



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

**SECRETARIA DE SALUD**

**HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**

**“EL PAPEL DE LOS PROGRAMAS PRIORITARIOS  
EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD  
EN EL ESTADO DE OAXACA, MEXICO”**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN PEDIATRIA

P R E S E N T A:

**DR. CARLOS PACHECO SKIDMORE**

**DR. JORGE A. DEL CASTILLO MEDINA**

ASESOR DE TESIS

MÉXICO, D.F.

AGOSTO 2010.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AUTORIZACIÓN DE TESIS**

---

**DR. GUILLERMO HERNANDEZ VALENCIA.**  
TITULAR DE LA UNIDAD DE ENSEÑANZA.

---

**DR. JORGE A. DEL CASTILLO MEDINA**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE PEDIATRIA  
ASESOR DE TESIS

## INDICE

Agradecimiento	1
Resumen	2
1. Introducción	3
2. Características del estado	5
3. Marco conceptual	6
4. Métodos	9
5. Servicio de salud, estructura en el estado	10
6. El rendimiento de los programas prioritarios	11
6.1. La vacunación universal	11
6.2. Saneamiento básico	14
6.3 Tuberculosis	15
6.4 Infecciones gastrointestinales agudas	16
6.5 Infecciones respiratorias agudas	17
7. Discusión	19

## **AGRADECIMIENTOS**

*Los autores están muy agradecidos por el apoyo financiero y administrativo del Ministerio de Salud del estado de Oaxaca, y el Banco Mundial. Estamos especialmente agradecidos con el Dr. Gama Casas, Jefe de la Jurisdicción No. 1 de Salud en el estado de Oaxaca y el equipo de etnógrafos que ayudaron en la recolección de datos.*

# **El papel de los programas prioritarios en la prestación de los servicios de salud en el estado de Oaxaca, México.**

Gustavo Nigenda a \*, Pacheco, Carlos b

## **RESUMEN**

Una evaluación de la ejecución de cinco programas prioritarios de salud (saneamiento básico, la tuberculosis, vacunación, infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas) se llevó a cabo utilizando técnicas de etnográfica en la región de La Cañada en el estado de Oaxaca, México. La región presenta un gran porcentaje de población indígena y campesina que vive en la pobreza extrema y la atención médica es proporcionada principalmente por la secretaria de Salud. Características de la población y los servicios de salud se utilizan para analizar el rendimiento de los programas. Con el acceso a abundantes recursos, programas de vacunación y programas para las enfermedades diarreicas han tenido mucho éxito en la inclusión de la población y el logro de sus objetivos operativos. En consecuencia, esta capacidad de concentrar los recursos resulta en la falta de recursos para otros programas. A pesar de los éxitos parciales, todos los programas se enfrentan con dificultades operativas que demuestran, a su vez, la falta de capacidad de los servicios de salud para responder a las demandas específicas de las poblaciones locales. La información presentada es relevante para la discusión de selectivo contra extenso.

## **1. INTRODUCCION**

La heterogeneidad es una de las características principales de México [1]. A principios del siglo XX una revolución social que culminó en 1917 con la aprobación de una nueva Constitución que pretende garantizar el derecho de todos los ciudadanos a recibir asistencia sanitaria. A finales del siglo este mandato no se ha cumplido plenamente.

El reciente desarrollo en México es típico de los países subdesarrollados con una estructura social polarizada. La economía tuvo un resultado muy positivo en el período posterior a la Segunda Guerra Mundial, pero la industrialización y el desarrollo social fueron desiguales, en particular entre las regiones norte y sur. La disparidad se ha ampliado desde la década de 1980 cuando el país entró en una profunda crisis económica [2]. El dinero usado en años anteriores para financiar la atención de salud fue desviado para pagar la deuda externa adquirida con bancos extranjeros. Durante esta década la capacidad del sistema de salud para cubrir a la población se estancó. No obstante, en los últimos años, el control demográfico, el desarrollo social y las políticas de salud recuperaron la condición de prioridad en la agenda política de las administraciones con el fin de desviar posibles revueltas sociales. En el sur de México, en particular tres estados han sido objeto: Chiapas, Guerrero y Oaxaca. Cada uno de ellos ha experimentado la presencia de la guerrilla armada exigiendo un cambio político en el país. En Oaxaca, además, la violencia política aparece entre las estadísticas de salud como una de las principales causas de mortalidad en edad productiva. A través de préstamos del Banco Mundial, millones de dólares han sido vertidos en aquellos estados con mayor proporción de población bajo la línea de pobreza, para mantener la prestación de los servicios sociales [3].

