

Reforma en salud: entre el modelo biomédico y el carácter social de la salud. Atención a pacientes diabéticos no insulino dependientes

Norma González González

Universidad Autónoma del Estado de México / gogn@uaemex.mx

Abstract: Changes in the organization of the health systems recently observed in the world have had a particular impact on the way attention is offered to patients who use the first-level services, provided by institutions in charge of the open population, such as it is the case of Institute of Health of the State of Mexico. Hence, the present work intends to carry out a first description and analysis of the transformation of the health services, before a biomedical attention model facing serious difficulties to respond to the population's needs; in the case we are focused on, the attention to non-insulin-dependent diabetic patients. All of this in the framework of the rhetoric of change that tried to justify a reform in the health services, altogether with the expectations generated by the decentralization process of a key sector for any society's development.

Key words: Public Health, Primary Health Care, diabetes mellitus type 2, Health Care Reform, Qualitative Research, Health Services

Resumen: Los cambios que en la organización de los sistemas de salud se han venido registrando en el mundo, han tenido un particular impacto en la manera en que se ofrece la atención a pacientes que recurren a los servicios del primer nivel, proporcionados por instituciones encargadas de prestar atención a población abierta, como lo es el caso del Instituto de Salud del Estado de México. Así, el presente documento se propone llevar a cabo una primera descripción y análisis de la transformación de los servicios de salud, de cara a un modelo de atención biomédica que enfrenta graves dificultades para responder a las necesidades de la población; en el caso que nos ocupa, en lo que corresponde a la atención de pacientes diabéticos no insulino dependientes. Todo ello en el marco de la retórica de cambio que pretendió justificar una reforma en el ámbito de la salud, a juego con las expectativas generadas por el proceso de descentralización de un sector que es clave para el desarrollo de cualquier sociedad.

Palabras clave: Salud Pública, Atención Primaria, diabetes mellitus tipo 2, Reforma en Atención de la Salud, Investigación Cualitativa, Servicios de Salud.

Introducción¹

En México, y quizá por extensión en América Latina, se ha vuelto común que al abordar el tema de la reforma del sector salud, el énfasis tienda a centrarse en la consideración de los escenarios macroeconómicos, políticos y sociales, relegando a un segundo plano el estudio y el análisis de procesos muy particulares que constituyen también parte central del referido cambio en el ámbito de la salud; pero que frente a la ausencia de su problematización tanto a nivel institucional como en el campo académico, han generado un gran vacío respecto a la consideración de su importancia para hacer un seguimiento de los logros y de los problemas que se hacen presentes en el marco de la reforma.

Sin lugar a duda, uno de los ámbitos descuidados tiene que ver con la forma en que al nivel de la atención que cotidianamente se presta a los pacientes, es posible lograr un servicio acorde con las metas institucionales que propugnan por otorgar un mayor énfasis a políticas propias del ámbito de la salud pública, en tanto un esfuerzo que prevé y promueve condiciones que salvaguardan la salud de la población ante el embate de enfermedades y sus posibles complicaciones, como lo es el caso de una enfermedad de las características de la diabetes mellitus tipo 2 (no insulino dependiente), un padecimiento que en los últimos años ha incrementado su incidencia tanto a nivel mundial como en el caso de las sociedades mexicana y latinoamericana.

Según la World Diabetes Foundation, al inicio del siglo XXI, la diabetes mellitus tipo 2 representa ya entre 85 y 95% de los casos de diabetes en los países desarrollados, y es hoy en día una de las enfermedades no contagiosas con mayor incidencia en todo el mundo. El grupo de edad entre los 40-59 años sigue concentrando el mayor número de personas con diabetes, y asimismo se dice que “para 2025, debido al envejecimiento

¹ El presente trabajo es parte del proyecto de investigación: “La contextualidad social y cultural de la familia del enfermo diabético como vía de intervención y prevención de la diabetes”; el cual, desde marzo del año 2005, se desarrolla en el Centro de Investigación de la Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM). A lo largo de la primera fase, la investigación contó con la aprobación y el apoyo económico de la UAEM, en tanto que la segunda fase, es también apoyada para la difusión y publicación de los resultados finales por el Centro de Estudios sobre Marginación y Pobreza del Gobierno del Estado de México (CEMAPEM).

de la población mundial, habrá 146 millones de personas con diabetes de edades comprendidas entre los 40 y los 59 años, y 147 millones de 60 años o más” (World Diabetes Foundation, 2003: 7).

En América Latina, la diabetes es también uno de los principales problemas de salud que presenta la región; se estima en 19 millones el número de personas que padecen esta enfermedad, y se aventura que el número podría incrementarse a 40 millones en 2025, por lo que es importante empezar a introducir medidas preventivas que ayuden a detener y a controlar la presencia de la enfermedad en nuestras sociedades (OPS, 2001).

Planteamiento

Gran parte de las decisiones que desde los años setenta transforman la operación de los sistemas de salud en el mundo occidental, se ven atravesadas por una serie de “innovadoras” prácticas administrativas que prometen tanto mejorar la calidad de la atención como, en el marco de una participación del Estado cada vez más cuestionada y sometida a fuertes presiones económicas, alcanzar el objetivo de una mayor cobertura frente a la demanda de servicios de salud. Sin embargo, hay también otro telón de fondo que es necesario destacar, y que se halla marcado por la idea a partir de la cual se establece y se proyecta el tipo de políticas y de acciones institucionales en este importante campo de conocimiento y de relación social. Se trata del predominio de un modelo de atención sanitaria que responde a interpretaciones clínicas y biológicas del fenómeno y la problemática en salud, el llamado “modelo biomédico” desde el que se ha venido trabajando en las instancias de gobierno, definiendo prácticas y estrategias de actuación centradas en la disfunción del cuerpo humano, ya sea a nivel de la atención al cuerpo del individuo, o bien en términos de una idea de colectividad que se basa en la suma de cuerpos enfermos (Granda, 2000; Mckeown, 1986; Pera, s/f). De ahí que los servicios de salud se resuman a espacios como el consultorio, la clínica, el hospital, el laboratorio, donde se observa y atiende al individuo como una entidad biológica, de la que se busca reestablecer el correcto funcionamiento de aquella parte del cuerpo humano que se ha diagnosticado como “averiada”.

La urgencia de reconocer que el ser humano es mucho más que una “circunstancia” biológica (sin desconocer la grandeza que ello implica), ha dado lugar a otra importante corriente de pensamiento que, tanto teórica

como metodológicamente se aproxima a la salud en términos de la contextualidad social e histórica que la produce en ambientes particulares, y donde las relaciones en que se origina son parte consustancial de la vida del individuo y su comunidad (Ackerknecht, 1971; Conti, 1972); a esta corriente se le reconoce como biopsicosocial, y su aporte fundamental ha sido el presentar a la salud desde una construcción en la que se asume la parte biológica, pero sólo en la medida en que es abordada como resultado de procesos históricos y culturales que generan maneras específicas de concebir a la salud, y en consecuencia dan paso a formas de “administración” que la procuran y la atienden en el ámbito de nuestras sociedades modernas (Donati, 1994; Mora y Hersch, 1990; Rosen, 1985).

