sin control formando tumores malignos que tienden a crecer de manera invasiva [9]. El cáncer oral puede desarrollarse en cualquier parte de la cavidad oral y la orofaríngе [13].	Paciente con diagnóstico histopatológico de carcinoma epidermoide de células escamosa de cualquier parte de la cavidad oral, u orofaríngeo.	Cualitativa	Nominal Dicotómica - si - no
Variables independientes				
Factores de riesgo	Característica o circunstancia detectable en individuos o grupos, asociados con una probabilidad incrementada de experimentos sin daño a la salud [22]	Edad >40, sexo masculino, hábito de fumar, ingestión de alcohol, consumo de alimentos irritantes y calientes, uso de prótesis dentales desajustadas, dientes fracturados, mala higiene bucal, exposición prolongada al sol, antecedentes de lesiones precancerosas, inmunosupresión, y virus.	Cualitativa	Nominal Dicotómica - si - no
Marcadores moleculares	Biomoléculas que se pueden relacionar con un rasgo genético, que pueden ser las proteínas (antígenos e isoenzimas) y el DNA (genes conocidos o fragmentos de secuencia y función desconocida) [9,37]. -las interleucinas son proteínas solubles de bajo peso molecular mediadoras de crecimiento celular, inflamación, inmunidad, diferenciación y reparación, entre otras actividades [38].	Incremento significativo de interleucina 8 (il8 >600pg/ml) en saliva, y no cuantificación de interleucina 6 (il6 <0pg/ml) en sangre, de pacientes con diagnóstico de cáncer oral.	Cuantitativa	De razón Continua

Factores de riesgo

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala
Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales [39].	Edad en años cumplidos, que tiene la persona al momento en que acude al hospital con diagnóstico de cáncer oral	Cuantitativa	Razón discreta
Género	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas [39].	Sexo de la persona que acude al hospital con dx. Histopatológico de cáncer oral	Cualitativa	Nominal Dicotómica - masculino - femenino
Hábito de fumar	Modo de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes que consiste en aspirar y despedir el humo del tabaco, opio, anís, etc.[39].	No fumador: individuo que nunca en su vida ha consumido cigarros. Exfumador: individuo que al momento de la entrevista reporta no haber fumado en el último año, pero sí antes con cualquier patrón de consumo. Fumador: individuo que al momento de la entrevista reporta fumar. Fumador leve persona que consume una cantidad no superior a cinco cigarrillos en promedio por día. Fumador moderado individuo que consume una cantidad de 6 a 15 cigarrillos en promedio por día. Fumador severo o persona que consume una dependiente cantidad igual o mayor a 16 cigarrillos por día. Fumador pasivo individuo no fumador expuesto involuntariamente al humo de tabaco. Se considera población no fumadora a la suma de individuos nunca fumadores y exfumadores. [40]	Cualitativa	Nominal politómica: - no fumador - exfumador: - fumador leve - fumador moderado - fumador severo - fumador pasivo

Tabla 7. Covariables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala
Ingestión de alcohol	Introducir por la boca [39] bebidas con contenido de etanol. [41]	Abstemio: nunca ha consumido una copa completa de alcohol No bebió en el último año ha consumido alcohol, pero no lo ha hecho en el último año. Bebedor poco frecuente bajo consumió alcohol en el último año y nunca tomó 5 copas o más en una sola ocasión. Bebedor poco frecuente alto Consumió alcohol en el último año, (sin incluir el último mes) bebiendo por lo menos cinco copas o más en una ocasión. Bebedor moderado bajo consumió alcohol en el último mes y nunca tomó cinco copas o más en una sola ocasión. Bebedor moderado alto consumió alcohol en el último mes o en el último año (sin incluir la última semana) bebiendo por lo menos cinco copas o más en una sola ocasión. Bebedor frecuente de nivel bajo toma de una a cuatro copas por lo menos una vez a la semana, nunca toma cinco copas o más en una sola ocasión. Bebedor frecuente de alto nivel toma alcohol por lo menos una vez a la semana y cuando toma de cinco copas o más por ocasión lo hace cuando mucho de una a tres veces por mes. Consuetudinario toma diariamente y por lo menos una vez a la semana se toma cinco o más copas en una sola ocasión.[40]	Cualitativa	- abstemio bebió en el último año - bebedor poco frecuente bajo - bebedor poco frecuente alto - bebedor moderado bajo - bebedor moderado alto - bebedor frecuente de nivel bajo - bebedor frecuente de alto nivel - consuetudinario

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala
Consumo de alimentos irritantes	Acto de comer algún material nutritivo que absorbe un organismo y que satisface sus necesidades y que actúa localmente en las superficies mucosas produciendo inflamación, y enrojecimiento. [39]	- presencia o ausencia del hábito - frecuencia del hábito(escala de licker, mucho, poco o nada)	Cualitativa Cuantitativa	Nominal, dicotómica: Si,no Nominal, politómica: - mucho - poco - nada
Consumo de alimentos calientes,	Acto de comer algún material nutritivo que absorbe un organismo y que satisface sus necesidades, a altas temperaturas [39]	- presencia o ausencia del hábito - frecuencia del hábito(escala de licker, mucho, poco o nada)	Cualitativa Cualitativa	Nominal, dicotómica: si,no Nominal, politómica: - mucho - poco - nada
Uso de prótesis dentales desajustadas,	Reemplazo artificial de uno o más dientes naturales, de parte de un diente, o de las estructuras asociadas, que van desde una porción de un diente a la dentadura completa. [42]	- presencia o ausencia de prótesis dentales removibles, desajustadas.	Cualitativa	Nominal, dicotómica: si,no
Dientes fracturados,	Ruptura de algún órgano dental por una fuerza mayor a la resistencia.[42]	- presencia o ausencia de órganos dentarios fracturados que provoquen laceraciones en la mucosa bucal.	Cualitativa	Nominal, dicotómica: si,no
Mala higiene bucal,	Falta de práctica de higiene personal de la boca. Incluye el mantenimiento de la limpieza oral, el tono del tejido, y la preservación general de la salud oral. [42]	- presencia de sarro, y/ o materia alba puntaje de 3.1 a 0 en el ihos.	Cualitativa	Nominal, dicotómica: si,no
Infecciones orales	Infección secundaria o sistémica producida por la diseminación en todo el cuerpo de microrganismos cuyo foco primario de infección está en el tejido periodontal u oral. [41]	Antecedente de infecciones como gingivitis, periodontitis, pericoronitis, abscesos, candidiasis, estomatitis	Cualitativa	Nominal Dicotómica Si, no Politómica:
Microorganismos	Nombre genérico que designa los seres organizados solo visibles al microscopio; p. Ej. Las bacterias, los virus, las levaduras, etc.[41]	Presencia de infección por alguno de los siguientes microorganismos:vph, vhs, veb, h. *Pilory*	Cualitativa	Nominal Dicotómica Si, no Politómica:

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala
Inmunosupresión	Prevención deliberada o disminución de la respuesta inmune del hospedero. Puede ser inespecífica, como la administración de agentes inmunosupresores (drogas o radiación) o por depleción de linfocitos, o pueden ser específicos como en la desensibilización o la administración simultánea de antígenos y drogas inmunosupresoras.[41]	Antecedentes de inmunosupresión	Cualitativa	Nominal Dicotómica Si, no
Exposición prolongada al sol	Exponerse [39] a la energía transmitida por el sol en la forma de radiación electromagnética [41]	- presencia o ausencia de la exposición - frecuencia de exposición (días a la semana)	Cualitativa Cuantitativa	Nominal, dicotómica: si, no De razón discreta
Antecedentes de cáncer		- diagnósticos previos de neoplasias malignas - situación anatómica de la neoplasia	Cualitativa	Nominal, Dicotómica Si, no -politómica
Lesiones precancerosas	Tejidos con morfología alterada más propensos a cancerizarse que aquellos otros de apariencia normal. [2,27]	-presencia o ausencia de lesiones precancerosas -tipo de lesión nevus, eritroplasia, leucoplasia, líquen plano fibrosis submucosa, otra	Cualitativa	Nominal, dicotómica si,no Nominal, politómica:

Método de obtención de muestras

En cuanto al diagnóstico molecular, se les tomaran muestras de sangre y saliva, previa firma del consentimiento informado (Ver anexo 1 y 2), dichas muestras se foliaran y revolverán a modo de ciego, en las cuales se determinara el número de interleucinas presentes por la técnica de ELISA, comparando los resultados con el estándar de oro que será el resultado histopatológico, tomando como base el estudio realizado por Maie A. R. St. y publicado en el 2004 por la revista de cirugía en otorrinolaringología, cabeza y cuello, se buscará la posible relación entre resultados de más de 600pg/ml de IL8 en saliva y 0 pg/ml de IL6 en suero con el hecho de padecer cáncer oral.

Método de obtención de las muestras en sangre

Se citará a los pacientes al laboratorio del hospital en donde se presentaron, la muestra se tomará en ayuno, obteniendo 5ml por punción venosa, las muestras de suero se foliarán y colocaran rápidamente en hielo para su traslado al Laboratorio de Ecología y Salud del Instituto de Salud Pública, en donde se centrifugarán a 3000 rpm por 10 minutos a 15ºC, se utilizará solo la fase fluida y se adicionarán proteasas (aprotinina, fluoruro de fenilmetilsufonil, y ortovanadato de sodio) para evitar la lisis de las citocinas y después se guardarán a -80ºC para su uso posterior.

Método de drenado para colectar saliva en reposo de Navazesh and Christensen (Ver anexo 3):

Se le pedirá al sujeto abstenerse comer, tomar, fumar o usar productos de higiene oral, por lo menos una hora antes de la prueba, entonces se les dará agua purificada para enjuagar varias veces su boca con la finalidad de retirar restos de comida y otros elementos no salivales que podrían estimular el flujo salival o interferir en la medición exacta del porcentaje del flujo). Posteriormente se le dejara descansar silenciosamente durante tres minutos y se indicará tragar la saliva presente antes de empezar la prueba de colección, inclinar la cabeza hacia adelante, mantener sus ojos abiertos, y hacer el menor movimiento posible, pidiéndole que deje escurrir la saliva entre labios separados dentro de una probeta equipada con un embudo que se sujetará cerca de la boca, hasta colectar aproximadamente 5ml. Al final de la prueba, se les pedirá coleccionar cualquier saliva remanente y expectorarla [43].

Las muestras de saliva se foliarán y colocaran rápidamente en hielo para su traslado al Laboratorio de Ecología y Salud del Instituto de Salud Pública, en donde se centrifugarán a 3500rpm por 15 minutos a 4ºC, se utilizará solo la fase fluida y se adicionarán proteasas (aprotinina, fluoruro de fenilmetilsufonil, y ortovanadato de sodio) para evitar la lisis de las citocinas y después se guardarán a -80ºC para su uso posterior.

Técnica de ELISA para conteo de interleucinas

Para el análsis de IL6 y 8 se utilizará el KIT Pierce Endogen Rockford III, de acuerdo al protocolo del fabricante, cada muestra se probará dos veces; después de observar la reacción colorimétrica, la absorvencia de 450nm será cuantificada en un espectofotómetro y convertidas en picogramos por mililitros, considerando una significancia de 0.001 para la diferencia entre grupos.

Instrumento para recolección de datos (Ver anexo 4 y 5)

Los factores de riesgo, se obtendrán mediante una entrevista estructurada aplicada por personal de los hospitales previamente capacitado para el correcto llenado del mismo, que estará antecedida por una carta de consentimiento informado que los pacientes deben firmar antes de iniciar con las preguntas

El instrumento consta de 44 preguntas para los casos y 54 para los controles ya que a estos últimos se les anexa un apartado de signos y síntomas de la lesión, las preguntas son en su mayoría cerradas, aunque hay algunas abiertas, y por su respuestas son dicotómicas y politómicas, estructuradas de la siguiente forma:

A. Datos generales.

B. Hábitos de:

I. Tabaquismo,

II. Alcoholismo y

III. Dietéticos.

C. Exposición al sol.

D. Antecedentes odontológicos:

I. Revisiones bucodentales,

II. Higiene oral,

III. Irritación por:

1. Órganos dentarios en malposición,
2. Órganos dentarios fracturados, o
3. Uso de Prótesis dentales

IV. Infecciones localizadas en boca,

E. Antecedentes de lesiones precancerosas,

F. Antecedentes de cáncer (personales y familiares)

G. Inmunosupresión

H. Agentes virales

I. Signos y síntomas

- Sitio de biopsia,
- Resultado Histopatológico,
- Estadio clínico y
- Valores de interleucinas,

Tabla 8. Correlación entre variables y preguntas del instrumento

Variable		Número de Pregunta
Cáncer oral	Sitio de biopsia	Presente sin numerar
	Resultado Histopatológico,	Presente sin numerar
	Estadio clínico	Presente sin numerar
	Signos y síntomas	47,48,49,50,51,52,53,54,55
Factores de riesgo	Edad	2,
	Género	3,
	Hábito de fumar	9,10,11,12,13,14,15
	Ingestión de alcohol	16,17,18,19
	Consumo de alimentos calientes	20
	Consumo de alimentos irritantes	21,22
	Exposición al sol	24,25,26
	Mala higiene bucal,	27,28,29
	Irritación por órganos dentarios en malposición, fracturados, o uso de Prótesis dentales	30,31,32,33,34,35,36
	Infecciones orales	37
	Antecedentes de cáncer y lesiones precancerosas,	38,39,40,41,42
	Inmunosupresión,	43,44
Marcadores moleculares	IL6 IL8	Presente sin numerar

Validez del instrumento

Para evaluar la confiabilidad del instrumento se buscará su estabilidad al pilotear el instrumento mediante el interrogatorio al paciente y el cotejo de datos disponibles en el expediente clínico realizado con anterioridad por los médicos responsables, y la equivalencia al realizarlo dos entrevistadores y arrojando las mismas respuestas, en cuanto a la validez del instrumento, esta fue de contenido, pues se revisó por expertos (2 cirujanos maxilofaciales, un cirujano de cabeza y cuello y catedráticos del Instituto de Salud Pública) y contiene preguntas para los factores de riesgo conocidos.

Prueba piloto

La prueba piloto se realizó a 4 casos y 8 controles,

Tabla 9. Prueba Piloto

Casos			Controles	
Sexo	Edad	Diagnóstico	Sexo	Edad
Femenino	32	Ca. Orofaringe	Femenino	28
			Femenino	44
Femenino	59	Ca. Amigdala	Femenino	49
			Femenino	52
Masculino	52	Ca. Paladar	Masculino	57
			Masculino	54
Masculino	76	Cs. Encía	Masculino	36
			Masculino	62

A partir de la prueba piloto y de los comentarios hechos por expertos en el tema y catedráticos se realizaron las siguientes modificaciones:

- Eliminación de preguntas sobre fumadores pasivos
- Modificación de las categorías de frecuencia de consumo de alcohol
- Inclusión de escala numérica asociada a la tipo Likert para medir el consumo de alimentos calientes
- Realizar preguntas subrogadas para buscar la exposición al sol, mediante interrogantes sobre el número de horas al día que se expone
- Realizar preguntas subrogadas para buscar la Inmunosupresión, mediante interrogantes sobre trasplante de órganos, uso de corticosteroides o enfermedades como DM, o SIDA.
- Inclusión de preguntas sobre visitas al odontólogo
- Inclusión de preguntas sobre tiempo y forma de inicio del cáncer
- Modificación de inflamación por crecimiento
- Inclusión de ingreso familiar mensual

Procesamiento de datos

La información será capturada y analizada en una base de datos creada para este propósito en Epi-info versión 3.2 y se utilizará Epidat en los análisis para prueba diagnóstica.

Análisis de los datos

Se tomarán dos controles por caso, para el análisis se obtendrá la razón de momios de cada covariable (factores de riesgo), con un intervalo de confianza (IC) de 95%, para poder ordenarlos, según su fuerza de asociación, para el valor de p se utilizará la prueba de X^2 de homogeneidad para variables nominales de grupos independientes, y en caso de haber menos de 5 casos por celda la prueba exacta de Fisher.

En cuanto al conteo de interleucinas se realizarán pruebas de validez y seguridad con un IC de 99% como sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, razón de verosimilitud, valor global e índice de concordancia de Youden, y se buscarán los valores de p mediante una t de student para muestras pareadas, por ser el conteo de interleucinas variables discretas.

Presupuestación

Tabla 10. Presupuestación

INSUMO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL	FINANCIAMIENTO
Fotocopias del cuestionario (5 hojas)	60 juegos	$ 2.50	$150.00	ISP
Torundas de algodón	2 paquetes	$ 25.00	$ 50.00	Laboratorio de Ecología- ISP
Alcohol	2 frascos	$ 25.00	$50.00	Laboratorio de Ecología- ISP
Jeringas para toma de muestra de sangre	100	$ 8.00	$ 800.00	Laboratorio de Ecología- ISP
Vasos de coprocultivo para muestra de saliva	100	$ 5.00	$ 500.00	Laboratorio de Ecología- ISP
Kit de ELISA para Interleucinas 6 y 8	1kit	$ 12,500.00	$12,500.00	Autofinanciable
Placas de ELISA	1 juego	$ 300.00	$ 300.00	Autofinanciable
Reactivos varios (proteasas, amortiguadores, etc.)	60	$83.30	$ 5,000.00	Laboratorio de Ecología- ISP
Práctica en el departamento de Patología Bucal de la UNAM	3 días Viaje ida y vuelta	$ 1,000.00 $500.00	$3,000.00 $ 500.00	Universidad Veracruzana
Gran Total			$22,850.00	

CRONOGRAMA DE TRABAJO

Tabla 11. Cronograma De trabajo

ACTIVIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
Elaboración de la base de datos								
Piloteo del instrumento								
Levantamiento de información a través del cuestionario								
Toma de muestras de sangre y saliva								
Captura de la información del cuestionario								
Procesamiento de las muestras								
Captura de los datos de las muestras								
Análisis de los datos								
Unificación de la información								
Elaboración de la tesis								
Titulación								

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kuri Morales Pablo y col. .La situación Epidemiológica del Cáncer en México. Dirección General de Epidemiología. Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles
2. Mallo-Pérez L, Rodríguez-Baciero G, Lafuente-Urdinguio P. Lesiones precancerosas en los ancianos. Situación en España. RCOE 2002; 7(2): 153-162.
3. Secretaria de Salud. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas. Compendio de Cáncer/2000.Mortalidad y Morbilidad
4. De la Rosa García Estela, Manual para la detección de alteraciones de la mucosa bucal y lesiones premalignas, 1er ed., Secretaria de Salud, 2003, pp.1,15-23
5. Márcio Diniz Freitas, y col. Aplicaciones de la citología exfoliativa en el diagnóstico del cáncer oral. Med Oral 2004;9:355-61
6. Gallegos J..Francisco. Generalidades del cáncer de cabeza y cuello, Sociedad Mexicana de Oncología**.** Mayo 28, 2001. Disponible desde: http://www.smeo.org.mx/cabezaycuello.htm
7. Tapia Conyer Roberto. El Manual de Salud Pública. Capítulo 6 Epidemiología Molecular. 2ªed. Editorial Intersistemas. México 2006. pp 223-250
8. OMS. Centros de prensa. Cáncer. Nota descriptiva N°297 Febrero de 2006.
9. Karp Gerald. Biología Celular y Molecular. Cap. 16 Cáncer. Ed. McGraw-Hill Interámericana . México. 2001. pp 671

10. García- Roco Pérez Oscar , Arredondo López Miguel y. Álvarez Navarro María del C. Citología exfoliativa en el diagnóstico precoz de lesiones oncológicas bucales Rev Cubana Estomatol v.39 n.2 Ciudad de La Habana Mayo-ago. 2002
11. Mehrotra R, Yaday S. Oral squamous cell carcinoma: etiology, pathogenesis and prognostic value of genomic alterations. Indian J Cancer. 2006 Apr-Jun;43(2):60-6.
12. Gerson Cwilich Raquel. Comentario al trabajo titulado: "Uso de diferentes Combinaciones de inmunoterapia en pacientes con cáncer recurrente de cabeza y cuello. Experiencia del Instituto Nacional de Cancerologia". *Cir Ciruj*, nov./dic. 2002, vol.70, no.6. ISSN 0009-7411.
13. National Cancer Institute. Understanding Cancer. What you Need to know About Oral Cancer. 2004. Disponible en http://www.cancer.gov/cancertopics/wyntk/oral/page3
14. Amelia Acha, María T. Ruesga, María J. Rodríguez, María A. Martínez de Pancorbo, José M. Aguirre. Aplicaciones de la citologia oral por raspado (exfoliativa) en el cáncer y precáncer oral Med. oral patol. oral cir. bucal (Ed.impr.) v.10n.2Valencia mar.-abr. 2005
15. García García V, González-Moles MA, Bascones Martínez A. Bases moleculares del cáncer oral. Revisión bibliográfica. Av. Odontoestomatol 2005; 21-6: 287-295.
16. Riera Paula, Martínez R Benjamín. Morbilidad y mortalidad por cáncer oral y faríngeo en Chile Rev. méd. Chile v.133 n.5 Santiago mayo2005
17. Maie A.R.St. John. Interleukina 6 and Interleukina 8 as a Potential Biomarkers for Oral Cavity and Oropharyngeal Squamous Cell Carcinoma. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. Vol 130:929-935. August 2004.
18. Rioboo Crespo, M. Bascones A. Factores de riesgo de la enfermedad periodontal: factores genéticos. Avances en Periodoncia. V. 17. n. 2. Madrid. Agoosto 2005.
19. Chimenos-Küstner E, Font-Costa I, López-López J . Riesgo de cáncer oral y marcadores moleculares. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004;9:377-84.
20. Wong DT. Salivary diagnostics for oral cancer. Division of Oral Biology and Medicine, University of California, Los Angeles, School of Dentistry, USA. J Calif Dent Assoc. 2006 Apr;34(4):303-8
21. Oral Health Oral Cancer. University of Virginia Health System. 2006. disponible en http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_oralhlth/cancer.cfm
22. León Martínez, *y col*. Pesquisaje de lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal. *Rev Cubana Med Gen Integr*, mayo-jun. 1996, vol.12, no.3, p.216-221. ISSN 0864-2125
23. Quintana Díaz, y col. Factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas bucales. *Rev Cubana Estomatol*, sep.-dic. 2004, vol.41, no.3, p.0-0. ISSN 0034-7507.
24. Arthur Mashberg, Alan Samit, Early Diagnosis of Asymptomatic Oral and Oropharyngeal Squamous Cancers. CA Cancer J Clin 1995;45:328-351
25. García Jordán Mariela, Lence Anta Juan José, Sosa Rosales Maritza, Martín Moya Luz Amarilys y Fernández Garrote,Leticia Mortalidad del cáncer bucal en Cuba (1987-1996) Rev Cubana Oncol 1999;15(2):114-18.
26. Peña González Alexis, Arredondo López Miguel, Vila Martínez Lisandro. Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. Instituto Superior de Ciencias Médicas "Dr. Carlos Juan Finlay" Hospital Oncológico Provincial Docente "María Curie" Camagüey . Cuba.2005.
27. Gimeno Margarita, Lacruz César, Salmerón José Ignacio, Acero Julio. Detección de papilomavirus humano (HPV) en carcinoma epidermoide de paladar en paciente HIV positivo Revista Española de Patología. Vol. 35, n.º 3, 2002.

28. National Cancer Institute. SEER Cancer Statics Review 1975-2003.Oral cavity and Pharinx Cancer. Age Adjusted Seer Incidence Rates by Year, Race and Sex.

29. Brad W. Neville, DDS and Terry A. Day, Oral Cancer and Precancerous Lesions. American Cancer Society CA Cancer J Clin 2002; 52:195-21.

30. Goñi E. Ignacio. Manual de patología quirúrgica de Cabeza y Cuello. Cáncer escamoso de cabeza y cuello. Universidad Católica de Chile.

31. Llena Puy Carmen, The role of saliva in maintaining oral health and as an aid to diagnosis. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006;11:E449-55.

32. Yang Li, et all, Salivary Transcriptome Diagnostics for Oral Cancer Detectión. American Association for Cancer Reserch. Vol 10, 8442-8450. December 2004.

33. National Cancer Institute. Etapa del cáncer: preguntas y respuestas What you Need to know About Oral Cancer. 2004. Disponible en http://www.cancer.gov/cancertopics/wyntk/oral/page3.

34. Scott SE, Grunfeld EA, McGurk M. Patient's delay in oral cancer: a systematic review. Community Dent Oral Epidemiol. 2006 Oct;34(5):337-43.

35. *Mohar Alejandro, y col.* Epidemiología descriptiva de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología de México Salud pública. Méx vol.39 n.4 Cuernavaca July/Aug. 1997.

36. Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Definciones , 2000.

37. Departamento de Estadística de Centro Estatal de Cancerología “Dr. Miguel Dorantes Mesa”

38. M. Gonzalo Claros Díaz. Marcadores moleculares: Qué son, cómo se obtienen y para qué valen. Dpto. de Biología Molecular y Bioquímica (Universidad de Málaga).

39. Hernández-Urzua Miguel A, Alvarado-Navarro Anabell. Interleucinas e Inmunidad Innata. *Rev Biomed*, oct./dic. 2001, vol.12, no.4. ISSN 0188-493X.

40. Diccionario de la Real Academia de la Lengua española. Vigésima segunda edición. Disponible en http://www.rae.es/.

41. Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Salud. 2002.

42. Biblioteca virtual en salud. Descrptores en ciencias de la salud. Disponible en http://decs.bvs.br/cgibin/wxis1660.exe/decsserver/.

43. García-García, G. Briones. Términos Odontológicos. Compañía Editorial Express. México. 1085.

44. Navazesh M; Christensen C; Brightman V. Clinical criteria for the diagnosis of salivary gland hypofunction. University of Pennsylvania School of Dental Medicine, General Clinical Research Center, Philadelphia. J Dent Res;71(7):1363-9, 1992 Jul.

PRÁCTICAS SOCIALES HACIA LA OBESIDAD EN LA POBREZA

Andrea Isunza Vera
Tutora: MC. Claudia del C. Caballero C.
Co-tutora: Mtra. S. Areli Saldaña Ibarra
Asesor: Dr. Genaro E. Carrasco Saynez

INTRODUCCIÓN

El binomio obesidad-pobreza ha sido poco estudiado hasta la fecha, ya que, se sigue pensando en la obesidad como una enfermedad de ricos, a pesar de que la Organización Mundial de la Salud (OMS)[1] y otros autores[2], hayan afirmado que el sobrepeso y la obesidad están aumentando en los países de ingresos bajos y medios, sobre todo en el medio urbano.

La obesidad una pandemia exacerbada por la situación de pobreza, sobre todo en los países en vías de desarrollo que, lejos de prevenirse o controlarse, va en aumento, a pesar de los esfuerzos dedicados a este fin[1]. Los mensajes destinados a combatirla, por lo general, responsabilizaban principalmente a la persona; sin embargo, actualmente, los estudiosos y quienes luchan contra esta epidemia afirman que gran parte del problema se debe al resultado de las prácticas sociales, entendidas éstas como actuaciones e interacciones, manifiestas por expresiones de los valores, costumbres, creencias y normas incorporados en la sociedad o en los grupos sociales, que rigen las actitudes y los comportamientos de sus miembros[3].

La obesidad ha sido abordada por la epidemiología, desde el enfoque clásico, estudiando la patología desde "afuera", y dado que la obesidad es una patología multifactorial, el abordaje para su estudio debe ser multidimensional; de ahí la necesidad de recurrir a la epidemiología social que tiene como perspectiva la de entender las relaciones entre estructura social y sus creencias respecto a salud[4]; esto es, considerar a los sujetos como parte activa del fenómeno y conocer su realidad a través de sus prácticas sociales.

Por tanto se considera, desde una visión completa de la Salud Pública, que podrían integrarse y nutrirse mutuamente los estudios derivados de la investigación social y del campo biomédico sobre la epidemia de la obesidad en un ambiente de pobreza, para actuar posiblemente con mayor efectividad en la prevención, mitigación o restauración.

El presente proyecto de investigación es un estudio epidemiológico social de corte cualitativo interpretativista.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Marco conceptual

Obesidad

La obesidad es una patología multifactorial en la que se encuentran implicados elementos nutricionales, ambientales, psicológicos, y genéticos; así como aspectos socioeconómicos y culturales, sedentarismo o disminución de la actividad física y cambios poco recomendables en hábitos alimentarios[1].

La Norma Oficial Mexicana No.174[5] define la obesidad, incluyendo al sobrepeso como un estado premórbido, como una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud.

Dada su magnitud y trascendencia es considerada en México como un problema de Salud Pública. El establecimiento de lineamientos para su atención integral, podrá incidir de manera positiva en un adecuado manejo del importante número de pacientes que cursan con esta enfermedad[5].

Entre las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), la obesidad merece especial atención, ya que es en sí misma una enfermedad crónica y a la vez un reconocido factor de riesgo de muchas otras como son: hipertensión, enfermedad cardiovascular, diabetes, algunos tipos de cáncer; osteoartritis y afecciones de la vesícula biliar, entre otras. Éstas tienen un fuerte impacto en la población debido a muertes prematuras, discapacidades y un deterioro de la calidad de vida; asimismo, generan un elevado gasto sanitario[2].

Pobreza

La pobreza se puede definir como una condición socioeconómica y política en la cual las personas viven con muy bajos niveles de bienestar[a6].

El Banco Mundial[b] usa líneas de referencia de 1 y 2 USD por día en términos de la Paridad del Poder Adquisitivo (PPA)., es decir, el PPA mide el poder adquisitivo relativo de las monedas a través de los países. La línea de pobreza extrema equivale a un dólar por persona por día y la línea de pobreza moderada a dos dólares por persona por día[6].

Obesidad en la pobreza

En la situación de obesidad en la pobreza se encuentra como característica fundamental la malnutrición, ya que las personas se ven imposibilitadas (por inaccesibilidad económica[c]) a consumir alimentos de alto valor proteico y fuentes alimentarias de micronutrientes, especialmente de vitaminas A, C y ácido fólico; y de minerales tales como el calcio, hierro, yodo y zinc. La salud en este grupo particular de obesos pobres se ve más deteriorada aún dado su limitado acceso a los servicios de salud[9].

Muchos países de ingresos bajos y medios se enfrentan en la actualidad a una doble carga de morbilidad: por un lado, siguen teniendo el problema de las enfermedades infecciosas y la subnutrición, pero al mismo tiempo están sufriendo un rápido aumento de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas, tales como el sobrepeso y la obesidad, sobre todo en el medio urbano[d8].

Como indican Peña y Bacallao[9], las características de la obesidad podrían ser diferentes entre los individuos más pobres y más ricos ya sea en un mismo país o bien, entre los países desarrollados o en vías de desarrollo. La tendencia a la obesidad en los grupos de mejor situación socioeconómica pertenecientes a las sociedades en desarrollo tiende a aparecer en edades tempranas y se debe a sobrealimentación y consumo de alimentos con alta densidad energética y de nutrientes. Pero, en estos individuos no se presentan deficiencias nutricionales.

---

[a] El bienestar de los hogares o personas depende de las siguientes seis fuentes: *1)* el ingreso corriente; *2)* los activos no básicos y la capacidad de endeudamiento del hogar; *3)* el patrimonio familiar, concebido como el conjunto de activos y bienes durables que proporcionan servicios *básicos* a los hogares (vivienda y equipamiento doméstico básico); *4)* el acceso a bienes y servicios gratuitos (consumo público); *5)* los conocimientos de las personas, considerados no como medio para la obtención de ingresos, sino como satisfactores directos de la necesidad humana de entendimiento, y 6) el tiempo libre disponible. (7)

[b] Ver URL del Banco Mundial, en español: http://www.bancomundial.org/

[c] Se considera que el problema alimentario en México no es de disponibilidad, sino de acceso físico y económico. Se calcula que viven en condiciones de pobreza 44,7 millones de personas, cifra equivalente a la mitad del total de la población del país (CEPAL, 1999). Ver: http://www.fao.org/ag/agn/nutrition/mex-s.stm

[d] La urbanización en México ha aumentado de 36% entre 1965 y 2000 y se estima que para el año 2030 represente el 82% de la población. (CEPAL, 1999). Ver: http://www.fao.org/ag/agn/nutrition/mex-s.stm

Los condicionantes en las personas viviendo en situación de pobreza se asocia a episodios de desnutrición en la edad temprana, incluso durante la vida intrauterina. Estas carencias generan una respuesta de adaptación al escaso aporte que, en sucesivas etapas de mejor ingesta dan como resultado un aumento de peso[10].

La deficiencia de nutrientes específicos en individuos aparentemente sanos, constituye la denominada "desnutrición oculta"; considerar a la obesidad como una condición opuesta a la desnutrición no sólo es equivocado sino que puede tener consecuencias graves sobre el abordaje de los problemas nutricionales en la comunidad[11].

Transición nutricional

Un factor determinante para la obesidad en la pobreza es el proceso llamado Transición Nutricional, el cual se refiere a una serie de modificaciones ocurridas en el perfil nutricional de las poblaciones, debidas a cambios en los patrones de alimentación, determinados por la interrelación de factores económicos, demográficos, ambientales y culturales. Estos cambios pueden corresponderse al aumento de los ingresos, la influencia de los medios de comunicación de masas y el *marketing* de alimentos, y a toda una serie de cambios en las características del trabajo y el ocio[2].

Las sociedades modernas, urbanas en su mayoría, parecen converger hacia el consumo de dietas de alta densidad calórica, ricas en grasas y azúcares libres y bajas en fibra, que se asocian con una vida cada vez más sedentaria. Estos cambios magnifican los problemas resultantes de la transición epidemiológica y hacen que la edad en que aparecen las enfermedades crónicas asociadas con la alimentación, sea cada vez más temprana y en grupos de menores ingresos. Las migraciones de los pobladores rurales hacia las periferias urbanas y de los países más pobres hacia otros en mejor situación, han generado cambios importantes en las condiciones y el modo de vida de dichos grupos. El trabajo urbano exige ahora menos esfuerzo físico y permite más tiempo de ocio[2, 9].

Epidemiología social

Los problemas de Salud Pública han sido estudiados desde muy diversas perspectivas y utilizando diferentes modelos teóricos y metodológicos. Hay dos modelos en Epidemiología[e] que han servido como base a una gran cantidad de investigación: el modelo epidemiológico clásico y el modelo epidemiológico social. El primero se basa en una visión biomédica; identifica la etiología y los factores de riesgo de una persona de sufrir una enfermedad mientras que el segundo hace énfasis en los procesos sociales para explicar la salud/enfermedad como fenómeno social. El modelo epidemiológico clásico utiliza como una de sus principales herramientas la investigación por encuesta. Se apoya asimismo en el análisis estadístico para hacer inferencias a nivel poblacional, privilegiando las técnicas de tipo cuantitativo sobre las cualitativas[4]. Los estudios epidemiológicos con enfoque clásico han considerado como propósitos generales, y en específico para la obesidad, esclarecer la etiología o grupo de éstas y evaluar la consistencia de datos epidemiológicos con hipótesis causales desarrolladas a nivel clínico o experimental; además de proveer las bases para desarrollar y evaluar procedimientos preventivos y prácticas en salud pública. Respecto a esto último, se ha propuesto que la obesidad puede prevenirse con una dieta adecuada y realizando actividad física.