En la región sur, los efectos de la crisis han sido experimentados dramáticamente. Los indicadores de salud en Oaxaca son similares a los presentados por países subsahariana, mientras que los indicadores de estados como Nuevo León y Baja California en el norte del país son similares a los de algunos países industrializados Europea [4].

Este es el entorno en el que los servicios de salud se producen en Oaxaca. En un estado donde el conflicto político es una experiencia cotidiana en muchas de las comunidades rurales, la producción de servicios de salud adquiere un carácter específico que afecta tanto a la población y los propios servicios. Las autoridades de salud a nivel nacional y estatal han definido varios programas que se consideran las

intervenciones prioritarias de salud y siguen las recomendaciones internacionales. Este artículo presenta un panorama y análisis de los resultados de estos programas prioritarios en dos zonas altas del estado de Oaxaca, Mazateca y Cuicateca respectivamente, los dos correspondan con la región de La Cañada donde las poblaciones indígenas son la mayoría.

## **2. CARACTERISTICAS DEL ESTADO**

El estado de Oaxaca esta ubicado en el sur de México. Se caracteriza por su diversidad étnica que abarca más de 15 grupos indígenas diferentes.

La diversidad étnica hace que la población indígena mantenga un porcentaje alto en la población total del estado. Por otra parte, la población oaxaqueña es



principalmente rural y caracterizada por dos tipos de comunidades. La primera se conoce como comunidades concentradas que se congregan por encima de 15000 habitantes. Comunidades dispersas tienen menos de 15.000 habitantes y las casas están escasamente dispersas dentro de los límites geográficos [5].

La economía del estado se basa en una industria incipiente, agricultura y el turismo. En la sierra, la economía se mueve alrededor de la cultivación y del procesamiento del café y otros cultivos que se exportan. Paradójicamente, estas áreas son las más socialmente desfavorecidas y la base de la estructura del poder está controlada por jefes locales o caciques, que tienen la capacidad de movilizar recursos para producción económica y mantener alianzas con el gobierno a nivel estatal y federal [6].

Aunque cacicazgos representan una estructura de las organizaciones políticas con nivel local, dan forma a la planificación e implementación de políticas sociales con nivel del Estado. De hecho, políticos del nivel federal y estatal y caciques con nivel local -tienen muchos rasgos en común, particularmente las intereses en economía y política.

### **3. MARCO CONCEPTUAL**

El estudio del rendimiento de los programas de salud en las zonas rurales y zona de desarrollo, implica el conocimiento de un conjunto de factores que tienen una influencia significativa en el nivel operativo. Uno de los aspectos más sobresalientes en un nivel amplio, se refiere al papel del Estado como responsable de la prestación de servicios sociales. En el nivel local el análisis del impacto y la aproximación de las políticas de salud para los grupos minoritarios y marginales deben tenerse en consideración.

Los grupos étnicos indígenas son caracterizados por ser situados al nivel más bajo de la estructura de las clases Mexicanas. Este hecho ha animado a algunos autores a referirse a estos grupos como «atrasados» en comparación a otros grupos dentro de la sociedad mexicana en relación con indicadores de salud [4]. Otros autores han señalado que la transición epidemiología ha polarizado el mapa de la salud en México, mostrando las poblaciones indígenas con un predominio todavía muy elevada de enfermedades infecciosos [7].