En este caso, el trabajo se conecta claramente con la importancia de explorar y explotar campos de acción y de conocimiento que han sido puestos al margen de la confección de las decisiones públicas en el ámbito de la salud, y que sin embargo constituyen un enorme potencial que si bien se recoge a nivel de los documentos oficiales, es excluido de las acciones que cada día se llevan a cabo para atender los requerimientos de la población en torno a sus necesidades de servicios de salud. El trabajo se inscribe en el marco de una reflexión que sitúa a la salud como un objeto de estudio de las ciencias sociales, y en el que interesa llamar la atención sobre la relevancia que el tipo de concepto en salud, que guía las decisiones y las acciones en este campo, es determinante para el manejo de recursos financieros y humanos, el tipo de programas, y la definición de acciones a partir de las cuales se desarrollan las diferentes estrategias de actuación institucional.

En el actual escenario de discusión en torno a la problemática en salud, parecen estar dejándose de lado, nuevamente, las características particulares de su accionar en términos de los distintos actores e intereses que involucra y que, a nivel de la teoría crítica de las organizaciones, requieren ser considerados en el marco de sus referencias económicas, sociales y culturales (Arellano *et al.*, 2000; Brito, 2000; Clegg *et al.*, 1998; Organización Panamericana de la Salud, 1997; Bañón y Carrillo, 1997). Hay en el actuar de los administradores, gestores y funcionarios públicos un marco particular a partir del cual interpretan su función, su trabajo, su responsabilidad. La salud no es un campo de excepción, de ahí que sea esa manera de concebirla como un desarreglo biológico uno de los ejes sobre el que se ha venido montando toda una política en salud cada vez más cuestionada desde el interior mismo del espacio gubernamental, y para la que este momento de cambio y de transformación puede significar una

oportunidad en el proyecto de reorientar un trabajo con la capacidad de ver en la administración más que un neutral poderío tecnológico, una práctica social que enfrenta a diferentes actores y agentes sociales, tratando de imponer o mantener sus concepciones sobre el camino idóneo para atender los problemas de salud.

Metodología

Para el desarrollo del texto, se recupera parte del trabajo de campo llevado a cabo con personal de salud que presta sus servicios profesionales en el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM). Se trata de tres entrevistas a profundidad realizadas con médicos generales, quienes se han desempeñado como directivos, responsables de alguno de los programas enmarcados en el primer nivel de atención, y en particular en relación con el programa institucional que se ocupa del problema de la diabetes.

El trabajo de campo, efectuado en el marco de la investigación sobre “Familia y enfermos diabéticos” a la que se hace referencia en el inicio del presente texto, permitió la identificación de informantes clave (Alonso, 1999; Valles, 1999), que por su formación y experiencia en la atención de la enfermedad, así como por el conocimiento mismo de los programas institucionales que en diferentes etapas de gobierno (sexenios) han sido ejecutados para atender este padecimiento, cuentan con una amplia información sobre el tema abordado.

El trabajo con los llamados informantes clave se basó en una guía temática de entrevista a profundidad, la cual en cada uno de los casos permitió el abordaje específico de la operación y funcionamiento de los programas gubernamentales, que en el marco del proceso de reforma atienden el problema de salud que representa la diabetes. Los apartados temáticos con los que se trabajó fueron los siguientes: Reforma y atención primaria en salud, Programa de atención a la diabetes en el marco de la reforma, Primer nivel de atención y formación de recursos humanos en el marco de la reforma, Reforma y abordaje interdisciplinario de los problemas de salud. Del resultado de estas entrevistas se realiza una recuperación de narrativas que corren a la par de lo expuesto en planes y programas de gobierno, permitiendo confrontar el discurso gubernamental con la vivencia de quienes dan vida a la prestación cotidiana de los servicios de salud.

En este sentido, se hace también un seguimiento y análisis documental de las acciones que han sido definidas de acuerdo con el plan de trabajo y

objetivos de la Secretaría de Salud (SSA), y que el ISEM lleva a cabo en respuesta a las estrategias que para la atención y prevención en diabetes se describen en documentos de alcance nacional como la “Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994. Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes” (SSA, 2000a), y el “Programa de Acción para la prevención y control de la diabetes 2001-2006” (SSA, 2001b). Se incorpora la revisión de programas y documentos oficiales, desde donde establecer una línea de análisis respecto a la circunstancia administrativa y de organización que sirve de soporte a la atención institucional para el paciente diabético, y que a raíz de la reforma sugiere nuevos escenarios de trabajo e intervención, los cuales es necesario e importante conocer y analizar.

Se ofrece una primera aproximación a la manera en que la llamada reforma del sector salud ha impactado en el ámbito de la atención al paciente diabético no insulino dependiente,² quien es tratado en el primer nivel o atención primaria de la salud (aps); tomando en cuenta el marcado énfasis que los documentos oficiales hacen de éste, considerado como la punta de lanza de una política que, en el caso de la diabetes, podría abrir la puerta a estrategias de trabajo, tanto en el caso de la prevención como de la procuración de un paquete de servicios que no incluya única y exclusivamente acciones de tipo curativo.

Según lo establecido en los documentos que derivan del Programa Nacional de Salud 2001-2006, y que específicamente se ocupan de la atención a la diabetes (reconocida como un serio problema de salud pública), los servicios que en el primer nivel han sido diseñados para

² Clínicamente, la diabetes suele clasificarse en dos grandes grupos; la diabetes insulino dependiente, y la diabetes no insulino dependiente. La mayoría de los casos, entre 80 y 90%, corresponde a la diabetes no insulino dependiente, la cual se presenta en la edad adulta (después de los 30 años); aunque estudios recientes han dado cuenta de esta enfermedad a edades cada vez más tempranas, registrándose casos frecuentes de niños y adolescentes que desarrollan la enfermedad. El caso de la diabetes insulino dependiente corresponde a quienes desde el nacimiento presentan una falta de funcionamiento del páncreas, por lo que requieren de una atención diferente a la de los enfermos cuya producción de insulina es deficiente y/o de mala calidad. Hay otros tipos de diabetes que también han sido descritas clínicamente, y requieren de una evaluación y seguimiento específico; se habla por ejemplo de la diabetes gestacional. Véase SSA, 2001b y SSA, 2000a.

atender la problemática incluyen un amplio espectro (SSA, 2000a; SSA, 2001b), que va de la detección de los niveles de azúcar en la sangre y su correspondiente control periódico, al proceso de medicación que con el apoyo de medidas farmacológicas logre la consecución de niveles “normales” de azúcar en la sangre; también, se contempla la canalización de pacientes con complicaciones a las respectivas especialidades y subespecialidades médicas. En la práctica, cada una de estas estrategias y niveles de atención en el tema de la diabetes enfrenta inercias administrativas que vuelven complejo y difícil el control de la enfermedad; y existen, asimismo, restricciones de orden económico que limitan los alcances y las expectativas marcadas en planes y programas de gobierno, tomando en cuenta que lo que han privilegiado las políticas de salud ha sido la atención clínico farmacológica de las enfermedades, en detrimento de otras relevantes vías de trabajo más cercanas a la educación y promoción de medidas sanitarias y saludables (OMS, 1996; OPS, 2003), hacia donde no se destinan recursos económicos ni se cuenta con programas de formación y capacitación de personal.³