[e] La epidemiología se ocupa de describir la distribución de la enfermedad en términos de las personas, lugares y tiempos en que ocurre y además, estudia los factores causales o de riesgo para esas enfermedades.

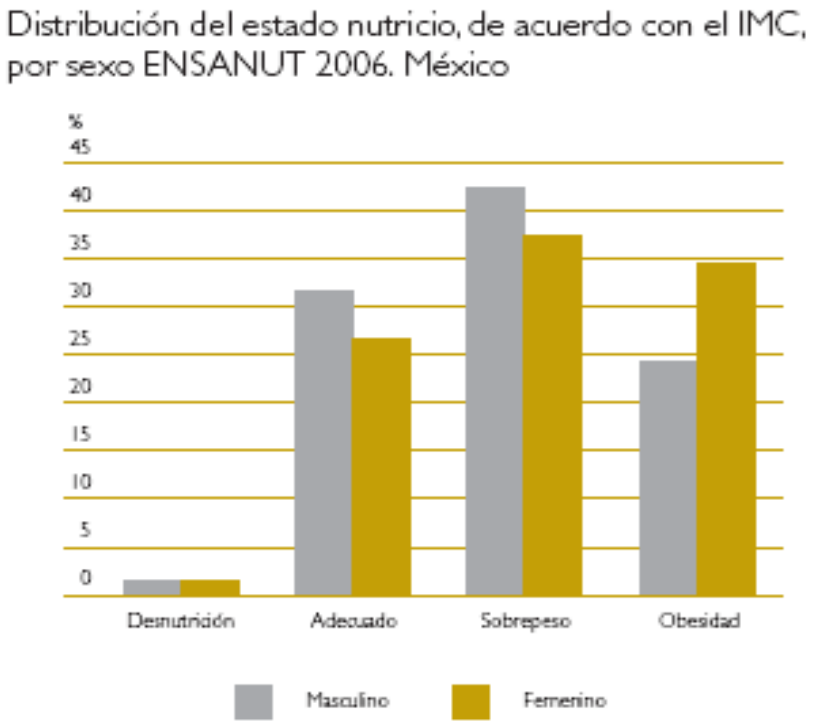
La epidemiología social tiene como objetivo el estudio de los problemas de salud-enfermedad a nivel colectivo, de agrupaciones poblacionales y a nivel de grupos sociales. Considera como objeto científico el proceso salud-enfermedad colectivo definido como la forma histórica específica del proceso bio-psíquico humano que caracteriza a los distintos grupos sociales aprehensible sólo en la colectividad, en donde se pueden estudiar sus expresiones concretas en términos de modos de vida y perfiles patológicos específicos y no en los individuos aislados o en un grupo abstracto conformado por la simple sumatoria de individuos[4].

Datos epidemiológicos estadísticos de la obesidad

A nivel mundial, según datos de la OMS (2005), había aproximadamente 2,000 millones de adultos con sobrepeso y obesidad; y al menos 20 millones de menores de 5 años con sobrepeso[1].

En México, según en datos recientes ofrecidos por la ENSANUT 006, el sobrepeso y la obesidad son problemas que afectan a cerca del 70 por ciento de la población (mujeres, 71.9 por ciento , hombres, 66.7 por ciento) entre los 30 y 60 años, en ambos sexos. Sin embargo, entre las mujeres existe un mayor porcentaje de obesidad que entre los hombres[12]. En general, las mujeres tienden a tener mayores tasas de obesidad que los hombres. Pero las tasas de sobrepeso son mayores en hombres en países desarrollados, pero mayores para las mujeres en los países en desarrollo. La proporción de obesos en América aumenta un trece por ciento entre las clases bajas y los inmigrantes[1].

Figura1. Distribución del estado nutricio por sexo. ENSANUT 2006



En niños de cinco a once años de edad la prevalencia del sobrepeso es de 26 por ciento y uno de cada tres adolescentes padecen obesidad o sobrepeso[12].

En Veracruz, según datos de la ENSANUT 2006, la prevalencia de sobrepeso y obesidad de la población mayor de 20 años y ambos sexos es de 39.4 por ciento y 27.7 por ciento , respectivamente. Alcanzando casi 70 por ciento de la población con sobrepeso y obesidad. La distribución porcentual por sexo es como sigue: los hombres presentan 45.3 por ciento de sobrepeso, mientras que las mujeres 35.2 por ciento ; sin embargo para obesidad las mujeres refieren 32.0 por ciento y los hombres 21.6 por ciento[11].

La prevalencia de la obesidad ha aumentado en todas las regiones, desarrolladas o en desarrollo, en ambos sexos y el todos los grupos etarios. Sin embargo, estudios realizados en Brasil, Chile y Estados Unidos reflejan algunas diferencias epidemiológicas. En las regiones en vías de desarrollo la prevalencia tiene un pico en la edad adulta, y una incidencia muy baja en la niñez y adolescencia. En cambio en los países con mejor nivel socioeconómico la prevalencia de la obesidad aumenta paralelamente con la edad[9].

Datos estadísticos de la pobreza

En cuanto a mediciones de la pobreza, en el mundo 2,800 millones de personas viven en pobreza moderada y 1,200 millones en pobreza extrema. En nuestro país, para 2004, cerca del once por ciento de lo habitantes de las zonas urbanas se encontraba en niveles de pobreza extrema y cerca del 42 por ciento en situación de pobreza moderada, es decir sin empleo, sin vivienda digna y sin acceso a un servicio de salud adecuado[13].

Investigaciones

A continuación se exponen algunas de las investigaciones que se han acercado a estudiar la obesidad o ciertas prácticas sociales desde la perspectiva de los propios sujetos o bien en referencia al fenómeno de la transición nutricional.

Tabla 1. Evidencias empíricas

Lugar y año	Título	Objetivo	Resultados
Argentina en el 2000 (14)	Aspectos socioantropológicos de la Obesidad en la pobreza. (Estudio retrospectivo de las personas que viven en un ambiente de pobreza.)	Analizar los aspectos socioeconómicos que condicionan el acceso a la alimentación, la práctica de ejercicios físicos y las percepciones acerca de su propio cuerpo.	Los pobres consumen alimentos ricos en HC y grasas porque, además de ser más baratos, se adecuan a sus pautas de comensalismo.
México en el 2006. (15)	Estudio cualitativo-fenomenológico sobre la obesidad. Génesis y reacciones a la misma	Saber cómo la experiencia social de las personas obesas se crea y adquiere significado (con mexicanos y México-americanos).	76 % participantes afirmaron vivir felices en cuerpos grandes y percepción positiva de sí mismos, comer es un placer, y viven satisfactoriamente conforme a su estilo de vida.
Santiago, Chile en el 2006.(16)	Actitudes y prácticas sobre alimentación y actividad física en niños obesos y sus madres	Conocer las actitudes y prácticas alimentarias y de actividad física de los niños.	13.8% trata evitar consumo de papas fritas, completos y dulces; 59.4% consume diario verduras y frutas y 27.7% manifestó estar realizando actividad física por lo menos 3 veces a la semana.

Lugar y año	Título	Objetivo	Resultados
México en el 2006. (17)	Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición.	Evaluar la precisión del autorreporte de índice de masa corporal y de la percepción de la imagen corporal en población adulta mexicana.	La distribución por sexo del IMC y de la imagen corporal percibida, permite observar que los H mostraron una mayor proporción de sobrepeso y respecto a la imagen corporal un mayor % autocalifican en la normalidad
Brasilia, Brasil en el 2005 (18)	Consulta de los rótulos de alimentos y bebidas por frecuentadores de supermercados en Brasilia	Investigar si la población adulta frecuentadora de supermercados de Brasilia utiliza las informaciones nutricionales contenidas en los rótulos de bebidas y alimentos, así como caracterizar esa utilización.	...el interés más importante por la consulta de los rótulos fue acerca del número de calorías y de la cantidad de grasa y sodio.
Argentina en el 2005 (19)	Evaluación del estado nutricional en escolares de bajos recursos socioeconómicos en el contexto de la transición nutricional	Determinar –mediante técnicas antropométricas– (a) el estado nutricional y las prevalencias de desnutrición y sobrepeso en una muestra de escolares de bajos recursos socieconómicos y (b) analizar tales prevalencias en el contexto de la transición nutricional.	Mientras que las prevalencias de sobrepeso y obesidad fueron de 17%, las de bajo peso/ edad, baja talla/edad y bajo peso/talla no superaron el 3%. Los niños con sobrepeso mostraron un aumento significativo de la grasa subcutánea, aunque la tendencia fue mayor en el pliegue subescapular, exponiéndolos a alto riesgo de adiposidad centralizada.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Normalmente, el concepto de factor de riesgo se enfoca a características biológicas y genéticas y de hábitos o conductas personales que se asocian a ciertas patologías. Para esta teoría, los agentes biológicos y genéticos presentes en cada individuo serían las principales causas de la predisposición de enfermar o morir. O bien, fumar, alimentarse inadecuadamente o hacer poco ejercicio físico serían los culpables de nuestra buena o mala salud; por lo que, se podría exagerar en atribuirle toda la responsabilidad al individuo de su propia salud[20].

Aunque no hay duda de que algunos de estos factores son importantes y dignos de ser tenidos en cuenta, en realidad, desde el punto de vista colectivo, sólo juegan un papel relativamente menor en la predicción de la enfermedad y en la aparición de las desigualdades en salud de la comunidad. Aún peor, si cada uno es sólo responsable de sí mismo, la responsabilidad social se minimiza o desaparece.

Por otro lado, las acciones de prevención que derivan de este enfoque se centran sólo en estas particularidades individuales. Con frecuencia se desconocen los contextos sociales y culturales en los que se dan las conductas relacionadas con la salud.

Cuando se hacen recomendaciones dirigidas a modificar ciertas prácticas o características de los individuos para que mejoren sus condiciones de salud se parte de la premisa de que los sujetos desean y pueden cambiar sus conductas, pero esto es muy discutible[21].

La obesidad es una patología y un factor de riesgo que se considera como problema de Salud Pública y que se ve acrecentado en un contexto de desigualdad social, la pobreza.

La información epidemiológica de la que se dispone generalmente es desde la perspectiva del modelo clásico y cuantitativo: estadísticas y gastos en salud; sin embargo, se ha explorado y descrito apenas desde la percepción de los propios sujetos; Se conocen las cifras de incidencia de la patología y sus comorbilidades; pero carecemos de información que nos permita ampliar el conocimiento sobre las actuaciones e interacciones que tienen los grupos sociales y que podrían repercutir positiva o negativamente en su salud, específicamente en padecer obesidad.

La pregunta de investigación

¿ Cuáles son las prácticas sociales en la transición nutricional que están asociadas a la obesidad en personas que viven en situación de pobreza?

Respuesta anticipada

Aquéllas prácticas sociales que están encaminadas a elegir una dieta obesogénica y a reducir la actividad física determinados por factores demográficos, económicos, sociales, culturales y ambientales.

Clasificación de la pregunta por el estado de los hechos

Exploratoria descriptiva

Clasificación de la pregunta por la respuesta esperada

Cualitativa

OBJETIVO

Valorar la congruencia entre las prácticas sociales de las personas que padecen obesidad en situación de pobreza y las expectativas científicas de la obesidad para disponer de información que coadyuve a la implementación de programas integrales para la prevención y control de la obesidad.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Es un estudio epidemiológico social de corte cualitativo interpretativista, exploratorio por su intencionalidad y descriptivo/comprensivo por su nivel de profundidad[22].

Los métodos cualitativos son inductivos, es decir orientados al descubrimiento y elaboración de nuevos conocimientos, poseen elevada validez, no pretenden generalizar porque se trabaja con muestras

pequeñas y se preocupan más por llegar al fondo del problema investigado, para alcanzar su más completa comprensión posible en su contexto único[4].

El enfoque cualitativo se basa a menudo en el contacto personal, durante un período de tiempo, entre el investigador y el grupo en estudio.

Existen dos posturas antagónicas al enfrentar la investigación social, en relación con las teorías acerca de cómo se conforma la realidad social y la forma en que el investigador puede acceder a dicha realidad. (23)

Por una parte, la postura *etic* plantea que la realidad social es externa al investigador y posible de aprehender a través de metodologías científicas. Las técnicas permiten recoger solamente las acciones externas que son hechos objetivos. Esta visión está marcada por el positivismo u objetivismo, desde donde se desarrollan la metodología cuantitativas; por otra parte, encontramos la visión *emic* fundamentada en la fenomenología, teoría social que sostiene que la realidad (y más aún la realidad social) es una construcción intersubjetiva, una especie de consenso de toda la sociedad. Aquí, la misión del investigador es rescatar los significados y sentidos de dicha construcción para el actor social. Por tanto, el énfasis está puesto en la calidad y riqueza de las informaciones que las personas pueden entregarnos acerca del fenómeno estudiado. Dado que ninguna actividad humana escapa al lenguaje y al habla, podremos emplear la metodología cualitativa para investigar cualquier fenómeno relacionado con la realidad social, entre ellos la salud y la enfermedad[23,24].

Debido al desconocimiento que se tiene de las categorías y del contexto, en específico de las personas que, además de padecer obesidad, se encuentran viviendo en una situación de pobreza, nuestro estudio será de tipo *exploratorio* y con una postura *interpretativista*[25].

Desde la perspectiva teórica, el estudio se fundamenta tanto en la *etnografía* como en la *fenomenología.* La primera persigue la descripción, la cultura, formas de vida y estructura social; se refiere al producto del proceso de investigación: un retrato del modo de vida de una unidad social; concretamente, la microetnografía (o etnografía de la comunicación) que consiste en focalizar los patrones de interacción social entre los miembros de un grupo cultural a fin de especificar el proceso de interacción y entender cómo estos micro procesos están relacionados con unos más amplios (macros) problemas de cultura y organización social[25]. La segunda, la fenomenología, retoma la preocupación por la descripción, sosteniendo que para poder establecer relaciones entre fenómenos es indispensable múltiples observaciones y vivencias en forma profunda, de modo tal que esto pueda dar pauta para reconstruir el proceso interno de los individuos para adquirir ciertas pautas sociales y reconocer el significado y sentido que éstas adquieren para ellos. Esta postura supone que para comprender el sentido de la acción social en forma amplia, es indispensable captar los significados que adquieren las acciones cotidianas de los individuos a través de la observación e interpretación de las condiciones constantes que rodean y dirigen la vida de los sujetos[26].

La fenomenología interpretativa o hermenéutica, propuesta por Martín Heidegger en 1927 como una metodología filosófica para descubrir el significado del ser o existencia de los seres humanos, probablemente, es el método cualitativo más apropiado para entender y describir aquellos fenómenos humanos que se conocen poco**,** es un método apropiado para comprender y describir algunos fenómenos humanos; su objetivo es comprender las habilidades, prácticas y experiencias cotidianas, y articular las similitudes y las diferencias en los significados, compromisos, prácticas, habilidades y experiencias de los seres humanos[22, 25,26,27].

Con base en la profundidad del análisis, el estudio pretende alcanzar un segundo nivel: *descriptivo-comprensivo.* Comprender es transportarse a otra vida psíquica de acuerdo con el sistema de representaciones simbólicas y significados en un contexto particular[25].

El supuesto fundamental consiste en considerar que los comportamientos son el resultado de una estructura de relaciones y significaciones que operan en la realidad, la que es estructurada o construida por los individuos, pero que a su vez actúa estructurando su conducta y pensamiento.

Será un trabajo de reconstrucción intersubjetiva que pasa por articular los diferentes análisis de los actores desde su propia perspectiva, posicionamiento, sistema de valores, experiencia e intencionalidad; es decir, será una reestructuración de la subjetividad de adentro hacia afuera[25].

Tipos sociales. Variables discursivas

Para fines de este estudio los tipos sociales serán padres de familia (ambos: padre y madre) que vivan en situación de pobreza.

Las variables discursivas, en un primer momento se dividirán por género. Se han definido a los tipos sociales como padres y madres de familia, los cuales serán considerados como las personas responsables de la alimentación del grupo familiar, entendido a éste como el grupo de personas con vínculos familiares o no, que residen habitualmente en una vivienda y llevan una vida en común.

La razón para dividir las variables discursivas por género es partiendo de la premisa de que existen diferentes percepciones y significados, dependiendo la condición genérica de hombre o mujer, acerca de los diferentes aspectos de la alimentación y nutrición; así como de la imagen corporal y el significado que le den a estar obesos[14,17].

Esquemáticamente los tipos sociales y las variables discursivas se representan como sigue:

TIPOS SOCIALES	**VARIABLES DISCURSIVAS**
Padre o madre de familia viviendo en situación de pobreza y que presenten obesidad	Hombres
	Mujeres

Diseño inicial

Número total de eventos

Iniciaremos con dos eventos (como mínimo) por cada variable discursiva. Por tanto, siendo lo diseñado dos variables discursivas, serán cuatro eventos en un primer momento.

Tamaño del grupo y atributos que definirán a los participantes

Los participantes contarán con atributos específicos: deberán vivir tanto en un contexto de pobreza como en el medio urbano; serán personas beneficiarias del programa de Desarrollo Humano Oportunidades[f] son personas viviendo en un nivel de pobreza y que el programa también abarca área urbana, se ha decidido incluir a personas beneficiarias del Oportunidades que viven en la colonia Moctezuma y que son atendidas en el Centro de Salud Dr. Gastón Melo.

Dispersión geográfica de los grupos eventos

Siendo congruente con la postura teórica etnográfica, será necesario que la investigación se realice en las casas de las personas, las cuales se encuentran en la colonia Moctezuma (de la Reserva Territorial) de la ciudad de Xalapa que, por estar catalogadas en una situación de pobreza, corresponden a familias beneficiarias del programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

Negociación de acceso

Se hará, en un primer momento, durante mi asistencia a las reuniones de capacitación a los grupos integrados por las titulares y las vocales de familias beneficiarias del programa *Oportunidades*, a quienes se les otorga atención sanitaria en el Centro de Salud Dr. Gastón Melo. Al participar y convivir en los cursos mensuales de capacitación me irán conociendo e iré ganando la confianza de los asistentes, al interactuar lograré acercarme a su entorno familiar y social.

Por otro lado, la entrada a las colonias se hará a través de las vocales quienes representan a los diferentes grupos de las familias beneficiarias del *Oportunidades* y son las encargadas de convocar a reunión semanal en sus colonias.

Muestreo teórico

El muestreo teórico no se trata de un muestreo estadístico. El muestreo teórico es definido en 1967 por Glaser y Strauss [27]:

> "el proceso de la recolección de datos para generar una teoría por la cual el analista conjuntamente selecciona, codifica y analiza su información y decide qué información escoger luego y dónde encontrarla para desarrollar su teoría tal como surge".

El tipo de muestreo teórico que se ocupará inicialmente en este estudio será el estratificado intencional el cual forma subgrupos y facilita comparaciones[25].

[f] El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades es un programa del Ejecutivo Federal destinado a mejorar las condiciones de educación, salud y alimentación de la población en condiciones de pobreza extrema. El programa inició operaciones en áreas rurales en 1997 como PROGRESA. Para el 2001, el Programa se expandió a áreas semiurbanas y en el 2002 a áreas urbanas. Actualmente, el Programa beneficia a cinco millones de familias. En Xalapa beneficia a 6363 familias. URL: http://www.oportunidades.gob.mx/ (18)

Las decisiones iniciales no están basadas sobre una estructura teórica preconcebida; el proceso de recolección de información está controlado por la teoría emergente que sugiere conceptos e hipótesis y, simultáneamente, señala los pasos siguientes.

Así, se seleccionarán nuevos casos a estudiar según su potencial para ayudar a refinar o expandir los conceptos y teorías ya desarrollados. Como señalan los autores mencionados, Glaser y Strauss, el criterio para juzgar cuándo cesa el muestreo de grupos pertinentes diferentes a una categoría, es la saturación teórica de la categoría; es decir, cuando ya no es posible continuar desarrollando nuevas propiedades de las categorías[27].

Unidad de análisis

Las unidades de análisis seleccionadas para esta investigación están conformadas por las descripciones de las observaciones y por las transcripciones de las entrevistas realizadas a los informantes; así como por los documentos oficiales a los que se tiene acceso.

Categorías teóricas y empíricas

Para este estudio las categorías y conceptos se decidirán *a priori* y, en un primer momento, son:

Categoría teórica

Se decidió, *a priori*, incorporar en este estudio la categoría de *prácticas sociales en la transición nutricional* con sus respectivas categorías empíricas (ver tabla 2). Es posible que a medida que se avance en el estudio, los datos vayan dando nuevas rutas de investigación durante la fase de campo.

Las prácticas sociales son actuaciones e interacciones sociales, que repercuten en la salud. Éstas son habitualmente, expresiones de los valores, costumbres, creencias y normas incorporados en la sociedad o en los grupos sociales, que rigen las actitudes y los comportamientos de sus miembros.

Dada la naturaleza de la salud, las prácticas sociales que le afectan son múltiples y abarcan el amplio campo de sus factores condicionantes y determinantes y de su atención específica; no son, por tanto, únicamente las prácticas específicas de salud las que interesa identificar. Para este estudio, se centrará la atención, y tomando como base las propuestas de la OPS/OMS, en dos grupos de prácticas sociales de acuerdo con sus finalidades principales y en las que se identifican aquéllas que repercuten negativamente en la salud y por ende favorecen el desarrollo de la obesidad:

1. Atención a las necesidades y demandas de salud. Este grupo contiene las prácticas sociales específicas y necesarias para la atención de la salud. Contempla la forma en que la sociedad y sus miembros reconocen los problemas de salud y las necesidades de atención. Las prácticas de autocuidado, de la demanda y usos de los servicios organizados de salud y, en general, las formas en que la sociedad conforma y usa los sistemas de salud y de atención de salud.

2. Desarrollo de entornos saludables y control de riesgos y daños a la salud colectiva. En este grupo de prácticas sociales, desempeñan un papel fundamental los mecanismos de aculturación y socialización, especialmente la educación y la comunicación social, las organizaciones vinculadas a la producción y al trabajo, las redes de movimientos sociales y las instituciones del Estado, especialmente a través de las políticas públicas[3].

A fin de identificar evidencias de estas prácticas sociales que pueden encaminar al desarrollo de la obesidad se recurrirá al concepto de transición nutricional, la cual se define como la serie de modificaciones ocurridas en el perfil nutricional de las poblaciones, debidas a cambios en los patrones de alimentación, determinados por la interrelación de factores económicos, demográficos, ambientales y culturales. Estos cambios pueden corresponderse al aumento de los ingresos, la influencia de los medios de comunicación de masas y el marketing de alimentos, y a toda una serie de cambios en las características del trabajo y el ocio[2, 28].

Tabla 2. Definición de las categorías analíticas y empíricas

Categoría analítica	Definición conceptual	Categoría empírica	Definición
Prácticas sociales en la transición nutricional (3)	Actuaciones e interacciones sociales, que repercuten en la salud (1) favoreciendo la obesidad.	Patrones alimentarios	Régimen alimentario urbano determinado por la interrelación de factores económicos, demográficos, ambientales y culturales. Evidenciado por : ✓ Mayor consumo de alimentos de alta densidad energética y bajo contenido de nutrientes. ✓ Alto consumo de azúcares y carbohidratos refinados. ✓ Alto consumo de grasas saturadas, ácidos grasos monoinsaturados "trans" y colesterol. ✓ Alto consumo de bebidas alcohólicas. ✓ Pobre consumo de vegetales y frutas frescas. ✓ Aumento del tamaño de las raciones de alimento especialmente en restaurantes y "cadenas de alimen rápidos". (12)
		Actividad física	Patrones de actividad física en las ciudades evidenciado por: ✓ Reducción del trabajo físico debido a adelantos tecnológicos. ✓ Uso cada vez mayor de transporte automotor. ✓ Automatización de los vehículos y reducción del gasto energético en la operación de maquinarias y vehículos ✓ Uso de ascensores y escaleras eléctricas ✓ Reducción del tiempo dedicado a jugar al aire libre por inseguridad y preferencia de los juegos electrónicos y la televisión. (12)
		Factores sociales, ambientales, culturales y económicos	Cualquier tipo de condicionante que ponga en riesgo la salud. Ejemplos: ✓ Concepto de la obesidad como expresión de salud y no de enfermedad. ✓ Inseguridad alimentaria[g] ✓ Migración ✓ Influencia de los medios de comunicación de masas ✓ Marketing de alimentos (12)

[g] L inseguridad alimentaria es una situación que se da cuando las personas carecen de un acceso seguro a una cantidad suficiente de alimentos inocuos y nutritivos para un crecimiento y desarrollo normales y una vida activa y sana. Puede deberse a la no disponibilidad de alimentos o el insuficiente poder adquisitivo (ver URL: http://www.fao.org/spfs/index_es.asp.)

Técnicas y procedimientos para recolectar información

Para este proyecto se ocuparán dos diferentes técnicas como se menciona a continuación:

A. *Observación.* Técnica clásica de investigación; además, es la manera básica por medio de la cual obtenemos información acerca del mundo que nos rodea.
Atendiendo a diferentes aspectos, la Observación que se llevará a cabo en este estudio se caracterizará:

a) Por el lugar donde se realizará esta investigación:
- Observación documental. la investigación bibliográfica realizada en diferentes tipos de escritos como: libros, documentos académicos, actas, informes, revistas, biografías, diarios, archivos, etc., utilizará como técnica las fichas y los cuadros. La sistematización de la información se realizará en una base de datos en el programa Access.
- Observación de campo. Se realizará en el lugar donde ocurre el fenómeno observado, tiene la ventaja de que el fenómeno se describe tal como sucede en la realidad. Para los registros se utilizarán: diarios de campo, cámaras fotográficas, videograbadoras, etc., de manera inmediata se transcribirá lo observado a las notas de campo. Durante el proceso se irán generando materiales como son las notas observacionales, metodológicas[h] y analíticas[i29].

b) Según la participación del observador

- Observación participante. Determinada por el hecho de que el observador participa de manera activa dentro del grupo que se está estudiando; se identifica en él de tal manera que el grupo lo considera como uno de sus miembros; es decir, el observador tiene una participación tanto externa, en cuanto a actividades, como interna, en cuanto a sentimientos e inquietudes.
  Cuando la participación es prolongada y el observador convive con el grupo de estudio, durante un tiempo más o menos prolongado, estamos ante una observación antropológica o etnográfica, que se realiza conviviendo con comunidades a investigar; generalmente se sigue el siguiente proceso:
  - Ganarse la confianza, lograr que pierdan el miedo y obren con naturalidad.
  - Observar y tomar notas de las particularidades cotidianas.

Especialmente para esta investigación el tipo de participación será moderada y la táctica de presencia activa será interacción limitada; por tanto el rol del investigador será de observador como participante.

c) Según los medios utilizados

- Observación dirigida o estructurada. Requiere de instrumentos para la recopilación de los datos o hechos observados, estableciendo de antemano qué aspectos se han de estudiar. Se ocupará cuando estamos realizando un estudio o investigación, en el que

[h] Describen las actividades realizadas y los cambios llevados a cabo en el trabajo de campo, también exponen las múltiples posibilidades, sesgos y dificultades en la obtención, manejo y análisis de la información.
[i] Las notas analíticas son el producto de la reflexión hecha a lo largo de todo el proceso y en torno a los conceptos o categorías, preestablecidas o emergentes.

sabemos exactamente lo que vamos a investigar y tenemos un diseño de investigación. Se utilizarán distintos medios que acrecentarán la capacidad de observación y control, en este estudio se utilizará: formatos, cuadros y anotaciones, y dispositivos mecánicos (videograbadoras, cámaras fotográficas, etc.).(30, 32) *Ver anexo 1. Instrumento para notas de campo*

B. *Entrevista focalizada*. La entrevista es una técnica en la que una persona (entrevistador) solicita información de otra o de un grupo (entrevistados, informantes), para obtener datos sobre un problema determinado. Presupone la existencia al menos de dos personas y la posibilidad de interacción verbal[31].

La principal función de la entrevista focalizada es centrar la atención del entrevistado sobre la experiencia concreta que se quiere abordar; para ello, hay una labor previa que consiste en delimitar los puntos o aspectos que deben ser cubiertos. Esta delimitación se hace en función de los objetivos de la investigación, de las características del entrevistado y de su relación con el suceso o situación que quiere ser investigado.

Se efectuará tomando como base un guión, pero tanto el informante como el entrevistador tienen mayor libertad e iniciativa. Al entrevistador se le indica el objeto, el fin de la investigación, los puntos sobre los que interesa obtener información; quedando a su arbitrio el número, tipo de preguntas a realizar, el orden y el modo de formularlas.

Este listado debe utilizarse con flexibilidad, de forma que sólo se introduzcan las preguntas si los aspectos considerados básicos no surgen de forma espontánea en el entrevistado. Tienen que respetarse las prioridades tanto del momento en abordar cada tema como su extensión y profundidad de tratamiento por la persona que se entrevista[30, 33]. *Ver anexo 2. Instrumento para Entrevista focalizada.*

Procedimientos para analizar el dato

El proceso de análisis comprende desde el momento que inicia la obtención de la información hasta la elaboración del producto final.

Las narraciones o historias de los propios sujetos enfermos obtenidas en las entrevistas y visitas de campo, se reducirán a palabras y textos para su posterior análisis; las entrevistas se transcribirán y la observación quedará como notas de campo[25].

La interpretación del texto o información se hace en dos niveles. Una primera interpretación se hace durante las entrevistas o etapa de recolección de la información y otra interpretación profunda que se hace cuando se ha completado la recolección de la información[26].

Esta etapa inicia convirtiendo tanto los discursos como las notas obtenidas en campo en texto para así iniciar el proceso de codificación.

La codificación consiste en la categorización de segmentos de las transcripciones identificando los grandes temas y subtemas abordados. Apunta a organizar los datos con relación a los objetivos del estudio. Al mismo tiempo que se codifica, se analizan para desarrollar conceptos. Durante este nivel, lo que inicialmente fueron ideas e intuiciones, se refinan, expanden o desarrollan por completo.

Previo al trabajo de campo se elaboran un listado de códigos que se complementan con otros que se derivan de los grandes temas y subtemas abordados por los participantes. Estos se indagarán en las transcripciones y su correspondiente descripción y definición.

Este proceso no constituye un proceso mecánico ni automático; es varias lecturas de la transcripción, y requiere además compartir el mismo significado de los términos de codificación.

Este nivel examina el fenómeno en estudio en los términos de las categorías de significados de las personas que se estudian; la regla cardinal es hacer que los códigos se ajusten a los datos y no a la inversa.

Este nivel de profundidad requerirá:

- Leer todas las transcripciones una tras otra tomando notas sobre posibles tendencias y líneas de opinión (en caso necesario, recurrir a las cintas para la verificación), leer las transcripciones y/o escuchar las cintas concentrándose en un tema cada vez.

- Contar con los elementos suficientes para obtener el espectro del discurso en términos de consistencias, variabilidad y caso extremo. La *consistencia* del discurso puede entenderse cuando tres cuartas partes o más de las variables discursivas compartan los mismos códigos. La *variabilidad* consiste en la forma que adquiere la distribución del discurso, considerando de acuerdo a la experiencia que esta condición se presenta cuando dos cuartas partes de las variables discursivas compartan el mismo código. Los *casos extremos*, como su nombre lo indica, serán las opiniones extremas, expresadas y codificadas en al menos una cuarta parte de las variables discursivas.

- Obtener la impresión general de los comentarios, que es aquella obtenida a partir de la consistencia interna, representada por la mención al código o segmentos que aparecen al interior de las variables discursivas.

- Encontrar las grandes ideas básicas para todas las variables discursivas y particularidades.

- Elaborar los conceptos compartidos colectivamente.

- Definir nuevas vías de investigación[25].

CRONOGRAMA

MESES	FEB		MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO		TOTAL HORAS
SEMANAS	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	
CONCEPTOS																					
TRABAJO DE CAMPO																					
Recopilación de información (persona y contexto)	4	4	4	4						4	4	4	4								32
Recopilación de datos antropométricos en expedientes clínicos				6	6	6															18
SUBTOTAL HORAS	4	4	4	10	6	6				4	4	4	4								50
TRABAJO DE GABINETE																					
Transcripción	1	1	1	1						1	1	1	1								8
Análisis de la información		2	2	2	2						2	2	2	2	2	2					20
Diseño y procesamiento de base de datos (antropométricos)					6	6			6												18
Lectura y actualización de bibliografía			2		2	2			2		2			2	2	2		2	2		20
Replanteamiento del problema y posible ajuste del diseño						4															4
Redacción y entrega 1er borrador									10	10											20
Redacción y entrega 2º borrador														10	10						20
Redacción y entrega trabajo final																	10	10	10	10	40
SUBTOTAL HORAS	1	3	5	3	10	12			18	11	5	3	3	14	14	4	10	12	12	10	150
TUTORÍAS/ASESORÍAS																					
Tutorías		1		1		1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
SUBTOTAL HORAS		1		1		1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
SOCIALIZACIÓN DE PRODUCTOS																					
Sesiones plenarias disciplinares				5					5				5				5				20
Sesión plenaria ISP																				5	5
SUBTOTAL HORAS				5					5				5				5			5	25
TOTAL DE HORAS OBLIGATORIAS																					240

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eberwine D. Globesidad: una epidemia en apogeo. Perspectivas de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. 2002; 3(7):1-7

2. Popkin B. La urbanización y la transición nutricional. Punto de Enfoque. (IFPRI) [serie en internet]. 2000 Ago; [citado 2003 Dic 5]; [cerca de 2 p.]. Disponible en URL: http://www.ifpri.org/spanish/2020/focus/focus03/focus03_01sp.htm

3. OPS/OMS. Prácticas sociales y salud pública. En: La Salud Pública en la Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, D.C.:OPS; 2002. p. 49-58

4. Parra S., Hernández B., Durán L., López, O. Alternative models for the epidemiological analysis of obesity as a public health problem. Rev. Saúde Pública. [online]. 1999, vol. 33, no. 3 p. 314-25 [citado 2006-09-19]; Disponible en URL: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101999000300014&lng=en&nrm=iso

5. DOF. NORMA Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad. [citado 2006 Septiembre 5] Disponible en URL: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/174ssa18.html

6. Flores ML.. La Medición de la pobreza. Cámara de Diputados del Congreso de la Unión de México. Boletín 1, octubre; 2002.

7. Bolvitnik J. Opciones metodológicas para medir la pobreza en México. Revista de Comercio Exterior, No. 31. octubre, 2001.