Es importante señalar que los grupos indígenas en las zonas rurales comparten con otros grupos de población en un medio urbano similares condiciones de privación. El estado de México ha diseñado e implementado un conjunto de programas que intentan aliviar condiciones de pobreza extrema en esos grupos [8]. Sin embargo, el impacto de estos programas todavía está por evaluarse. En gran medida, estos programas son las consecuencias de las evaluaciones llevado a cabo por agencias de financiación internacionales que han estado asesorando el gobierno en relación con la redefinición de políticas sociales [9]. Además, desde 1948, hay una agencia estatal específica que se ocupa de asuntos indígenas, a pesar de que por el momento tiene una posición débil en términos políticos.

A partir de esta perspectiva, en los últimos 25 años diversos programas se han puesto en marcha con el objetivo de ampliar la cobertura de servicios de salud hacia la mayoría grupos mal atendidos. Una de las políticas del sector salud que ha tenido más apoyo financiero y político es el programa de la atención primaria de salud (APS). Inicialmente, la estrategia de APS siguió un enfoque comprensivo [10], pero recientemente se ha dado más importancia a una estrategia cuyo objetivo es mejorar la eficiencia emprendiendo programas específicos. Por lo tanto su enfoque ha sido

más selectivo [11].

Desde 1994 la atención nacional ha sido monopolizada por conflictos que surgieron en la región sur del país. La naturaleza de estos conflictos subrayaba la cuestión étnica y los efectos de las brechas sociales y económicas en distintas regiones donde las poblaciones indígenas estaban presentes. Esta situación ha suscitado preguntas sobre los progresos de la política sanitaria en las regiones de las que es necesario reconocer los beneficios pero también fracasos [12,13].

APS selectiva se fortaleció por el proceso de descentralización [14] y la reforma del sector salud en México. Sin embargo, los argumentos críticos se han planteado sobre el desempeño de la APS selectiva en regiones que se caracterizan por complejas estructuras sociales y políticas [15], tales como el estado de Oaxaca. El análisis de la operación de estos programas cuenta la interacción de un amplio conjunto de variables en todas las comunidades que inicialmente se puede identificar como externa e interna.

Las variables internas son los servicios de salud, la población y la situación económica y política local. La interacción entre los servicios de salud y la población es un hecho cotidiano que tiene lugar en la comunidad.

Esta interacción básica es intermediada por la economía local y la situación política, el tercer elemento del triángulo es los servicios de salud. Las variables externas son cuatro: (a) La política social y estatal de salud, (b) la política estatal de indígenas, (c) estratificación social de la sociedad Mexicana, y (d) economía nacional.

Factores externos tienen influencia en todo el país. Ellos representan los cimientos sobre los cuales las relaciones internas se manifiestan. En condiciones normales, su influencia aparece de forma intermitente, pero su intensidad cambia conforme al interés político del Estado para lanzar nuevos programas o para revitalizar los antiguos programas. Algunos factores externos pueden ejercer más influencia del día a día que otros. Por ejemplo la política de salud a nivel nacional determina la naturaleza de los programas, los recursos disponibles para ellos y los objetivos para lograr. Los cambios sólo aparecen en los algunos períodos cuando nuevos programas se creen.

Factores interiores desempeñan el papel más importante en el desarrollo de los programas. Condiciones particulares en todas las comunidades modifican la capacidad de los servicios de salud para proporcionar vacunas o para promover la

planificación familiar. A su vez, la población puede responder o no a la entrega de información o el estímulo del personal de salud a participar en campañas de salud [16]. Características políticas y económicas internas puede afectar de diversas maneras la provisión de servicios de salud. Por ejemplo, el fraccionalismo político puede crear un proceso de selectividad de usuarios, mientras que la escasez de recursos financiero impiden que personas asistan a las unidades de salud.