El proceso de reforma (a manera de contexto)

En México, el proceso de reforma del sector salud se pone en marcha en la primera mitad de los años ochenta (1983), y significa un importante replanteamiento no sólo de la política nacional de salud, sino del escenario más amplio que representa la política social del país. Se trató de una fase de la reforma que entonces se circunscribió a 14 del total de entidades que

³ Un ejercicio reciente a nivel de la atención primaria considera la organización de grupos de apoyo, llamados “clubes de diabéticos”, en los que a instancias del trabajo realizado en las clínicas por los médicos, se llevan a cabo sesiones periódicas con grupos de pacientes a los que se invita para asistir a reuniones que adquieren un carácter informativo y de intercambio de experiencias en torno a la enfermedad, y su mejor manejo en cuanto a recomendaciones no farmacológicas que resultan de gran apoyo para el control del padecimiento y la prevención de sus complicaciones. Sin embargo, el problema para este tipo de ejercicios estriba en que no existe un compromiso a nivel institucional, y en muchas ocasiones se deja a la iniciativa del personal de salud de cada clínica su organización y funcionamiento, que, cabe enfatizar, enfrenta una serie de problemas que hacen difícil su operación: carencia de personal, falta de organización y apoyo institucional, necesidad de espacios para llevar a cabo las sesiones, entre otros.

conforman la República Mexicana;⁴ asimismo, estuvo marcada por la permanencia del control ejercido desde el centro (gobierno federal), hacia las nacientes Secretarías o Sistemas Estatales de Salud, donde entonces se pretendió operar una nueva manera de administrar la atención y los servicios de salud a la población abierta, aquella que no cuenta con seguridad social (Ruiz de Chávez y Lara, 1988; Cardozo, 1998; Moreno, 2001).

Es esencial señalar que ésta, que suele identificarse como la primera fase de la reforma, y en la que hay que insistir que el cambio fue muy limitado (sobre todo por el poder y el control que se seguía ejerciendo desde la instancia de salud federal), vive en el año 1995 un nuevo momento que sirve de impulso a los cambios iniciados en la década anterior. Como parte de las prioridades marcadas por el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 del gobierno de Ernesto Zedillo se retoma el tema, con la intención de completar el proyecto iniciado en la década anterior.

Para este segundo momento del proceso, se planteó como importante recuperar la experiencia de la que participaron aquellos 14 estados en cuales inicialmente se formalizó el proceso. Después de poco más de una década de enseñanzas, fue primordial el diseño de nuevas estrategias descentralizadoras: desde las de naturaleza operativa, hasta aquellas directamente relacionadas con las nuevas reglas y mecanismos de financiamiento (Moreno, 2001). Por lo tanto, al tener como marco el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación en septiembre del año 1996, el trabajo se orientó a lograr que los estados asumieran una mayor responsabilidad en la operación de sus sistemas de salud, al tiempo que gozaran también de una mayor autonomía en la administración de sus presupuestos. Desde entonces, se ha insistido en que el papel de la

⁴ México es un país cuya división política-territorial contempla la existencia de “estados” como aquellas entidades que en conjunto conforman la unidad política y territorial del país. Así, es en la segunda mitad de los años noventa (1996) cuando a través del Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud se incorpora al proceso de descentralización el total de estados que conforman al país y al Distrito Federal. Los 14 estados que participan en la primera fase de la descentralización son: Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, México, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Sonora, Tabasco, Tlaxcala y Quintana Roo.

autoridad federal debe estar limitado a funciones de naturaleza normativa y regulatoria; en tanto que sobre las diferentes entidades recae la responsabilidad del otorgamiento de los servicios de salud que demanda la población, haciéndose cargo de introducir una renovada lógica de trabajo para atender los requerimientos de salud propios de cada entidad.

Es necesario recordar que el discurso manejado para justificar el proceso de reforma se centró, básicamente, en dos postulados que se presentaban como inapelables. Por un lado, el desprestigio de un servicio público que requería de una profunda reestructuración capaz de hacer frente a viejos y nuevos retos en el ámbito de la salud; mientras que en el ámbito económico, se fue fortaleciendo la idea de una escasez de recursos que volvía imprescindible su manejo más racional y transparente, lo cual podía lograrse a partir de las estrategias planteadas por la reforma, descentralizando la atención de la salud hacia las diferentes entidades del país, y de paso haciendo frente a una coyuntura política localizada en el marco del llamado “nuevo federalismo” (SSA, 1994b; Torres, 1997).

Así, para el caso que nos ocupa, una primera lectura del marco en el que se produce la reforma del sector salud deja entrever la posibilidad de hacer de la atención primaria el eje rector de una política, que sin dejar de lado la atención médico hospitalaria rescate la descuidada potencialidad de un primer nivel que se ha visto reducido a la atención médica de pacientes ambulatorios (SSA, 1994b; SSA, 2001a) en clara y estrecha concordancia con el dominio de un concepto biológico y clínico del proceso salud-enfermedad (López, 2000). No obstante, después de poco más de veinte años de iniciada la reforma en México, hay señales claras de que la atención primaria de la salud no es ni ha sido una prioridad para la reforma, ya que de hecho la política de salud sigue caminando en función de un concepto que exige la atención de la enfermedad (modelo biomédico), hacia donde se privilegia el destino de recursos económicos, y hacia donde se canalizan los esfuerzos “más serios y estructurados” por atender y regular los problemas de administración y organización que en ese ámbito se generan,⁵ dejando ver la importancia que esta manera de entender a la salud (en realidad como atención a la enfermedad) tiene para

⁵ A este respecto, se puede mencionar el nacimiento de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y la emisión de la Ley del Servicio Profesional de Carrera, que en ambos casos están destinados a regular áreas y campos de trabajo

la definición de prioridades y la operación de estrategias que estructuran los servicios propios de este campo fundamental de relación y acción social.

Primer nivel de atención

En el campo de las ciencias sociales, una de las tradiciones más importantes que reivindican el carácter histórico y social de la salud está vinculada a la declaración de Alma Ata (1978), en la que la atención primaria es reconocida en el marco referencial de lo social, lo político y lo económico, con un claro señalamiento en cuanto a la necesidad de un cambio de paradigma que reconozca la oferta que encierra este nivel de atención, donde, como ha sido mencionado, el planteamiento de la salud rebasa la preocupación por atender a la enfermedad, y por destinar la mayor parte de los recursos económicos a la construcción de hospitales en un creciente nivel de especialización, tanto en términos de infraestructura hospitalaria (instrumentos y metodologías clínicas de avanzada), como del personal adscrito a éstos: médicos especialistas y subespecialistas, enfermeras(os), personal paramédico, también con diferentes grados y niveles de especialización (OPS, 2003; Bullough, 1985).