8. OMS. Obesidad y pobreza Nota descriptiva N°311 Septiembre de 2006. . [citado 2006 Septiembre 5] Disponible en URL: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/print.html

9. Peña M. Obesidad y pobreza en América Latina. Revista Obesidad. Argentina: SAOTA y FLASO. 2001; Abril 12 (1):5.

10. Zambrano E, Guzmán C. Desnutrición intrauterina y factores de riesgo de la obesidad. Rev Nutrición Clínica. México: Alimentación Enteral y Endovenosa, AC 2002; 5(4): 241-5

11. INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. México.

12. O´Donnell, A., Carmuega, E. La transición epidemiológica y la situación nutricional de nuestros niños. Publicación CESNI Nº 6; 1998 [citado 2006 septiembre 10] Disponible en URL: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/print.html http://www.cesni.org.ar/sistema/archivos/68-Volumen_6.pdf

13. Banco Mundial. La Pobreza urbana en México. Generación de Ingreso y Protección Social para los Pobres. 2005. [citado 2004 Nov 8]; Disponible en URL: http://siteresources.worldbank.org/INTMEXICO/Resources/La_Pobreza_Urbana_en_Mexico.pdf

14. Aguirre P. 2000. Aspectos socioantropológicos de la obesidad en la pobreza en La Obesidad en la pobreza. En: Peña, M., Bacallao, J. La Obesidad en la pobreza. Un nuevo reto para la salud pública. OPS: Washington, D.C.; 2000 p. 13-25

15. Cabello ML. Estudio cualitativo-fenomenológico sobre la obesidad. Génesis y reacciones a la misma. Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición. Edición especial; 2006 (5).

16. Olivares S, Bustos N, Moreno X, Lera L, Cortez S. Actitudes y prácticas sobre alimentación y actividad física en niños obesos y sus madres en Santiago, Chile Rev Chil Nutr; 2006 33(2):170-9 [citado 2006 septiembre 10] Disponible en URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000200006&lng=pt&nrm=iso

17. Osuna I, Hernández B, Campuzano JC, Salmerón J. Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana: la precisión del autorreporte. Salud Publica Mex 2006; (48):94-103.

18. Monteiro M, Coutinho JG, Recine E. Consulta aos rótulos de alimentos e bebidas por freqüentadores de supermercados em Brasília, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2005;18(3):172-177

19. Orden AB, Torres MF, Luis MA, cesan MF, Quintero FA, Oyhenart EE. Evaluación del estado nutricional en escolares de bajos recursos socioeconómicos en el contexto de la transición nutricional. Arch. Argent. Pediatr., mayo/jun; 2005, 103(3):205-11.

20. Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud. Madrid: El Viejo Topo; 2005.

21. Ortiz L. Contribuciones de la Epidemiología Social a la comprensión de las condiciones de salud de las poblaciones. Rev. Salud Problema. México: UAM-X: jun-dic 2003; 8(14-15):16-26

22. Hernández E, López LM. Una aproximación al análisis cualitativo. Revista Enseñanza e Investigación en Psicología. México: Universidad Veracruzana; julio-diciembre, 1998; 3(2):89-100

23. Romo M., Castillo C.. Metodologías de las ciencias sociales aplicadas al estudio de la nutrición. . Rev. chil. Nutr. Abr. 2002; 29 (1):14-22 [citado 18 octubre 2006],. Disponible en URL: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000100003&lng=es&nrm=iso

24. Pérez C. Sobre la metodología cualitativa. Rev. Esp. Salud Publica; set.-oct. 2002, 76(5): 373-80. [citado 18 Octubre 2006], Disponible en URL: wwwscielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500001&lng=es&nrm=iso

25. Hernández E, Saldaña SA. Investigación Cualitativa. Guía práctica para la elaboración del proyecto. México; 2002.

26. Castillo E. La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos Revista Investigación y Educación en Enfermería. Colombia: Universidad de Antioquia. marzo 2000; Vol XVIII. No.1

27. Sanahuja S. Muestreo teórico y estudios del discurso. Una propuesta teórico-metodológica para la generación de categorías significativas en el campo del Análisis del Discurso. II Coloquio Nacional de Investigadores en Estudios del Discurso. El Estudio del Discurso: Metodología Multidisciplinaria. La Plata, 6 al 8 de septiembre de 2001.

28. Peña, M., Bacallao, J. La Obesidad en la pobreza. Un nuevo reto para la salud pública. OPS: Washington, D.C.; 2000.

29. Mercado FJ. El proceso de análisis de los datos en una investigación sociocultural en salud. En: Mercado FJ, Torres TM. compiladores. Análisis cualitativo en salud. Teoría método y práctica. México: Universidad de Guadalajara/Plaza y Valdéz; 2000. p. 47-72.

30. Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: síntesis sociológica; 1997.

31. Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Aljibe; 1999.

32. Taylor, S, Bogdan, R. Introducción a la observación participante. En: Investigación Cualitativa Barcelona: Paidos; 1992; Cap. 2. p. 31-49

33. Taylor, S, Bogdan, R. Entrevistas En: Investigación Cualitativa Barcelona: Paidos; 1992; Cap 4. p. 100-32

DESAPEGO AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN DIABETES MELLITUS TIPO 2

Felipe Alejandro López Arriaga
Tutor: Dr. En C. Jaime Morales Romero

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad metabólica caracterizada por hiperglucemia debido a defectos en la secreción de la insulina, a la acción inadecuada de la insulina, o ambas. De acuerdo con la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, se define como una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales[1].

En los últimos años, se aprecia un incremento en la prevalencia de la diabetes mellitus en la población mexicana. Las complicaciones de esta enfermedad tales como retinopatía, neuropatía periférica, nefropatía, etc., están impactando negativamente a la Salud Pública. El control glucémico del paciente con diabetes mellitus tipo 2 es la piedra angular para prevenir o retrasar dichas complicaciones. Una estrategia importante para un adecuado control glucémico consiste en un buen apego al tratamiento por parte del paciente[2].

La falta de apego al tratamiento tiene un impacto negativo en el paciente diabético ya que permite el descontrol glucémico y la aparición de complicaciones; a esto se le suma otro impacto negativo: el económico, por el gasto que se hace. Para el desapego a tratamiento es de índole multifactorial en donde participan factores de diversa naturaleza[2].

El objetivo de este trabajo es determinar los factores de riesgo para desapego al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar Nº 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La hipótesis que se pretende demostrar es que un menor conocimiento de la diabetes, un nivel de estudios bajo y la depresión se encuentra con mayor frecuencia en pacientes con desapego a tratamiento en comparación con aquellos pacientes con apego adecuado.

Para el producto final, se pretende construir un modelo de riesgo ajustado por posibles factores confusores para evaluar el peso de cada factor en el desapego. Con esto se obtendrá un conocimiento nuevo que permita identificar áreas de oportunidad para mejorar la práctica cotidiana en las instituciones del Sector Salud.

ARGUMENTACIÓN TEÓRICA

Aspectos clínicos de la enfermedad

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales; se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, por lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas. Se le define como

el tipo de diabetes en la que hay capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, insuficiencia relativa de secreción de insulina o cuando coexisten ambas posibilidades y aparece la hiperglucemia[1].

La hiperglucemia crónica se asocia a daño y disfunción de varios órganos esenciales, especialmente en ojos, sistema renal, nervioso y cardiovascular. Varios procesos patógenos están implicados en el desarrollo de la diabetes. Estos consisten en: destrucción autoinmune de las células del páncreas con deficiencia por lo consiguiente de la insulina y en anormalidades que dan lugar a la resistencia de la acción de la insulina. La base de las anormalidades en los carbohidratos, grasas, y proteínas en diabetes es la acción deficiente de la insulina. La disminución de la secreción de la insulina y los defectos en la acción de la insulina coexisten con frecuencia en el mismo paciente, y es a menudo confusa. Los síntomas de la hiperglucemia incluyen poliuria, polidipsia, pérdida del peso sin ninguna causa, a veces se presenta polifagia y visión alterada. La susceptibilidad a ciertas infecciones puede también acompañar a la hiperglucemia crónica. Las complicaciones a largo plazo de la diabetes incluyen retinopatía con la pérdida potencial de visión; nefropatía que conduce a la falla renal, neuropatía periférica con el riesgo de las úlceras del pie o disfunción sexual. Los pacientes con diabetes tienen una incidencia creciente de la enfermedad vascular-cerebrovascular-cardiovascular, aterosclerosis periférica[2].

La hipertensión, las anormalidades del metabolismo de la lipoproteína, y la enfermedad periodontal se encuentran a menudo en la gente con diabetes.

El impacto emocional y social de la diabetes y de las demandas de la terapia puede causar la disfunción psicosocial significativa en pacientes y sus familias.

Antecedentes epidemiológicos

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 señala una prevalencia en México de diabetes mellitus, por diagnóstico médico previo, en los adultos a nivel nacional de 7 por ciento, y fue mayor en las mujeres (7.3 por ciento) que en los hombres (6.5 por ciento). En el grupo de 50 a 59 años, dicha proporción llegó a 13.5 por ciento, 14.2 por ciento en mujeres y 12.7 por ciento en hombres. En el grupo de 60 a 69 años, la prevalencia fue de 19.2 por ciento, 21.3 por ciento en mujeres y 16.8 por ciento en hombres[3].
En Veracruz sólo en el año 2006, hasta la semana epidemiológica 36, los casos acumulados por jurisdicción sanitaria de diabetes mellitus fueron 12352 casos y en todo el año del 2005 fue de 12574 casos[4].

ARGUMENTACIÓN EMPÍRICA

Desapego a tratamiento

El apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 es importante para un control adecuado y para evitar o retrasar las complicaciones en una etapa posterior de la enfermedad como por ejemplo retinopatías, nefropatias o neuropatías entre otras [5].

Se define como apego al tratamiento a la conducta del paciente que coincide con la prescripción médica, en términos de tomar los medicamentos, seguir las dietas o transformar su estilo de vida. El apego al tratamiento es importante para evaluar la evolución clínica, ya que una alianza terapéutica entre el paciente y el médico es necesaria para el éxito del tratamiento. El desapego es aquel que no coincide con esta prescripción médica[6].
El tratamiento intensivo y adecuado se relaciona con el retardo en la aparición y progresión de las complicaciones crónicas de la enfermedad, por lo que parece razonable recomendar un control estricto de

su tratamiento. La falta de apego al tratamiento implica grandes erogaciones económicas, ya que más de 10 por ciento de los ingresos hospitalarios se deben a esta causa[7].

El desapego al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la consulta externa como se mencionó anteriormente acarrea implicaciones económicas para el paciente y para las instituciones de salud de ahí la importancia de este estudio.

Diversos estudios han investigado acerca del apego al tratamiento y factores que influyen para el desapego como el que se publicó en la Revista de Salud Pública de México en el año 2001, en donde se encontró un desapego correspondiente a un 46 por ciento y los factores asociados fueron la escolaridad y la falta de información sobre la enfermedad diabetes mellitus, las conclusiones en este estudio fueron que de 150 personas con diabetes mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar numero 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social De Chihuahua, Chihuahua el apego al tratamiento farmacológico indicado por su médico tratante fue bajo pero que los factores relacionados al desapego son modificables con una educación adecuada[8].

En la revista Diabetes Care se han publicado en años atrás artículos sobre desapego al tratamiento farmacológico y sus factores de riesgo, en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2. Uno de ellos es el realizado por Schectman Joel M. y colaboradores en el año 2002, en donde mediante un diseño longitudinal, retrospectivo con un tamaño de muestra de 810 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 encontró que la frecuencia del apego era baja en los Africano-Americanos en comparación con la raza blanca. Los factores de riesgo para desapego fueron la edad y los estilos de vida[6].

Otro artículo publicado en la misma revista en el año 2003 por Grant Richard W. y Cols**.** Donde mediante un diseño de Cohorte con un tamaño de muestra de 128 pacientes en una comunidad con diabetes mellitus tipo 2, identificó como factores de riesgo a los efectos secundarios y el costo del medicamento para un desapego al tratamiento farmacológico. Identificó 29 medicamentos que causaban efectos secundarios que interfirieron al apego al tratamiento farmacológico. Las conclusiones en esta muestra, divulgaron costos muy altos de la medicación, los efectos secundarios no denunciados y una carencia de la confianza en ventajas inmediatas del medicamento[9].

Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que son derechohabientes se les debe de informar la importancia del buen apego y la relación que tiene este para evitar el desarrollo de complicaciones[10].

Tabla 1. Estudios acerca del apego al tratamiento y factores que influyen para el desapego

Autor	Diseño	Tamaño de muestra	Factores R.
Dúran Varela y Cols. 2001	Transversal Comparativo	150 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la unidad de medicina familiar No 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Chihuahua, Chih. México	Escolaridad Genero Evolución de la enfermedad uso de plantas medicinales Información sobre su enfermedad
Schectman Joel M. y Cols. 2002	Longitudinal, Retrospectivo	810 pacientes con diabetes mellitus tipo 2	Raza
Grant Richard W. y Cols. 2003	Cohorte	128 pacientes de una comunidad con diabetes mellitus tipo 2	Efectos secundarios Costo del medicamento

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desapego al tratamiento constituye uno de los retos terapéuticos más importantes en la actualidad. Un apego al tratamiento permite retrasar o reducir las complicaciones que causan la muerte o la incapacidad en los pacientes diabéticos, otro punto importante son los costos que implica para las instituciones de salud el desapego al tratamiento farmacológico.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores de riesgo para desapego al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que acuden a la Consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social?

Hipótesis

Se pretende demostrar que un menor conocimiento de la diabetes, un nivel de estudios bajo y la depresión se encuentra con mayor frecuencia en pacientes con desapego a tratamiento en comparación con aquellos pacientes con apego adecuado.

Clasificación de la pregunta por el estado de los hechos
Explicativa

Clasificación de la pregunta por la respuesta esperada
Cuantitativa - Cualitativa

OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar los factores de riesgo para desapego al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que acuden a consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Objetivos específicos

- Determinar la incidencia acumulada de desapego al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos tipo 2.
- Describir las características clínicas de los sujetos integrantes de la cohorte.
- Comparar el riesgo relativo de los factores de desapego al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos tipo 2.
- Identificar la probabilidad de desapego en función del tiempo.
- Construir un modelo de riesgo ajustado por posibles factores confusores para evaluar el peso de cada factor en el desapego al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos tipo 2.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Estudio observacional, longitudinal de cohorte prospectiva.

Universo de estudio

Pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que acuden a consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar Nº 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Ubicación espacio – temporal

El estudio será realizado en la Unidad de Medicina Familiar 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el período comprendido de febrero a julio de 2007.

Selección y tamaño de la muestra

Tamaño muestral. Con un nivel de confianza del 95 por ciento y un poder de la prueba del 80 por ciento , tomando como factor de exposición el conocimiento inadecuado del paciente en diabetes, asumiendo una frecuencia de desapego en el grupo expuesto del 61.43 por ciento y un riesgo relativo mínimo del 1.59 se calculó un tamaño de muestra = 144 sujetos (72 expuestos y 72 no expuestos). Para fines de este estudio se incluirá un tamaño muestral de 150 pacientes diabéticos (75 expuestos y 75 no expuestos). Tamaño de muestra calculado en el programa Win Episcope 2.0

Selección muestral. Se realizará un muestreo aleatorio simple, a partir de un listado nominal general de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 derechohabientes que acuden a consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar Nº 66 del IMSS.

Selección de pacientes

Criterios de inclusión

1. Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de acuerdo a la los criterios establecidos en la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 de la Secretaría de Salud.
2. Derechohabientes del IMSS.
3. Que acudan mensualmente a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
4. Que esté recibiendo alguno(s) de los siguientes fármaco(s):
   a) Sulfonilureas: Tolbutamida, glibenclamida, cloropropamida.
   b) Biguanidas: Metformina.
   c) Derivados de la tiazolidinediona: pioglitazona, rosiglitazona
   d) Inhibidores de la alfaglucosidasa: acarbosa
5. Edad mayor o igual a los 20 años.
6. Cualquier sexo.

Criterios de exclusión

1. Embarazo.
2. Presencia de otras enfermedades endocrinas conocidas.
3. Que esté recibiendo insulina.

Criterios de eliminación

1. Pérdida de la derechohabiencia.
2. Desarrollo de embarazo durante el seguimiento.
3. Alta voluntaria del estudio.

Unidad de análisis y observación

La unidad de análisis y de observación serán los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 derechohabiente que acude a consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar No. 66 del IMSS.

Tabla 2. Variables del estudio con definiciones conceptuales operacionales y escalas

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de Variable	Escala	Fuente
Desapego al tratamiento	Conducta del paciente que no coincide con la prescripción médica, en términos de tomar los medicamentos, seguir las dietas o transformar su estilo de vida	Cuando el paciente consuma < 80 por ciento de las tabletas Hipoglucemiantes indicadas por el médico Paciente que conteste un NO en Test de Morisky-Green	Cualitativa Cualitativa	Con desapego Sin desapego	Ficha de conteo de tabletas remanentes Cuestionario
Nivel de estudios	Grado de estudios aprobado y reconocido por el sistema educativo nacional	Nivel de estudio máximo que tenga el paciente en el momento de la entrevista	Cualitativa	Ninguno Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Postgrado C. Técnica Normal	Cuestionario
Depresión	Disminución del tono afectivo	Paciente que obtenga puntaje $\geq$14 a través del Inventario de Beck	Cualitativa	Sin Depresión Con Depresión	Cuestionario

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de Variable	Escala	Fuente
Efectos secundarios	Lo que deriva de la administración de un medicamento e instala signos y síntomas accesorios	Efecto no deseado, secundario a la administración de algún hipoglucemiante	Cualitativa	Nominal	Cuestionario

Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, sobre todo en lo que hace relación a su condición de soltería, matrimonio, viudez, etc.	Condición civil de cada persona en relación a su pareja	Cualitativa	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo Separado	Cuestionario
Sexo	Características biológicas que definen a un ser humano	Característica biológica del paciente	Cualitativa	Masculino Femenino	Cuestionario
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Años de vida del paciente en el momento de la entrevista	Cuantitativa	Razón Discreta Años	Cuestionario
Conocimiento de diabetes mellitus tipo 2	Conjunto de datos sobre hechos, verdades o de información almacenada a través de la experiencia o del aprendizaje o a través de introspección acerca de la diabetes mellitus tipo 2	Paciente que conteste SI al total de preguntas del Test de Batalla	Cualitativa	Sin conocimiento de diabetes mellitus tipo 2 Con conocimiento de diabetes mellitus tipo 2	Cuestionario
Ocupación	Hacer una labor o producir algo a cambio de un salario o sueldo en la mayoría de las veces	Actividad ocupacional actual del paciente	Cualitativa	Nominal	Cuestionario
Estado nutricio	Conjunto de funciones armónicas y solidarias entre sí, tiene lugar en todas y cada una de las células del organismo, de las cuales resulta la composición corporal, la salud y la vida misma	Medición del estado nutricio por medio del peso (Kg) dividido por la Talla (m) al cuadrado	Cualitativa	Peso insuficiente : <18.5 Normopeso : 18.5-24.9 Sobrepeso: 25- 29.9 Obesidad I: 30-34.9 Obesidad II: 35-39.9 Obesidad III 40-49.9 Obesidad IV >50	Cuestionario
Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de Variable	Escala	Fuente
Tiempo de evolución de diabetes mellitus tipo 2	Duración de la diabetes mellitus	Tiempo que refiere el paciente que se relaciona al saber que tiene diabetes mellitus tipo 2	Cuantitativa	Años Meses	Cuestionario

Medicina alternativa	Combinación de terapias complementaria y alternativa a las terapias médicas formales	Consumo o utilización de medicina alternativa	Cualitativa	Sin consumo o utilización de medicina alternativa Con consumo o utilización de medicina alternativa	Cuestionario
Glucemia plasmática	Concentración de la glucosa en la sangre	Ultima cifra de glucemia plasmática que esta anotada en el expediente clínico del paciente	Cuantitativa	Discreta	Expediente clínico

Técnicas y procedimientos para la recolección de la información

Este estudio está dividido en dos etapas:

Etapa de inclusión

Se acudirá a la Unidad de Medicina Familiar Nº 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social. A partir de un listado nominal general de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que acuden a esta unidad médica se hará un muestreo aleatorio simple.

Una vez identificados los sujetos de estudio al momento de acudir a consulta, un encuestador les invitará a participar.

Si el paciente acepta, se validarán los criterios de inclusión y exclusión. A todos los pacientes incluidos se les solicitará su consentimiento informado por escrito para participar. El encuestador aplicará un cuestionario estructurado basal que incluirá ficha de identificación, nivel de estudios, datos clínicos de la enfermedad, comorbilidades, antecedentes de depresión, datos sobre conocimientos de la diabetes mellitus tipo 2, características y efectos secundarios del tratamiento farmacológico (hipoglucemiantes) y datos sobre medicina alternativa. La cifra más reciente de glucemia plasmática de los pacientes será tomada del expediente clínico.

Los pacientes serán clasificados de acuerdo a la siguiente variable de exposición:

a) Paciente con conocimientos adecuados de la diabetes mellitus tipo 2 versus sin conocimiento adecuados de la diabetes mellitus tipo 2.

Etapa de seguimiento

Cada paciente será seguido durante un mes. Se pretende realizar a los 20 días después de que fueron identificados los sujetos una visita domiciliaria a cada paciente (sin previo aviso del día de la visita) donde se realizará un conteo de tabletas remanentes.

Variable de respuesta. Para identificar la variable de respuesta (desapego al tratamiento) utilizaremos técnicas que han sido utilizadas por separado en estudios previos: a) La aplicación de un cuestionario y,

b) el conteo de tabletas remanentes. Por tanto, se considerará como desapego al tratamiento cuando el paciente conteste por lo menos un NO en el Test de Morisky-Green y cuando al contar las tabletas tenga un consumo < 80 por ciento de las tabletas hipoglucemiantes indicadas por el medico. Tomando la estrategia metodológica utilizada por Durán-Varela y Col., se realizará una visita domiciliaria a los pacientes aproximadamente a los 20 días de seguimiento para el conteo de tabletas en el domicilio del paciente, en caso de no encontrarse el paciente se visitará nuevamente al siguiente día y así sucesivamente hasta por 3 días. Aquí se comparará la cantidad de medicamento restante en la caja con la que debería tener según la fecha de la última consulta.

Características del cuestionario

Para este estudio se utilizarán diversos instrumentos de medición, (ver anexos 1-9). Algunos de ellos ya validados en estudios previos y otros fueron construidos y validados por nosotros.

Hoja de consentimiento

El cuestionario será aplicado por un encuestador, contiene una hoja de consentimiento en el cual se le informa al paciente acerca del proyecto **"**Desapego al tratamiento farmacológico en diabetes mellitus tipo 2**"** que los investigadores del Instituto de Salud Pública, de la Universidad Veracruzana, tienen autorizado para su desarrollo. Y se le invita a participar voluntariamente, aportando información, así como de su expediente clínico. Esta hoja firmada autoriza a los investigadores y a quienes ellos indiquen a realizar los cuestionarios, escalas, visitas a domicilio, evaluaciones convenientes al proyecto y hacer uso de la información con fines científicos, docentes y estadísticos, siempre y cuando lo hagan en el marco de la ética profesional y guarden la confidencialidad de los mismos.

Sección de instrucciones

El cuestionario cuenta con instrucciones las cuales consiste en escribir con bolígrafo de tinta oscura los datos que se le piden en las líneas. En los puntos de opción múltiple deberá marcar con una X la opción que más se aproximé a su respuesta. Todos los puntos se les pide que sean contestados. Informa que los datos son confidenciales y se les agradece por participar.

Ficha de identificación

Contiene datos como apellidos paterno, materno, nombre(s), número de afiliación, calle con número, colonia, localidad o municipio, teléfono, edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, ocupación actual.

Índice de comorbilidad de Charlson

Agrupa las enfermedades por tipo de comorbilidad o por órganos involucrados. Cada grupo comórbido recibe un puntaje posible, a mayor severidad clínica de la comorbilidad se otorga mayor puntaje. Validado a nivel mundial. Muy buena sensibilidad y especificidad.

Inventario de depresión de Beck

Constituido por 21 preguntas tipo Likert, la cual va a ser contestada por el paciente, se aplica aproximadamente en 10 minutos, se encuentra validado al idioma español en pacientes mexicanos, alto grado de confiabilidad, alto grado de correlación con la evaluación clínica de la depresión, cada posible respuesta tiene un puntaje asignado. Se considera depresión cuando el paciente alcance un puntaje $\geq$ 14.

Test de Batalla

Valoración del nivel de conocimientos que tiene el paciente sobre su enfermedad, diabetes mellitus tipo 2, será mediante el test de Batalla, el cual está validado para el estudio de enfermedades crónico no transmisibles. Este test consiste en realizarle al paciente tres preguntas acerca de su enfermedad. Una respuesta incorrecta califica al paciente como sin conocimiento adecuado. Tiempo aproximado de aplicación es de 3 minutos.

Test de Morisky-Green (MG)

Muestra una alta confiabilidad y está validado en población española. Valora apego del enfermo respecto al tratamiento; se califican como pacientes con apego los que respondan correctamente a las cuatro preguntas que lo conforman. Una respuesta inadecuada califica al paciente con desapego. Tiempo aproximado es de 3 minutos.

Efectos secundarios

Consiste en preguntar el nombre del medicamento hipoglucemiante que tiene prescrito para su diabetes mellitus tipo 2, si siente efectos secundarios y si los tiene que mencione 3 de ellos. Validado por médicos residentes internistas de Centro de Especialidades Medicas del Estado de Veracruz. Tiempo aproximado de aplicación 2 minutos.

Medicina alternativa

Consiste en 3 preguntas las cuales se relacionan al consumo/utilización de medicina alternativa, así como, si ha sustituido el medicamento de su diabetes mellitus por medicina alternativa y si es el caso que mencione 3 de ellas. Tiempo aproximado en la aplicación 2 minutos. Validado por médicos residentes internistas de Centro de Especialidades Medicas del Estado de Veracruz.

Ficha de conteo de tabletas remanentes

Consiste en un formato que se llenará al realizar la visita domiciliaria al paciente incluirá datos como fecha de consulta, tratamiento indicado, número de tabletas prescritas al mes, posología, fecha de visita domiciliaria, número de tabletas remanentes calculadas, número de tabletas remanentes contadas. Son datos que llenará el encuestador al pedir los hipoglucemiantes al paciente.

Técnicas y procedimientos para el análisis de la información

Para el proceso de análisis de datos, se realizará una base de datos en el programa SPSS versión 8 en el cual se realizarán pruebas estadísticas que respondan a las necesidades de la investigación.
De igual forma se utilizarán los programas: Excel, Word y Power Point para la elaboración de reportes e informes de investigación.

Análisis estadístico

Consiste en:

1. Comparación de variables continúas de dos grupos independientes con la prueba t de Student.
2. Comparación de proporciones con Chi cuadrada y prueba exacta de Fisher cuando se requiera.
3. Para estimar la frecuencia de desapego al tratamiento se calculará incidencia acumulada.
4. Para estimar el riesgo de desapego al tratamiento se calculará riesgo relativo.

5. Para estimar la probabilidad de desarrollar desapego al tratamiento en función del tiempo para cada factor de riesgo se realizará la prueba de Kaplan-Meier.
6. Para ajustar los riesgos de apego inadecuado al tratamiento en función del tiempo se realizará regresión de Cox.
7. Se calcularán intervalos de confianza al 95 por ciento tanto para incidencia acumulada como para cada riesgo relativo.
8. Un valor de $p < 0.05$ será considerado como estadísticamente significativo.

Consideraciones éticas

1. Este protocolo será sometido al Comité de Investigación y Ética de la Unidad de Medicina Familiar 66 para su aprobación.
2. Para ser incluido al sujeto de estudio se le solicitará su consentimiento informado por escrito.
3. A cada paciente incluido se le explicarán los objetivos del estudio, los cuestionarios y escalas a aplicar, métodos de evaluación, así como se le proporcionará un teléfono en dónde pueda solicitar mayor información y los datos que identifiquen al responsable del estudio y a los encuestadores.
4. El paciente tendrá derecho, si así lo desea, a no participar en este estudio o a abandonar la cohorte en cualquier momento que lo requiera, sin repercusión alguna en su atención médica cotidiana.
5. De acuerdo con la clasificación que establece la Ley General de Salud este estudio se considera con un riesgo menor al mínimo.

CRONOGRAMA DE TRABAJO

Tabla 3.Cronograma de actividades del mes de enero del 2007

Actividades Programadas	Enero															Feb
	8	9	10	11	15	16	17	18	22	23	24	25	29	30	31	1
Asesoría con tutor en el Instituto Salud Pública		X				X				X				X		
Asesoría con tutor externo en el Centro de Especialidades Medicas del Estado de Veracruz				X				X				X				
Revisión bibliográfica para aspectos éticos de la investigación.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Construcción a instrumento	X	X	X	X												
Validación de instrumento					X	X	X	X								
Pilotaje de instrumento									X	X	X	X				
Presentación interdisciplinar												X				
Presentación en el ISP														X		

Tabla 4.Cronograma de actividades febrero- junio 2007

Actividades Programadas	Feb			Mar			Abr			May			Jun			
Asesoría con tutor en el Instituto Salud Pública	X			X			X			X			X			
Asesoría con tutor externo en el Centro de Especialidades Medicas del Estado de Veracruz		X			X			X			X			X		
Búsqueda de encuestadores	X															
Capacitación de encuestadores		X														
Aplicación de cuestionarios en la U.M.F. N° 66				X												
Logística de visitas domiciliarias a pacientes de la U.M.F. N° 66					X											
Visitas domiciliarias						X		X								
Construcción de la base de datos							X									
Captura de información en la base de datos										X						
Análisis de información											X					
Presentación de avances	X			X			X			X			X			

RECURSOS

Materiales:

- 1 computadora
- 1 impresora
- 5000 hojas tamaño carta
- 1000 fotocopias
- 10 lapiceros
- 10 lápices
- 10 gomas
- 2 cajas de clips
- 2 engrapadoras
- 2 cajas de Grapas
- 10 tablas de apoyo
- 2 cajas de CDS

Humano:

- 7 encuestadores

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Secretaría de Salud. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. México, DF: DOF; 2001.
2. Parker M. Medication adherence in patients. Diabetes Care 2003:26(S1):S5-S20
3. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
4. Boletín epidemiológico 36. SESVER, SUIVE.2005'2006
5. Hernández-Ronquillo L, Tellez-Zenteno JF, Garduño-Espinoza J, González-Aceves E. Factors associated with therapy noncompliance in type-2 diabetes patients. Salud Pub Mex 2003;45:191-197.
6. Schectman JM, Nadkarni MM, Voss JD. The association between diabetes metabolic control and drug adherence in an indigent population. Diabetes Care 2002;25(6):1015-1021.
7. Rothenbacher D, Rüter G, Hermann Brenner. Prognostic value of physicians' assessment of compliance regarding all-cause mortality in patients with type 2 diabetes: primary care follow-up study. BMC Family Practice 2006;7:42
8. Durán-Varela BR. Rivera-Chavira B. Franco-Gallegos E. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud Pub Mex 2001;43(3):233-236.
9. Grant RW, Singer DE, Devita NG, Meigs JB. Polypharmacy and medication adherence in patients with type 2 diabetes. Diabetes Care 2003;26(5): 1408-1412.
10. Vázquez-Martínez JL, Gómez-Dantés H, Fernández-Cantón S. Diabetes mellitus en población adulta del IMSS. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006;44(1):13-26.
11. Expert Committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Report of the Expert Committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2003;26(supplement 1):S5-S20.
12. Lozano-Ascencio R. Frenk-Mora, J. González-Block MA. El peso de la enfermedad en adultos mayores, Salud Pub Mex 1996;38:419-429.
13. De los Rios-Castillo JL, Sánchez-Sosa JJ, Barrios-Santiago P, Guerrero-Sustaita V. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Med IMSS 2004;42(2):109-116.
14. World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: Report of a WHO consultation: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva:WHO 1999.
15. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis 1987;40:373-383.
16. Suarez-Mendoza AA, Cardiel MH, Caballero-Uribe CV, Ortega-Soto HA, Marquez-Marin M. Measurement of depression in Mexican patients with rheumatoid arthritis: validity of the Beck Depression Inventory. Arthritis Care Res 1997;10:194-199.

PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN PACIENTES CON VIH/SIDA Y SUS FACTORES ASOCIADOS

Evangelina Montes Villaseñor
Tutor: Dr. Roberto Zenteno Cuevas
Asesor: Dr. Gastón Coronel Martín del Campo

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto pretende abordar un serio problema de salud pública que reclama y exige soluciones urgentes y ordenadas a todos los niveles, debido a la situación epidemiológica actual que ha llegado tras una serie encadenada de errores en la planificación de la lucha contra la Tuberculosis (TB), esta vieja enfermedad emerge con una nueva acompañante como lo es el Virus de la Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de la Inmunodeficiencia (VIH/SIDA).

La pandemia de la infección por el VIH/SIDA, representa un importante desafío para el control de la TB esta constituye una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad entre las personas que viven con el VIH/SIDA[1].

Los procesos de industrialización y la sobrepoblación de las ciudades pueden causar una epidemia de TB; al reunir gran número de personas susceptibles, promoviéndose la transmisión de *M. tuberculosis* de enfermos a sanos es la única enfermedad declarada como urgencia mundial por la Organización Mundial de la Salud (OMS)[2].

La TB ha aumentado a nivel mundial por varias razones a saber: aumento de la pobreza, existencia de programas de control deficientes (inadecuada detección de casos y fallas en el tratamiento), cambios demográficos que han tenido consigo aumentos de la población mundial, cambios en la estructura de la pirámide poblacional, y además por el impacto de la pandemia del VIH, la cual ha incrementado la incidencia y prevalencia de TB[3]. Actualmente en México la TB y el VIH/SIDA son graves problemas de salud pública; principalmente en el estado de Veracruz ya que según los últimos informes del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) para el 2005 ocupa el tercer lugar en número de casos después del Distrito Federal y México; en cuanto a VIH/SIDA, y de acuerdo a Dirección de Planeación de los Servicios de Salud del Estado de Veracruz; la TB ocupa el primer lugar a nivel nacional en número de casos reportados para el 2005.

Diversos grupos de investigadores en el mundo; han señalado la prevalencia y algunos factores de riesgo asociados con esta coinfección, entre las que destacan de manera prominente, la farmacorresistencia con fármacos antituberculosos, el abandono social, el alcoholismo, tabaquismo y la infección concomitante por el VIH/SIDA[4].

Los individuos con mayor riesgo, para esta coinfección tienden a ser hombres jóvenes residentes de núcleos urbanos o suburbanos, en condiciones de desempleo y falta de vivienda, hacinamiento, adictos a drogas intravenosas[5], cabe resaltar que la distribución de las enfermedades y eventos de salud en poblaciones humanas son disímiles en cada región; por ello es importante conocer la distribución, su prevalencia y los factores asociados a está coinfección VIH/SIDA-TB en este grupo poblacional, determinando la prevalencia de la coinfección a través de métodos diagnósticos microbiológicos, como es la baciloscopia, cultivo y la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y el estudio de factores asociados a través de un cuestionario aplicado a los pacientes portadores del VIH que acuden a control en el Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) del Hospital Luís F. Nachón en la ciudad de Xalapa, Veracruz, el cual nos sirva de referencia real del problema

sanitario (carga de la enfermedad), se obtenga información acerca de la necesidades de atención medica y priorización de recursos sanitarios, programas y políticas en lo que se debe hacer para aliviar la carga simultánea de VIH/SIDA-TB en el estado de Veracruz.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Estado de la teoría

La TB, enfermedad provocada por una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis*[6] es una enfermedad antigua, que data de 5000 años AC[7] y así de antiguas son las creencias, actitudes y prácticas acerca de la enfermedad a pesar de los avances en diagnóstico, tratamiento y prevención. Hipócrates identificó la tisis como la enfermedad más diseminada de todos los tiempos y casi siempre fatal. Galeno expresó en sus escritos que "era muy peligroso vivir con un tísico porque éste producía una alteración del aire"[8].