## **4. MÉTODOS**

La información proporcionada en las secciones siguientes se recogió durante un período de ocho meses en 1995, a través de técnicas de campo etnográfico. El estudio se llevó a cabo en cinco municipios y diez comunidades de la región de La Cañada. Estas comunidades fueron seleccionadas porque se caracterizan por altas tasas de marginalidad social y la privación. También carecen de muchos de los servicios sociales prestados por el Estado.

Con el fin de coleccionar información, la estrategia de los procedimientos de evaluación rápida (RAP) [17], se utilizó. Dentro de RAP, técnicas etnográficas. Por lo tanto, la observación directa y entrevistas de profundidad con informantes claves para recoger datos primarios se aplicaban. Los etnógrafos utilizan una lista de temas previamente diseñado para llevar a cabo la entrevista. Un total de 110 mujeres en sus hogares fueron entrevistadas. Las entrevistas se llevaron a cabo también con proveedores de atención médica en sus unidades. A nivel comunitario los curanderos tradicionales también fueron utilizados como informantes. A todos los informantes se les dio la oportunidad de ampliar sus comentarios y opiniones. Datos secundarios fueron recolectados de los informes de nivel estatal y federal. Una vez procesada, la información cualitativa fue sistematizada utilizando Etnografía.

La primera etapa del trabajo de campo fue destinado a proporcionar una evaluación general de los principales factores políticos, sociales y culturales dentro de las comunidades. La segunda etapa estaba dirigida a recoger información sobre cuestiones concretas de salud de atención con diversos tipos de informantes.

## **5. SERVICIO DE SALUD, ESTRUCTURA EN EL ESTADO**

Las características del sistema de salud mexicano se han descrito en otro lugar [18,19]. En el estado de Oaxaca, la estructura administrativa del Ministerio de Salud (SSA) se organiza en Jurisdicciones para prestación de servicios. Hay siete Jurisdicciones cuales, a su vez, se dividen en distritos que representan el nivel operativo de la estructura. Uno de los distritos abarca la región de La Cañada. Los servicios de seguridad social sólo están presentes en las grandes ciudades, pero una rama subsidiada por el gobierno (IMSS-Solidaridad) está presente en las zonas rurales, con frecuencia en competencia con los servicios de la SSA para la demanda.

A mediados de la década de 1980, el estado de los servicios de salud de Oaxaca resistió una primera ola de la descentralización del sistema nacional de salud. A los estados se les dio la oportunidad de manejar sus propios recursos, funciones administrativas y de finanzas. A diferencia de otros estados, Oaxaca no eligió esa opción resultando la necesidad de un presupuesto del nivel estatal para proporcionar más recursos [14].

La información reciente acerca de la estructura de los servicios de salud en La Cañada muestra la siguiente distribución. En 1996, el 5% de la población del estado de Oaxaca vivió en La Cañada. Este porcentaje varía, ya que la comunidad de la Cañada pierde cientos de personas cada año que emigran en busca de trabajo. El bajo nivel de desarrollo industrial se refleja en el hecho de que sólo el 0,9% de la población en La Cañada está cubierto por las instituciones de seguridad social [20]. La mayoría de los usuarios de los servicios de salud en La Cañada (95,5%) fue cubierta por el IMSS-Solidaridad y la SSA. Sólo el 3,2% de los médicos en el estado trabajan en La Cañada mientras que 7,4% de las unidades se encuentran en la región [21]. Así, la disponibilidad de las unidades es mayor que la disponibilidad de los médicos lo que significa que la mayoría de estas unidades posteriormente tienen solamente servicios básicos.

## **6. EL RENDIMIENTO DE LOS PROGRAMAS PRIORITARIOS**

Como se ha señalado anteriormente, en México existe una necesidad urgente de definir las prioridades de atención de salud preventiva ya que los problemas principales de salud se han observado entre ellos [22]. En este contexto, la distribución de recursos para la atención de salud está constantemente buscando mejorar la equidad y la transparencia en el uso de los recursos financieros públicos [23]. Sin embargo, dada la debilidad de la economía en Oaxaca la inversión necesaria para mejorar la atención de la salud en este nivel es mucho más allá de la capacidad del Estado.<sup>3</sup>

A pesar de las mejoras en la financiación de los servicios de salud de nivel primario, la utilización por la población ha sido considerada baja en comparación con otras zonas del país [24].