Es esencial destacar el dominio que sobre nuestras sociedades ha tenido la medicina curativa, como el referente por excelencia para pensar, hablar y actuar, en relación con la salud; se trata, sin duda, de una asunción implícita y explícita acerca del saber de la medicina como un conocimiento sobre la enfermedad y su ámbito de acción: la persona enferma; de tal forma que algunos autores han llegado a afirmar que “esta precisión metodológica y conceptual, ha sido probablemente una de las razones del éxito de la medicina” (López, 2000: 88-89). Además, en un contexto propicio en el que la actuación institucional presenta a las clínicas y a los hospitales como los lugares a los que razonable y lógicamente recurre el enfermo (y la familia del enfermo), en busca de la recuperación de las condiciones anatómicas y funcionales reconocidas

institucional que muy poco tienen que ver con la atención primaria de la salud; pero al mismo tiempo muestran el interés por ofrecer certidumbre y claridad en el ámbito de la actuación médico clínica, y de la responsabilidad que recae sobre los niveles de dirección y mandos medios de la propia Secretaría de Salud.

socialmente como salud, y cuya pérdida llamamos enfermedad (Conti, 1972).

Frente a la llamada medicina curativa, existe otra práctica en el ámbito de la salud, la cual ha sido menos reconocida (identificada) por la colectividad, y que en el escenario de la reforma del sector salud pareció intentar recuperarse: se trata de un tipo de atención que conceptualmente y en la práctica es identificada con el trabajo en el primer nivel de atención en salud. A éste le corresponde ofrecer servicios de medicina general a pacientes que no requieren de hospitalización; pero también y de manera central, le corresponde un trabajo de prevención y promoción de la salud, aunque en realidad el trabajo con el que más se le ha identificado a lo largo del tiempo es la atención en consultorio al paciente ambulatorio.

El elevado costo de una política en salud que ha privilegiado la construcción de hospitales e impulsado el desarrollo de la medicina y su ejercicio profesional en términos de la “necesidad” de una creciente especialización y subespecialización, así como la incorporación de medicamentos, instrumentos y material médico cada vez más sofisticado, se halla ante un callejón sin salida, ya que no hay inversión suficiente para satisfacer una creciente demanda de atención médico hospitalaria, a la que además se añade la complejidad propia de la problemática en salud. Es así que en el escenario de los planteamientos neoliberales, y las tendencias globalizadoras, la mirada se vuelve hacia un primer nivel de atención, cuyo bajo costo de operación parece acoplarse muy bien a las expectativas de una política social que intenta situar a la salud en el ámbito de lo privado y sólo bajo circunstancias muy particulares, como una responsabilidad que atañe al gobierno y su papel de cara a la sociedad (BM, 1993; OMS, 1996; Laurell, 1997).

El problema es que a la ya de por sí inviable atención de la salud en términos curativos (la cual requiere siempre de inversiones al alza), es necesario sumar un contexto de importantes transformaciones en el campo de la economía mundial, y que a nivel tanto de la región latinoamericana como en el caso específico de México ha implicado un ajuste fiscal que reduce el ya histórico bajo gasto público en salud registrado en el país (SSA, 2003; Arredondo *et al.*, 2004). De igual forma, hay que destacar que tal y como ha sido mencionado, la distribución interna del gasto en salud (según nivel de atención) ha estado marcada por el descuido de la atención primaria, hacia donde se sigue destinando el menor monto de recursos, y, asimismo, donde domina la falta de cuidado

en términos de la formación y gestión de recursos humanos; cuando, por otro lado y de manera contradictoria, una de las prioridades definidas en el actual Programa Nacional de Salud 2001-2006 se mantiene en el discurso de que para mejorar “la equidad, la eficiencia y la calidad” de la atención en salud, es esencial la constitución de equipos capaces de dar una respuesta más integrada a las necesidades de la población (SSA, 1990; SSA, 1994b; SSA, 2001a), por lo cual se reconoce el trabajo pendiente a desarrollar en términos de educación, prevención y promoción de la salud.⁶

El caso de la diabetes implica una serie de factores que en diferentes ámbitos de la vida requiere de la atención profesional, no sólo del médico clínico sino de otro tipo de formaciones (psicólogo, nutriólogo, sociólogo, antropólogo, entre otras), que a nivel directo o indirecto apoyen al paciente en el curso de la enfermedad, y contribuyan a fortalecer entre la población una nueva cultura del cuidado de la salud. Para la operación de este “innovador” enfoque, son necesarios cambios importantes a nivel de la organización del trabajo, y de las perspectivas a partir de las cuales se lleva a cabo la atención que en la clínica y en el consultorio se ofrece al paciente, y desde luego de la labor de información e interacción que se mantenga con el grueso de la población.

El “compromiso” con la reforma

A las reformas estructurales, tanto económicas como sociales, las acompañó la introducción de nuevos esquemas de control, asignación de funciones, seguimiento y evaluación de programas; lo que en su conjunto significa que las maneras, procedimientos y actitudes de cara al trabajo ya sea administrativo o de atención directa a la población que solicita servicios médico hospitalarios, se planteó como sustancialmente diferente en el nuevo esquema de administración donde términos como “eficacia”, “eficiencia”, “calidad”, “productividad”, empiezan a dominar una plataforma desde la que se presenta y defiende la importancia y la necesidad de los cambios que se introducen en el sector salud (Cardozo, 1993; SSA, 2001a; Homedes y Ugalde, 2002). El tema de la atención en salud, como parte de la polémica vinculada a los recursos humanos, adquiere una gran relevancia dado que el cambio va más allá de la sola y

⁶ La atención institucional en salud considera medidas de orden preventivo, curativo y de rehabilitación.

mecánica reasignación de puestos y tareas: implica la reintroducción de una mística de trabajo que, a su vez, proviene de esa otra gran reforma que a nivel general se instala en el ámbito de la administración pública. Estamos hablando de la “Reforma administrativa” (Cunill y Bresser, 1998; Bañón y Carrillo, 1997), la cual remite a la introducción de “innovadoras” herramientas de gestión, acordes con el proceso de adaptación del Estado a un escenario definido en términos de una política económica neoliberal, y de la tendencia hacia la globalización del mundo.⁷

La nueva puesta en escena se halla bordeada por una dinámica administrativa que, para el caso presente, invariablemente remite a la búsqueda de la calidad de los servicios de salud, y al significado de una atención primaria que más que a los individuos, parece redescubrir el valor de las acciones colectivas de tipo preventivo. De ahí la importancia de mirar de forma reflexiva los cambios que ocurren en la atención de una enfermedad que, como la diabetes, requieren de un sólido despliegue preventivo, tanto para contrarrestar las complicaciones propias de la enfermedad, como para generar una cultura de salud, entre la población sin desarrollarla aún.