Aún cuando vivimos en el siglo XXI, la TB es una enfermedad infecciosa que continúa siendo un reto para la *salud pública* y por lo tanto requiere de atención urgente por lo que desde 1993 la OMS declaró que la TB había adquirido carácter de emergencia mundial debido a la asociación con el VIH/SIDA y la farmacorresistencia. En el año 2002, se determinó que la persistencia de la TB era atribuible al descuido del control de la enfermedad a los gobiernos, mala administración de los programas de control de la TB, la pobreza, el crecimiento de la población, la migración y a un ascenso significativo de la enfermedad en las zonas endémicas del VIH. En ese mismo año la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lanzó la meta mundial relacionada a la detección y curación de los pacientes con TB que conducirían a una disminución de más 50 por ciento de los casos, y pretendían lograr la eliminación de esta enfermedad como problema de salud pública para el año 2005.

Su implantación en el mundo ha sido asimétrica y más lenta de lo programado; actualmente y desde el descubrimiento del bacilo de Koch, los métodos disponibles para la prevención el diagnóstico y el tratamiento son los mismos, con avances mínimos, aunque grupos de investigadores trabajan para disponer de nuevos medicamentos, nuevas vacunas y herramientas diagnosticas que incrementen las posibilidades de controlar la enfermedad.

Se reconoce al control de la TB como un bien social con grandes beneficios para la población, y el reto para el personal de salud, se convierte en un reto humanitario más que tecnológico.

La TB pulmonar representa el 85 por ciento o más de los casos, afecta principalmente a la población económicamente activa, de no ser atendida deja secuelas físicas, económicas, emocionales y familiares difíciles de superar.

La TB meníngea se considera como un indicador indirecto del control de la TB pulmonar, el prevenirla mediante la vacunación con BCG en los recién nacidos es la mejor acción para evitar padecerla o morir a causa de ella.

Un paciente con TB requiere de atención multidisciplinaría, apoyo familiar y comunitario. No existe un país que escape a este problema de salud pública por lo cual se requiere de un gran compromiso por parte de los servicios de salud para mejorar el acceso y la demanda de la población a éstos, por lo consiguiente es importante realizar estudios a poblaciones especiales (indígenas, migrantes, reclusos, jornaleros, usuarios de drogas) para integrar a la comunidad en acciones de salud por medio del convencimiento y beneficio que está pueda obtener[9].

Contrariamente a la historia natural de la TB en 1981 apareció una nueva enfermedad llamada SIDA y se reconoció por primera vez en los Estados Unidos de América[10]; dos años más tarde en 1983, fue identificado el agente causal de esta enfermedad, y fue un nuevo virus al que posteriormente se le designó con el nombre de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), unos años más tarde, en 1986, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, notificaron por primera vez en 33 años, un inusitado aumento de los casos de TB en dicho país, la cual se debía en gran parte a la epidemia de SIDA[11].

Esta asociación *VIH/SIDA-TB* cambió el comportamiento epidemiológico de esta última en el mundo, y la meta propuesta por la OMS de eliminar la TB para el año 2000 y la OPS en el 2005 en los países industrializados, ha debido posponerse por lo menos algunos quinquenios más, debido al impacto de la epidemia del SIDA. Este impacto es más grave en los países en desarrollo, en los grupos minoritarios y en los desposeídos socialmente de los países desarrollados[12]. Muchos han pensado que la TB es una enfermedad del pasado, sin embargo, para los que la padecen, sigue siendo un riesgo serio, cuando además están infectados con VIH. De hecho en el mundo entero, la TB es responsable de la muerte de una de cada tres personas que viven con el VIH/SIDA, por lo que es considerada la causa principal de muerte entre los infectados con VIH[13].

Historia natural de la enfermedad: El ser humano infectado por VIH, se encontró repentinamente con *Mycobacterium tuberculosis,* se expuso, se infectó, se enfermó y se quedo esperando la mejoría de su enfermedad (ver anexo 1).

Políticas sanitarias mundiales y locales

La OPS como respuesta al gran desafío epidemiológico que la TB representa declaró, en 1996, a la TB como prioridad sanitaria con la aprobación de la resolución CD 39/20 del Consejo Directivo, que convocó y comprometió a los gobiernos de los países a aplicar la estrategia Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES). Desde entonces, se trazó una política regional que buscó obtener los siguientes objetivos de trabajo; extender y/o implementar la estrategia TAES, posicionar el control de la TB como prioridad de la salud para los gobiernos y sensibilizar a los socios y agencias donantes internacionales para apoyar a los países de la Región.

Hasta 1996, sólo seis países de los 44 que conforman la Región de las Américas, aplicaban la estrategia TAES a escala nacional, con una cobertura del 9.9 por ciento de la población de la Región. Entre 1996 y 2003, se inició la implementación y posterior expansión del TAES a prácticamente todos los países, alcanzando una cobertura del 78 por ciento de la población de las Américas para 2003. Las agencias donantes y los socios jugaron un papel importante en esa etapa y las acciones conjuntas que se desarrollaron se tradujeron en el incremento de recursos económicos disponibles para los PNTs destinados a la implementación y expansión de la estrategia TAES, y para el Programa Regional a fin de fortalecer la capacidad técnica de los Programas Nacionales.

Sin embargo, y pese a los esfuerzos realizados en los últimos años, la TB sigue produciendo sufrimiento humano y pérdidas económicas en las Américas. Ante esta realidad, la OPS en colaboración con los países de la región han decidido profundizar el control de la TB con el fortalecimiento de la estrategia TAES y la aplicación de nuevas iniciativas para detenerla y superar los nuevos retos producidos por la propagación del VIH/SIDA, la TB multiresistente, el incremento de inequidades y la pobreza. Estas nuevas iniciativas deben responder a metas a mediano y largo plazo destinadas a reducir la carga de enfermedad y alcanzar los Objetivos del Desarrollo del Milenio.

Debido a la pandemia de la infección por el VIH representa un importante desafío para el control de la TB en todos los niveles, así mismo de igual manera la TB constituye una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad entre las personas que viven con el VIH/SIDA; la OMS en el 2004 crea una política interna para la coinfección con la única finalidad de reducir la carga de TB y VIH/SIDA en las poblaciones afectadas por ambas enfermedades, teniendo como objetivos; establecer mecanismos de colaboración entre los programas de control de TB y lucha contra el VIH/SIDA; reducir la carga de enfermedad por TB en las personas afectadas por el VIH/SIDA; y reducir la carga de enfermedad por VIH/SIDA en los enfermos TB, a través de tres puntos principales:

A) Fortalecimiento de los servicios de salud mediante
- Vigilancia epidemiológica de VIH entre los pacientes de TB.
- Establecer un grupo coordinador TB/VIH.
- Planificación conjunta de las actividades.
- Monitoreo y evaluación de las actividades.

B) Reducción de la carga de enfermedad por TB en PVVS (pacientes viviendo con sida)
- Intensificar la búsqueda de casos de TB.
- Tratamiento preventivo con isoniacida.
- Control de la infección TB en los organismos de salud e instituciones colectivas.

C) Prevención de VIH/SIDA para los pacientes de TB:
- Consejería y test VIH.
- Introducción de métodos preventivos.
- Proporcionar atención continuada.
- Incluyendo terapia preventiva con cotrimoxazole y ARV

En México la secretaria de salud ha establecido el programa binomio VIH/SIDA-TB siendo una estrategia fundamental en la era del VIH/SIDA, actualmente esta enfermedad pulmonar causa la muerte al 30 por ciento de las personas que viven con SIDA en el mundo de acuerdo a los estimados de la OMS y actualmente es considerada como la primera enfermedad oportunista de las personas con VIH.

El combate al binomio VIH/SIDA-TB forma parte de la estrategia “Caminando a la excelencia” que es un llamado a la acción para controlar esta comorbilidad y parte fundamental de su trabajo es vincular a la sociedad civil con las instituciones públicas con el fin de disminuir, por un lado, la cantidad de casos de TB en las personas con VIH/SIDA y por el otro, prevenir la enfermedad, ya que, se cura completamente aún teniendo VIH/SIDA.

Este programa de acción es de reciente creación en nuestro país aún no es instituido en todas las entidades federativas, es por ello que tanto los programas de VIH/SIDA y TB trabajan en conjunta coordinación para alcanzar las metas establecidas a nivel mundial.

Situación epidemiológica de la coinfección en el mundo

En la actualidad estas metas aún no se han cumplido; y la pandemia de VIH/SIDA ha dado lugar a la revivificación en el número de casos de la TB en el todo el mundo. Se estima que trece millones de pacientes viviendo con VIH/SIDA están infectadas de TB, el 71 por ciento de estos casos viven en el África Sub-Sahariana[14]. Actualmente se calcula que entre diez y quince millones de estadounidenses están infectados con la bacteria de TB y con posibilidades de desarrollar la enfermedad activa de TB en el futuro. Un diez por ciento de estas personas infectadas desarrollará la TB en algún momento de sus vidas. Sin embargo, el riesgo de desarrollar la enfermedad de TB es mucho mayor para las personas infectadas con el VIH/SIDA , debido a que la infección del VIH debilita tanto el sistema inmunológico, las personas infectadas teniendo un riesgo 100 veces mayor de desarrollar la enfermedad activa de TB y

convertirse en contagiosas en relación con las personas sanas[15]. Se estima que entre el diez y el quince por ciento de todos los casos de TB ocurre en personas de entre 25 y 44 años infectadas con el VIH/SIDA[16]. Aun cuando la TB es prevenible y curable, continua siendo una de las infecciones más trasmisibles en todo el mundo, con aproximadamente ocho millones de casos nuevos diagnosticados y dos millones de muertes que ocurren cada año[17].

Situación epidemiológica de la coinfección en América Latina y México

Para América Latina y el Caribe (LAC), la situación es aún más crítica ya que existen más de 230,000 casos nuevos de TB anuales, y se estima que hay cerca de 400,000 casos, lo que implica un subregistro por encima del 40 por ciento del total de casos, el 52 por ciento eran positivos a la baciloscopia de esputo o casos altamente infecciosos [18]. Los reportes en cuanto a la incidencia en TB para los países LAC es de 85 por cada 100,000 habitantes en el 2001[19]. Y la prevalencia actual de la coinfección de VIH/SIDA-TB en la región no se conoce con exactitud, pero ha sido estimada en un 5.9 por ciento de prevalencia de VIH en los pacientes diagnosticados de TB[20]. De los estudios que se han realizado en los pacientes de TB, la prevalencia de VIH ha mostrado que ha sobrepasado esta cantidad en varios países en México para el año 2001 se tuvo una prevalencia de 3.0 por ciento. y los porcentajes de muertes de TB atribuibles al VIH se estiman en un 6.5 por ciento[21]. Según datos de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaria de Salud y Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) en México en el año 2004,oscila en 7.5 por ciento en los pacientes coinfectados, con una relación de 6-1.

Situación epidemiológica de la coinfección en Veracruz

Cabe mencionar que en el estado de Veracruz; aún no se cuenta con un registro especifico para esta coinfección así que se obtuvieron los datos por separado para el año 2005 se reportó una incidencia para el VIH/SIDA 6.6 por 100,000 habitantes con una mortalidad de 8.8 por 100,000 habitantes[22] y para la TB tuvo una incidencia de 27.4 por 100,000 habitantes y una mortalidad de cuatro por 100,000 habitantes[23]. No se ha establecido en el estado el alcance real ni la magnitud de esta asociación, lo cual ha impedido comprender de manera adecuada el problema epidemiológico que acompaña esta coinfección y controlar este problema veraz y oportunamente.

El conocimiento real de lo que ocurre en nuestro medio permitirá el establecimiento a nivel estatal de protocolos de manejo claros, que permitan el diagnóstico y tratamiento precoz de la asociación VIH/SIDA-TB, mejorando la calidad y el tiempo de vida de estos pacientes es por eso la importancia de realizar este proyecto ya que la interrogantes de lo que pasa son muchas y es preciso iniciar con diagnóstico de lo ¿*que está ocurriendo*? y él ¿*por que está ocurriendo*? (Ver anexo 2).

ESTADO DE LOS HECHOS

De los estudios que se han realizado en los pacientes con la coinfección en los países de Latinoamérica para la identificación de factores de riesgo se encuentra Jamaica donde se realizó un estudio retrospectivo de 1995 al 2001 acerca de la prevalencia del VIH/SIDA en pacientes con TB pulmonar donde fueron estudiados 537 pacientes cuyo objetivo fue determinar la prevalencia del VIH1 en pacientes con tuberculosis pulmonar y cuyos resultados reflejan que los factores de riesgo encontrados eran determinantes para padecer la coinfección. La mayoría de los pacientes tuberculosos con positividad a VIH eran de sexo masculino, y la mayor prevalencia se observó en personas entre los 30 y 39 años de edad, obteniéndose una tasa de mortalidad en pacientes con tuberculosis e infección por VIH fue de 23,4 por ciento (11/47)[24]. Para la identificación de los factores de riesgo en esta investigación se utilizó un

cuestionario con ello se obtuvieron datos relacionados a factores sociodemográficos, biológicos de los pacientes.

Otro estudio realizado en Brasil acerca de Factores de Riesgo para la TB en casos de VIH/SIDA durante, 1980 al 2000, de corte transversal retrospectivo, cuyo objetivo fue identificar los factores asociados a la ocurrencia de tuberculosis en casos de sida notificados al Ministerio de la Salud de este país. En el análisis de regresión, las prevalencia más altas de TB estaban asociadas significativamente a edad menor de 40 años, baja escolaridad, residencia en la región sureste del país y diagnóstico efectuado antes de 1996[25]. En Bogota en el año 2001 se realizó un estudio que describir la situación de los casos de coinfección TB/VIH, fue siendo un estudio descriptivo transversal. De los casos de coinfección TB/VIH, en 113 casos se obtuvo una incidencia de 14,4 por 100.000; de los cuales el 11,9 por ciento correspondía a una prevalencia de coinfección TB/VIH. La mayor proporción de los enfermos con coinfección fue del sexo masculino (92,2 por ciento), con una razón hombre: mujer de 12:1. La mediana de la edad fue de 34 años. Los factores encontrados en esta investigación fueron edad, sexo, retraso en diagnóstico por retraso en el tratamiento, la determinación de la demora diagnóstica, que en el caso de la coinfección, aumenta la probabilidad de muerte del paciente.
En nuestro país hay pocos estudios relacionados con la prevalencia y factores de riesgo asociados a este binomio, sin embargo en 1995 se realizó un estudio cuyo objetivo fue la identificación de transmisión en pacientes con VIH y factores de riesgo para la coinfección VIH/TB. Los resultados encontrados fueron una prevalencia de la coinfección de 8.3 por ciento Para la categoría de transmisión de los casos de VIH/SIDA-TB son: 39.9 por ciento homosexuales y bisexuales; 23 por ciento heterosexuales; 11.7 por ciento 1.7 por ciento drogadictos intravenosos, siendo el porcentaje de coinfectados de 37.7 por ciento entre las personas de medio socioeconómico bajo[26]. Los factores que con mayor frecuencia se mencionan se refieren a tópicos tales como pobreza, desnutrición, hacinamiento, ventilación e iluminación de la vivienda deficientes, abuso de alcohol, tabaco. Siendo este un serio problema de salud pública en todo el mundo de acuerdo con los estimados de la OMS y el ONUSIDA, hacia finales del 2005 ya que en mundo había alrededor de 40 millones de personas viviendo con VIH/SIDA y un diez a quince por ciento de las muertes se deben a la coinfección VIH/SIDA-TB.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de tuberculosis pulmonar de pacientes con VIH/SIDA y cuáles son los factores asociados a esta comorbilidad en el CAPASITS en el Hospital Civil “Dr. L. F. Nachón”?

Importancia de la coinfección VIH/SIDA-TB

Como se ha mencionado la pandemia del VIH/SIDA ha dado lugar a un resurgimiento de los casos de TB y, al mismo tiempo, ha ocasionado retraso en el diagnóstico y tratamiento de la misma, así como también una disminución de los índices de curación, un desgaste progresivo de la respuesta inmune que es inducido por el VIH facilita la aparición de TB activa, ya sea reactivando una infección latente o facilitando la rápida progresión de una infección primaria a una enfermedad en una persona recientemente infectada o reinfectada con TB. Además, que la presencia del VIH/SIDA ha impactado el manejo de la TB en los siguientes aspectos:

- Supervisión incorrecta de la quimioterapia contra la TB con índices bajos de curación.
- Elevada mortalidad durante el tratamiento y abandono del mismo debido a reacciones adversas de los medicamentos contra la TB; esto se traduce a una mayor incidencia de resistencia a los medicamentos.
- Aumento de la prevalencia de VIH en pacientes con TB[27].Altos Costos del manejo del paciente coinfectado.

- En los países en vías de desarrollo, como el nuestro, se acumulan el 95 por ciento de los coinfectados, coincidiendo en grupos etáreos jóvenes ,
- Con lo que ello supone de cara a la esperanza de vida y al impacto económico de ambas enfermedades [28]

Importancia de estudiar los factores asociados

De acuerdo con lo antes mencionado la salud es un fenómeno complejo que depende de múltiples factores, muchos de los cuales van más allá del ámbito sanitario y de los determinantes biológicos que responden a condiciones y estilos de vida. La exposición al riesgo de morir se modifica a través de la edad y tiene comportamientos específicos por sexo, vinculada tanto a factores biológicos como sociales, que frecuentemente favorecen algunos trastornos, así como su letalidad más en un sexo que en otro.

Uno de los objetivos más importantes de la epidemiología es identificar subgrupos de población con un riesgo elevado de enfermedad. ¿Por qué debemos de identificar a estos grupos? *primero* si podemos identificar a estos grupos podremos dirigir esfuerzos preventivos, para una detección temprana de la enfermedad a poblaciones que tienen una probabilidad mayor de beneficiarse; y en *segundo*; si podemos identificar a estos grupos seremos capaces de identificar la incidencia, y los factores específicos o características que les pongan en riesgo elevado y después intentar de modificar esos factores[29]. La trascendencia de investigar los factores de asociados en la coinfección VIH/SIDA nos ayudaría a que el paciente con VIH/SIDA se encuentre libre de enfermar de TB o ser susceptible a esta, o que la desarrolle en un periodo determinado, esto condiciona a que el individuo no muera; por TB, cuando encontramos uno o más factores de asociados se traduce a que el paciente con VIH/SIDA es más vulnerable a padecer la TB. En epidemiología, los factores de asociados son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado[30] y la utilización de estos riesgos nos lleva a tener un mayor conocimiento e información acerca de la enfermedad así como también a tener una predicción de presentar la enfermedad en un futuro, una causalidad.

La búsqueda de estos se utiliza también para mejorar la eficiencia de los programas de cribaje, mediante la selección de subgrupos de pacientes con riesgo aumentado[31] cuando un factor de riesgo se conoce la eliminación de este nos ayudará a reducir la presencia de la TB en pacientes con VIH/SIDA mediante una prevención primaria adecuada. Hoy esta coinfección es el resultado de la interacción entre factores sociodemográficos, biológicos y ambientales que como sabemos anuncian el peligro de ruptura del equilibrio que representa la salud, *"factores asociados*", que deben ser bien identificados, bien interpretados y adecuadamente enfrentados, para evitar en lo posible que las personas lleguen a enfermar.

Importancia de estudiar la prevalencia a través de métodos diagnósticos microbiológicos

El diagnóstico clínico de la TB es difícil de establecer a tal punto que muchos investigadores la han catalogado como "la gran simuladora"[32] presentándose muchas veces en forma de cuadro clínico, radiológico completamente atípicos que desconciertan al medico en cuanto a la orientación diagnóstica, de la misma manera el diagnóstico bacteriológico no está exento de errores; para la elaboración de este proyecto es importante partir de un diagnóstico real de la coinfección mediante la prevalencia de la enfermedad en los pacientes con VIH/SIDA a través métodos de diagnósticos microbiológicos ya que estos subyacen como uno de los pilares más importantes debido a que proveen la información para que se inicie el tratamiento oportuno y adecuado en todo paciente con *M tuberculosis* de los métodos más utilizados son la baciloscopia, es la técnica fundamental en toda investigación bacteriológica de la TB, en la detección de casos y control de tratamiento.

Con un costo bajo y de rápida ejecución, la baciloscopia es una técnica que permite identificar al 70-80 por ciento de los casos pulmonares positivos[33]. La técnica de tinción que se utilizará es la de Ziehl-Neelsen tradicional cuya característica principal es su ácido-alcohol resistencia (AAR). Cabe mencionar que no es una técnica 100 por ciento confiable pues el bacilo no siempre es detectado en las muestras clínicas examinadas, por lo tanto tendremos que utilizar el cultivo del bacilo tuberculoso ya que es el complemento de la microscopía; y permite diagnosticar como positivos casos negativos en el examen microscópico líquido de Middlebrook selectivo gracias al agregado de un suplemento con cinco antibióticos, destinado para su uso con un sistema de detección automatizada MB/Bact, el cual llega a tener una sensibilidad y especificidad del 100 por ciento en comparación con otros métodos de cultivo tradicional[34].

El aislamiento de las bacterias en esta técnica es en un promedio de crecimiento de cuatro semanas se ve entorpecido por su lento crecimiento dentro de sus características se encuentra tiempo y temperatura determinado para el crecimiento, morfología de las colonias, de tal manera que en casos que se requiera una toma de decisiones rápida para iniciar el tratamiento efectivo su valor es muy limitado. Las técnicas bacteriológicas tradicionales como es la baciloscopia y el cultivo a pesar que tienen una buena especificidad y sensibilidad no son lo suficientemente útiles cuando se requiere un diagnóstico precoz y específico sobre todo en pacientes seropositvos. Tomando en cuenta que buscamos una prevalencia confiable se utilizará una ultima técnica de biología molecular, la amplificación de ácidos nucleicos como la Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) es una técnica muy útil para el diagnóstico bacteriológico de la TB, pues permite un diagnóstico rápido, sensible y específico, a través de la identificación del ADN o ARN presente en las muestras clínicas, pudiendo despejar falsos positivos o falsos negativos en las baciloscopia[35] la especificidad va de un 95 a un 100 por ciento y tiene una sensibilidad de 74 al 91 por ciento [36] esta tiene la gran ventaja sobre el cultivo y es la rapidez con la que el diagnóstico puede ser hecho, y a diferencia de la microscopia el *Mycobacterium* infectante puede ser bien identificado.

El presente trabajo tiene claro determinar la prevalencia de la TB a través de estas tres técnicas y los principales factores que afectan directamente el estado de salud de una población viviendo con VIH; detectando su comportamiento para que de esta manera se pueda tener un panorama más amplio y así mismo realizar actividades conjuntas entre los programas de TB y VIH/SIDA que nos permitirá no solo un mayor conocimiento sobre la población; sino también sobre el riesgo relativo de la población general referente a las formas de transmisión de esta coinfección esto nos ayudaría a implantar oportunamente medidas preventivas o correctivas para desarrollar la coinfección y brindar una mejor calidad de vida a nuestros pacientes portadores de VIH; en el estado de Veracruz.

METODOLOGÍA

Variables

Tabla 1. Tabla de operacionalización de variables

Variables	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de Medición	Fuente	Instrumento
Tuberculosis pulmonar	A la enfermedad infecciosa, generalmente crónica causada por el complejo Mycobacterium (M.tuberculosis,M.bovis, M.microti, M.africanum y M.canettii)que se trasmite del enfermo al sujeto sano por inhalación y se aloja en el pulmón.[37]	Enfermedad infecciosa causada por el complejo Mycobacterium que se localiza en el pulmón y es detectada con las tres técnicas diagnosticas.	Cualitativa	Nominal Positivo Negativo	Toma de esputo al paciente.	Técnicas de Baciloscopia PCR Cultivo.
Edad	(Del latina estas,-atis).Periodo de tiempo que ha vivido un individuo desde su nacimiento y se divide en cuatro periodos infancia, adolescencia o juventud, madurez y senectud.[38]	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la aplicación del cuestionario	Cuantitativa	Discreta Años	Paciente	Cuestionario
Sexo	El termino sexo se deriva de las características biológicamente determinadas, relativamente invariables del hombre y la mujer[39]	Condición hombre o mujer.	Cualitativa	Nominal Hombre Mujer	Paciente	Cuestionario

Variables	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de Medición	Fuente	Instrumento
Lugar de residencia	Población que habitualmente reside en una area definida.[40]	Lugar geográfico donde reside en forma permanente	Cualitativa	Nominal Domicilio	Paciente	Cuestionario
Grado de Escolaridad	Se refiere al último grado de estudios aprobado por la población ocupada y reconocido por el sistema educativo nacional.[41]	Grado de estudios cursados que sean notificados por el paciente en el momento de la aplicación del cuestionario.	Cualitativa	Ordinal Ninguna Primaria Secundaria Preparatoria Universidad Postgrado Otro	Paciente	Cuestionario
Analfabetismo	Personas de 15 años y más que no son capaces de leer ni escribir una breve y sencilla exposición de hechos relativos a su vida cotidiana.[42]	Personas de 15 años y más que no sepan leer y escribir al momento de aplicación del Cuestionario.	Cualitativa	Nominal Si No	Paciente	Cuestionario

Tabla 2. Tabla de operacionalización de variables

Variables	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de Medición	Fuente	Instrumento
Ocupación Actual Ocupación Anterior	La ocupación se define como el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales, determinados por la Posición en el Trabajo.[43]	Actividad que desempeña actualmente. Actividad que desempeñaba antes de ser diagnosticado como VIH/SIDA.	Cualitativa	Nominal Con riesgo: Trabajadores de la salud, o en contacto con una persona bacilefera, animales infectados, productos infectados(carnes, lácteos) Sin riesgo: trabajadores sin riesgo o exposición al bacilo.,	Paciente	Cuestionario

Contacto	Relación humana que son las encargadas a crear y mantener, entre los individuos relaciones cordiales, basadas en ciertas reglas aceptadas por todos.	Persona que ha estado en relación directa con una persona bacilífera y que, ha tenido la oportunidad de contraer la infección.	Cualitativo	Ordinal C. Interno: persona que convive con el caso de TB más de 6 hrs. C. Externo: persona que convive con el caso de TB diariamente de 6 hrs. C. Esporádico: la persona que no convive diariamente con el caso de TB.	Paciente	Cuestionario
Hacinamiento	Proporción de ocupantes de viviendas con más de tres personas por habitación.[44]	Como la presencia de tres o más personas por habitación en la vivienda del paciente.	Cualitativa	Nominal Número de personas /numero de cuartos Con hacinamiento> de 3 personas/ cuarto Sin hacinamiento: < de 3 personas/cuarto.	Paciente	Cuestionario
Farmacorresis -tencia	Al concepto microbiológico en el cuál un microorganismo del complejo Mycobacterium tuberculosis, aislado en un enfermo, no es susceptible a la acción de uno o varios fármacos.[45]	Persona que le ha sido otorgado el TAES y continúa siendo bacilífera. En el prime mes de tratamiento.	Cualitativa	Nominal Si No	Recabar informac ión del expedien te clínico del paciente.	Cuestionario y ficha de recolección de datos del paciente.

Tabla 3. Tabla de operacionalización de variables

Variables	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de Medición	Fuente	Instrumento
Inmunodepresión	El estado anormal de sistema inmunológico, que se traduce en disminución en la resistencia a infecciones.[46]	Recuento de las células CD4 entre 499 y 200 linfocitos por mm3 realizada por citometria de flujo al paciente.	Cualitativa	Nominal Sin inmunodepresión: > ó 500 cels. Con inmunodepresión: 200 a 499	Reporte del laboratorio en el expediente clínico del paciente	Ficha de recolección de datos del paciente
Quimioprofilaxis	La quimioprofilaxis para tuberculosis se administrará a las personas infectadas con VIH y a los enfermos de SIDA sin tuberculosis activa, cuando menos durante un año.[47]	Paciente con VIH/SIDA que le hayan otorgado la isoniacida como medida preventiva para enfermar de TB.	Cualitativa	Nominal Si se le otorgo No se le otorgo	Reportado en el expediente clínico del paciente	Cuestionario y ficha de recolección de datos del paciente
Tiempo de inicio de la quimioprofilaxis	Tiempo trascurrido del inicio del tratamiento preventivo para contraer la –TB.	Lapso de tiempo de la detección del paciente con VIH/SIDA y lapso de tiempo al inicio a la quimioprofilaxis	Cuantitativa	Continua Días Meses Años	Reporte en el expediente clínico del paciente.	Cuestionario y ficha de recolección de datos del paciente
Consumo de Tabaco	A la dependencia o adicción al Tabaco.[48]	Paciente con dependencia o adición al tabaco en el momento de la aplicación del cuestionario.	Cualitativa	Ordinal F. leve: persona que consume menos de cinco cigarrillos al día.F. Moderado: persona que consume de 6 a 15 cigarrillos al día.F. dependiente: Persona que consume mas de 16 cigarrillos al día. No fumador se considera al paciente que nunca ha consumido	Paciente	Cuestionario

				tabaco o el exfumador.		

Tabla 4. Tabla de operacionalización de variables

Variables	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de Medición	Fuente	Instrumento
Consumo de Alcohol	Al síndrome de dependencia o adicción al alcohol etílico.[49]	Paciente con síndrome de dependencia al consumo del alcohol en el momento de la aplicación del cuestionario.	Cualitativa	Nominal Bebedor persona que ha tomado alcohol por lo menos en el último año. Abstemio Persona que nunca ha tomado alcohol o no lo hizo en el último año.	Paciente	Cuestionario
Nivel Socio económico	Dimensión social: Se expresa en la variable de la Educación del principal sostén del hogar (el miembro del hogar que más aporta al presupuesto y la economía familiar a través de su ocupación principal, aunque no es necesariamente quien percibe el mayor ingreso). Dimensión económica: Se expresa en la ocupación del principal sostén del hogar	Se estratificará a los pacientes de acuerdo con la Clasificación Mexicana de las Ocupaciones INEGI: en el nivel alto se ubicará a los profesionistas, gerentes y propietarios de comercios; en el nivel medio, a los empleados, oficinistas, amas de casa y estudiantes, y en el nivel bajo, a los obreros, campesinos, desempleados y reclusos.	Cualitativa	Ordinal Nivel Alto los profesionistas, gerentes y propietarios de comercios Nivel Medio a los empleados, oficinistas, amas de casa y estudiantes Nivel Bajo a los obreros, campesinos, desempleados y reclusos.	Paciente	Cuestionario
Estado Nutricio	Grado de adecuación ingesta/nutrientes deacuerdo a bajo peso, peso normal, sobrepeso, moderado, severo, muy severo.[50]	La evaluación del estado nutricio de la población de edad se realizará Mediante dos indicadores; el IMC, y la circunferencia de cintura.	Cualitativa	Nominal Bajo peso<18.5 Peso Normal 18.5 a24.9(Saludable) Sobrepeso25-29.9 Moderado30-34-9 Severo 35-39-9 Muy severo >40(Obesidad Mórbida)	Toma de Talla, peso IMC y circunferencia de cintura del paciente.	Ficha de recolección de datos del paciente.

Objetivo

- Determinar la prevalencia de tuberculosis pulmonar (TBP) en pacientes con VIH/SIDA e identificar los factores asociados a está coinfección.

Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de TBP en pacientes con VIH/SIDA mediante los métodos diagnósticos microbiológicos como: baciloscopia, PCR y cultivo en la población que acude al CAPASITS del Hospital Luís F. Nachón

- Identificar los factores asociados para desarrollar TBP en pacientes con VIH/SIDA, en la población que acude al CAPASITS del Hospital Luís F. Nachón.

Hipótesis

- La prevalencia de TBP en pacientes con VIH/SIDA del CAPASITS es mayor que la reportada actualmente, y los factores asociados coinciden con los que marca la literatura.

Tipo de estudio

Se realizará un estudio epidemiológico, cuantitativo, descriptivo de corte transversal con un grupo de pacientes seropositivos al VIH/SIDA, que acuden a consulta al CAPSITIS que se encuentra en el Hospital Luis F. Nachón de la ciudad de Xalapa, Veracruz; para establecer la prevalencia de la infección por TB; al mismo tiempo se pretende identificar la presencia de factores asociados a esta comorbilidad.

Para este estudio es importante dividirlo en dos fases:

A) *La primera fase*; cuenta con dos componentes que están íntimamente relacionados con los objetivos de este trabajo; el *primero* ayudará a alcanzar uno de los objetivos específicos, será a través de métodos diagnósticos microbiológicos mediante la toma de muestras (esputo) a los pacientes portadores de VIH/SIDA, para detectar mediante la técnicas de baciloscopia, PCR y el cultivo; la presencia del *M. Tuberculosis* es importante no olvidar los aspectos éticos; teniendo en cuenta la recolección material biológico de los pacientes participantes en el estudio, se les solicitará consentimiento informado por escrito previa explicación detallada de los objetivos del estudio y del procedimiento para la toma de las muestras. (Ver anexo 3).

El *segundo* componente se llevará a cabo a través de la construcción y aplicación de un cuestionario que constará de preguntas cerradas y se clasificará en cuatro secciones, factores asociados sociodemográficos, ambientales, biológicos y ficha del paciente lo cual nos permitirá identificar los factores asociados a esta coinfección y de esa manera realizar un análisis epidemiológico. (Ver anexo 4). Así mediante estos dos abordajes quedará concretado el objetivo general de este trabajo.

Universo del estudio

El CAPASITS cuenta con, 181 pacientes de continuidad, 54 de control sin antiretrovirales, 117 nuevos con tratamiento antiretroviral, 19 pacientes embarazadas, y cinco pacientes con la coinfección VIH/SIDA-TB; que hacen un total de 376 pacientes.

Se tomará como población de estudio a todos los paciente con VIH/SIDA confirmados, que acuden al CAPASITS del Hospital Luis F, Nachón siempre y cuando cumplan los criterios de selección para el estudio. El periodo abarcará del mes de septiembre del año 2006 al mes de mayo del 2007.

Criterios de selección

Para este estudio se agruparan los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Todo paciente con la presencia del VIH/SIDA que se ha confirmado mediante el western-blot que acuda a recibir su atención medica al CAPASITS. De quince a 79 años de edad.
- Todo paciente de quince a 79 años de edad con la presencia del VIH/SIDA y que acuda a recibir su atención medica al CAPASITS; y que accedan con previo consentimiento informado para la toma de muestra (esputo).
- Paciente con presencia de VIH/SIDA que se encuentre embarazada.