### **6.1. La vacunación universal**

La vacunación universal es un programa muy exitoso, lo que normalmente dispone de recursos suficientes y medios para proporcionar información a través de la radio a nivel estatal y la televisión, manteniendo así una fuerte presencia en la región. Por otra parte, en La Cañada, prácticamente centros de salud colocan carteles y otros tipos de mensajes icónicos, diseñado desde el nivel central, en particular por el Consejo Nacional para la vacunación. Todos estos medios de comunicación de mensajes de vacunación son especialmente destacados cada año durante la Semana Nacional de Salud.

3 Es importante señalar que la información oficial sobre el gasto de salud, sólo está informado por la entidad y no por un programa de salud específico. En este contexto, Oaxaca es uno de los estados en los que un elevado nivel de los gastos federales para programas de atención a la salud coexiste con un elevado índice de enfermedades infecciosas.

A pesar del amplio reconocimiento del desempeño de los programas de vacunación en todo el país, el trabajo etnográfico ayudó a identificar los aspectos problemáticos. En primer lugar, existe una distribución diferencial de los recursos concedidos a vacunas específicas dentro del programa<sup>4</sup>. Por lo tanto, dada la complejidad de este

programa es importante tener en cuenta que el Programa Nacional de Vacunación es estratificado. De hecho, la vacuna que absorbe la mayor parte de los recursos (es decir, personal, transporte), proporcionado a centros de salud es la vacuna contra la poliomielitis. En orden descendente sigue el sarampión, la vacuna triple que contiene difteria, tos ferina y el tétanos, y finalmente la vacuna contra la tuberculosis (BEG).

Otro de los ejes de la mala distribución de recursos es por tipo de localidad. En total, la cantidad más significativa de los recursos proporcionados a este programa se encuentra concentrada en las ciudades, que normalmente son representados por los municipios. En la mayoría de estas localidades, los centros de salud muestran anuncios con los esfuerzos de hacer a la población más receptivos a los mensajes de la vacunación. Sin embargo, un problema importante con esta forma de comunicación es que los mensajes se escriben normalmente en el idioma español, mientras que en la mayoría de la población de estas zonas habla sólo lenguas indígenas<sup>5</sup>.

Algunas otras deficiencias observadas de los programas de vacunación son: (a) las madres no llevan a sus hijos a los centros de salud para ser vacunados, (b) el éxito de los objetivos de la vacunación que se basa en la "estrategia de exploración" (que consiste en llegar a los niños a ser vacunados en su propio barrio) depende del trabajo activo del personal de salud

En cuanto a la participación de personal de salud, los aspectos más destacados que podemos mencionar. Fue posible identificar en el trabajo de campo grupos de trabajadores altamente motivados, sobre todo enfermeras y trabajadores sociales. Sin embargo, hubo otros grupos, entre ellos médicos, que mostraba claros signos de apatía, consecuentemente teniendo un impacto negativo en el programa<sup>6</sup>.

A diferencia de comunidades concentradas, las comunidades rurales dispersas presentan más limitaciones para alcanzar con éxito programas de vacunación. Estas limitaciones pueden ser identificadas alrededor de factores geográficos, de infraestructura y demográficos.

4 Según las cifras oficiales (SSA, Anuario Estadístico 1995), el 51% de todas las dosis de las vacunas distribuidas en el estado de Oaxaca en 1995 fueron las vacunas Sabin.

5 El Instituto Nacional del Indio (INI en español) tiene un conjunto de estaciones de radio en las áreas indígenas de todo México. Ellos difunden sus programas en lenguas indígenas. Las autoridades de



Salud en el estado de Oaxaca han sido recomendados por el equipo de los investigadores como una opción para tratar el tema del idioma, para hacer acuerdos con el INI para transmitir mensajes de salud.