Es factible afirmar que desde sus orígenes, la falta de organización y coordinación entre los distintos niveles de gobierno (para definir las atribuciones, competencias, responsabilidades y participaciones en el nuevo modelo de atención a la salud) tuvo impactos negativos en el arranque de la reforma, ya que la falta de claridad permeó a todos los niveles y esferas de la administración. Al carecerse de rumbo y no tener certeza sobre el ámbito particular de responsabilidad, la reforma pareció ocurrir al margen del trabajo mismo que se desarrolla al interior de las nacientes secretarías o Institutos Estatales de Salud. En el caso particular al cual se refiere el presente documento, el trabajo en la atención primaria

⁷ Por “Reforma administrativa” se entiende el desarrollo, introducción y uso de nuevas herramientas y procedimientos que en correspondencia con los cambios que sufre el Estado capitalista, deben introducirse en la administración pública. Se trata básicamente de incorporar una serie de estrategias e instrumentos de trabajo cuya procedencia se localiza en la gestión empresarial, de ahí la acuñación del término “Gerencia pública”, que es la vertiente de la administración pública que domina el proceso de cambio producido al interior de las instancias e instituciones de gobierno, en aras de mejorar el servicio y volver eficiente y productivo el trabajo. Véase Arellano, Cabrero y del Castillo (2000).

de la salud ha seguido una lógica diferente a los discursos y documentos oficiales, por lo menos esa es la percepción de quienes desde hace años han venido trabajando para el ISEM, y tienen conocimiento de la manera en que la reforma ha estado presente o ausente en sus espacios inmediatos de trabajo; y de igual manera, del sentido que ésta ha tenido en cuanto a la atención del paciente diabético. Las entrevistas realizadas al personal médico, con una amplia experiencia laboral en el primer nivel y encargados particularmente de atender el problema de la diabetes, arrojan la siguiente información:

Con decirle que a estas alturas hay personal médico, personal médico le digo, que todavía no se enteró de la reforma... a mí me consta; por mi trabajo luego salimos a los pueblos, las comunidades, hacemos visitas a las jurisdicciones y nos encontramos con cada cosa... y eso tiene consecuencias, se ve en el trabajo deficiente que se hace para la detección de la diabetes (González, 2005).

Hay médicos, en general personal como enfermeras, no sé... que prestan sus servicios en clínicas apartadas de la ciudad, que no se han enterado de la reforma, nada más llegan a su trabajo, salen a su hora y no les interesa nada más, es cierto que es su responsabilidad enterarse porque ahí nos dejan un ejemplar de los manuales y documentos operativos, pero también es trabajo de la gente de arriba saber por qué pasa esto, y tratar de remediarlo (González, 2005).

Una de las críticas más severas a la reforma es su falta de capacidad y voluntad para involucrar a los actores del sector salud en un proyecto del que ellos representan un pilar fundamental; es en los trabajadores sobre los que en principio de cuentas recae la responsabilidad de dar vida, de llevar a cabo lo establecido en los planes y programas de trabajo. De ahí que resulte preocupante que la atención de la salud, vinculada invariablemente con el trabajo del personal de salud, no haya encontrado su lugar en las agendas de quienes toman las decisiones en las reformas. La Organización Mundial de la Salud, a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha efectuado múltiples evaluaciones y seguimientos sobre el tema. El resultado parece ser el mismo para toda la región latinoamericana, el asunto de los recursos humanos no existe como un lugar importante y básico del proceso de cambio (OPS, 1997; Brito, 2000; Brito y Granda, 2000; OPS, 2000; OPS, 2003), y mucho menos

desde luego si se trata de formar y capacitar personal en el ámbito de la salud pública.⁸

En el caso de México, a pesar de la insistencia en cada uno de los tres últimos Programas Nacionales de Salud (de los gobiernos de Carlos Salinas de Gortari, Ernesto Zedillo y Vicente Fox Quesada), en relación con la importancia del personal que labora en el sector salud, para el éxito de las transformaciones propuestas, es un hecho la existencia de grandes carencias que en términos de información y formación afectan a la consolidación de un proyecto, cuyas metas son imposibles de ser alcanzadas sin la colaboración y el trabajo que atañe al compromiso, el desempeño y la identificación del trabajador de la salud con las expectativas y los objetivos de la institución; de ahí que aun hoy en día, en el país, exista personal de salud que no se ha enterado de la reforma (Arjonilla, 2005).

Llama la atención que de cara a los imperativos y retos que se discuten en este campo, el hablar de los recursos humanos siga remitiendo a la presentación de un directorio, o al manejo de un registro que da cuenta del total de médicos según su especialidad, del número de enfermeras también por tipo y grado de especialización, del personal paramédico con el que se cuenta (SSA, 2001a); cuando en realidad, lo que se debe tratar es

⁸ La posible explicación, que no justificación a este vacío, parece estar relacionada con el carácter político de una reforma laboral impulsada en la sociedad, y que en el caso de la salud ha supuesto un abierto rechazo por parte de sindicatos y asociaciones profesionales, los cuales identifican en la reforma una amenaza que fragmenta su poder y capacidad de negociación. Bajo el nuevo modelo de gestión de los servicios de salud, hay que decir que el tema atraviesa el manejo en paralelo de una doble agenda. Por un lado, la vieja agenda que debe resolver los problemas de “personal” heredados de un modelo de administración fordista: relaciones estables y protegidas que garantizaban la duración en el puesto de trabajo; pero que al mismo tiempo, y dados los cambios más recientes orientados hacia la transformación económica y social que hace crisis en nuestro país en la década de los años ochenta, se convierte en una carga para la operación del aparato de Estado. Por otro lado, una nueva agenda marcada por la necesidad de un trabajo flexible, esto es, un modelo regulatorio del trabajo caracterizado por la desaparición de los contratos colectivos, y la sustancial modificación de las prestaciones sociales, que a su vez enfrenta la precariedad del trabajo, la “pérdida” de beneficios laborales, los cuales descorporativizan al trabajador, fragmentando su capacidad de negociación en el logro de mejores salarios y condiciones laborales.

en términos de la complejidad que encierra la organización y la administración del personal desde sus más diversas vertientes, la política, la económica, la organizativa, tratando de encaminar los esfuerzos hacia el logro de las metas institucionales, e incorporando una visión de la administración con capacidad para impulsar un cambio que ve más allá de manuales de organización y lineamientos ineficaces (Arellano *et al.*, 2000), y que, por el contrario, recupera la complejidad que encierran y se produce en la organizaciones, encauzando un trabajo donde los valores de servicio y transparencia del aparato público gubernamental son la columna del trabajo a desarrollar.

Lugar e importancia de la prevención (salud pública)

El otro gran problema que afecta el ámbito de la atención al paciente diabético, y en particular el trabajo en el primer nivel, tiene que ver con el lugar marginal que las instituciones otorgan a la prevención y a la promoción de la salud; tanto respecto al monto de recursos destinados a la atención de la enfermedad, esto es, la distribución interna del gasto en salud, lo que se destina según nivel y tipo de atención (SSA, 2003; Arredondo *et al.*, 2004), como en términos de la operación de programas de formación y capacitación de recursos humanos.

La atención primaria sigue siendo la más descuidada, no hay dinero, no hay reconocimiento, no hay medicamentos, no hay material de trabajo, no hay nada; no vamos lejos, mire este edificio está lleno de goteras, la atención primaria y todo “eso” no existe... así, ¿cómo se pueden pedir resultados? (González, 2005).