Criterios de exclusión:

- Paciente con la presencia del VIH/SIDA menor de quince años de edad.
- Paciente con la presencia del VIH/SIDA que no acuda a control al CAPASITS.
- Paciente con presencia del VIH/SIDA que no autoricen previo consentimiento informado la toma de muestra (esputo).
- Paciente con presencia de VIH/SIDA y diagnostico TB extrapulmonar.

Criterios de eliminación:

- Paciente que en las tres tomas realizadas la muestra haya sido insuficiente.

Criterio Ético:

- Es importante mencionar la elaboración de un consentimiento informado por escrito con un asesoramiento detallado de los objetivos del estudio y del procedimiento para la toma de las muestras teniendo en cuenta que la recolección material biológico de los pacientes participantes.

B) *En la segunda fase* de este estudio se realizará la capacitación al personal del laboratorio que se encargará procesar las muestras dicha actividad será en el laboratorio estatal de salud pública ubicado en el puerto de Veracruz.

El procesamiento de las muestras y el análisis de los resultados se realizarán en el laboratorio del Instituto de Salud Pública de la ciudad de Xalapa, Veracruz.

Para el análisis de los resultados del cuestionario y la identificación de los factores asociados se efectuará una base de datos en el programa Epi- info versión 6.04., siendo este un sistema fácil para construir bases de datos, analizarlos con las estadísticas de uso básico en epidemiología y representarlos con gráficos y mapas.

RECURSOS

Es importante la gestión y obtención del recurso para que este proyecto se lleve a cabo, se dividieron los recursos en cinco apartados.

Recursos físicos

Para el procesamiento de las muestras es importante contar con un laboratorio equipado, que cuente con las normas de seguridad establecida y actualizada, para ello se cuenta con el laboratorio del instituto de salud pública de la universidad veracruzana.

Recurso humano, químico, biológico y económico

Para que el proyecto se realice adecuadamente es necesario capacitar al recurso humano disponible; en este caso se cuenta con la participación de cuatro elementos que deberán ser trasladados para su capacitación a la ciudad de Veracruz.

Tabla 5. Recursos

Insumo	Cantidad	Costo unitario	Total
Fotocopias del cuestionario (7 hojas)	300 juegos	$ 0.50c/1	$ 1,050
Pomaderas (frascos)	1,200 p.	$ 1.00	$ 1,200
Laminillas (100/caja)	12 cajas	$ 100	$ 1,200
Reactivos de tinción (frasco)	3 frascos	$ 100	$ 300
Tubos de ensayo (250/caja)	2 cajas	$ 2500	$ 5,000
Medio de cultivo (frascos)	3 frascos	$ 500	$ 1,500
Materiales y reactivos para PCR(Kit)	3kit	$2,833	$ 8,500
Puntas de pipeta (caja)	12 cajas	$150	$ 1,800
Guantes (50 pares / caja)	3 cajas	$ 50	$ 150
Sanitas (200/paquete)	2 paquetes	$ 75	$ 150
Boletos para el traslado del personal	8boletos	$ 80	$ 640
Alimentos	4 comidas	$ 75	$ 300
Gran Total			$ 21,790

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Informe de la IIa Reunión Regional sobre Actividades de Colaboración Interprogramáticas TB/VIH. México; 2004,1: 1.

[2] OMS. Informe sobre la Epidemia de la Tuberculosis 1995. Resumen. Programa Global contra la Tuberculosis. Ginebra.

[3] Dermot M, and Raviglione M. La epidemia mundial de tuberculosis: el punto de vista de la Organización Mundial de la Salud. En Schlossbergg D. Tuberculosis e infecciones por micobacterias no tuberculosas. México, 4 Ed. MaGraw Hill Interamericana.2000;120:32.

[4] Frieden TR, Sterling T, Pablos-Mendez A, Kilburn J, Cauthen G, Dooley SW. The emergence of drug-resistant tuberculosis in New York City. N Engl J Med 1993;328:521-6.

[5] Small PM, Hopewell PC, Singh SP, Paz A, Parssonet J, Ruston DC, et al. The epidemiology of tuberculosis in San Francisco: a population-based study using conventional and molecular methods N Engl J Med 1994; 330:1703-9.

[6] Rivero, Serrano Octavio Neumología, México: Trillas 1993;139:3

[7] Ospina S. La tuberculosis, una perspectiva histórico-epidemiológica. Infectio 2001; 5 (4); 241-250.

[8] . Sarrel M. A history of tuberculosis. Report 2004. Disponible en http://www.state.nj.us/health/cd/tbhistry.htm [visitado 19 de diciembre del 2006]

[9] Tapia-Coyner R. Sarti E, Kuri P, Ruíz -Matus C, Velásquez O et al. Tuberculosis El Manual de Salud Pública. Intersistemas. México 2006;449:6

[10] Center for Disease. Central. Update on adquired inmunodeficiency sindrome (AIDS). MMWR 1982;31:507-13.

[11] US Public Health Service. Center for DiseaseControl. Tuberculosis, final date United States. report 1986. MMWR 1988;36:817-20.

[12] García JL, Valdespino JL, García MC, Salcedo R, Zacarías F, SepúlvedaJ. Epidemiología del SIDA y la tuberculosis.Bol Of Sanit Panam 1994;116:546-65.

[13] Division of Tuberculosis Elimination Attn: Content Manager, Disponible en: http://www.cdc.gov/nchstp/tb/pubs/TB_HIVcoinfection/spanish.htm. [visitado 10 de octubre 2006]

[14] ONUSIDA/OMS. SIDA Epidemia Update: December 2002.

[15] Center for Disease Control and Prevention, Atlanta: 1999 Disponible en: http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/hivtb.htm. [visitado 18 septiembre 2006]

[16] Center for Disease Control and Prevention, Atlanta: 1999 Disponible en: http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/hivtb. [visitado18 septiembre 2006]

[17] ONUSIDA/OMS. SIDA Epidemic: ONUSIDA, Geneva2002; 12:1

[18] ONUSIDA VIH Prevention Needs y Successes: A Tale of Three Countries. NUSIDA Best Practice Collection. NUSIDA, Geneva. 2001;1:3

[19]ONUSIDA). VIH Prevention Needs y Successes: A Tale of Three Countries. NUSIDA Best Practice Collection. NUSIDA, Geneva. 2001;1:2-4

[20] Corbett, E., Watt, C., Walker, N., et al (forthcoming). The Growing Burden of Tuberculosis: Global Trends y Interactions with the VIH Epidemic. Archives of Internal Medicine.2002;1:12

[21] Corbett, E., Watt, C., Walker, N., et al (forthcoming). The Growing Burden of Tuberculosis: Global Trends y Interactions with the VIH Epidemic. Archives of Internal Medicine 2003; 3:23

[22] Servicios de Salud de Veracruz; "Programa de Acción de prevención y control del VIH/SIDA y otras ITS 2006; 2:15

[23] Servicios de Salud de Veracruz "Programa de acción prevención y control de la Tuberculosis 2006;1:15

[24]Akpaka PE, Tulloch-Reid M, Justiz A, Smikle MF. Prevalence of human immunodeficiency virus infection in patients with pulmonary tuberculosis at the National Chest Hospital in Jamaica. Rev Panam Salud Publica. 2006; 19 :(1)38–43.

[25] Laguardia, J; and Merchan-Hamann, E. Risk Factors for Tuberculosis in the AIDS Cases Reported in Brazil, 1980-2000. Rev. Esp. Salud Publica, Oct. 2003;77:5:553-565. ISSN 1135-5727.

[26] García M, Valdesperino J, Palacios-Martínez M, Mayar-Maya M, García C, Sepúlveda J, Salud Pública de México, 1995;37; 6: 539-548

[27] OPS. "Construyendo Paso a Paso: Guía sobre Atención Integral de Personas que viven con la coinfección de TB/VIH en América Latina y el Caribe" Washington, D.C. 2003;1: 5

[28] Programa anual 2002-2003 de formación continua de acreditación para médicos de atención primaria a la salud. Diario Electrónico de Sanidad Valero J, Gil M.E, CS. Serrano A, Disponible en: http://www.medynet.com/elmedico/aula2002/tema6/tuberculosis.htm#11. [visitado el 12 de Octubre del 2006]

[29] Gordis L; Epidemiology Estados Unidos: Saunders 2005; 1: 6.

[30] Fernández P, Vila A, Carpente M J. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. España 1997; 4: 75-78
[31] Lilienfeld D.E., Stolley P.D. Foundation of Epidemiology. 3 td. ed. New York: Oxford University Press; 1994; 1:22
[32] Torres C. Tuberculosis y otras micobacteriosis respiratorias. In: Vélez H, Rojas W, Restrepo J. Fundamentos de la medicina. Neumología. Colombia, Editorial CIB, 1998; 5:155-86.
[33] Organización Panamericana de la Salud. Manual de Normas y Procedimientos Técnicos para la Bacteriología de la Tuberculosis Parte I La Muestra. El Examen Microscópico. OPS. 1988;26:12
[34] Organización Panamericana de la Salud. Manual de Normas y Procedimientos Técnicos para la Bacteriología de la Tuberculosis Parte II. El Cultivo.OPS. 1988; 27: I
[35] Erlich, H. A., ed. PCR Technology: Principles and application for DNA amplification. Stockton. New York 2004; 2:34.
[36] Wilson St, Mcnerney R, Nye Pm, Godfreyfousset PD, Stoker NG, Voller A. "Progress toward a implified polimerasa chain reaction and its application to diadnosis of tuberculosis". J Clin Microbiol 1993;31: 776-782
[37] Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la Salud.1993; 14.
[38] Joven J, Villabona C, Juliá G. Diccionario de Medicina, España: Marín, S.A. Barcelona 1990; 289.
[39] Glosario del Observatorio Laboral de la Secretaria del Trabajo y Previsión Social México:[online]2006 Disponible en: http://www.observatoriolaboral.gob.mx/opservicios2.asp?pserv=22 [visitado 16 de septiembre 2006]
[40] Vaughan P, Morrow R, H, Ochoa H. Manual de Epidemiología para la Gestión de los Sistemas Locales de Salud, (SILOS).199; 3: 49.
[41] Glosario del Observatorio Laboral de la Secretaria del Trabajo y Previsión Social México:2006 Disponible en: http://www.observatoriolaboral.gob.mx/opservicios2.asp?pserv=22 [visitado 16 de septiembre 2006]
[42] Glosario. INEGI. Censo General de Población y Vivienda 2000. Disponible en: http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/sm_conteo2005.pdf [visitado 12 de octubre 2006]
[43] Glosario del observatorio Laboral de la Secretaria del Trabajo y Previsión Social México:2006 [Disponible en: http://www.observatoriolaboral.gob.mx/opservicios2.asp?pserv=22 [visitado 16 de septiembre 2006]
[44]Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Disponible en: http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/sm_conteo2005.pdf [visitado 9 de octubre-2006]
[45] Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la Salud1993; 3:12
[46] Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. 1993;2:15
[47] Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana 1993;2: 17
[48] Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. 1999;2:15
[49] Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. 1999;2: 6
[50] Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006; 2:85

FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Alberto Morales Rodríguez
Tutor: Dr. En C. Jaime Morales Romero
Asesor: Dr. José Roberto Gómez Cruz

INTRODUCCIÓN

Es bien conocido el hecho de que, la diabetes mellitus, lejos de poder remitir una vez que inicia la enfermedad, está puede ser controlada. Los niveles prolongados de hiperglucemia crónica conllevan irremediablemente a la afectación de ciertos órganos blanco. Cuando esto sucede, la calidad de vida del paciente y su familia, disminuyen ostensiblemente, y la esperanza de vida del paciente se va acortando. Las complicaciones de la diabetes mellitus están impactando enormemente en las instituciones del Sector Salud de nuestro país. El control glucémico del paciente con diabetes mellitus tipo 2 constituye la piedra angular para la prevención y/o el retraso de sus complicaciones. Desafortunadamente, no siempre es posible mantener en el paciente diabético, niveles óptimos de glucosa en sangre debido a que son muchos los factores que intervienen en el control glucémico. En este estudio, partimos de la idea de que el control glucémico inadecuado del paciente diabético es más frecuente de lo que se cree y queremos comprobar si "un mayor grado de depresión, una menor actividad física y mayor obesidad se encuentran con mayor frecuencia en pacientes diabéticos con mal control glucémico en comparación con aquellos pacientes controlados" (nuestra hipótesis). Por ello, nuestro objetivo general es identificar algunos factores asociados a ello, para proporcionarle al médico tratante elementos clínicos para mejorar el tratamiento médico. Para lograrlo, estamos proponiendo un estudio transversal analítico, que nos permita conocer la prevalencia del control glucémico inadecuado y los factores asociados, en aquellos pacientes diabéticos que acuden a la consulta externa de unidades médicas del primer nivel de atención, de la Jurisdicción Sanitaria numero IV de Martínez de la Torre Ver. Con los resultados de nuestro estudio, podremos contribuir, a que el paciente diabético logre cifras adecuadas de su nivel de glucosa en sangre, tal y como lo marca la modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994. Lo anterior repercutirá, en el mediano y largo plazo, a una disminución en la frecuencia de complicaciones secundarias a la diabetes, mejorándose la calidad de vida del paciente diabético y disminuyendo la tasa de mortalidad.

MARCO TEÓRICO

A los principios del siglo XXI destaca la emergencia de la diabetes mellitus como el prototipo de las enfermedades crónicas ligadas al proceso de envejecimiento de la población, al incremento de la obesidad y a la adopción de nuevos patrones de comportamientos como los cambios en la dieta y la reducción de la actividad física[1, 13].

Prevalencia a nivel mundial

En el mundo existen alrededor de 171 millones de diabéticos y se estima que llegarán a 370 millones en el año 2030. La mayoría vive en países en desarrollo y cerca del 80 por ciento de los años de vida perdidos por discapacidad a causa de la diabetes mellitus ocurre en los países pobres. Para el año 2000, se calculó que el número de diabéticos en América era de 35 millones, cifra que se incrementará a 64 millones en el año 2025; 52 por ciento de los diabéticos en el continente viven en América Latina y el Caribe, y esa proporción crecerá a 62 por ciento en el 2025. El problema se magnifica al constatar que al menos un tercio de los personas con diabetes mellitus en América Latina, desconoce su condición de enfermo, lo cual desafía al programa de detección y complica la implantación de las estrategias de atención, control y prevención[1,13].

Encuestas Nacionales de Salud

En la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas se informó una prevalencia general en adultos mayores de 20 años de 8.2 por ciento; y en los adultos de 60 a 69 años, 21 por ciento (ENEC-1993). La Encuesta Nacional de Salud II, indicó una prevalencia de diabetes mellitus de 9 por ciento para la población mayor de 60 años, y una tasa de morbilidad percibida de diabetes de dos por cada 1000 habitantes. La Encuesta Nacional de Salud registró una prevalencia general de diabetes mellitus de 7.5 por ciento en la población mayor de 20 años (ENSA-2000). Recientemente, la encuesta Nacional de salud y Nutrición, en sus resultados preliminares, señala una prevalencia de diabetes por "diagnóstico médico previo" de siete por ciento (ENSANUT-2006). En esta última encuesta se señala que la prevalencia general de diabetes "por hallazgo a partir de la encuesta" se presentará posterior al análisis de los sueros obtenidos. Como causa de morbilidad, la diabetes mellitus tipo 2 produjo 287,180 casos nuevos en el año 2000, ocupando el décimo segundo lugar dentro de las veinte principales causas de enfermedad en el país[2].

En México se viven en promedio, 20 años con la enfermedad. Ésta se presenta entre los 35 y 40 años, se registran anualmente 210 mil personas diabéticas y fallecen 30 mil aproximadamente. Por cada diabético que muere se detectan siete nuevos casos. La mortalidad por diabetes mellitus es mayor en los estados del Norte y el Distrito Federal, en cambio en los estados del centro de la republica tiene una mortalidad intermedia[1,13].

Costos de la diabetes

La diabetes es la principal causa de demanda de consulta externa en instituciones públicas y privadas y uno de los principales motivos para la hospitalización en unidades de segundo y tercer nivel de atención médica[2].

Los costos derivados de la diabetes en los ámbitos de manejo ambulatorio y hospitalario, junto con la pérdida de productividad de la población afectada, la coloca dentro de las enfermedades de mayor costo social y carga financiera para las instituciones de salud. Por ejemplo, en México, se estima que el costo de su atención puede ser entre el cinco y catorce por ciento de los gastos dedicados a la asistencia médica y los costos directos e indirectos de la atención de la diabetes pueden ascender a 2618 millones de dólares anualmente. Para instituciones de salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el gasto anual de la atención a los enfermos excedió los 2000 millones de pesos de 1992 a 1997[3.13].

En otros países como España, un estudio evaluó los costos de la diabetes en pacientes diabéticos con y sin complicaciones. Este estudio encontró que el costo anual por paciente fue de 1305.15 euros. De este costo, el 28.6 por ciento (373.27 euros) estaba relacionado directamente con el control de la diabetes, el 30.51 por ciento (398,20 euros) con sus complicaciones y el 40.89 por ciento (533.68 euros) se debió otros factores. Este mismo estudio señala el costo promedio de las complicaciones encontrando que un paciente sin complicaciones costó en promedio 883 euros, un paciente con complicaciones microvasculares costó 1403 euros, cuando existían complicaciones macrovasculares el costo ascendió a 2022 y a 2133 euros cuando coexistían ambos tipos de complicaciones. Como puede observarse, el costo del control del paciente diabético es mucho menor que el costo de las complicaciones, lo que da la idea de que invertir en el control del paciente diabético puede ahorrar muchos recursos económicos[4].

Es claro, que para disminuir el impacto económico de la diabetes, se requieren nuevas y mejores políticas de salud, que no solo promuevan el control glucémico adecuado sino, además, favorezcan medidas preventivas como una dieta sana y equilibrada, un estilo de vida saludable y actividad física regular lo que reducirá la frecuencia del desarrollo de complicaciones[3,13].

La diabetes en el Estado de Veracruz

La prevalencia en el estado de Veracruz se encuentra dentro de los mismos porcentajes que a nivel nacional con un 7.6 por ciento[1], dentro de las primeras diez causas por incidencia y en primer lugar en mortalidad (ENSA 2000). La incidencia de la diabetes en 2006 es de 16,307 casos registrados hasta la semana 47 según el sistema único de vigilancia epidemiológica de casos nuevos (SUIVE), en comparación con el 2005 que registro un total de 15,986. Lo que nos indica que en el 2006 hasta esa semana hubo un incremento de hasta dos puntos porcentuales. Durante el 2005 los tres primeros lugares jurisdiccionales fueron ocupados por: Coatzacoalcos (2554 casos) Xalapa (1781 casos) y Córdoba (1638 casos)[5].

La diabetes mellitus en Veracruz, no ha sufrido cambios importantes en su incidencia en los últimos cinco años, mostrando una tendencia casi homogénea y solo con un pequeño incremento en el 2003 como lo muestran las figuras 1 y 2 (ver anexo 1)[5].

Jurisdicción sanitaria num. IV. Martínez de la Torre Ver.

En Martínez de la Torre se registraron durante el 2005 un total de 985 casos nuevos. En el 2006, en cambio, hasta la semana 47, según el SUIVE, ya se habían registrados 1036 casos. La tendencia de la diabetes en la jurisdicción tuvo un decremento en año 2002 y en los últimos cuatros años (2002 al 2005) su incremento es de manera progresiva como lo muestran la figura 3 (ver anexo 2) [5].

Control glucémico en la jurisdicción sanitaria IV

En la Jurisdicción IV existe un total de 4579 caso en tratamiento, (corte de agosto del 2006), están controlados 1553 (34 por ciento) casos, están mal controlados 3026 (66 por ciento) casos. Del total de pacientes en tratamiento registrados, 912 (20 por ciento) tienen seguro popular y 3667 (80 por ciento) es población abierta. (Tabla 1 de anexos). Por grupo de edad los menores de 20 años representa 5 (1 por ciento), casos, de 20 a 39 años 466 (10 por ciento) casos, de 40 a 59 años 2475 (54 por ciento) casos, los mayores de 60 años 1633 (36 por ciento) casos. Como podemos apreciar en esta revisión el 90 por ciento de los casos corresponde a los mayores de 40 años (Tabla 2 de anexos). Por sexo las mujeres con 3293 (72 por ciento) casos y los hombres con 1286 (28 por ciento) casos (Tabla 3 anexos). El total de Ingresos a control es de 637 con un 14 por ciento, reingresos es de 102 con un 2.2 por ciento. En una revisión de los casos, registrados en tratamiento, se encontró que la proporción de diabéticos, controlados y descontrolados es muy similar, en los tipos de seguridad social, en los grupos de edad y en ambos sexos[6].

El control glucémico y factores asociados en la diabetes

Medir los niveles de glucosa en sangre, es una de las actividades primordiales del manejo del paciente diabético. Para ello, existen muchas técnicas para medir la glucemia. Estas varían en su utilidad, así como en costos. Al respecto, un estudio realizado en el norte de nuestro país, propone a la determinación de hemoglobina glucosilada (HbA1c) como prueba de laboratorio necesaria para evaluar el control glucémico, sustituyendo a la determinación de glucemia en ayuno. Un estudio realizado en 93 pacientes diabéticos encontró que, a través de la prueba de determinación de glucemia en ayuno, el 52% de los encuestados tuvo un mal control glucémico (> 140 mg/dl). En cambio, a través de la determinación de HbA1c, el 100 por ciento de los sujetos presentó un mal control glucémico (> a 8.0 por ciento)[7], lo que nos indica que la determinación de HbA1c es un método más sensible para evaluar el control glucémico.

Los métodos utilizados para determinar la cantidad de glucosa en sangre, deben de garantizar que sus resultados sean confiables, para evitar el daño tisular. Un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en San Luis Potosí, evaluó la glucemia pre y post-prandial a las 2 hrs. en 22 pacientes, como indicador de control glucémico a largo plazo se determinó hemoglobina glucosilada. Este estudio encontró una frecuencia de descontrol glucémico de 55 por ciento en pacientes que previamente

se habían calificado como "controlados". En el control de diabetes, se deben incluir mediciones de glucemia posprandial, si no se tiene acceso a Hb1Ac y evitar la aparición y severidad de las complicaciones tanto micro como macrovasculares[8]. Otro estudio sobre factores que contribuyen al mal control, en el Municipio Corregidora del Estado de Querétaro se realizó una intervención constituida por tres talleres, dirigidos a pacientes diabéticos tipo 2 en 40 pacientes, que se les evaluó el conocimiento de su enfermedad y el autocontrol. Cuando se comparó el conocimiento que poseían los pacientes sobre lo que es la diabetes como enfermedad, antes y después de la aplicación del programa, resultó significativa el alto nivel de conocimiento alcanzado por el grupo, ya que al finalizar el curso conocían que era la enfermedad un 72.5 por ciento de los pacientes contra un 10% con esta condición al inicio[9]. Arthur Hartz y cols, evaluaron a 69 pacientes, observaron los factores que influyen al pobre control en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y encontraron que, la edad, el tiempo de evolución con el control y la co-morbilidad se no fueron significativos. Atribuyen el pobre control básicamente a factores psicológicos y mal uso de medicamentos[10]. En Guadalajara, se estudiaron a 121 familias en la que se demostró que las éstas no apoyan al enfermo con diabetes mellitus. La influencia de la familia, la escolaridad, el conocimiento y los antecedentes familiares influyen de manera importante en el control glucémico[11]. Finalmente, un estudio en 404 pacientes, encontró que un difícil acceso geográfico a los servicios de salud también contribuyen al mal control glucémico[12].

Definición y descripción de la diabetes mellitus:

La diabetes mellitus es considerada como una enfermedad metabólica, esta se caracteriza por hiperglucemia y por fallas en secreción o acción de la insulina, o ambas. Por otro lado, la hiperglucemia es suficiente como causa patológica y los cambios funcionales en los diversos tejidos blancos, pero sin síntomas clínicos, pueden estar presente en un período largo de tiempo antes de detectarse. Durante este periodo asintomático, es posible demostrar una anormalidad en el metabolismo de los carbohidratos por medio de la glucosa en plasma en el estado de ayuno o después de una medición con una carga oral de glucosa. La patógenia de la diabetes, como destrucción auto inmune de las células del páncreas produce anormalidades de la insulina con resistencia en su acción, esto ocasiona anormalidades en los carbohidratos, grasa y el metabolismo de proteína sobre tejidos blanco. Los síntomas mas marcados incluyen poliuria, polidipsia, la pérdida de peso, a veces con polifagia y visión borrada.

La hiperglucemia crónica se asocia con el daño a largo plazo, con disfunción en diversos órganos, especialmente los ojos, riñones, nervios, corazón, tejido circulatorio y susceptibilidad a infecciones. Las complicaciones incluyen retinopatía; nefropatia; la neuropatía periférica, articulaciones de Charcot; ocasionando neuropatía autónoma gastrointestinal, genitourinaria, síntomas cardiovascular y disfunciones sexuales. La glicolación de las proteínas en el tejido y de otras macromoléculas y la producción excesiva de polio produce daño en el tejido. Los pacientes con la diabetes tienen una incidencia aumentada de arterosclerosis cardiovascular, daño vascular periférico, enfermedad cerebro vascular, hipertensión, anormalidades del metabolismo de las lipoproteínas y enfermedad periodontal. La hiperglucemia aguda, amenaza la vida y las consecuencias son cetoacidosis o el síndrome nefrótico hiperosmolar.

También tiene un impacto emocional y social y las demandas de las terapias puedan ocasionar importante disfunción psicológica y social en los pacientes y sus familias[14].

Criterio diagnóstico para la diabetes mellitus

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Nacional Diabetes Data Group (NDDG), recomiendan tres criterios posible para diagnosticar la diabetes, y cada uno debe confirmarse al día siguiente por cualquiera de los tres métodos recomendado.

1. Sin síntomas con la glucosa casual plasmática de mayor de 200 mg/dl (11.1 mmol/l), se debe confirmar al día siguiente por:

1.1. Glucosa plasmática en ayunas (GPA) 126 mg/dl (7.0 mmol/l) ,o

1.2. Una prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTGO) 2-h postprandial con valor mayor de 200 mg/dl (11.1 mmol/l), o

1.3. Con síntomas con una glucosa casual de plasma mayor de 200 mg/dl (11.1 mmol/l), garantiza el diagnóstico de diabetes.

2. Para estudios epidemiológico, con estimación de la incidencia y prevalencia de la diabetes debería ser con base en un GPA menor de126 mg/dl (7.0 mmol/l). Este enfoque disminuye ligeramente la estimación de la prevalencia que se obtendría desde el uso combinado del GPA y PTGO.

3. El Comité Experto reconoce un grupo intermedio en los niveles de glucosa, que no reúnen los criterios para la diabetes, no obstante son considerado enteramente normal.

3.1 Este grupo es definido partiendo de niveles GPA 110 mg/dl (6.1 mmol/l) pero <126 mg/dl (7.0 mmol/l) o con test de tolerancia a la glucosa de 2 horas de 140 mg/dl (7.8 mmol/l) pero <200 mg/dl (11.1 mmol/l). son como se indica a continuación:

3.1.1. GPA <110 mg/dl (6.1 mmol/l) = glucosa normal de ayuno;

3.1.2. GPA mayor 110 (6.1 mmol/l) y <126 mg/dl (7.0 mmol/l) = intolerancia a la glucosa en ayunas (IGA).

3.1.3. GPA mayor de126 mg/dl (7.0 mmol/l) = diagnóstico provisional de diabetes (el diagnóstico debe confirmarse, como descrito arriba).

3.2. Las categorías correspondientes cuando se usa PTOG son como sigue:

3.2.1. Glucosa postprandial de 2 horas <140 mg/dl (7.8 mmol/l) = tolerancia normal de glucosa

3.2.2. Glucosa postprandial de 2 horas mayor 140mg dl (7.8 mmol/l) y <200 mg/dl (11.1 mmol/l) = IGA

3.2.3. Glucosa postprandial de 2 horas mayor de 200 mg/dl (11.1 mmol/l) = diagnóstico provisional de diabetes [14].

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Magnitud

En el mundo la diabetes mellitus representa 171 millones de enfermos, y se estima que llegará en el año 2030 a 370 millones. En México la prevalencia es del 8.2 por ciento y en los adultos entre 60 a 69 años de edad 21 por ciento. Representa una causa muy importante de años de vida perdidos por discapacidad. La tasa de mortalidad es de 2 por cada 1000 hab. La incidencia de la diabetes tipo 2 fue de 287,180 casos nuevos en el año 2000 en México. Es la décima segunda causa de morbilidad en el país, y una de las primeras causa de motivo de consulta. En el año 2000 fue la tercera causa de muerte. La diabetes mellitus es la patología con mayor costo social y carga financiera. Se estima que el costo de la atención es en un 5 por ciento al catorce por ciento del gasto total dedicado a la asistencia médica.

El control glucémico inadecuado es muy frecuente a razón de dos pacientes descontrolados por uno controlado. En la Jurisdicción IV de Martínez de la Torre Veracruz, existe un total de 4579 caso en tratamiento. Están controlados 1553 (34 por ciento) y están mal controlados 3026 (66 por ciento) casos. Del total de pacientes en tratamiento registrados, 912 (20 por ciento) tienen seguro popular y 3667 (80 por ciento) es población abierta. Por grupo de edad los menores de 20 años representa cinco (uno por ciento), casos, de 20 a 39 años 466 (diez por ciento) casos, de 40 a 59años 2475 (54 por ciento) casos, los mayores de 60 años 1633 (36 por ciento) casos. Como podemos apreciar en esta revisión el 90% de los casos corresponde a los mayores de 40 años. Por sexo, las mujeres con 3293 (72 por ciento) casos y los hombres con 1286 (28 por ciento) casos. El total de Ingresos a control es de 637 con un catorce por ciento, reingresos es de 102 con un 2.2 por ciento. Se encontró que la proporción de diabéticos,

controlados y descontrolados es muy similar al total, de acuerdo al tipo de seguridad social, los grupos de edad y en sexos.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia y los factores asociados a un control glucémico inadecuado, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que acuden a la consulta externa en el primer nivel de atención, de la Jurisdicción Sanitaria IV de Martínez de la Torre, Ver?

Hipótesis

Un mayor grado de depresión, una menor actividad física y mayor obesidad se encuentran con mayor frecuencia en pacientes diabéticos con mal control glucémico en comparación con aquellos pacientes controlados.

Objetivo general

Determinar la prevalencia y los factores asociados a un control glucémico inadecuado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la consulta externa en el primer nivel de atención de la Jurisdicción Sanitaria IV de Martínez de la Torre, Ver.

Objetivos específicos

1. Identificar la prevalencia de pacientes diabéticos tipo 2 con control glucémico inadecuado de la Jurisdicción Sanitaria IV de Martínez de la Torre, Ver.
2. Comparar las características demográficas y clínicas entre pacientes con control glucémico adecuado con aquellos con control glucémico inadecuado.
3. Identificar factores asociados al control glucémico inadecuado.
4. Construir un modelo ajustado de factores asociados al control glucémico inadecuado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Observacional, transversal, analítico.

Universo de estudio

Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que se encuentran registrados en el programa de control en el primer nivel de atención de la jurisdicción sanitaria numero IV de Martínez de la Torre, Ver.

Selección y tamaño de la muestra

Tamaño muestral. Considerando una base poblacional de 4579 sujetos diabéticos registrados, con una prevalencia esperada de mal control glucémico del 40 por ciento, con una precisión de ±10% y con un nivel de confiabilidad del 95 por ciento, se estimó un tamaño de muestra de 90 sujetos. Para fines de este estudio se incluirá una muestra de al menos 100 pacientes diabéticos.

Selección muestral. Se realizará un muestreo aleatorio con reemplazo por estratos de la siguiente manera:

1. La Jurisdicción Sanitaria IV tiene 55 Centros de Salud. Cada Centro de Salud será visitado.

2. Al llegar al Centro de Salud se solicitará al médico encargado su lista de pacientes diabéticos registrados.
3. De dicha lista se hará una selección aleatoria de pacientes.
4. De cada Centro de Salud se seleccionara *al menos* un paciente (máximo 2).
5. Una vez seleccionado el paciente se acudirá a su tarjeta de control para obtener su domicilio.
6. Si el domicilio fuera geográficamente inaccesible, si la tarjeta no tiene el domicilio o si el paciente no acepta participar será reemplazado por otro de manera aleatoria.

Unidad de análisis y observación

Paciente con diabetes mellitus tipo 2 registrados en las unidades de primer nivel de atención de la Jurisdicción Sanitaria numero IV de Martínez de la Torre Ver.

Selección de pacientes

Criterios de inclusión

1. Pacientes con diabetes melltus tipo 2 (Modificación de la NOM 0015)
2. Que esté registrado en los centros de salud de la Jurisdicción Sanitaria IV.
3. Edad mayor o igual a los 20 años de edad.
4. Cualquier sexo.

Criterios de exclusión

1. Diabetes mellitus tipo 1.
2. Embarazo.
3. Presencia de otras enfermedades endocrinas conocidas.
4. Uso de prednisona por cualquier motivo al momento del estudio o al menos una semana antes.

Criterios de eliminación

1. Paciente con cuestionarios incompletos.

Desarrollo del estudio

Selección de la muestra

Para fines de este estudio se incluirá una muestra representativa de 100 pacientes diabéticos en control registrados en los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria numero IV de Martínez de la Torre Ver. Esta muestra será representativa porque se obtendrá mediante procedimientos estadísticos y los sujetos de estudios serán incluidos de manera aleatoria. La fase de inclusión de sujetos para completar la muestra será obtenida durante un periodo de tres meses.

Cuestionarios y escalas

A todos los sujetos se les informará de los objetivos del estudio e invitará a participar. Se les aplicará el instrumento de recolección de datos y se les tomará una muestra de sangre capilar. Los datos y la muestra hemática serán recolectados por el investigador principal con ayuda de personal del Centro de Salud.

Para la recolección de los datos que son de interés de esta investigación se aplicará un instrumento de recolección de datos estructurado, que consta de cuestionarios ya validados en estudios previos, y que

han sido aplicados por la Organización Panamericana de Salud (División de prevención y control de enfermedades OPS, Versión Panamericana de STEPS OMS y OPS) y a través de la Encuesta Nacional de Salud 2006.

Los cuestionarios recolectarán la siguiente información: datos demográficos, datos clínicos de la enfermedad, tabaquismo, alcoholismo, comorbilidad, depresión y actividad física, (ver anexos 3, 4 y 5). Una vez que se obtenga la información, esta será capturada en una base de datos previamente diseñado en SPSS Versión 8.0.

Medición del control glucémico

Pasos para la medición:
1. Previa asepsia del dedo anular de la mano izquierda con torunda.
2. Con lanceta se realiza punción para recolectar muestra sanguínea.
3. Se continua los pasos como se indica en la figura

Definición de variables

Variable dependiente	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala
Control Glucémico	Es la concentración de glucosa en sangre considerada como normal a partir de estándares, la cual puede ser medida a través de diferentes métodos que determinan la cantidad de esta en sangre, (ADA	Nivel de glucosa medida en sangre	Cualitativa Dicotómica	Control glucémico adecuado: nivel de hemoglobina glucosilada menor o igual al 6%. Control glucémico inadecuado: Paciente con hemoglobina glucosilada mayor de 6%.