6 Este problema tiene sus raíces en el personal la forma en que se encuentra en los centros de salud. Las enfermeras y otros técnicos normalmente tienen carácter permanente, y son reclutados de las comunidades de las que pertenecen culturalmente. Por lo tanto, su compromiso con el cuidado de la salud va más allá del ámbito profesional. Los médicos vienen de otras regiones dentro o fuera del estado y los que normalmente no quieren se enviarán a las comunidades a las que no pertenecen culturalmente. Además de otras cuestiones como la estratificación institucional o las diferencias de clase, los factores antes citados se consideran relevantes para entender la actitud del personal hacia el cuidado de la salud pública de las zonas indígenas.

En el caso de los factores geográficos, La Cañada tiene una topografía muy desigual, que dificulta el acceso a las comunidades. Este factor, asociado a deficiencias infraestructurales hace que los objetivos de vacunación sean difíciles de lograr. Las carreteras y caminos que comunican con las localidades dispersas presentan condiciones que hacen que el tránsito sea una cuestión compleja. Al mismo tiempo, dado que la densidad de población es, en promedio, por debajo de 1000 habitantes por la ciudad, el transporte es escaso con los autobuses públicos sólo teniendo una salida por día en algunas aldeas.

La organización de los servicios de salud también hace difícil el rendimiento de los programas de vacunación. Es común ver cómo los recursos para llevar a cabo un programa tardan más de lo esperado para llegar a los centros de salud en las comunidades. Esto hace que el cumplimiento de los plazos sea una tarea difícil. En estos casos la estrategia de exploración representa el único medio por el que se tomen las vacunas para los pueblos más pequeños, lo que implica un trabajo extra para el personal no médico.

En aquellas comunidades donde existe un centro de salud, el personal no médico es escaso. Esto significa que los médicos bajo contrato temporal o estudiantes cumpliendo requisitos de servicio social (también conocido como pasantes<sup>7</sup>) se hacen responsables de la realización del programa. La participación comunitaria es sin duda un factor clave en estos casos

## **6.2. Saneamiento básico**

Uno de los problemas más importantes identificados en la zona de estudio, está relacionada con el Programa de Saneamiento Básico. Es importante mencionar la existencia de otros temas pertinentes relacionados con la falta de saneamiento, lo cual a su vez están relacionados con las condiciones socio-económicas características de las poblaciones estudiadas. El saneamiento básico en los hogares es una cuestión en donde la falta de calidad de los servicios públicos tiene un gran

impacto.

Por ejemplo, la falta de agua corriente con frecuencia crea limitaciones para la higiene personal, muchas familias tienen disponibles varios cubos de agua que tienen que ser comprados y que normalmente no están al alcance de los sueldos que se gana en la región.

7 Pasantes: son de último año de pregrado medica<sup>1</sup> estudiantes que están obligados a pasar 6 meses a 1 año en los pueblos rurales a dedicarse al cuidado de las unidades de las instituciones públicas de salud, a cambio de una pequeña remuneración.

En el plano institucional, no existen programas para desarrollar una cultura de cuidado del medio ambiente y protección. De hecho, las instituciones públicas cooperen en detrimento del medio ambiente como es el caso de un hospital regional en La Cañada que periódicamente arroja sus residuos en un río que es utilizado por muchas comunidades como una fuente de agua potable. Vale la pena señalar que el mismo de los procesos de deterioro ecológico que caracterizan a las regiones Mazateca y Cuicateca, están también presentes en otras regiones del estado. Esta condición del medio ambiente parece proporcionar una imagen análoga de lo que está sucediendo con las condiciones de salud de la población.

En comparación con el programa de vacunación y saneamiento básico parece no haber ninguna articulación ni orientación precisa. Otra cara de este problema se manifiesta tanto en las instituciones y la población que no parece tomar conciencia cuando al mismo tiempo los problemas de saneamiento siguen creciendo.