[...] aquí, con la educación, la prevención y la promoción de la salud, seguimos no voy a decirle que exactamente igual que cuando empecé a trabajar hace casi veinte años, pero de que este trabajo no vende políticamente de eso estoy convencido; dentro de la institución es el área menos apoyada (González, 2005).

Este aspecto reviste una particular importancia, ya que si bien no hay una correspondencia fácil y automática entre montos destinados, y la calidad y la eficiencia en la atención (por recuperar el discurso que envuelve y arroja a la reforma), domina un abierto descuido a la atención primaria; de tal forma que en la práctica no existe congruencia entre un discurso que apela al valor y relevancia de un trabajo donde descargar los pesos e implicaciones económicas de una atención exclusivamente clínica y farmacológica, la cual requiere de fuertes inversiones económicas (por los costos a que remite cualquier tipo de enfermedad, su tratamiento y

complicaciones), y el descuido total en el cual se mantiene sumida a la atención primaria.⁹

El trabajo en torno a la diabetes

En el marco del Programa Nacional de Salud 2001-2006, se retoma el problema de la diabetes como una de las prioridades del gobierno federal, desarrollando acciones sectoriales específicas para atender y prevenir esta enfermedad. Así, el Programa de Acción para la Prevención y Control de la Diabetes 2001-2006 forma parte central de las estrategias marcadas para enfrentar a los problemas emergentes, y ante los cuales se hace una definición explícita de prioridades, destacando actividades relacionadas con la promoción de la salud, y la detección temprana de la diabetes. Para los fines del presente documento, resulta importante destacar que en este programa específico, el cual busca atender a la diabetes en términos de una problemática en salud pública, el gobierno federal enfatiza la necesidad de un abordaje no farmacológico del padecimiento.

“El tratamiento no farmacológico de la diabetes permitirá evitar las complicaciones a largo plazo y ampliar la utilización de los servicios” (SSA, 2001b: 12).

Se reconoce, asimismo, que este enfoque no ha sido aplicado de manera sistemática ni prioritaria, optándose por el manejo de la enfermedad y el paciente en términos de su diagnóstico y tratamiento, basado en el trabajo clínico y la prescripción de medicamentos.

Hasta este momento, el enfoque no farmacológico no se ha aplicado de manera regular, en general se procede de manera inmediata al manejo farmacológico, por ello, en la norma oficial se establece con toda claridad los criterios para su correcta utilización (SSA, 2001b:12).

A primera vista, esta intención por rescatar del olvido y desinterés a la atención primaria en salud, podría interpretarse como una posibilidad

⁹ Obviamente, los costos varían dependiendo de la enfermedad, aunque suele reconocerse que en el caso de las enfermedades crónico degenerativas el gasto se dispara, debido a las complicaciones y al uso de tecnologías (instrumentales y farmacológicas), marcadas por un elevado nivel de sofisticación y que, en consecuencia, alcanzan precios muy altos en el mercado. En el caso de la diabetes, se menciona que ésta es la principal causa de la amputación de miembros inferiores, así como de complicaciones como la retinopatía y la insuficiencia renal. Véase: SSA, 2001b.

para replantear el paradigma médico biológico al que se han circunscrito las políticas en el ámbito de la salud; en la realidad, sin embargo, y como se ha venido exponiendo, se abre una enorme brecha entre “el papel” y lo que día a día se produce en relación con el tratamiento y abordaje de la enfermedad. Entre los trabajadores de la salud adscritos a la atención primaria, se advierte claridad respecto a la idea de salud que guía las decisiones de gobierno.

Si revisa el último informe del gobernador, se va a dar cuenta que cuando se habla de salud, siempre se hace referencia a la construcción de hospitales, pero pocas veces se reconoce nuestro trabajo, sencillamente no existe para los políticos y tampoco para nuestros jefes [...] la educación para la salud y la prevención son sólo palabras, le puedo decir que las cosas están igual o peor que antes (González, 2005).

En el discurso manejado en el terreno oficial existe una preocupación manifiesta por atender esta enfermedad (la diabetes), valorando una serie de estrategias propias de la atención primaria en salud, destacando que la razón que conduce a tal decisión no estriba únicamente en los impactos y consecuencias económicas que supone la atención clínica-hospitalaria de la enfermedad y sus complicaciones, sino el hecho de advertir en el campo de la prevención y el trabajo colectivo una posibilidad real para frenar la prevalencia al alza de la enfermedad. En la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, se establece que:

Los programas de las instituciones de salud para la prevención y control de las enfermedades deben incluir, como uno de sus componentes básicos, la prevención primaria de la enfermedad (SSA, 2000a: 11).

La diabetes es un fenómeno que preocupa en los ámbitos internacional, nacional y local, como el caso del Estado de México, donde es alarmante la presencia en ascenso de una enfermedad que, siguiendo las tendencias nacionales, ha desplazado a las enfermedades infecciosas. Según el Programa de prevención y control de diabetes mellitus del ISEM, en el año 2002 la diabetes mellitus ocupa ya el primer lugar como causa de muerte en la entidad (ISEM, 2005: 1-2); por lo que en total correspondencia con lo establecido a nivel nacional se señala la importancia de “establecer un abordaje integral que fortalezca la prevención primaria, teniendo como base el control de los factores de riesgo...” (ISEM, 2005: 1).

Aunque las estrategias y acciones de atención y prevención de la diabetes han cristalizado en documentos cada vez más específicos que intentan canalizar y particularizar los esfuerzos para atender el problema

de salud pública que para nuestras sociedades implica la presencia y el comportamiento de la enfermedad (SSA, 2000b), los acercamientos al trabajo en las clínicas y hospitales de atención dan cuenta de las carencias a las que se hace referencia en este documento, y que siguen interfiriendo en la exploración de las posibilidades de intervención dibujadas en los planes y programas de salud. Se trata de una situación que en realidad podría calificarse de “endémica”, pues aunque desde luego es indispensable destacar los contextos históricos que en la actualidad enfrenta la atención y seguimiento de la diabetes, es un hecho que, a partir de la reforma, en términos de organización, se presentan nuevos problemas generados en el marco de las transformaciones que se introducen, y a los cuales hay que añadir la vigencia de añejos vicios y manejos administrativos en la definición y delimitación del trabajo al interior de las instituciones de salud. No parece ser que los nuevos parámetros administrativos, inmersos en los planteamientos y apuestas de la gerencia pública, hayan podido solucionar problemas que se arrastran del pasado, y tampoco las situaciones adversas nacidas en el seno de la dinámica de cambio que nutre al proceso de reforma.

[...] en realidad, nosotros los que damos la atención al paciente, somos los que, dicho vulgarmente, “nos la rifamos”. Puede haber todos los documentos que le gusten, pero nosotros tenemos que dar respuestas y servicios en el momento... hasta ahora... mmm, me ayuda más mi experiencia que otra cosa (González, 2005).