Sección 1. Variables demográficas

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento o cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana	Tiempo que transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.	Cuantitativa Intervalo	Edad en años
Sexo	Características biológicas que distinguen al hombre de la mujer. Se refiere exclusivamente al ámbito de lo biológico y lo natural, a las diferencias biológicas entre personas, las que determinan la presencia del cromosoma X o Y en el cuerpo humano	Características Biológicamente se considera masculino al hombre y femenino a la mujer.	Cualitativa Dicotómica	Hombre Mujer
Lugar de residencia	Es el lugar geográfico donde la persona, además de residir en forma permanente, desarrolla generalmente sus actividades familiares sociales y económicas.	Lugar donde vive la persona actualmente	Cualitativa Nominal	Dirección
Escolaridad	Promedio del número de grados escolares aprobados por una población. Se calcula entre las personas de 15 años y más. INEGI. Censo General de Población y Vivienda 2000.	Grado de estudio que a recibido la persona	Cualitativa nominal	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Otras
Estado civil	Situación jurídica de las personas determinados por derecho desde el punto de vista del registro civil. Aunque las distinciones del estado civil de una persona pueden ser variables de un Estado a otro, la enumeración de estados civiles más habitual puede ser la siguiente: soltero /a – casado /a – divorciado /a – viudo /a.	Estado de una persona en unión o no a otra en un momento dado ante la sociedad.	Cualitativa nominal	Viudo Casado Soltero Separado Unión Libre Divorciado
Horario de trabajo	Espacio temporal en el que se distribuye el periodo de trabajo y descanso y se establece el comienzo y el fin de la jornada laboral diaria.	Turno de trabajo del paciente durante el día	Cualitativa Nominal	Matutino. Vespertino. Nocturno.

Sección 2. Variables Clínicas

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala
Evolución	Tiempo que transcurre con el padecimiento desde el momento del diagnostico clínico	Tiempo transcurrido desde el diagnostico por primeras vez en la unidad de salud de control	Cuantitativa	Años de padecer la diabetes
Lugar de Control	todo aquél lugar , fijo o móvil; público, social o privado, que preste servicios de atención médica ya sea ambulatoria o para internamiento, NOM-168-SSA1-1998	Unidad de salud a la que acude un paciente con diabetes mellitus tipo 2 para su control de glucosa ya sea esta publica o privada.	Cualitativa nominal	Unidad de salud
Complicaciones	Situación que agrava y alarga el curso de una enfermedad y que no es propia de ella	Enfermedad secundaria a la diabetes mellitus	Cualitativa nominal	Nombre de la enfermedad
Co-morbilidades	se refiere a la coexistencia temporal o permanente de dos o más trastornos OMS	Enfermedades concomitantes a la diabetes mellitus tipo 2	Cualitativa nominal	Nombre de la enfermedad
Referencia a segundo nivel	Procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad. NOM-168-SSA1-1998	Referencia del paciente a otro nivel de atención dentro de la institución.	Cualitativa Dicotómica	Si No
Antecedente de estudios de laboratorio	Estudios de muestras biológicas con finalidad que se realizan análisis clínicos de especimenes humanos.	Se refiere al antecedente de una análisis bioquímico en sangre que se debe realizar la persona cuando	Cualitativa nominal	Nombre del tipo de análisis sanguíneo

Sección 3. Variables asociadas al control glucémico

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala
Numero de consultas	Acción de atender el médico a sus pacientes en un espacio de tiempo determinado.	Numero de veces que un paciente con diabetes acude a para el control	Cuantitativa Numérica	Numero de veces que acudió en un año
Automonitoreo	es la vigilancia de los niveles de glucosa en sangre capilar por el paciente se considera un procedimiento indispensable para lograr el adecuado control de la diabetes	Vigilancia los niveles de glucosa en sangre por la misma persona	Cuantitativa numérica	Numero de veces que se realiza una prueba sanguínea para conocer su glucosa en sangre
Polifarmacia	Abuso de fármacos OPS.	Numero de medicamentos que toma un paciente durante un tiempo determinado	Cuantitativa numérica	Nombre de los medicamentos que consume indicado por medico.
Asistencia a consultas	Acción de atender el médico a sus pacientes en un espacio de tiempo determinado	Numero de consulta a la que asistió un año antes de la entrevista.	Cuantitativa numérica	Numero de consultas

Variables asociadas al control glucémico

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala
Información de la meta del tratamiento	Caso en control, al paciente diabético, que presenta de manera regular, niveles de glucemia plasmática en ayuno. (NOM 0015 MOD)	Esta informado sobre la cantidad de glucosa en sangre para un buen control.	Cualitativa Dicotómica	• Si.- menciona la cantidad de glucosa en sangre correcta • No.- no menciona la cantidad de glucosa en sangre incorrecta
Actividad física	La actividad física habitual en sus diversas formas (actividades de la vida diaria, trabajo no sedentario, recreación y ejercicio) tiene un efecto protector contra la diabetes.	Tiempo de ejercicio diarios que debe realizar la persona con diabetes	Cualitativa Dicotómica	• Buena actividad física más de 30 minutos diarios. • Mala actividad física menos de 30 minutos diarios
Orientación alimentaría	Promoción de algún tipo de alimentación, que sea útil para la prevención de la diabetes, de acuerdo a las recomendaciones de la	Esta Informado sobre su alimentación para el control de su glucosa.	Cualitativa Dicotómica	• Si.- recibió orientación • No.- no recibió orientación
Sobre peso y Obesidad	Obesidad, a la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo y Sobrepeso, al estado premórbido de la obesidad, (NOM 174)	Masa corporal de una persona considerada como normal, sobre peso y obesidad.	Cualitativa Intervalo	• Normal.- IMC >18 y <25 • Sobrepeso IMC >25 <27 • Obesidad IMC >27, (kg/m2).

Depresión	Del latín depressio Es un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad	Depresión moderada con punto de corte mayor o igual a 14 puntos.	Cualitativa	• Con depresión • Sin depresión
Asistencia a algún Grupo de Ayuda Mutua	Son grupos de personas que tienen el propósito de incorporar de manera activa a las personas con diabetes en el auto cuidado de su padecimiento, y facilitar su capacitación,	Grupo que asiste el paciente diabético en control en una unidad de salud.	Cualitativa Dicotómica	Si no
Alcoholismos	Dependencia del alcohol, incluye cuatro síntomas: Deseo insaciable, Pérdida de control, Dependencia física, Tolerancia. (NIH/NIAAA)	Consumo de mas de 5 copas al mes por una persona	Cualitativa Dicotómica	• Mas de 5 copas • Menos de copas
Tabaquismo	Adicción crónica generada por el tabaco, que produce dependencia física y psicológica como así también un gran número de enfermedades respiratorias y	Consumo de mas de100 cigarrillos al año por una persona	Cualitativa Dicotómica	• Mas de 100 cigarrillos • Menos de 100 cigarrillos

Análisis estadístico

Para describir las variables de estudio se utilizará estadística descriptiva.

✓ Para la comparación de variables cuantitativas tales como: edad, duración de la enfermedad, nivel de hemoglobina glucosilada, peso, talla, IMC, se utilizará la prueba t de Student para grupos independientes.

✓ Para la comparación de variables cualitativas tales como: sexo, escolaridad, tabaquismo, alcoholismo, actividad física, presencia o no de control glucémico, se utilizará la prueba chi cuadrada o prueba exacta de Fisher cuando sea necesario.

✓ Para describir la frecuencia del control glucémico inadecuado se calculará prevalencia puntual.

✓ Para identificar asociación de variables con control glucémico inadecuado se calcularán razón de momios.

✓ Se estimarán intervalos de confianza al 95% tanto para proporciones como para razones de momios.

✓ Un valor de p menor o igual a 0.05 será considerado estadísticamente significativo.

✓ Todos los análisis serán realizado a través del programa SPSS versión 8.

CRONOGRAMA

Semana	Febrero del 2007	Observaciones
5-9	Piloteo de cuestionario y correcciones	
12-16	Validación por expertos	
19-23	insumos para inicio de campo	
26-2		
	MARZO	
5-9	1 centro de salud diario	
12-16	Aplicar cuestionario	
19-23	Peso, Talla, Cintura	
26-30	Toma de muestra sanguínea	
	ABRIL	
2-6	1 centro de salud diario	
9-13	Aplicar cuestionario	
16-20	Peso, Talla, Cintura	
23-27	Toma de muestra sanguínea	
30-4		
	MAYO	
7-9	1 centro de salud diario	
14-18	Aplicar cuestionario	
21-25	Peso, Talla, Cintura	
28-1	Toma de muestra sanguínea	
	JUNIO	
4-8	Análisis de resultados	
11-15		
18-22		
25-29		
	JULIO	
2-6	Presentación de resultados	
9-13		
16-20	Ajustes para titulación	
23-27		
30		

Costos

Recursos	Cantidad	Costos aproximado	Total
Humanos			
Investigador	1		
Enfermera	1		
Asesor	2	Se presupuesta	
Recursos materiales			
Periqueta	2		
Cuestionarios	2200 copias	1100	$1100
Lápiz	2		
Lapicero	2		
Vehículo	1	Particular	
Gasolina	¿	¿?	
Equipo NycoCard Hb1c	1	SESVER	Préstamo
Kits de 24	5	$3.360	$16,800
Termo	1		Préstamo

CONSIDERACIONES ÉTICAS

- ✓ Este protocolo será sometido a la consideración del Comité Local de Investigación y Ética de la Jurisdicción Sanitaria N° IV para su aprobación.
- ✓ Este estudio confiere un riesgo menor al mínimo.
- ✓ A todo sujeto candidato a ser incluido se le explicarán los objetivos del estudio y los instrumentos de medición a utilizar.
- ✓ Para poder participar, a todos los sujetos candidatos a ser incluidos, se les solicitará su consentimiento informado por escrito.
- ✓ Se respetará el derecho a no participar.
- ✓ En todo momento se respetará la confidencialidad de la información.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaria de Salud, Dirección General de Epidemiología, Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles: 2006
2. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández- Avila M, Sepúlveda-Amor J, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. 2006.
3. Vázquez Martínez JL, Gómez Dantés H, Fernández Cantón S, Diabetes mellitus en población adulta del IMSS. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. 2005, Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2006. 44: 13-26.
4. Mata M, Antoñanzas F, Tafalla M, Sanz P. El costo de la diabetes tipo 2 en España. El estudio CODE-2 Gac. Sanit. Barcelona (España) 2002.16.
5. Servicios de Salud de Veracruz, Departamento de control de enfermedades área de vigilancia epidemiológica 2006.
6. Servicios de Salud de Veracruz, Jurisdicción Sanitaria Num. IV Martínez de la Torre. Departamento de Epidemiología, Departamento de estadística. 2006.
7. Ricardo M, Cerda-Flores Ma. A, Rojas Alvarado M. I, Dávila Rodríguez G, González Quiroga E I, Cortés Gutiérrez C. H, Leal Garza. Hemoglobina Glucosilada: prueba de laboratorio necesaria para el control metabólico de pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. Revista salud Pública y Nutrición. 2002.19.
8. Ibarra Almazan E, Soria Ruiz M, Gordillo Moscoso A. Indicadores del control glucémico en diabéticos tipo 2. Revista salud Pública y Nutrición. 2002.
9. Otero Miyar I, Impacto de un programa de promoción de la salud aplicado por enfermería a pacientes diabéticos tipo 2 en la comunidad. Rev Latino-Am. 2003.11.
10. Hart A, Kent S, James P, Xu Y, Kelli M, Daly J. Factor that influence improvement for patientes with poorly controlled type2 diabetes. Diabetes Res Clin Pract. 2006. 74: 227-32.
11. Valadez-Figueroa IA, Aldrete-Rodriguez MG, Alfaro-Alfaro N. influencia de la familia en el control metabólico del pacientes diabético tipo 2 salud pública mex. 1993: 464-470.
12. Ben Abdelaziz A, Soltane I, Gaha K, Thabet H, Ghannem H. Predictive Factors of control in patients type 2 diabets mellitus in primary health care.2006. 54: 443-52.
13. Moreno Altamirano L, Depto. de Salud Pública. Facultad de Medicina. UNAM. Rev. Fac. Med. UNAM 2001. 44.

14. American Diabetes Association, Alexandria, V, USA. The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, Diabetes Care. 2003. 26: 5-20.

15. López Ramos F, Epidemiología enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas, Ed. El manual Moderno. México. (DF). 2003: 287- 307.

16. Leon Gordis. Epidemiología, Tercera Edición. ELSEVIER. Madrid (España). 2005.

17. Argimon Pallas J. M, Jiménez Villa J, Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica. Ed. ELSEVIER Tercera Edición Madrid, (España).2004.

18. Instituto de la Nutrición "Salvador Suviran". Manual de terapéutica Médica. Edición McGram-hill Interamericana. México (DF) 2000.

19. Lawrence M. Tierney, Jr. Stephen J. Mc Phee, Maxine A. Papadakis. Diagnostico Clínico y Tratamientos. Ed. Manual Moderno México. (DF) 2004.

20. Hernández Guerson E, Saldaña Ibarra S. A. Investigación Cuantitativa, Guía practica para la elaboración de proyectos. Veracruz (México).

21. Secretaria de salud. Catálogo de servicios esenciales de salud 2005, Dirección General de Gestión de Servicios de Salud, Dirección de Administración de Planes, Subdirección de Atención Médica. 2005

22. Bosch X, Alfonso F, Bermejo J. Diabetes y enfermedad cardiovascular. Una mirada hacia la nueva epidemia del siglo XXI Revista Española. Rev Esp Cardiol 2002: 55, 525 – 527.

23. MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.

24. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos Tokio, 2004.

25. Sanz J, Vázquez C, Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck , facultad de psicología universidad complutense de Madrid (España) 1998. 10: 303-318.

26. Organización panamericana de la Salud. Versión panamericana de STEPS para la vigilancia de los factores de riesgos de enfermedades crónicas.

27. Organización panamericana de la Salud. División de prevención y control de enfermedades, programa de enfermedades no transmisibles. Washington. DC. 1998: 334.

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON VIH/SIDA

Ricardo Zamudio Vega
Tutor: Dr. Roberto Zenteno Cuevas

INTRODUCCIÓN

Teniendo como una de sus principales funciones el estudio de la distribución y frecuencia de las enfermedades en las poblaciones humanas, con el objetivo de identificar a los factores determinantes de la enfermedad, las prácticas de riesgo y determinación de los grupos afectados, con al finalidad de realizar intervenciones de mejora.

La epidemiología desempeña un papel importante para la prevención y control del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), agente causal del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el cual constituye uno de los principales retos de los servicios de salud en mundo.

Para su combate se han desarrollado diferentes estrategias, buscándose como una forma de combatir la enfermedad a través de la educación para la salud, y promoviendo el uso del preservativo como única medida de protección durante las relaciones sexuales.

A escala mundial en el año 2005 México ocupo el lugar número 77, mientras a nivel latinoamericano el numero 23, teniendo como principal grupo afectado a las personas de quince a 49 años.

El estado de Veracruz es una de las principales entidades afectadas por la enfermedad, siendo reportados en el año 2005 499 casos, y ocupando el sexto lugar en incidencia acumulada de 122.30 y un total de casos de 8,923.

El objeto de este trabajo es contribuir a la investigación del VIH, buscando conocer las características de un grupo afectado por la infección, usuarios de los servicios de salud, que no cuentan con seguridad social, en esta población se buscará describir sus características sociodemográficas, cual es el nivel de conocimiento que presenta y cuales son las practicas que realizan entorno a la prevención y control de la transmisión de la enfermedad.

En otros países como España desde el año 1996 se vienen realizando encuestas en la población afectada, buscando identificar que características clínicas tienen, en su uso de los servicios hospitalarios. En este trabajo se busca contribuir con información útil que sirva en futuras intervenciones de mejora.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Argumentación teórica

Definición del SIDA

Desde su aparición en 1981 como un conglomerado de enfermedades producto de la perdida de inmunidad celular causada por la infección tardía del VIH, el SIDA se volvió una de las principales preocupaciones de la Salud Pública en el mundo[1].

El SIDA ha sido descrito como una Infección causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el cual tras ser contraído se manifiesta en una fase primaria con una serie de afecciones agudas similares a la mononucleosis, la cual durara una o dos semanas, manteniéndose en muchas ocasiones asintomáticas durante meses o años hasta que aparezcan otras manifestaciones clínicas[1].

Hasta 1982 se consideraban como indicadores de la enfermedad, a mas de una docena de infecciones oportunistas y diversos cánceres, posteriormente en 1987 se ampliaron el número de enfermedades indicadoras, hasta 1993 que se reviso la definición de caso de SIDA para vigilancia epidemiológica[1].

Llegándose a considerar como caso de SIDA a toda persona que presente una cifra menor de linfocitos CD4 menor de 200/mm3, o un porcentaje de linfocitos TCD4 menor que catorce por ciento del total de linfocitos, independientemente de su estadio clínico; dicha definición sigue siendo aceptada en la mayoría de los países industrializados, la OMS avanzo hasta una definición más revisada en 1994[1].

Actualmente muchos países notifican las nuevas infecciones por VIH en lugar de nuevos casos de SIDA. Se calcula que 90 por ciento de las personas infectadas por VIH que no estén tratadas, enfermaran a la larga de SIDA, ya que la letalidad por SIDA es muy alta en caso de no recibir tratamiento eficaz, siendo de un año la supervivencia en los pacientes no tratados de países en desarrollo, mientras que en los países desarrollados entre el 80 por ciento y 90 por ciento de los pacientes no tratados tienen una supervivencia de tres a cinco años después del diagnóstico[1].

El VIH

El agente causal como se ha mencionado con anterioridad es el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el cual es un retrovirus, este se clasifica en dos tipos, el VIH-1 y el VIH-2, los cuales son diferentes desde el punto de vista geográfico y serológico, pero con características epidemiológicas similares, aunque se considera menor la patogenicidad del VIH-2[1].

Se considera que el VIH-1 causa la mayoría de las infecciones en el mundo, mientras que el VIH-2 se presenta sobre todo en África Occidental[2].

Pruebas de detección

A partir de 1985 están disponibles métodos serológicos para la detección de anticuerpos contra el VIH, siendo la prueba de enzimoinmunoanálisis o ELISA la de mayor uso, ya que es muy sensible y especifica, para la confirmación de esta prueba se realiza principalmente la inmunoelectrotransferencia (Western blot). Actualmente se cuentan con diversas pruebas rápidas, tales como el trasudado de mucosa bucal[1].

Distribución del VIH

La infección por VIH se encuentra distribuida en todos los países del mundo actualmente, se estima que existían para finales de 2005 cerca de 40.3 millones de personas infectadas en todo el mundo, de las cuales, 38 millones son adultos de quince años o más, y 2.3 millones son menores de quince años, las mujeres contribuyen a las cifras, con 17.6 millones. Calculándose que cada minuto se contagian aproximadamente diez personas, llegando a 14,000 al finalizar el día[4].

El continente Africano es él mas afectado por la epidemia, ya que actualmente existen alrededor de 25.8 millones tan solo en el África subsahariana, siguiéndole Asia meridional y suboriental con 7.4 millones, y el continente americano con 1.8 millones tan solo en América Latina[4].

En 2005 México ocupaba el lugar número 77 a escala mundial, y en América Latina y el Caribe el lugar número 23, con una prevalencia de la enfermedad en el grupo de adultos de quince a 49 años de 0.3.[4].

A nivel nacional, el número de casos acumulados de infección por VIH en el periodo de 1995-2005 era de 33,999, de los cuales en 2005 se reportaron 4,073, en el estado de Veracruz en ese periodo se reportaron 3,566, siendo reportados para 2005 la cantidad de 499 casos en la entidad[5].

Para el 15 de noviembre del 2005, la incidencia de casos acumulados de SIDA por entidad federativa, ubicaba al Distrito Federal en el primer lugar con una incidencia acumulada de 221.54, con un total de19,592 casos, siguiéndole en orden descendente los estados de Baja California, Yucatán, Morelos, Jalisco, y Veracruz en 6 lugar, con una incidencia acumulada de 122.30, y un total de casos de 8,923[5].

Para el 30 de noviembre de 2005, la Jurisdicción Sanitaria N° VIII de Veracruz era la que ocupaba el primer lugar en casos acumulados entre el periodo de 1986-2005, con un total de 3201 casos, siguiéndole las Jurisdicciones de Cosamalaopan, Coatzacoalcos y Xalapa[4].

Grupos afectados

A partir de 1983 cuando fueron reportados los primero casos, en México el principal grupo de edad afectado es el de mayores de quince años, siendo el sexo masculino el que mayor número de casos reporta[5].

En el periodo de 1983 –2005, el grupo de menores de quince años ocupó el 2.5 por ciento del total de casos acumulados, mientras que a los adultos del sexo masculino les correspondió el 81.8 por ciento, a las mujeres adultas les correspondió un 15.7 por ciento, comparándose tan solo con los casos diagnosticados en 2005, encontramos correspondencia de las cifras en el grupo de menores de quince años con el dos por ciento, pero en el grupo de adultos del sexo masculino encontramos que pasan a ocupar el 77 por ciento y el grupo de mujeres adultas el 20 por ciento[5].

Categorías de transmisión

Agrupados por categorías de transmisión se tiene que para los menores de quince años, la principal categoría de transmisión en el periodo 1983-2005 fue la vía perinatal, en un 82.3 por ciento de los casos, seguida con un 13.8 por ciento de la vía sanguínea y la sexual con 3.9 por ciento , ocupando en los casos diagnosticados en 2005 la vía perinatal un 99.0 por ciento, y no existiendo este año reportes de contagio vida sanguínea, y disminuyendo la vía sexual a uno por ciento[5].

En los grupos de adultos, la principal vía de contagio es la Sexual con 94 por ciento, ocupando según el tipo de categoría, en relaciones homosexuales un 28.4 por ciento, las bisexuales un 20.2 por ciento y las heterosexuales un 46.0 por ciento, correspondiendo en el año 2005, la vía sexual con un 97 por ciento, correspondiéndoles a las relaciones homosexuales un 21.8 por ciento, bisexuales un 17.4 por ciento y aumentando en las heterosexuales con un 58.6 por ciento[5].

Le siguen la vía sanguínea un dos por ciento, teniendo como principal grupo a los usuarios de drogas inyectables con un dos por ciento, en el año 2005, considerando que en el periodo 1983-2005, esta vía fue del cinco por ciento[5].

Reacciones ante la enfermedad en el plano internacional

Una de las más recientes medidas tomadas para la prevención y control de la enfermedad se dio en septiembre de 2000 con la Declaración de los Compromisos del milenio por parte de los países miembros de Naciones Unidas, teniendo como uno de sus objetivos el combate contra el VIH[5], en Junio de 2001 se firma la Declaración de Lucha contra el SIDA, mencionando entre sus principales estrategias en el plano Nacional que todos los países para el 2003 debían incorporar los planes de promoción, prevención, tratamiento y apoyo sobre los principales efectos del VIH-SIDA sobre el desarrollo de su población[6].

En cuanto a la prevención, se estableció que para 2005 debían existir en todos los países, sobre todo los mas afectados, una amplia gama de servicios de información sobre la enfermedad y las medidas de prevención a tomar[7].

Desarrollo de la enfermedad en México

Los primero casos de VIH-SIDA en México fueron reportados en 1983, registrando un crecimiento exponencial hasta 1994 en que se observo una estabilización de la misma, se estimaba que para 2003 vivían 160,000 personas infectadas, con un incremento de 11,000 nuevas infecciones y registros de 5,900 defunciones, la prevalencia de VIH en jóvenes de 15 a 20 años, empezó a registrar una disminución a partir de 2001, pero se empezó a registrar un incremento entre los usuarios de drogas intravenosas[8].

Se estableció una razón hombre-mujer de 5-1, entre los grupos que se consideran vulnerables, a la exposición para la infección por VIH se cuentan a los migrantes, los trabajadores sexuales y los grupos homosexuales entre otros. A partir del año 2002 existe cobertura universal de tratamientos antirretrovirales en todas las instituciones del sector salud[8].

La OPS y el Estado mexicano tienen entre una de sus líneas de cooperación técnica el articular esfuerzos y movilizar recursos en la lucha contra el VIH, para la vigilancia y control de la enfermedad[8].

Normas oficiales mexicanas

En México a partir de 1993 se da la primera norma para la prevención y control del VIH, misma que fue modificada posteriormente, actualmente en dicha norma se consideran las siguientes vías de transmisión para VIH-1 y VIH-2: Por contacto sexual, no protegido con personas infectadas por el VIH. Por transfusión de sangre contaminada y sus componentes. Por el uso de agujas y otros instrumentos punzocortantes contaminados. De una madre infectada a su hijo, durante el periodo perinatal por vía transplacentaria, por sangre o secreciones en el canal del parto, o a través de la leche materna, y por transplante de órganos y tejidos contaminados[9].

Considera como población en riesgo de adquirir la infección por VIH, aquella que realizan prácticas sexuales sin protección, independientemente de su genero, preferencia sexual; aquellos que padecen alguna enfermedad de transmisión sexual[9].

Compañeros sexuales de personas con VIH/SIDA, personas que, a su vez, tienen varios compañeros sexuales, transfundidos entre 1980 a 1987. usuarios de drogas intravenosas, hemofílicos, personas que comparten agujas o jeringas contaminadas. Hijos(as) nacidos(as) de mujeres ya infectadas con VIH/SIDA[9].

El personal de salud debe recomendar a la población infectada con el VIH/SIDA: Realizar prácticas sexuales seguras y protegidas (usar condón de látex o de poliuretano). No donar sangre, semen ni

órganos para trasplante. No compartir objetos potencialmente contaminados con sangre (agujas, jeringas, cepillos de dientes, navajas) y, en general, objetos punzocortantes de uso personal[9].

Valorar la conveniencia de evitar el embarazo. Las madres infectadas por VIH/SIDA no deben amamantar a su hijo, si cuentan con la posibilidad de disponer de sustitutos de la leche materna. Evitar el contacto con padecimientos contagiosos. Evitar el contacto o la convivencia con animales. No automedicarse. Solicitar atención médica periódica, aun en ausencia de sintomatología. Fomentar la salud a través de una dieta adecuada, reposo, ejercicio y apoyo psicológico. Evitar el uso de drogas, alcohol y tabaco. Conocer los servicios y alternativas gubernamentales y no gubernamentales disponibles en su localidad, que ofrecen apoyo a personas con VIH/SIDA o a sus familiares[9].

Medidas de control

El control del paciente con VIH comprende las actividades siguientes:

- Detección y diagnóstico.
- Atención y tratamiento.
- Notificación: estudió epidemiológico y seguimiento de casos de acuerdo con lo establecido en las disposiciones aplicables para la Vigilancia Epidemiológica.
- Investigación y seguimiento de los contactos.

La detección y el diagnóstico del paciente con infección por VIH, se llevan a cabo a través de los siguientes procedimientos:

- Ensayo Inmunoenzimático (ELISA).
- Aglutinación pasiva.

Pruebas suplementarias: presencia. de anticuerpos contra el VIH en el suero o plasma, demostrada por alguna de las pruebas siguientes:

- Inmunoelectrotransferencia (Prueba de Westem blot).
- Inmunofluorescencia, o Radioinmunoprecipitación (RIPA).

El conocimiento

Orígenes del conocimiento

El termino conocimiento tiene su origen en el verbo latino *cognoscere*, que ha su vez tiene origen en otro verbo latino, *nogscere*, en la raíz griega, *gen,* engendrar, concebir, nacer, términos que expresan en que consiste la actividad cognoscitiva, pues en ella tiene lugar la generación, concepción y nacimiento de ideas. Así pues el conocimiento no es un fenómeno aislado, sino un proceso o serie de fenómenos sucesivos y concatenados que producen ideas[19].

Una forma de explicar el origen del conocimiento, es mediante la concepción del ser humano como microcosmos en el cual se pueden distinguir dos mundos: el exterior y el interior[19].

Al primero, el exterior, se le considera como el de la realidad espacio temporal, el cual tiene una existencia independiente del pensamiento, este es el mundo verificable de los cuerpos.
El segundo es el de la razón y de la conciencia, teniendo como sus principales manifestaciones, el pensar y las ideas, de este no se ha podido comprobar su materialidad.

A pesar de parecer de naturaleza diferente, no dejan de estar relacionados, es en esta relación donde se considera se encuentra el conocimiento, puesto que este será el que pondrá en relación uno con otro.

Se considera que el conocimiento esta constituido por cuatro elementos o aspectos y a la vez significados, estos son:

- Una de las características que definen el mundo del pensamiento es la de ser interior al hombre, por lo que es propio y peculiar suyo, la producción de una intimidad supone la existencia de una *capacidad* o *facultad* para hacerla posible, esta facultad o capacidad llamada razón o entendimiento constituye el primer significado del conocimiento y también es el primer aspecto o elemento del mismo.

- Puesto que toda facultad lo es por poder realizar una *actividad* tal como la acción misma de conocer, lo vuelve el segundo significado y también elemento, puesto que el conocimiento se manifestara en el proceso de formación de conceptos y juicios y en el razonamiento. Este proceso consiste en la capacidad del entendimiento de reflejar en su relación con el mundo exterior, las cosas de este mundo y concebir una imagen mental de las mismas y de sus características.

- La anterior actividad produce un *resultado*, el cual se manifiesta en conceptos, juicios y raciocinios, en los cuales se concreta y consolida el conocimiento, este constituirá el tercer elemento o aspecto del conocimiento y también su tercer significado.

- Un instrumento por excelencia del conocimiento, a través del cual se dará forma a los conceptos y juicios formados en el proceso del conocimiento, por lo que este es otro aspecto y elemento esencial del mismo, el *lenguaje,* constituye una unidad inescindible con el resultado, pudiéndose distinguir de este peor no separar.

De los cuatro aspectos y significados del conocimiento, se pueden considerar más específico al segundo, dado que está constituido por la actividad o proceso mismo del conocimiento[19].

El conocimiento como actividad pone en relación el mundo interior con el exterior constituyéndose por ello, una relación entre el objeto cognoscente y el objeto conocido. De hay que los elementos básicos que se pueden distinguir en la actividad cognoscitivas son: el *sujeto*, el *objeto* y su *relación*[19].

Al *sujeto* se le concibe como el elemento de la acción de conocer, que recibe y capta la impresión, concibe y expresa la idea, en el se distinguirán dos sentidos, el amplio y el estricto. En el primero el sujeto es el ser individual, el todo entero, en el segundo sentido, el sujeto no es el todo entero, sino sólo su mundo interior, al cual se le imputan la conciencia y los actos intelectuales[19].

El *objeto* es lo que yace en la intimidad del hombre o está puesto en ella de modo que pueda ser conocido, también posee los sentidos amplio y estricto, en el primero es el mundo exterior en su conjunto y en sus partes, en el sentido estricto, el objeto del conocimiento será lo que hay de inteligible en esa cosa capaz de ser percibido y captado en el acto de conocimiento[19].

La *relación*, es definida como aquello por lo que están comunicadas y enlazadas cosas o términos diferentes, exigiendo como elementos dos seres o fenómenos distintos, y un fundamento que dará lugar a la relación, siendo el conocimiento quien ocupa este sitio.

El conocimiento tiene como resultado al *concepto*, la *proposición* y el *razonamiento*, el resultado inmediato a la actividad cognoscitiva es la formación de conceptos, que se expresan mediante términos

lingüísticos, el concepto es concreto y abstracto, ambos son unidos por la razón o juicio, que suelen recibir el nombre de proposición, y su expresión verbal el de enunciado, este puede afirmar o negar una característica con relación a una cosa; el razonamiento constituye la tercera forma que adopta el resultado del conocimiento, se trata de un conocimiento que se podría llamar derivado y que permite el reconocimiento de conceptos y juicios referentes a cosas alejadas en espacio[19].

El *lenguaje* será pues el instrumento por medio del cual se expresaran los conceptos, los juicios y razonamientos, teniendo una triple manifestación a través de los términos, enunciados y conjuntos de enunciados. [19]

Se puede afirmar que el conocimiento es indefinible, misterioso y complejo, indefinible por que el hecho de definirlo es resulta de un cato de conocimiento, misterioso por que nadie sabe como se verifica ni en que consiste, y complejo por que no se presenta en una forma única[19].

El conocimiento de un sujeto puede venir de sí o de otros, si procede del mismo sujeto, el conocimiento puede tener su origen en, la *experiencia*, la *razón*, la *intuición* o *comprensión* profunda, en general todas estas fuentes participan en mayor o menor grado según los casos en la actividad cognoscitiva, existiendo posiciones filosóficas que sobrevaloran una de ellas con respecto de las otras[19].

En el *empirismo* se exalta la experiencia como una fuente *a posteriori* de conocimiento, en el *racionalismo* se exalta a la razón como una fuente de conocimiento, y el *intuicionismo* se subraya la intuición como una fuente rápida de conocimiento[19].

Así, debemos concluir que el conocimiento es toda aquella información que se puede obtener de forma a posteriori a través de la experiencia y el aprendizaje, o a través de la introspección, a priori, y que puede crear una reacción a través del lenguaje y de las acciones del individuo.

Modelo de creencias en salud

Las intervenciones para la prevención del VIH/SIDA necesitan planearse cuidadosamente e incluir ciertos componentes que se sabe facilitan el proceso de modificación de la conducta.
Una de las teorías más utilizadas en promoción de la salud y que incluye un importante componente cognitivo / perceptivo, es el Modelo de Creencias de Salud (MCS) o Health Belief Model.
la hipótesis del MCS se basa en tres premisas:

1. La creencia - percepción- de que un determinado problema es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración.
2. La creencia – percepción- de que es vulnerable a ese problema.
3. La creencia -o percepción- de que la acción a tomar producirá un beneficio a un coste personal aceptable.

De acuerdo con el MCS, la concurrencia simultánea de estos tres factores favorece la adopción de determinados patrones de conducta.
La aceptación de esta hipótesis implica que es la percepción individual la que determina el comportamiento, y no el ambiente en el que vive y se desarrolla el individuo. Aunque este aspecto es más que discutible.[20]

Teoría del aprendizaje social

Tiene en cuenta las expectativas creadas frente a las consecuencias de las conductas, la auto eficiencia percibida y los refuerzos por los logros obtenidos relacionados con la salud, considera importante la información recibida, las relaciones con otras personas y el desarrollo de practicas de auto cuidado.

ARGUMENTACIÓN EMPÍRICA

C*omportamientos de riesgo para la adquisición de la infección por VIH*

Desde sus inicios el estudio de la ruta por medio del cual las enfermedades se transmiten, fue una de los principales objetivos de la Epidemiología, al surgir la epidemia del VIH/SIDA en los años 80, primeramente se planteo la existencia de grupos de riesgo, siendo los primeros en ser señalados, los grupos transgresores de las normas, tales como homosexuales y bisexuales, estos fueron estigmatizados con esta denominación, hasta que posteriormente se cambio dicha concepción por la de prácticas de riesgo[10].

Si bien actualmente la epidemiología tiende a cambiar los conceptos de prácticas y grupos de riesgo por el de contextos de riesgo. Esto no puede ser considerado como un elemento que nos permita pensar que en un futuro cercano se cambien dichos conceptos[10].

Los comportamientos de riesgo se asocian con factores económicos y sociales que afectan a los individuos que habitan las diversas regiones, pero puede estar mediado por diferentes contextos[11].

Se considera a las relaciones sexuales, ya sean heterosexuales, como en África y en otras regiones, y/o bisexuales u homosexuales, como la principal vía de infección. Algunas prácticas sexuales como la promiscuidad sexual, las relaciones sexuales ocasionales o violentas y la prostitución agravan el riesgo[11].

La transmisión del VIH/SIDA de madres a hijos, ya sea durante el embarazo, el parto o el amamantamiento, es otra causa de infección importante. El consumo creciente de drogas por vía intravenosa con agujas infectadas es también causa de infección, sobre todo en Europa Oriental y Asia Central. Se estima que la transfusión de sangre contaminada es la causa del diez por ciento de las infecciones de VIH/SIDA en el África Subsahariana[11].

Conocimientos y prácticas

Una de las formas a través de las cuales se ha buscado prevenir la ITS/VIH, es mediante el conocimiento de las actitudes y prácticas de riesgo que pudiesen tener los individuos en su medio social, así tenemos diversos estudios, que buscan abordar dichos comportamientos.

En un estudio descriptivo de corte transversal realizado en la ciudad de Bucaramanga, se busco como objetivo el identificar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo para adquirir infección por VIH, con la finalidad de reorientar las acciones preventivas que se dirigían a los jóvenes, el estudio se dividió en diversas variables, socio-demográficas, comunicación, conocimientos, actitudes y prácticas, encontrándose que si bien la mayoría de los participantes en el estudio tienen conocimientos básicos de sobre los aspectos del SIDA, muy pocos tienen un conocimiento aceptable, así muy pocos llevan acabo prácticas seguras[13].

En México se realizo un estudio de tipo transversal descriptivo correlacional, entre adolescentes urbanos en Guadalajara, el estudio tuvo por objetivo describir conocimientos sobre VIH/SIDA en jóvenes de

distintos estratos socioeconómicos, teniendo por resultado conocimientos homogéneos entre los diversos estratos[14].

Estudios realizados a pacientes seropositivos

En un estudio realizado a pacientes de un hospital psiquiátrico en Valencia, España, teniendo por objetivo conocer como afrontan la enfermedad los pacientes y su familia la enfermedad, conocimientos de la enfermedad por parte del paciente, qué es, mecanismos de infección, mecanismos de transmisión, como prevenirla y como tratarla, y observar el uso de otros sistemas médicos y en concreto las técnicas a las que han recurrido. Concluyendo que los enfermos si conocen que es el SIDA y su evolución clínica, así como también refieren el sufrimiento de alteraciones psicológicas al conocer su seropositividad[15].

Otro trabajo realizado en tres hospitales de atención terciaria en Madrid, se aplicó una encuesta anónima a los pacientes seropositivos, durante un período de cinco meses, buscando la siguiente información:

- Aspectos generales: sexo, edad, estado civil, profesión, nivel de estudios y económico, lugar de residencia, etc.
- Presencia de factores de riesgo: conductas de riesgo, vía de contagio, orientación sexual, enfermedades asociadas, utilización de métodos preventivos pre y post-diagnóstico, adicción a drogas por vía parenteral, etc.
- Datos más concretos, como presencia de pareja estable y el conocimiento de la infección por parte de ésta, así como por las personas de su entorno, la cifra de linfocitos CD4, grado de independencia para la vida diaria, etc.

Encontrándose, que la mayoría de los infectados tenían un nivel socioeconómico bajo, no conocían sus cifras de linfocitos CD4, la principal via de contagio había sido la sexual, en cuanto a métodos de prevención, el 80 por ciento de ellos si utiliza un método de barrera, después de conocer su infección pero un 10 por ciento no los usa, la investigación concluye con que los infectados si corresponden con las estadísticas nacionales que se presentan en España en cuanto a los grupos y vías de contagio[16].

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el 2003 la entidad Veracruzana registró 408 fallecimientos con una tasa de 19.67 por 100,000 habitantes del grupo de edad de 25 a 44 años, teniendo una relación hombre mujer de 4 a 1, lo cual llevo a considerar a la prevención de la infección por VIH como una prioridad programática[12].

El Estado de Veracruz presentaba un patrón semejante al nivel nacional, contando con un total acumulado de casos de SIDA es de 7659 casos desde que inició de la epidemia en 1983, contribuyendo con el 8.5 por ciento del total de casos, el grupo de edad más afectado es de 15 a 44 años, el 23 por ciento se encontraban vivos, el 69 por ciento fallecieron y se desconoce la evolución en el 2.3 por ciento, siendo la vía de transmisión sexual la principal causa de contagio[12].

El Programa de acción de prevención y control de VIH/SIDA y otras ITS integra los componentes de prevención sexual, sanguínea, perinatal, atención integral y mitigación de daño[12].

Su objetivo principal es el prevenir y controlar el VIH/SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual entre la población en general, teniendo énfasis en la población con prácticas de riesgo y que se encuentran en estado de vulnerabilidad[12].

Entre las estrategias con las que se piensan lograr estos objetivos, esta la creación del Consejo Estatal de Lucha Contra el VIH/SIDA, acceso gratuito a los antirretrovirales, aumentar la accesibilidad a los métodos de barrera (Condones), creación de tres Centros de Atención a pacientes con VIH (CAPASITS) para la atención integral de los mismos[12].

Para el año 2005 el estado de Veracruz presentó una tasa de 19.8 por cada 100,000 habitantes de ITS, siendo la nacional de 23.3, en esa misma fecha ocupo el tercer lugar a nivel nacional de casos acumulados de VIH, 9159, teniendo una tasa de incidencia acumulada de 125.5 por cada 100,000 habitantes, ocupando el 6to lugar nacional[17]. Para el 30 de noviembre de 2005, la Jurisdicción Sanitaria N° VIII de Veracruz era la que ocupaba el primer lugar en casos acumulados entre el periodo de 1986-2005, con un total de 3201 casos, siguiéndole las Jurisdicciones de Cosamalaopan, Coatzacoalcos y Xalapa. La información preeliminar hasta la semana epidemiológica 52 del año 2006 nos indica que continuamos siendo las mismas, Veracruz, Cosamalaopan, y Coatzacoalcos[4].

Servicios de Salud de Veracruz

Tabla 1. Casos de SIDA por jurisdicción Sanitaria 2006

Jurisdicción	Casos	Porcentaje	Tasa por 100,000 habitantes
Panuco	14	2.4	3
Tuxpan	39	6.6	9.2
Poza Rica	66	11.2	8.7
Martínez	34	5.8	7.3
Xalapa	30	5.1	2.8
Córdoba	35	5.9	4.9
Orizaba	40	6.8	6.6
Veracruz	148	25.1	15.8
Cosamalaopan	51	8.7	12.1
San Andrés	33	5.6	5.7
Coatzacoalcos	99	16.8	10.7
Total	589	100	8

Fuente: SSA, 2007

En la ciudad de Xalapa se encuentra el Hospital Regional de Zona “Dr. Luis F. Nachón”, en sus instalaciones se encuentra uno de los 6 CAPASITS, que existen en el estado de Veracruz, el cual se encuentra trabajando desde 1998, atendiendo a cerca de 381 pacientes provenientes de la zona norte del estado y de la ciudad, reportados hasta el 18 de octubre de 2006. De estos 381 pacientes, 181 son pacientes en continuidad con tratamiento, 19 embarazadas con tratamiento, 56 pacientes en control sin tratamiento y 125 pacientes nuevos con tratamiento.

Si tenemos en cuenta la magnitud del problema podemos observar que es necesario conocer cuales son las características que tienen los pacientes que acuden al CAPASITS, como una estrategia para identificar subgrupos de la población que se encuentran en riesgo y que se permita en un futuro, la implementación de intervenciones. Esto hace necesario el realizar investigaciones de tipo descriptivo, como las ya realizadas en algunos otros países, en las que se busque caracterizar a los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA que haces uso de los Servicios de Salud de Veracruz..

Pregunta de investigación

Pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de conocimiento y prácticas para la prevención y el control de la transmisión del VIH/SIDA que poseen los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA que se atienden en el Hospital Regional de Zona Dr. Luis F. Nachón?

Objetivo

Identificar el nivel de conocimientos y prácticas para la prevención y el control de la transmisión del VIH/SIDA que poseen los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA que se atienden en el *Hospital Regional de Zona Dr. Luis F. Nachón*.

Objetivos específicos

1. Describir las características epidemiológicas y socio-demográficas de los enfermos de VIH/SIDA atendidos en el *Centro de Atención a Pacientes con Infecciones de Transmisión Sexual (*CAPASITS)
2. Medir el nivel de conocimiento sobre su enfermedad que tienen los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA
3. Identificar las prácticas de prevención y control de la transmisión de VIH/SIDA que tiene los pacientes que se atienden en el CAPASITS

METODOLOGÍA

Diseño

Tipo de estudio: el estudio es de tipo descriptivo

Diseño de la investigación. Estudio transversal y observacional, se realizará en los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA que acuden al CAPASITS ubicado en el Hospital Regional de Zona *Dr. Luis F. Nachón.*

Grupo de estudio. Todos los pacientes seropositivos que se encuentran en control en el CAPASITS que se ubica en el Hospital Regional de Zona *Dr. Luis F. Nachón.*

Criterios de inclusión. Todos los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA mayores de 15 años que se encuentren en control en el CAPASITS, y que acepten participar.

Criterio de exclusión. Pacientes sanos y pacientes que no se encuentren en control en el CAPASITS.

Criterios de eliminación. Pacientes diagnosticados con VIH/SIDA que no acudan a control, o no acepten participar, pacientes menores de quince años, pacientes que se encuentren afectados neurológicamente.

Espacio geográfico: El levantamiento de la información se realizara dentro de las instalaciones del *Centro de Atención a Pacientes con Infecciones de Transmisión Sexual (*CAPASITS) ubicado en el Hospital Regional de Zona *Dr. Luis F. Nachón*.

Espacio temporal: a partir de la tercera semana de febrero se levantara la encuesta

Control de factores externos: El levantamiento de la encuesta se realizara en las mismas condiciones para todos los participantes, guardando el anonimato, y pidiendo consentimiento informado.

Variables

Tabla 2. Variables

Variables sociodemográficas				
Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Escala de medición	Definición operacional
Edad	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista	Cuantitativa	Discreta: Años	Años que refiera tener al momento de la entrevista
Sexo	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres	Cualitativa	Nominal: Masculino Femenino	Condición biológica del paciente que lo define como masculino o femenino
Nivel de escolaridad	Grado de estudio más alto aprobado por la población de 5 y más años de edad en cualquiera de los niveles del Sistema Educativo Nacional	Cualitativa	Discreta: Preescolar Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Postgrado Otro Ninguno	Grado de estudios al momento del cuestionario
Estado Civil	Condición de unión o matrimonio de la población de 12 y más años	Cualitativa	Nominal: Soltero Unión libre Casado Divorciado Viudo Otro	Condición legal del paciente al momento de la entrevista: soltero, unión libre, casado, divorciado, viudo
Lugar de nacimiento	Entidad federativa o país donde nació la persona	Cualitativa	Nominal: Donde nació	Lugar en donde nació
Ocupación	Tipo de trabajo, empleo, puesto u oficio que la población ocupada realizó en su trabajo principal	Cualitativa	Nominal: Ocupación actual Ocupación al momento del diagnostico	Ultima actividad remunerada a la que se dedica el paciente al momento del cuestionario
Alfabetismo	Condición de la población de 15 años y mas de saber leer y escribir	Cualitativa	Nominal: Sabe leer y escribir	Sabe leer o escribir
Tiempo que tiene con la enfermedad DX.	Tiempo que tiene el paciente de haber sido diagnosticado	Cuantitativa	Discreta: Años	Tiempo que ha transcurrido en años o meses a partir de que le fue diagnósticada la enfermedad
Tratamiento antirretroviral	Condición clínica del paciente de estar bajo tratamiento farmacológico	Cualitativa	Nominal: Si No	Si el paciente se encuentra bajo tratamiento antirretroviral
Tiempo de estar en tratamiento antirretroviral	Tiempo que tiene el paciente de estar en tratamiento	Cuantitativa	Discreta: Años o meses de tratamiento	Tiempo transcurrido en años o meses a partir de que inicio el tratamiento

Tabla 3. Variables

Variable de conocimiento				
Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Escala de medición	Definición operacional
Conocimiento	Es un conjunto de datos sobre hechos, verdades o de información ganada a través de la experiencia o del aprendizaje (a posteriori), o a través de introspección (a priori). El conocimiento es una apreciación de la posesión de múltiples datos interrelacionados que por sí solos poseen menor valor cualitativo	Cualitativa	Ordinal <80% Suficiente >80% Insuficiente	Conocimiento general de la enfermedad Conocimiento de vías de transmisión Conocimiento de métodos de prevención

Tabla 4. Variables

Variable de prácticas				
Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Escala de medición	Definición operacional
Prácticas de prevención	Todas aquellas acciones que se hacen anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar alguna acción	Cualitativa	Nominal: Si No	Se refiere al uso de preservativo como método de barrera durante una relación sexual, el no intercambio de objetos punzo cortantes y no compartir objetos que tengan contacto con hemoderivados

El desarrollo del trabajo se realizara en las siguientes fases:

Primera fase: Diseño de cuestionario para medir conocimientos y establecer tipo de prácticas de prevención de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA.

Para la realización del cuestionario se consultaron instrumentos ya realizados, resultando de interés los siguientes:

- Adaptación castellana de la escala de VIH/SIDA-65 (Bermúdez, Sánchez y Buela-Casal, 2003)
- Cuestionario confidencial sobre vida sexual activa (Ministerio de Salud de Colombia, 1997)

- Encuesta de salud y hábitos sexuales (Instituto Nacional de Estadística, España 2004)

El cuestionario fue diseñado en cuatro secciones, la primera se refiere a aspectos sociodemográficos, la segunda aborda aspectos relativos al conocimiento de la enfermedad, la tercera opción explora las prácticas que llevan a cabo los pacientes seropositivos, y la cuarta sección va dirigida sólo a mujeres seropositivas y se refiere a las prácticas que llevo acabo durante el embarazo. (Ver anexo 1)
El cuestionario quedo con la siguiente estructura:

Primera sección: explorara los aspectos sociodemográficos, tales como sexo, edad, ocupación, estado de civil, grado de escolaridad; y epidemiológicos del paciente, tales como, tiempo que tiene de haber sido diagnósticado, si se encuentra en tratamiento antirretroviral.

Segunda sección: explora los conocimientos que tenga el paciente sobre su enfermedad, las vías de transmisión y los métodos de prevención de la misma, así también busca identificar que tanto conocen sobre su estado serológico, y si logran identificar la diferencia entre infección por VIH y el SIDA propiamente dicho.

Tercera sección: explora las prácticas que pudiesen facilitar o dificultar el control de la transmisión de la enfermedad, así como el uso que hacen del preservativo para poder evitar la transmisión.

Cuarta sección: su objetivo es obtener información adicional sobre las mujeres embarazadas buscando observar si conocen y practican métodos de prevención de la transmisión vertical.

La administración de las preguntas del cuestionario permite que el paciente vaya adquiriendo confianza conforme avanza el mismo, en la primera sección, el paciente interactuará con el entrevistador, a partir de la sección de conocimientos, el entrevistador sólo se limitara a auxiliar al paciente en caso que tenga dudas, cuando el paciente llegue a la sección de prácticas este contestará sólo el cuestionario sin ningún tipo de ayuda, esperando que ya tenga la suficiente confianza para contestar el mismo.

Procedimiento de administración del cuestionario

En la primera sección, que corresponde a los aspectos sociodemográficos, le corresponderá al entrevistador aplicar el cuestionario, a partir de la sección de conocimiento, éste le entregará al paciente el cuestionario para que lo continué respondiendo, estando presente para ver si lo puede auxiliar, en la tercera sección ya será el entrevistado el que lo conteste por si solo, todo este procedimiento tiene por objetivo proporcionar al participante la seguridad de que sus datos serán totalmente confidenciales, evitando con esto que se sienta coaccionado y evite responder con objetividad al mismo.

Validación del cuestionario

Para la validación del cuestionario se recurrió a la consulta de diversos especialistas de la temática del VIH/SIDA, recibiéndose observaciones, las cuales fueron subsanadas; las observaciones recibidas, estaban relacionadas con aspectos de la redacción de las preguntas, sugiriéndose que se cambiasen algunos términos que podrían causar confusión o que podrían generar incomodidad en el paciente, también que se evitara en lo mínimo el uso de preguntas negativas.
A continuación se detallan por grupos de profesión las observaciones recibidas:

1. Personal de Trabajo social:

- Eliminar él termino contagio, por considerarse peyorativo.

- Cambiar los términos que consideran en su opinión muy técnicos, por unos más accesibles.

2. Personal de Psicología:
- Cambiar términos científicos por terminología más común.
- Eliminar preguntas negativas.
- No usar términos como contagio.

3. Personal médico:
- Poner preguntas sobre la situación clínica del paciente.
- Eliminar preguntas negativas.
- Simplificar el lenguaje usado en el cuestionario.

4. Coordinadora estatal del programa de VIH/SIDA:
- Eliminar él termino contagio, por el de transmisión.
- Unificar los términos seropositivo, enfermo e infectado de VIH por el de diagnosticado con VIH.
- Agrupar las preguntas por apartados.

Se procedió a modificar el cuestionario, eliminando los términos que se pudiesen considerar peyorativos, se unificaron los términos seropositivo, infectado, enfermo, etc. por el de diagnosticados con VIH, se reagruparon las preguntas por los apartados que abordan cada una, se modificó la introducción al cuestionario.

Una vez realizada la pre-prueba, se procedió a modificar el cuestionario, se decidió eliminar totalmente las preguntas negativas, y modificar lo relativo a la carga viral, se eliminaron los términos que pareciesen complejos, se redujo el número de preguntas de la segunda y tercera sección, en la tercera sección se limitó el tiempo a “después de que fue diagnosticado”, se eliminó completamente el término seropositivo.

Quedando estructurado de la siguiente manera:

Tabla 5. Estructura del cuestionario

Variable	Dimensiones	Preguntas	Valor
Sociodemográficos	N/A	Primera sección	N/A
Conocimiento	Conocimiento general	1,2,3,4,5,7,8,9,10,11	10
	Conocimiento de vías de transmisión	12,14,16,18,20,22,24	7
	Conocimiento de métodos de prevención	13,15,17,19,21,23,25	7
Total			24
Prácticas	Uso de condón	32,34	
	Manejo de objetos punzocortantes	36,37,39	
	Manejo de hemoderivados	35,38,40	
Apartado para mujeres	Tratamiento antirretroviral durante el embarazo	42	
	Lactancia materna	43	N/A
Preguntas filtro	N/A	6,29,33,41	N/A
Información adicional	N/A	26,27,28,30,31,33	

A continuación se explica cada uno de los apartados:

Tabla 6. Notas justificatorias del cuestionario:

Variables: sociodemográfica y epidemiológicas		
Qué se va a preguntar	Por qué se va a preguntar	Cuál variable me va a responder
Sexo, edad, alfabetismo, máximo grado de estudios, ocupación, lugar de origen. Conocimiento sobre la vía de adquisición de la enfermedad, tiempo que tiene de estar diagnosticado, si se encuentra bajo tratamiento, tiempo de tener el tratamiento, consumo de drogas por vía intravenosa.	Con la finalidad de determinar el perfil sociodemográfico de los pacientes y observar posibles diferencias en cuanto al nivel de conocimiento y la información.	Sociodemográficas: • Sexo • Edad • Escolaridad • Alfabetismo • Civilidad • Ocupación • Tiempo de estar diagnósticado • Tratamiento • Tiempo de estar en tratamiento

Variable. Conocimiento		
Qué se va a preguntar	Por qué se va a preguntar	Cuál variable me va a responder
Significado de SIDA, tipo de enfermedad, agente causal, diferencia entre ser seropositivo, que es la carga viral, que son los CD4, ultimo conteo de los CD4, enfermedades relacionadas con el diagnóstico de SIDA	Medir en le paciente el nivel de información básica que tenga sobre el padecimiento.	Conocimiento general del VIH/SIDA
Vías por las que no se transmite el VIH, vías por medio de las que se transmite	Medir en el paciente el conocimiento que tenga sobre las diferentes vías de transmisión y su identificación de las mismas	Conocimiento de vías de transmisión
Métodos de prevención, uso de preservativo, no intercambio de objetos punzocortantes	Medir en el paciente el conocimiento que tenga sobre los métodos de prevención existentes	Conocimiento de métodos de prevención

Variable. prácticas		
Qué se va a preguntar	Por qué se va a preguntar	Cuál variable me va a responder
Uso de preservativo	Conocer si el paciente hace uso de preservativo en las relaciones sexuales que sostenga	Prácticas
Manejo de objetos punzo-cortantes y hemoderivados	Conocer si el paciente ha realizado prácticas de exposición de hemoderivados	

Variable: sección para mujeres		
Que se va a preguntar	Por que se va a preguntar	Cuál variable me va a responder
Embarazos después del diagnostico del VIH, si tuvo terapia antirretroviral, y lactancia materna	Conocer si recibió tratamiento antirretroviral y si evito la lactancia materna	Prácticas

Segunda fase: aplicación del cuestionario

El cuestionario será aplicado en la población de pacientes seropositivos que cumplan los criterios de inclusión, procediendo al levantamiento del mismo durante el mes de febrero y marzo, para el levantamiento del cuestionario, se les informara a los pacientes que es completamente anónimo y voluntario pidiéndoles su autorización de manera verbal, el instrumento en el cual estarán las preguntas consta de seis hojas, divididas en 4 apartados.

Se levantara el cuestionario, dentro de las instalaciones del CAPASITS en un consultorio donde solo estará el paciente y el aplicador, evitando la presencia de terceras personas.
Una vez aplicados la totalidad de los cuestionarios, se procederá a capturar la información en una base de datos creada previamente para tal función en Epi info 3.3.2, buscando obtener las frecuencias, y medidas de tendencia central.

Tercera fase: plan de análisis de la información y redacción del informe final

1. Se realizará el análisis descriptivo estratificando por sexo, edad, y tiempo de haber sido diagnosticados.
2. Las variables cualitativas se describirán mediante frecuencias absolutas y relativas.
3. Las variables cuantitativas se resumirán mediante media, mediana y moda.
4. Se utilizara el programa SPSS.
5. VIH/SIDA en pacientes infectados. Tesis doctoral. Editorial: Universidad de Granada, 2005.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS. El control de la enfermedades transmisibles. Decimoctava edición, Washington, D.C. 2005, pp 596-607
2. AIDS*info*. Glosario del VIH/SIDA. Quinta edición, 2006, Rockville, MD. EEUU.
3. ONUSIDA. Métodos para las pruebas del VIH: Actualización técnica del ONUSIDA (Colección ONUSIDA de Prácticas Óptimas: Actualización técnica). Ginebra:ONUSIDA, Noviembre de 1997.
4. Servicios de Salud de Veracruz. Programa de acción de prevención y control de VIH/SIDA y otras ITS. Año 2006.
5. CENSIDA. Panorama apidemiologico del VIH/SIDA e ITS en México. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. 31 de diciembre de 2005.
6. ONU. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Año 2000.
7. ONU. Declaraci[1]ón mundial de lucha contra el SIDA. Asamblea general, Vigésimo sexto periodo extraordinario de sesiones, 27 de junio de 2001.
8. OPS. Estrategias de Cooperación con el Pais-México. Noviembre de 2005.
9. SSA. Norma oficial mexicana para la prevención y control del VIH. México, 2003.
10. Hernández-Rosete D, Sánchez-Hernandez G, Pelcastre-Villafuerte B, Juárez –Ramírez C. Del riesgo a la vulnerabilidad. Bases metodológicas para comprender la relación entre violencia sexual e infección por VIH/ITS en migrantes clandestinos. Salud Mental, Vol. 28, No. 5, octubre de 2005.
11. OMS. Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA. Colección especial de manuales metodológicos, n° 1.división de políticas culturales y Diálogo Intercultural. UNESCO, 2003
12. Servicios de Salud de Veracruz. Programa Sectorial de Salud 2005-2010. Año 2005.
13. López N, Vera LM, Orozco LC. Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes de Bucaramanga. Colombia Médica, año 2001, Vol. 32, No. 001, Universidad del Valle, Cali, Colombia, pp. 32-40. Disponible en Internet:http://www.colombiamedica.univalle.edu.co/Vol35No2/VIH-SIDA.pdf –
14. Caballero-Hoyos R, Villaseñor-Sierra A. Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. Salud Pública de Méx. 2003; 45 sup. 1: S108-S114.
15. Martínez-Rodríguez, M, Gómez-Sánchez D. Medicina y Ciencias Sociales, nº 14. ISNN: 1576-5377, (diciembre 2001) Disponible en internet: http://www.uv.es/medciensoc
16. Sánchez-Rojo C, Vallejo-García JL, Vaño-Galvan S, Vidiella-Eguiluz B. Epidemiología del Virus de Inmunodeficiencia Humana. España, 2005.
17. CENSIDA. Panorama epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. 31 de diciembre de 2005.
18. INEGI. Censo General de Población y Vivienda 2000. Glosario de términos.
19. Sierra Bravo, R. “Ciencias sociales. Epistemología, Lógica y Metodología”. Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad. Ed. Paraninfo, Madrid.1984
20. Soto-Mas F, Lacoste-Marín J, Papenfuss R, Gutiérrez-León A. El modelo de creencias en Salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. Rev Esp Salud Pública 1997, Vol. 7 1, N.” 4.
21. Uribe-Rodriguez AF. Evaluación de factores psicosociales de riesgo para la infección por el VIH/SIDA en pacientes infectados. Tesis doctoral. Editorial: Universidad de Granada, 2005.

capítulo 4

INFORMÁTICA APLICADA A LA SALUD

Mtra. Ma. Cristina Ortiz León
Coordinadora del área disciplinar

CONTENIDO

PRESENTACIÓN 623
Mtra. Cristina Ortiz León
Coordinadora del Área Disciplinar Informática Aplicada a la Salud

SISTEMA PARA EL PROCESAMIENTO DE INDICADORES DE SALUD SIPROIS: ADULTO Y ADULTO MAYOR 625
Ma. Silvia de los Ángeles Xolocostli Munguía y María de Lourdes Mota Morales
Tutora: Mtra. Ma. Cristina Ortiz León
Co-tutores: Mtro. Manuel Salvador Luzania Valerio y Mtro. Joaquín Díaz López

ÁREA DISCIPLINAR: INFORMÁTICA APLICADA A LA SALUD

PRESENTACIÓN

Desde sus inicios la maestría en Salud Pública de la Universidad Veracruzana cuenta con cuatro áreas disciplinares: Administración de Servicios de Salud, Comunicación en Salud, Epidemiología e Informática Aplicada a la Salud.

El área disciplinar de Informática Aplicada a la Salud se diseñó con la finalidad de relacionar armónicamente los requerimientos de los profesionales de la salud con los conocimientos y habilidades de los profesionales de la informática. De esta forma el objetivo fundamental de esta área es desarrollar proyectos para mejorar la recopilación, interpretación o diseminación de la información de la salud, a través del uso de las nuevas tecnologías.

En 2005 el programa de la Maestría se reformula y en la actualidad se basa en competencias, las cuales se desprenden de las funciones esenciales de la Salud Pública. Estas funciones fueron establecidas por la Organización Panamericana de la Salud, y son once.

El área de Informática Aplicada a la Salud aporta herramientas en las once funciones esenciales y por tanto las competencias que un egresado de esta área disciplinar debe dominar son extensas. Con el objeto de establecer las competencias que al final se deben dominar, en 2006 se realizó una consulta de expertos en el área. Para esto se plantearon las siguientes tres funciones claves de las cuales se desprendieron varias competencias:

1. Evaluar, analizar y seleccionar recursos tecnológicos para recopilar, manejar, interpretar y diseminar la información de la salud de las comunidades con las tecnologías apropiadas.

2. Evaluar necesidades relacionadas con el procesamiento de información en salud con el fin de analizar, diseñar e implementar aplicaciones informáticas que permitan la toma de decisiones oportuna y acertadamente con el fin de contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población.

3. Evaluar y Aplicar las nuevas tecnologías de la información y comunicación a partir de los resultados de proyectos de investigación.

Al finalizar el segundo semestre, los alumnos de la maestría en Salud Pública, optan por un área disciplinar en particular. Así el modulo de Salud Pública III proporciona las competencias necesarias para que los alumnos se especializan en el área disciplinar de su elección. También en este semestre, en el módulo de Gestión del Conocimiento III, se elabora el protocolo de tesis de grado. En la generación 2005 – 2007 de la Maestría en Salud Pública dos alumnas optaron por esta área disciplinar y ambas acordaron realizar en forma conjunta su trabajo de grado. En este apartado se presenta el protocolo de tesis de grado de esta generación, el cual se desarrolló de agosto 2006 a febrero de 2007.

Para elaborar su protocolo de tesis las alumnas realizaron su practica profesional en el departamento de Control de Enfermedades de SESVER, y fueron asignadas al programa de Atención a la Salud del Adulto y Adulto Mayor, con la intención de detectar alguna necesidad que permitiera mejorar la recopilación, interpretación o diseminación de la información sobre salud que se realiza en ese espacio. El protocolo de tesis de grado corresponde a las siguientes competencias del área de Informática Aplicada a la Salud:

- Identificar, analizar y evaluar los principales sistemas informáticos que existen en el ámbito de la salud, la forma en que interactúan entre si así como las arquitecturas en que se basan estos.

- Evaluar las capacidades y limitaciones de los recursos tecnológicos informáticos contemporáneos y emergentes y evaluar el potencial de estos sistemas y servicios para resolver la necesidades en el campo de la salud.

- Demostrar y defender comportamientos éticos y legales en el uso de tecnología informática y de la información.

- Identificar los aspectos esenciales en la organización y administración de proyectos informáticos en el sector salud.

- Comprender que los proyectos informáticos en el sector salud requieren más que el uso de plataforma tecnológica.

- Describir tareas rutinarias con técnicas utilizadas en el desarrollo actual de sistemas de información con el fin de detectar aquellas susceptibles de ser resueltas mediante el uso de la informática.

- Desarrollar e implementar herramientas tecnológicas para el análisis de información, la resolución de problemas y la toma de decisiones en el ámbito de la salud.

La idea fundamental de publicar este protocolo es que permita mejorar la elaboración del protocolo de tesis en futuras generaciones de alumnos de la Maestría en Salud Pública. Para que se tenga una mejor comprensión de lo que aquí se presenta, se incorpora el programa del Modulo de Gestión del Conocimiento III.

Agradecimientos

El desarrollo de este protocolo no hubieran sido posibles sin la valiosa participación de la Jefa de Departamento de Control de Enfermedades, Dra. Marcelina García López y de la Dra. Esperanza Medina Holguín coordinadora estatal del Programa de Atención a la Salud del Adulto y Adulto Mayor y a su equipo de trabajo: Nut. Alfonso Enrique Villanueva Silva, Biol. María Magdalena Acosta Escobedo y Dra. Nubia Franco Álvarez.

Es importante también agradecer a los maestros del módulo de Salud Pública III, Mtro. Joaquín Díaz López, Mtro. Manuel Salvador Luzanía Valerio, María del Pilar González Arroyo y Graciela Rojas Carrera por sus consejos y aportaciones teóricas.

María Cristina Ortiz León
Coordinadora del Área Disciplinar de
Informática Aplicada a la Salud

SISTEMA PARA EL PROCESAMIENTO DE INDICADORES DE SALUD SIPROIS: ADULTO Y ADULTO MAYOR

Ma. Silvia de los Ángeles Xolocostli Munguía y María de Lourdes Mota Morales
Tutora: Mtra. Ma. Cristina Ortiz León
Co-tutores: Mtro. Manuel Salvador Luzania Valerio y Mtro. Joaquín Díaz López

INTRODUCCIÓN

Los avances y el desarrollo de la informática han traído como consecuencia cambios en la sociedad contemporánea, en el caso de la salud la demanda de información y conocimiento es la base para la toma de decisiones y la generación de políticas que tengan como propósito fundamental mejorar las condiciones de salud de la sociedad en general.

La generación de información por las diferentes instituciones de salud en nuestro país, ha venido incorporando información estadística de por lo menos 10 sistemas, con diferentes formatos de captura, glosarios de términos y períodos de levantamiento en distintos momentos que responden a objetivos e intereses de cada institución en particular. Los sistemas de información constituyen un mecanismo de colecta, procesamiento, análisis y transmisión de la información necesaria para organizar y operar los servicios de salud.

Por tanto, la Secretaría de Salud concibe el Programa Nacional de Salud 2001-2006 titulado *La democratización de la salud en México: hacia un sistema universal de salud*. El Programa contiene 10 estrategias en las que se desarrollan 43 programas de Acción, surge así la iniciativa por parte de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de crear una estrategia a la cual se le denominó *Estrategia Caminando a la Excelencia,* cuyo objetivo principal es identificar las áreas de oportunidad para mejorar el desempeño de los diferentes programas de acción e instancias estratégicas a través de indicadores.

En los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER), las actividades que se realizan para el procesamiento de los indicadores que evalúan los 14 programas prioritarios bajo su responsabilidad, se realizan de manera manual, por tal motivo en el presente trabajo, se describen las etapas de un proyecto de intervención mediante el cual se lleve a cabo el desarrollo de un sistema de información, particularmente para el procesamiento de los indicadores del Programa de Atención a la Salud del Adulto y Adulto Mayor, de SESVER, con el fin de proporcionar una herramienta informática que sirva como prototipo para los demás programas de acción tanto a nivel Estatal como Nacional.

MARCO TEÓRICO

Argumentación teórica y empírica

Teoría de sistemas

En el campo de la Biología, surge en 1950 la Teoría General de Sistemas (TGS) creada por Ludwig Von Bertalanffy, la cual ha inspirado el desarrollo de distintas disciplinas constituyendo así el amplio campo de la *sistémica* o de las *ciencias de los sistemas*[1]. Entre las especialidades que surgieron está la Teoría del Caos, que se crea en 1980, la cual muestra lo aparentemente pequeñas e insignificantes que pueden ser las cosas si se asume un papel principal en el modo en que estas se producen[2].

De acuerdo a la teoría semántica de la información, para que exista información es necesario que se cumplan tres condiciones: primero la señal debe llevar tanta información como sea generada; segundo la información que se lleva debe ser correcta y tercero, el hecho debe poseer alguna cantidad positiva de información. El Sistema de información esta definido por su proceso de transformación, por lo que implica el conjunto de acciones interrelacionadas para transformar las entradas en salidas mediante mecanismos que aseguren su control para alcanzar la mejor optimización, para lo cual se requiere la existencia de un grado de ínter conectividad entre las entidades que lo forman.