Los esquemas burocráticos, de los que ha sido presa la organización y toda la sociedad, han ignorado siempre la riqueza y el saber del trabajo que cotidianamente realiza el personal de salud, y en este caso particular, del médico, quien debe responder en el momento a los requerimientos de atención de sus pacientes.

Sin duda, para el caso de la diabetes, tanto la atención a pacientes como la detección temprana de la enfermedad, y el trabajo en términos de prevención, han estado marcados por una falta de coordinación administrativa y por la escasez de recursos económicos; lo cual en ambos casos contraviene a las aspiraciones y proyectos señalados en los documentos oficiales. En efecto, otro gran problema que subsiste, tiene que ver con la asignación y distribución del gasto en salud, lo cual restringe el destino de recursos desde el Estado hacia áreas que venían siendo reconocidas como parte fundamental de su responsabilidad y actuación de cara a la sociedad.

Sí, hay lineamientos que establecen que al paciente se le debe proporcionar gratis el medicamento pero casi nunca se puede cumplir porque regularmente no lo tenemos... (González, 2005).

[...] recurrimos a donaciones y apoyos de las compañías farmacéuticas que como parte de la promoción de sus productos siempre están dispuestas a apoyarnos, bueno... en este caso siempre nos han proporcionado ciertas cantidades de medicamento que nosotros canalizamos a nuestros pacientitos (González, 2005).

[...] muchas veces no hay material para llevar a cabo la prueba, y otras veces es el médico que simplemente no la hace, cuando se sabe que por normatividad está obligado a practicar el examen (González, 2005).

Finalmente, señalar que la atención del paciente diabético requiere de la concurrencia de un equipo de trabajo, en cuyo contenido interdisciplinario sea capaz de trabajar con una orientación sinérgica en relación con las diferentes facetas reconocidas y presentes en la enfermedad. Además de la figura del médico, es necesaria la labor informada y especializada de enfermeras, trabajadores sociales, sicólogos, nutriólogos, sociólogos, antropólogos; en su caso, la canalización del paciente en función del tipo de complicaciones que se registran en la evolución de la enfermedad, requiriendo el apoyo de cardiólogos, oftalmólogos, podólogos, entre otros.

Lo que se encuentra en la práctica cotidiana es la falta de un trabajo en equipo; sigue siendo responsabilidad del médico clínico la atención de la diabetes, y en los contados casos en los que se registra la participación de otros profesionistas vinculados a la atención del padecimiento y de los pacientes, la queja constante se halla marcada por el predominio de la autoridad del médico (su visión biológica de la enfermedad), a la que debe subordinarse el resto del trabajo y las participaciones provenientes de formaciones profesionales que desde el ángulo de la nutrición, de la psicología, del trabajo social tendrían mucho que aportar al tratamiento no farmacológico de la enfermedad, y al trabajo mismo que implica una labor de prevención y promoción de la salud que impacte positivamente en la población.

Aquí el médico es el que manda y tiene la última palabra, otros profesionistas como por ejemplo, la nutrición, igual que trabajo social o las enfermeras, están para apoyar nuestras decisiones y recomendaciones (González, 2005).

Le puedo decir que en esta clínica... en el caso de los sicólogos es una fortuna este trabajo... porque lo que yo sé es que una cosa son los programas y todo lo que allí se lee, y otra el que en la realidad tengamos un espacio de trabajo y el

reconocimiento para otras profesiones que no sean la nuestra... nos hemos hecho soberbios porque sabemos que tenemos poder (González, 2005).

Ante situaciones como las que aquí se señalan, es difícil pensar en revertir el comportamiento que en términos de morbi mortalidad ha venido registrando la diabetes en los últimos quinquenios; pues además, y de manera alarmante, se registran variaciones en el comportamiento de la enfermedad, las cuales hacen que, por ejemplo, el diagnóstico tenga lugar en edades cada vez más tempranas con consecuencias a nivel tanto micro como macrosocial y económico, por todo lo que representa a nivel de las posibilidades de desarrollo personal y familiar, y en relación con el elevado costo de una atención médica con erogaciones que ningún gobierno está en condiciones de realizar. La participación de las ciencias sociales en los ámbitos de la salud sigue siendo marginal, ya que suele aparecer como innecesaria, o en el mejor de los casos con una baja utilidad; por eso, en ambas circunstancias se puede prescindir de ella. Es claro que si no hay recursos para incorporar el trabajo de otros profesionistas más vinculados a las ciencias biológicas (por ejemplo, los nutriólogos), y tampoco hay dinero para la atención médica del paciente, el caso de un abordaje de la condición social y cultural de los problemas de salud se antoja aún lejano para el caso de México. Por eso, a pesar de la “preocupación” por parte de las instituciones de salud y de la población en general, en torno a la incidencia de la diabetes en nuestra sociedad, todo parece apuntar a que el fenómeno tenderá a recrudecerse en los próximos años, afirmándose como una pandemia a nivel mundial.

A manera de reflexión final

En el caso de México, por parte de las instituciones públicas de salud no existe ningún esfuerzo serio por entender y analizar la naturaleza no sólo clínica y médica del problema, sino todas esas otras condiciones de tipo social, económico y cultural que han condicionado la presencia de la enfermedad. En este sentido, el proceso de reforma va perdiendo cada vez más peso y posibilidades de trabajo para modificar favorablemente las condiciones de salud de la población, y en especial para atender fenómenos como el de la diabetes mellitus no insulino dependiente.

El solo trabajo desde una perspectiva clínica para atender a la diabetes, tanto en términos de prevención como de seguimiento y control del padecimiento, está condenado al fracaso. Sin duda, se requiere de otro tipo de enfoques para ser abordada en términos de sus implicaciones sociales y culturales, y en esa medida proponer acciones de tipo no

farmacológico que impacten en la colectividad. La organización de los sistemas de salud debiera tomar en consideración nuevas perspectivas de abordaje, y estar así en condiciones de ofrecer los servicios que demanda la población. La actual reforma en el campo de la salud puede representar esa oportunidad de cambio, aunque por el rumbo que el proceso ha venido tomando parece difícil mantenerse optimista sobre la posibilidad de que en el diseño de políticas gubernamentales, más que atender a la enfermedad, empiece a trabajarse en acciones que procuren y promuevan la salud.

Es indispensable mantener viva la reflexión respecto a una reconceptuación de la salud más allá de su abordaje biomédico, no sólo para enriquecer su análisis como objeto de estudio de las ciencias sociales, sino para fortalecer políticas de intervención (gubernamentales y no gubernamentales), que mejoren las condiciones de salud de amplios sectores de la población en México y, en nuestro caso, en el espacio latinoamericano.

Bibliografía

- Ackerknecht, Ewin (1971), *Medicina y antropología social*, Madrid, España: AKAL, Universitaria.
- Alonso, Luis Enrique (1999), “Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa”, en Delgado, Juan y Juan Gutiérrez [coords.], *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*, Madrid, España: Síntesis Psicología.
- Arjonilla, Sofía e Irene Parada (2005), “Reforma del sector salud y las condiciones de acceso, utilización y calidad de la atención en México: la percepción de los proveedores de servicios de salud”, en González, Norma y Alicia Tinoco [coords.], *Salud y sociedad. Sus métodos cualitativos de investigación*, vol. II, México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Arredondo, Armando *et al.* (2004), “Efectos de la descentralización en el financiamiento de la salud en México”, en revista *Salud Pública*, núm. 38, vol. 1.
- Arellano, David *et al.* [coord.] (2000), *Reformando al gobierno. Una visión organizacional del cambio gubernamental*, México: Porrúa, CIDE.
- BM (Banco Mundial de Reconstrucción y Fomento) (1993), *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*, Estados Unidos de América: BM.