El objetivo del sistema de información, es la gestión de información de todo tipo. Por ello, busca facilitar el desempeño de las actividades administrativas, de gestión y de producción en todos los niveles de la organización, lo que realiza suministrando la información adecuada con la calidad adecuada, a la persona adecuada, en el momento y lugar oportunos, y con el formato preciso para que su uso sea correcto. Para alcanzar el objetivo previsto, el sistema debe ser capaz de desempeñar las siguientes funciones:

1. Recoger datos de entrada.
2. Evaluar la calidad y relevancia de los datos.
3. Manipular el proceso de los datos.
4. Almacenar la información.
5. Distribuir la información[3]

Sistemas de Información en Salud

La obtención de información fidedigna y oportuna sobre la salud de la población es crucial para la elaboración de políticas públicas, y una necesidad reconocida desde la fundación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948. A partir de entonces la mayor parte de los países, entre ellos México, ha centrado sus esfuerzos en recolectar información en tres áreas: mortalidad, casos nuevos de enfermedades transmisibles y no transmisibles y el número de distribución de los recursos humanos y físicos de las instituciones. En diciembre de 1947 con la publicación de la Ley Federal de estadística, se confiere a la Dirección General de Estadística[a], la responsabilidad de crear la estadística nacional y elaborar la normatividad técnica de las estadísticas generadas por el sector público. Como resultado de esta acción, aparece en 1951 el primer formato oficial que en forma sistemática captaba las estadísticas en salud[4].

En nuestro país, la generación de información en salud se ha venido incorporando mediante la obtención de información estadística de por lo menos 10 sistemas automatizados con diferentes formatos de captura, glosarios de términos y periodos de levantamiento en distintos momentos, de acuerdo a objetivos e intereses de cada institución en particular[5].

Los sistemas de información en salud obtienen los datos de fuentes primarias de información, su función es captar y transformar los datos. Se denomina *Sistema de información en salud**, "al conjunto de elementos, recursos y personas que interactúan, bajo criterios y procedimientos definidos, para realizar de manera sistemática las actividades relacionadas con la organización y la administración de la información"* [6]. Entre estos sistemas se encuentran: El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), creado en 1995, el cual dio origen al establecimiento del Sistema Único de Información para la

[a] Actualmente Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática

Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), este sistematiza la información de morbilidad y mortalidad con participación de todo el Sector. Con el establecimiento del SUIVE, se homogeneizaron los criterios, formatos y procedimientos de notificación en las distintas instituciones del Sistema Nacional de Salud. Los componentes del SUIVE son: el Sistema de Notificación Semanal de Casos Nuevos (SUAVE); la Red Hospitalaria para la Vigilancia Epidemiológica (RHOVE); el Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED) y; los sistemas especiales de Vigilancia Epidemiológica, los cuales se complementan entre sí y cuentan con los siguientes cuatro mecanismos de apoyo: Laboratorio, Investigación, Evaluación y Capacitación[7]. El Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA)[b], genera información estadística acerca de daños a la salud, disponibilidad de recursos y la prestación de servicios, esta información se publica mensual y anualmente y es utilizada sólo por la Secretaría de Salud y el programa de IMSS-Oportunidades. El Sistema del Programa de Vacunación y Vigilancia Epidemiológica de la Nutrición (PROVAC), capta y procesa los datos registrados en el Censo Nominal, así como las vacunas aplicadas a cada niño, con la finalidad de obtener su estado nutricional, también registra su peso y talla, es un sistema sectorial, los reportes se generan mensual y anualmente. El Plan Estatal Maestro de Infraestructura en Salud para Población Abierta (PEMISPA), contempla, de acuerdo al Programa de Acciones de Obras, Conservación y Equipamiento, la suma de recursos federales, estatales y municipales, la obtención de créditos, cuotas de recuperación y otros recursos para la atención de las prioridades de la entidad, al tiempo que permite incrementar la cobertura de atención. El Registro Nacional de Infraestructura en Salud (RENIS), suministra información sobre la infraestructura disponible en las unidades médicas, considerando tanto recursos humanos como materiales. El Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH), proporciona estimaciones de daños a la salud[8].

Existen sistemas que se alimentan de los datos que se obtienen de otros sistemas de información, tal es el caso del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), el cual se define como un sistema único, moderno, confiable, flexible, oportuno e integrador, que administra los datos humanos, físicos y financieros, la información y los conocimientos relacionados con la población y cobertura, los recursos, servicios y daños a la salud y la evaluación del desempeño. Surge con la finalidad de apoyar a los lineamientos de equidad, calidad, y protección financiera, planteados en el Programa Nacional de Salud 2001-2006[9], este sistema está basado en la Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004. Otro sistema es el SISIEVA (Sistema Integral de Evaluación Automatizada), desarrollado por los Servicios de Salud de Sinaloa en el año 2001, este sistema permitía evaluar integralmente todos los indicadores de Salud y de Administración, la evaluación se realizaba con base a metas de tal manera que contenía una captura de metas por programa y generaba los indicadores basándose en las fórmulas existentes. Actualmente este sistema no se utiliza[10].

En SESVER, se cuenta con el Sistema Integral de Información en Salud (SISVERnet)[c], consiste en el conjunto de sistemas que se distinguen por ofrecer información de carácter estadístico, así como los resultados referentes a la salud, concentra información de los sistemas; SIS, SUAVE, SEED, PROVAC, Consejo Nacional de Población (CONAPO), entre otros[11].

Metodologías para desarrollar sistemas de información

La era de las computadoras comenzó en la década de 1940, en ese entonces el desarrollo de sistemas de información se consideraba una actividad creativa individualista y tenía un costo muy elevado, a medida que las computadoras se volvieron accesibles, el tamaño de los sistemas de información creció, haciendo necesario el trabajo en equipo para cumplir con la entrega del sistema en el tiempo establecido.

[b] A partir del año 2004 cambió a Sistema de Información en Salud (SIS) y en el 2007 se implementa el SIS2007.
[c] Actualmente se encuentra inactivo por mantenimiento.

Así fueron surgiendo metodologías de desarrollo, con el fin de dar soporte al ciclo de desarrollo del proyecto[12].

Se puede considerar una *metodología* de desarrollo como un conjunto de procedimientos, técnicas, herramientas, y un soporte documental que ayude a los desarrolladores a realizar nuevo software. Normalmente consistirá en un conjunto de fases descompuestas en subfases (módulos, etapas, pasos, etc.)[13].

Evolución histórica de las metodologías de desarrollo

Los enfoques metodológicos han evolucionado a lo largo del tiempo. Inicialmente en los años cincuentas se identifica un periodo de *desarrollo convencional*, durante el cual las prácticas de desarrollo eran totalmente artesanales, no existían metodologías, ni se realizaban análisis, solo se desarrollaba la programación. Posteriormente a finales de los años sesenta surge el *desarrollo estructurado*, mediante el cual se establecen métodos de ingeniería centrados en las funciones, la programación es estructurada, al igual que el diseño, es decir el desarrollo consta de un ciclo de vida, el cual está constituido mediante fases que se llevan a cabo en cascada, es decir se necesita terminar una fase para continuar a la siguiente[14]. Las principales metodologías en el desarrollo estructurado son:

- MERISE, metodología de análisis y diseño de sistemas de información, que aporta un ciclo de vida más largo a los existentes hasta entonces. Se materializa en un conjunto definido de etapas, con la inclusión de una etapa de planificación previa al desarrollo, denominada *esquema director y* dos ciclos complementarios: ciclo de abstracción y ciclo de decisión. El ciclo de abstracción se basa en la percepción de tres niveles de abstracción: conceptual, organizativo y físico u operativo. Además se definen dos niveles para cada nivel: un modelo de datos y otro de tratamientos[15].

- SSADM (Structures Systems Analysis and Design Method), proporciona un conjunto de procedimientos para llevar a cabo el análisis y diseño, pero no cubre aspectos como la planificación estratégica ni entra en la construcción del código[16].

- MÉTRICA, metodología que se estructura en fases, módulos, actividades, tareas para el desarrollo del sistema y productos obtenidos en cada tarea. Se enfoca directamente en el desarrollo y no soporta tareas como gestión de proyectos, de configuración o calidad[17].

A mediados de los ochentas surge el *Desarrollo orientado a objetos (OO)*, que a diferencia del enfoque estructurado, trata los procesos y los datos de forma conjunta, es decir presta igual atención a las operaciones (procesos) que a los datos[18].

Tras la aceptación del paradigma OO como el más adecuado para producir software de calidad, a principios de los noventa emergieron un buen número de métodos de desarrollo de software OO, y en julio de 1993, Jacobson criticó en lo que él denominaba guerra de métodos y planteó la necesidad de llegar a una metodología estándar. Por lo que a finales de 1994, se unificaron tres principales metodologías, de los creadores Booch, Rumbaugh y Jacobson, es así como nace la metodología llamada *Proceso Unificado* (UP**,** por sus siglas en inglés)**,** la cual establece las actividades y los criterios para conducir un sistema desde su máximo nivel de abstracción (la idea en la cabeza del cliente), hasta su nivel más concreto, (el software ejecutándose en las instalaciones del cliente). El UP, utiliza como notación gráfica el *Lenguaje de Modelado Unificado* (UML, por sus siglas en inglés)[19], (Ver Anexo 1).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En SESVER, la evaluación de los programas prioritarios, se realiza mediante 17 indicadores de Caminando a la Excelencia, el cálculo de los indicadores es mediante fórmulas que envía el nivel Nacional de acuerdo al manual metodológico "Caminando a la Excelencia", para lo cual se requiere consultar información de los Sistemas: SIS, SUAVE, SEED, RENIS, CONAPO y de manera paralela se obtiene información en formatos alternos que envían las jurisdicciones sanitarias, ya que no se cuenta con un sistema para captar de manera automatizada la información.

La evaluación del *Programa de Atención al Adulto y Adulto Mayor,* se realiza mediante 3 indicadores de Caminando a la Excelencia (Ver anexo 2). El proceso que actualmente se lleva a cabo para obtener el cálculo de los indicadores es el siguiente:

Primero, la coordinadora del programa solicita al responsable del departamento de Estadística información sobre: población, concentrados mensuales estatal por jurisdicción del sistema SIS, reporte de las veinte principales causas de muerte y reporte del promedio de edad de muerte tanto a nivel estatal como jurisdiccional del sistema SEED. También solicita al responsable del departamento de Vigilancia Epidemiológica, los reportes de casos nuevos y acumulados de diabetes e hipertensión del sistema SUAVE, además solicita a los coordinadores jurisdiccionales del programa formatos paralelos los cuales no se encuentran automatizados.

Segundo, con la información obtenida se realiza de manera manual el cálculo de los indicadores de acuerdo a las fórmulas del manual metodológico caminando a la excelencia.

Tercero, en Excel se tienen formatos diseñados de acuerdo a las fórmulas del manual metodológico para obtener el índice de desempeño[d] del programa, para ello cada mes se tiene que hacer una copia de dichos formatos, en los cuales, se borran los datos de los indicadores del mes procesado y se capturan los datos de los indicadores del mes actual.

Por último, cada mes se realiza la difusión de los resultados por vía telefónica a los coordinadores del programa de las once jurisdicciones sanitarias, con la finalidad de corroborar los resultados obtenidos. Si los coordinadores reportan algún error, se identifica si es de captura o de cálculo y se realizan las correcciones pertinentes. Y cada tres meses se lleva a cabo una presentación de resultados ante los Jefes jurisdiccionales para su conocimiento.

Tomando en consideración el riesgo de duplicar los datos de un mes con otro, y como consecuencia falta de precisión en los resultados en el proceso que se sigue para realizar el cálculo manual de los indicadores del programa, y con la finalidad de simplificar las actividades antes mencionadas, se plantea un proyecto de intervención mediante el cual se desarrolle un sistema que procese los indicadores de salud, denominado *Sistema para el Procesamiento de Indicadores de Salud (SiProIS): Adulto y Adulto Mayor.*

[d] El índice de desempeño es la medición que permite evaluar un programa.

Pregunta de investigación

Con base a la problemática antes mencionada, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Permitirá el SiProIS el procesamiento de los indicadores del Programa de Atención a la Salud del Adulto y Adulto Mayor?

Donde la palabra "procesamiento", consiste en la obtención, operación y presentación de datos, los cuales se tomarán de diferentes fuentes de información de manera automática.

Respuesta anticipada:

El SiProIS permite el Procesamiento de los Indicadores de Atención a la Salud del Adulto y Adulto Mayor.

Clasificación de la pregunta

Por el estado de los hechos, la pregunta de investigación se *clasifica en exploratoria*, y de acuerdo a la respuesta esperada es *cuantitativa*.

OBJETIVO GENERAL

Establecer un plan, mediante el cual se genere una herramienta informática que realice el procesamiento de los indicadores del Programa de Atención a la Salud del Adulto y Adulto Mayor.

METODOLOGÍA

Aún con los avances que se tienen en materia de Tecnologías de Información y Comunicación, en la búsqueda bibliográfica realizada, no se encontró en la Secretaría de Salud un sistema informático que permita procesar los indicadores de salud de los programas de acción e nivel estatal, por tal razón se considera que el desarrollo del SiProIS: *Adulto y Adulto Mayor*, es una oportunidad de mejora, *factible* de realizar, ya que en SESVER a nivel estatal y jurisdiccional, se cuenta con la infraestructura tecnológica requerida para la implementación e implantación del sistema, así como del recurso humano necesario para su operación. Además es un proyecto viable ante los directivos, pues en este caso es una necesidad sentida por parte de la coordinadora del programa, así como del Jefe de Departamento de Control de Enfermedades. Consideramos al SiProIS, como prototipo para los demás programas de salud, tanto para el nivel Estatal como Nacional, ya que éstos utilizan la misma metodología de evaluación.

Tipo de estudio

El proyecto de intervención es de tipo aplicativo, su desarrollo se divide en cuatro etapas: selección del escenario de intervención, obtención de la información, selección de la metodología para el desarrollo del sistema y por último la etapa de desarrollo del sistema.

Etapas para el desarrollo del proyecto de intervención

Selección del escenario de intervención

- Descripción del escenario de intervención.

Actualmente los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER), funciona con una estructura orgánica conformada por una Dirección General, 4 Direcciones de Área, 13 Subdirecciones, 1 Unidad de Protección Social en Salud, 1 Unidad de Descentralización, 35 Departamentos y 11 Jurisdicciones Sanitarias[20] con las que operan 743 Unidades de Primer Nivel que incluye 78 equipos de Salud Itinerantes o unidades móviles y 52 Unidades Hospitalarias[21].

La Subdirección de Prevención y Control de enfermedades, está estructurada por 4 Departamentos, estos son: Vigilancia Epidemiológica, Control de Enfermedades, Salud Reproductiva y Promoción de la Salud. El Departamento de Control de Enfermedades tiene bajo se responsabilidad 14 programas prioritarios, los cuales son: Infancia y Adolescencia; *Adulto y Adulto Mayor;* Micobacteriosis; VIH/SIDA e ITS; Zoonosis; Salud Bucal; Adicciones; Enfermedades Transmisibles por Vectores; Planificación Familiar; Arranque Parejo en la Vida (Salud Perinatal); Salud de la Mujer; Vigilancia Epidemiológica; Promoción de la Salud y Accidentes[22].

El Programa Estatal de Atención a la Salud del *Adulto y del Adulto Mayor*, esta conformado por cinco programas de acción: prevención y control de diabetes; prevención y control de enfermedades cardiovasculares e hipertensión; prevención del cáncer de próstata; atención del envejecimiento; y prevención y control de la obesidad. Este programa se evalúa mediante tres indicadores de "Caminando a la Excelencia", los cuales son: Diabetes, Hipertensión y Envejecimiento[23].

El indicador de *Diabetes*, se conforma de los indicadores: Cobertura de detección; calidad de la atención; promoción de la salud, congruencia de la información y edad promedio de muerte por diabetes[e].

El indicador de *Hipertensión*, se conforma de los indicadores: Cobertura de detección, calidad de la atención, promoción de la salud, congruencia de la información y edad promedio de muerte[a] por hipertensión.

El indicador de *Envejecimiento,* se conforma de los indicadores: Cobertura de vacunación, cobertura de detección de sintomatología prostática, cobertura de acciones en la semana de salud para gente grande (SSGG), prevención de enfermedad cerebrovascular, organización de los comités estatales de atención al envejecimiento (COESAEN)[24].

Esta etapa se llevó a cabo del mes del septiembre al mes de octubre del 2006.

Técnicas y procedimientos para la obtención de la información

En proyectos de intervención, que tengan como finalidad desarrollar sistemas de información, es necesario considerar 2 tipos de fuentes de información, que son la base fundamental del análisis del sistema, en primer término son las necesidades del cliente (usuario) y en segundo los datos a procesar.

[e] Este indicador en los Servicios de Salud de Veracruz, no se toma en cuenta para la evaluación del programa.

La obtención de la primera fuente de información se contempla dentro de la metodología seleccionada para el desarrollo del sistema, la cual se explicara a detalle más adelante; y para la segunda consideramos necesario desarrollar un instrumento que nos permitiera identificar visualmente las principales características de los datos a procesar en SiProis. A partir de la metodología tradicional para la realización de proyectos de investigación, consideramos los siguientes puntos para el desarrollo de este instrumento en particular:

Identificación y definición de variables

En la pregunta de investigación se identificó la variable: *Programa de Atención a la Salud del Adulto y Adulto Mayor,* la cual se estructuró en tres dimensiones, éstas son: Indicador de Caminando a la Excelencia de Diabetes, Indicador de Caminando a la Excelencia de Hipertensión e Indicador de Caminando a la Excelencia de Envejecimiento. La operacionalización de la variable y sus dimensiones se muestran en el Anexo 3.

Con la finalidad de obtener datos desde diferentes fuentes de información, se elaboró una *cédula* conformada de ocho columnas, estos son: *Indicador* se refiere al nombre de los indicadores que conforman cada dimensión; *fórmula*[f] describe dos de los elementos que la conforman para realizar el cálculo del indicador; *fuente de información* se refiere al sistema de información de dónde se obtendrán los datos necesarios para el cálculo de los indicadores; *nombre del campo* consiste en el nombre de las claves de las variables requeridas de las fuentes de información; *tipo de campo* en este apartado se identifica si el *campo* que se requiere de las fuentes de información, es de tipo numérico o de tipo texto; *descripción del campo* se refiere a la descripción del apartado campo; y el apartado *operación a realizar para el cálculo del indicador* muestra las operaciones de cada uno de los elementos de la fórmula.

La cédula fue validada por tres académicos del Instituto de Salud Pública y el asesor externo del proyecto, observando éstos la necesidad de incluir una columna que especificara el nombre del archivo de dónde se van a obtener los datos, (Ver anexo 4).

Posterior a la validación, se realizó la pre- prueba de la cédula con la participación de la coordinadora estatal del Programa de Atención a la Salud del Adulto y Adulto Mayor y de dos integrantes de su equipo de trabajo, así como de la responsable del Programa en la jurisdicción de Pánuco. En esta experiencia, se identificó que la cédula señala de manera sencilla los pasos a realizar para la obtención de las diferentes fuentes de información y da a conocer la forma en la que se realizan las operaciones para el cálculo de los diferentes indicadores que integran el programa. La cédula diseñada, cumple su propósito y sirve de guía para el diseño de la base de datos**.**

Esta etapa se llevó a cabo del mes del noviembre del 2006 al mes de enero del 2007.

Selección de la metodología para el desarrollo del sistema

Como se ha mencionado, existen diversas metodologías para desarrollar sistemas de información, sin embargo para el desarrollo de este sistema, se adoptó la metodología del *Proceso Unificado*, ya que este tipo de metodología, además de estar imponiéndose en los desarrollos de un par de años a la fecha, incorpora la idea del desarrollo incremental con alta participación de usuarios. Además debe tenerse en

[f] Operacionalmente la fórmula de cada indicador se conforma por tres elementos: numerador, denominador y factor o constante.

cuenta que las metodologías orientadas a objetos, no se basan en un enfoque algorítmico tradicional, son metodologías dirigidas por casos de uso[g], centradas en la arquitectura, iterativas e incrementales.

Todo ello tomando en cuenta que se considera el sistema como un prototipo para los demás programas, con adecuaciones posteriores para tal efecto.
Esta etapa se llevó a cabo del mes octubre al mes de noviembre del 2006.

Desarrollo del sistema

El desarrollo del sistema estará basado en el proceso unificado (UP), el cual consta de cuatro fases: Inicio, Elaboración, Construcción y Transición, estas a su vez se integran por una serie de actividades (también conocidas como disciplinas).

Cabe señalar que las *técnicas y procedimientos para el análisis de la información*, se llevan a cabo en cada una de las fases mediante la elaboración de los diagramas de casos de uso, de clases y de secuencia.

Fase de inicio

En esta fase se establece una visión aproximada del sistema y análisis del quehacer de la empresa cliente ("el negocio"), con el fin de delimitar el alcance del sistema, es una etapa breve para determinar la viabilidad y riesgo del sistema. (Obtención de la información de la primera fuente).

Las actividades que se realizaran en esta fase son:

- ✓ Requisitos
  - Identificación de los requerimientos del sistema, esto se logrará mediante entrevistas a los responsables de las actividades para el procesamiento de los indicadores del Programa de Atención a la Salud Adulto y Adulto Mayor.
  - Representar los requisitos como casos de uso de acuerdo a los objetivos del usuario; darles nombre según su objetivo, e identificar la mayoría de los actores involucrados con el sistema.
- ✓ Análisis
  - Describir el escenario principal para cada caso de uso. En esta fase la mayoría de los casos de uso son escritos en formato breve y sólo del 10 al 20% de los casos de uso se escriben en detalle o formato completo, con la finalidad de mejorar la comprensión del alcance y complejidad del sistema.
  - Buscar variantes, es decir resultados alternativos; extensiones del curso normal de acciones y excepciones en cada caso de uso.
  - Realizar una lista de posibles riesgos en la funcionalidad del sistema.
  - Estructurar los casos de uso, es decir determinar las partes reusables de los casos de uso.
  - Relacionar actores y casos de uso mediante diagramas.
  - Se obtiene como producto el diagrama de casos de uso en su primera versión.

[g] Secuencia de acciones que un usuario realiza dentro del sistema para lograr una meta.

- Se evalúa la funcionalidad del sistema con el "cliente", en este caso se presentaran los avances a la Coordinadora del programa y al personal de apoyo.

✓ Diseño

- Se integrará la estructura del sistema en forma gráfica.
- Se obtiene como producto el diagrama de clases, en su primera versión.

Fase de elaboración

En esta fase se realiza la captura de la mayor parte de los requerimientos funcionales, controlando los riesgos que interfieran con los objetivos del sistema, acumulando la información necesaria para el plan de construcción y obteniendo suficiente información para hacer realizable el sistema. Se inicia con la implementación, es decir el desarrollo de los programas, además de las pruebas necesarias en cada producto terminado. Las actividades que se desarrollaran en esta fase son:

➢ *Requisitos*
- Identificar los requerimientos restantes.
- Eliminar los riesgos más importantes del desarrollo.
- Escribir aproximadamente el 80% del detalle de los casos de uso.
- Estructurar en forma gráfica el modelo de casos de uso.
- Construir prototipos de interfaz de usuario, en su primera versión.

➢ *Análisis*
- Análisis de los casos de uso.
- Desarrollar el diagrama de clases del sistema con sus atributos y operaciones.
- Desarrollar el diagrama de secuencia de todos los casos de uso.

➢ *Diseño*
- Diseñar la arquitectura de sistema (estilo, subsistemas).
- Diseño gráfico de los casos de uso.

➢ *Implementación*
- Refinamiento del diseño de la arquitectura de sistema (estilo, subsistemas).
- Desarrollar esquemas de bases de datos, es decir el desarrollo de las clases entidad.
- Identificar las acciones a realizar en las clases control.
- Desarrollar el diseño de interfases de usuario a partir de las clases borde. Con la finalidad de redefinir el prototipo de la interfaz de usuario (diseño de pantallas).
- Iniciar con la programación del sistema.
- Desarrollar el manual preliminar del usuario.

➢ *Pruebas*
- Describir los artefactos[h] o productos obtenidos que se probarán y cómo se probarán.
- Realizar pruebas del prototipo de la interfaz de usuario.

[h] Es un término general empleado para referirse a cualquier resultado del trabajo, ya sea un texto, un diagrama, una página Web o código en lenguaje de programación.

Fase de construcción

En esta fase a través de sucesivas iteraciones e incrementos se obtendrá el sistema listo para operar, a lo que se le conoce como versión Beta. Las actividades que se desarrollaran son:

- *Requisitos*
  - Completar los casos de uso y el detalle de los mismos
  - Eliminar los riesgos del desarrollo.
  - Desarrollar el prototipo de la interfaz de usuario.
- *Análisis*
  - Análisis de los casos de uso añadidos (si los hubiera).
  - Análisis de clases.
- *Diseño*
  - Diseño de los casos de uso añadidos (si los hubiera).
- *Implementación*
  - Implementación de la arquitectura de las clases y subsistemas
- Realizar pruebas por cada subsistema que conforme el sistema
  - Integración del sistema.
  - Obtención de la versión inicial del manual del usuario.
- *Pruebas*
  - Planificar y diseñar pruebas.
  - Realizar pruebas de integración.
  - Realizar pruebas de sistema
  - Evaluar pruebas.

Además de las disciplinas técnicas antes citadas, es preciso llevar a cabo labores de gestión, tales como:

- Evaluación de la fase de construcción
- Planificación de la fase de transición.

Fase de transición

Su finalidad es realizar la entrega del producto operando, una vez hechas las pruebas de aceptación por un grupo especial de usuarios y habiendo efectuado los ajustes y correcciones requeridos. Las actividades que se desarrollaran son:

- El prototipo operacional del sistema.
- Obtención de documentos legales necesarios para la puesta en marcha del sistema

- Corrección completa de las observaciones que se hayan encontrado en las pruebas de la versión beta del sistema.
- Manual de usuario terminado.
- Instalar la versión del sistema en los lugares elegidos.
- Darle seguimiento a los resultados de las pruebas, es decir a los fallos que se puedan presentar, tanto en un componente como en el diseño, los casos de uso, o problemas de fondo.
- Adaptación del producto a entornos variados.

PLAN PARA LA APLICACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

Para desarrollar este plan se debe realizar: la entrega del prototipo de SiProIS, Análisis de Costo, Plan de contratación de personal, Plan de adquisición de recursos, Plan de capacitación para el personal que operará el sistema, Plan de proceso técnico, Cronograma de trabajo para el proyecto de intervención

Entrega del prototipo

La entrega del prototipo SiProIS debe hacerse con su documento de especificaciones (dónde se describe lo que el sistema es capaz de hacer). La importancia de esta actividad radica en que la coordinadora del Programa Adulto y Adulto Mayor, verifique si el propósito y alcance del sistema a desarrollar, cumple con los requisitos identificados por los analistas, es decir, si el sistema satisface sus expectativas y de no ser así, entonces los desarrolladores pueden corregirlo, hasta que cumpla con las especificaciones de la coordinadora.

Análisis de costo

Se estima que la duración del desarrollo del sistema SiProIS será de 19 semanas, con un costo total de $115,400.00 (Ver Anexo 5). Esta estimación, se desglosa en la tabla 1.

Tabla 1. Calendario, costo aproximado y recurso humano necesario en cada fase de desarrollo del sistema SiProIS: Adulto y Adulto Mayor

Calendario de Actividades para el desarrollo del sistema			
Fase	Duración (semanas)	Recurso humano necesario	Costo
Inicio	3	3	$ 21,000.00
Elaboración	6	3	$ 37,200.00
Construcción	7	3	$ 43,400.00
Transición	3	3	$ 13,800.00
TOTAL	19	3	$115,400.00

Plan de contratación de personal

Para la puesta en marcha del sistema, no es necesaria la contratación de personal, se considera que las personas que realizan las actividades para el cálculo manual de los indicadores, sean las que operen el sistema, solamente necesitaran un curso de capacitación, además como es parte de sus actividades laborales, no se debe modificar ninguna normatividad.

Plan de adquisición de recursos

Ya desarrollado el sistema de información SiProIS, se pondrá a disposición de los usuarios vía Web, para su instalación se requiere como mínimo, de una computadora personal Pentium II, conectada en red, con algún navegador de Internet y el acceso a una impresora.

De acuerdo con las características antes mencionadas, consideramos que SESVER, a nivel estatal y jurisdiccional cuenta con la infraestructura necesaria para la puesta en marcha del sistema.

Plan de capacitación para el personal que operará el sistema

Se considera un curso de capacitación para la configuración y operación del sistema, el cual estará dirigido a la coordinadora del programa de Atención a la Salud del Adulto y Adulto Mayor y a sus tres colaboradores.

Plan de proceso técnico

Para el desarrollo del sistema SiProIS, se utilizará como metodología el Proceso Unificado, de acuerdo con esta metodología, el sistema se implementará en lenguaje de programación JavaScript.

CRONOGRAMA DE TRABAJO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

Tabla 2. Cronograma de actividades del proyecto de intervención

Cronograma de actividades para el desarrollo del proyecto de intervención			
Actividad	Duración (semanas)	Fecha de inicio	Fecha de término
Etapa 1. Selección de escenario de intervención	2	sep / 2006	oct / 2006
Etapa 2. Obtención de información	4	nov / 2006	mar / 2007
Etapa 3. Selección de la metodología para el desarrollo del sistema	4	Oct / 2006	Nov / 2006
Etapa 4. Desarrollo del sistema			
Diseño del prototipo del sistema en su versión preliminar	2	26/feb/2007	9/mar/2007
Refinamiento de los requerimientos y de los diagramas: casos de uso, clases y secuencia	3	12/mar/2007	23/mar/2007
Desarrollo de la programación del sistema	7	26/mar/2007	11/may/2007
Prueba Beta (preliminar)	2	14/may/2007	25/may/2007
Modificaciones de las pruebas Beta y desarrollo de documentación del sistema	3	28/may/2007	15/jun/2007
Capacitación sobre la operación del sistema	1	18/jun/2007	22/jun/2007
Puesta en marcha	1	25/jun/2007	29/jun/2007
Integración de documentación del proyecto de intervención	2	2/jul/2007	13/jul/2007

Glosario de términos

Análisis: disciplina en la que se realiza el documento de especificaciones, en el cual se establece "lo que debe hacer el sistema", es decir si el sistema de información entregado satisface las necesidades del cliente.

Ciclo de vida: es la manera en que se construye el sistema de información, se compone de fases.

Clase: es un conjunto de objetos relacionados.

Diagramas de casos de uso: representación gráfica que describe las interacciones entre el sistema de información y los usuarios.

Diagrama de clases: es un modelo de las clases con sus atributos acciones y sus interrelaciones.

Diseño: disciplina en la que se describe "como se va a desarrollar el sistema de información". Generalmente el sistema se divide en piezas pequeñas llamadas módulos. El equipo de desarrollo describe cómo el módulo realiza esas tareas o también denominados algoritmos y las estructuras de datos dentro del módulo, es decir los datos con los cuales va a operar este.

Documento de especificaciones: es un contrato entre el cliente y los desarrolladores del sistema de información.

Implementación: disciplina en la cual los módulos del sistema de información se traducen en lenguaje de programación, por ejemplo: COBOL, C++, Java, Javascript, etc.

Índice de desempeño: medición que permite evaluar un programa de Atención a la Salud.

Índice de desempeño vectorial: se construye a partir de los valores obtenidos de cada indicador y la ponderación asignada por el programa de acción para cada indicador.

Interfaz de usuario: Interacción entre el cliente y el sistema de información.

Módulos: piezas pequeñas en las que se divide el sistema de información.

Pruebas: disciplina en la cual se revisa cuando este completo el sistema, esta actividad se debe llevar acabo a lo largo del desarrollo del sistema de información.

Requisitos: disciplina o workflow del sistema de información en la cual se extraen los requisitos del cliente, mediante la interacción entre el cliente y los futuros usuarios del sistema de información por desarrollar, determinándose así las necesidades del cliente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Von B. Perspectiva de la teoría general de sistemas. México: Alianza; 1982. p. 56.

[2] Briggs J, Peat FD. Las siete leyes del Caos. Las ventajas de la vida caótica. España: Grijalbo; 1999. p. 13.

[3] Tramullas J. Los Sistemas de Información: Una reflexión sobre información, sistema y documentación. [serie de Internet]. [citado 10 Oct 2006]; p. 210, 211, 215. Disponible desde: URL: http://www.ucm.es/BUCM/revistas/byd/11321873/articulos/RGID9797120207A.PDF#search=%22definicion%20de%20la%20teoria%20de%20sistemas%20de%20informacion%22

[4] Secretaría de Salud. Programa de acción: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) 2001-2006. 2002. [serie de Internet]. [citado 15 Oct 2006] p. 13, 37. Disponible desde: URL: http://sinais.salud.gob.mx/publicaciones/p_sinais/sinais.pdf

[5] Secretaría de Salud. Norma oficial mexicana: NOM-040-SSA2-2004: En Materia de Información en Salud. Pub. (8 marzo, 2004). p. 7.

[6] Secretaría de Salud. *op. cit.*, p.14.

[7] Tapia-Conyer R. Sarti E, Kuri P, Ruiz-Matus C, Velásquez O, *et al*. El Manual de Salud Pública. 2ed. México: Intersistemas; 2006. p. 59-78.

[8] Secretaría de Salud - Servicios de Salud de Veracruz. [página en internet]. México: ©2006. [actualizado 10 oct 2006; citado 10 oct 2006]. Disponible desde: URL: http://sesver.ssaver.gob.mx/portal/page?_pageid=693,9322671&_dad=portal&_schema=PORTAL

[9] Secretaría de Salud. *op. cit.,* p. 31.

[10] Secretaría de Salud de Sinaloa. Manual SISIEVA. 2001.

[11] Secretaría de Salud - Servicios de Salud de Veracruz. [página en internet] op. cit.,

[12] Schach SR. Análisis y diseño orientado a objetos: Con UML y el Proceso Unificado. México: McGraw-Hill; 2005. p.42-44.

[13] Piattini MG, Calvo-Manazano JA, Cervera J, Fernández L. Análisis y diseño detallado de Aplicaciones Informáticas de Gestión. México: Alfaomega; 2000. p. 62.

[14] Piattini MG. *op. cit.,* p. 64.

[15] Piattini MG. *op. cit.,* p. 82.

[16] Piattini MG. *op. cit.,* p. 84.

[17] Piattini MG. *op. cit.,* p.86.

[18] Schach SR. *op. cit.,* p.42-44.

[19] Jacobson I, Booch G, Rumbaugh J. El proceso unificado de desarrollo de software. Madrid: Addison-Wesley; 2000. p.1-3.

[20] Servicios de Salud de Veracruz. Manual de Organización Específico. Junio 2004. p. 130

[21] Servicios de Salud de Veracruz. Informe institucional del Registro Nacional de Infraestructura en Salud (RENIS). Enero 2007.

[22] Servicios de Salud de Veracruz. Informe de los programas de prevención y control de enfermedades. 2006. p. 4.

[23] Servicios de Salud de Veracruz. Programa Estatal de Atención a la Salud del Adulto y Adulto Mayor 2006. p.1, 5, 11-12.

[24] Secretaría de Salud - Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. *op. cit.,* p. 60-70.