- Bañón, Rafael y Ernesto Carrillo [comps.] (1997), *La nueva Administración Pública*, España: Alianza Textos.
- Braveman, Paula y E. Tarino [eds.] (1996), *El reconocimiento sistemático en atención primaria de salud. Determinación de prioridades con recursos limitados*, España: Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Brito, Pedro (2000), *Desafíos y problemas de la gestión de recursos humanos de salud en las reformas sectoriales*, Organización Panamericana de la Salud, OMS.
- Brito, Pedro y Edmundo Granda [eds.] (2000), *Observatorio de recursos humanos de salud*, Ecuador: OPS, OMS.
- Bullough, Bonnie (1985), *Atención médica de primer nivel. Una guía clínica para la atención directa y personal del paciente*, México: La Prensa Médica Mexicana.
- Cardozo, Myriam (1993), “Formación administrativa de recursos humanos para la descentralización en salud”, en *Documento de trabajo*, núm. 18, México: CIDE.
- Cardozo, Myriam (1998), “El ámbito sectorial. Análisis de la descentralización en el sector salud (1983-1993)”, en Cabrero, Enrique [coord.], *Las políticas descentralizadoras en México. Logros y desencantos*, México: Porrúa, CIDE.
- Clegg, Stewart *et al.* [ed.] (1998), *Administración global, tensiones entre universalismo teórico y realidades locales*, México: Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa.
- Conti, Laura (1972), “Estructura social y medicina”, en Aloisi, Berlinger *et al.* [coord.], *Medicina y Sociedad*, Barcelona, España: Fontanella.
- Cunill, Nuria y Luiz Bresser (1998), “Entre el Estado y el mercado: lo público no estatal”, en Cunill, Nuria y Luiz Bresser [eds.], *Lo público no estatal en la reforma del Estado*, Buenos Aires, Argentina: CLAD, Paidós.
- Donati, Pierpaolo (1994), *Manual de Sociología de la salud*, Madrid, España: Díaz de Santos.
- Granda, Edmundo (2000), *Salud pública e identidad*, OPS, UNL.
- González, Norma (2005), *Guía y resultados de entrevista realizada en el primer cuatrimestre del año 2005*, México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Homedes, Núria y Antonio Ugalde (2002), “¿Qué ha fallado en las reformas de salud de América Latina?”, ponencia, VII Congreso Internacional del CLAD, Lisboa, Portugal.

- Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) (2005), “Programa de prevención y control de diabetes mellitus”, en *Documento de trabajo*, Toluca, Estado de México: ISEM.
- Laurell, Cristina (1997), *La reforma contra la salud y la seguridad social*, México: Fundación Friedrich Ebert-ERA.
- López, Sergio (2000), “Salud pública y medicina curativa”, en *Salud Pública de México*, marzo-abril, vol. 42, núm. 2.
- Mckeown, Thomas (1986), *Introducción a la medicina social*, México: Siglo XXI.
- Mora, Fernando y Paul Hersch (1990), *Introducción a la medicina social y salud pública*, México: Trillas, Biblioteca Universitaria Básica.
- Moreno, Carlos (2001), “La descentralización del gasto en salud en México: Una revisión de sus criterios de asignación”, en *Documento de trabajo*, núm. 95, México: CIDE.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2003), *Atención primaria de salud y desarrollo de recursos humanos. Unidad de desarrollo de recursos humanos*, Madrid, España: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2001), *Iniciativa de Diabetes para las Américas (DLA): Plan de acción para América Latina y el Caribe 2001-2006*, OPS, OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2000), *Desafíos para la educación en salud pública. La reforma sectorial y las funciones esenciales de la salud pública*, USA.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1997) *Programa de desarrollo de recursos humanos. Recursos humanos: un factor crítico de la reforma sectorial en salud*, Washington DC.
- Pera, Cristóbal (s/f), “El humanismo en la relación médico-paciente: del nacimiento de la clínica a la telemedicina”, en *Documento de trabajo*, núm. 6, España: Universidad de Barcelona.
- Rosen, George (1985), *De la policía médica a la medicina social*, México: Siglo XXI.
- Ruiz de Chávez, Manuel y Rodolfo Lara [eds.] (1988), *Descentralización de los servicios de salud. Avances y perspectivas del proceso*, México: Secretaría de Salud, Gobierno del Estado de Guerrero y OPS.

- Secretaría de Salud (SSA) (2003), “Estadísticas de recursos financieros públicos para la salud en México, 2001”, en *Revista de Salud Pública de México*, vol. 45, núm. 3.
- Secretaría de Salud (SSA) (2001a), *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud (SSA) (2001b), *Programa de Acción para la Prevención y Control de la Diabetes 2001-2006*, México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud (SSA) (2000a), *Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes*, México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud (SSA) (2000b), *Guía técnica para capacitar al paciente con diabetes*, México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud (SSA) (1994b), *Programa de reforma del sector salud 1995-2000*, México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud (SSA) (1990), *Plan Nacional de Salud 1990-1994*, México: Secretaría de Salud.
- Torres, Antonio (1997), “Descentralización en salud: algunas consideraciones para el caso de México”, en *Cuaderno de trabajo*, núm. 69, México: CIDE.
- Valles, Miguel (1999), *Técnicas cualitativas de investigación social*, Madrid, España: Síntesis Sociología.
- World Diabetes Foundation (2003), *Diabetes Atlas Extracto*, Bruselas, Bélgica: World Diabetes Foundation.

Norma González González. Doctora en Sociología por la Universidad Complutense de Madrid, España. Actualmente labora en el Centro de Investigación y Estudios Avanzados en Ciencias Políticas y Administración Pública, de la Universidad Autónoma del Estado de México. Es líder del Cuerpo Académico Organización social y vida cotidiana. Sus líneas de investigación son: investigación cualitativa en salud, reforma del sector salud y sociología de la salud. Obtuvo, entre otros, el Reconocimiento Nacional como profesor con “Perfil PROMEP” 2002-2005 y 2006-2009. Perteneció al Sistema Nacional de Investigadores. Entre sus publicaciones se encuentran: junto con Martha Isabel Ángeles Constantino, *Investigación cualitativa como estrategia de conocimiento, investigación y trabajo de las políticas públicas de salud: Una aproximación desde México y Cuba*

(2006) y “Salud y tecnología médica, una aproximación a la importancia sociocultural de la investigación en salud”, en *Salud y sociedad, sus métodos cualitativos de investigación* (2005).

Envío a dictamen: 21 de mayo de 2007.

Aprobación: 02 de julio de 2007.