### **6.3. Tuberculosis**

Como es bien sabido, la tuberculosis es una enfermedad asociada a condiciones de pobreza y su presencia en la zona es significativa. En la región, varias personas con tuberculosis, tanto jóvenes como personas de la tercera edad, fueron identificadas. Detrás de la manifestación clínica de la enfermedad es un marco completo de los valores culturales y la respuesta a la aplicación de un tratamiento efectivo. Su carácter crónico y una compleja constelación de síntomas crean una representación particular de la población, que asocia la enfermedad con ciertos tipos de hechicería y brujería. La víctima no quiere ser descubierto, ya que puede conducir a la estigmatización. La población también identifica una relación entre la enfermedad y su carácter infeccioso.

Debido a la forma en que se realiza el diagnóstico, es imposible atraer a pacientes y ganar su confianza. Después que el médico del centro de salud ha obtenido la muestra de esputo, el paciente puede tener que esperar por un período de tres a cuatro meses para recibir los resultados del examen. Este retraso es experimentado por todos los pacientes, incluso por aquellos que han reanudado el tratamiento. La razón de este retraso es que los laboratorios no están disponibles en la zona y las muestras deben estar llevados a la ciudad capital de Oaxaca, por lo menos 8 horas de distancia. El Hospital Regional de Huautla no garantiza una reducción en el tiempo de espera, "es comprensible" dice un médico en un pueblo del centro de salud-, tienen una demanda tan excesiva que no puede entregar resultados antes de dos meses o más<sup>8</sup>.

8 equipos portátiles para el diagnóstico de la tuberculosis no estuvo disponible en el área en el momento del estudio.

La persona con tuberculosis es alguien que normalmente sigue y combina varios caminos en la búsqueda de una cura. Prueban hierbas, buscan atención con los curanderos tradicionales y a veces incluso toman medicamentos alopáticos. Su confianza está severamente disminuida y crean un futuro fatal. Durante el período de trabajo de campo varios casos fueron identificados, algunos de ellos sólo ha algunas cuadras del centro de salud. Tanto en comunidades concentrado y dispersas, los casos con asistencia sanitaria defectuosa fueron identificados. Es cierto que las visitas de control son reducidas y la calidad de la asistencia es baja. Con el cambio de *pasantes* cada seis o doce meses, los tratamientos se interrumpen y el trabajo previo se desperdicia. Dos cuestiones tienen una influencia importante en este problema: la organización institucional de la asistencia sanitaria y la falta de confianza en los médicos.

#### **6.4. Infecciones gastrointestinales agudas (AGIL)**

De alguna manera, hay una idea clara sobre los riesgos para la salud y los peligros que este tipo de infección implica tanto en el ámbito comunitario y familiar. Sin embargo, esto no implica una reducción de casos cada año. Según las estadísticas disponibles, la tendencia es cíclica y en cada periodo seco la cantidad de niños deshidratados que asisten a los centros de salud se eleva [21]. Basándose en la información obtenida de las entrevistas, los proveedores, por una parte, creen que la gente no sigue las reglas básicas de higiene, no se asean asimismo, ni a sus hijos,

por lo tanto, crean condiciones adecuadas para el desarrollo de enfermedades infecciosas. Por otra parte, según informes, reconocen el valor de los programas de salud. Estos programas han tenido un impacto positivo, sin embargo. Situaciones de emergencia, como el reciente brote de cólera, sin embargo, ha iluminado a la población sobre las ventajas de la ebullición del agua y medidas básicas de higiene. El problema de las enfermedades gastrointestinales agudas es un problema íntimamente ligado al saneamiento básico, sin embargo, en este punto la percepción de la comunidad y de los proveedores no puede ser totalmente en sintonía con el fin de emprender acciones concretas. Las recomendaciones de hervir el agua no se están seguidos basándose en el argumento de “Por qué tenemos que hervir el agua si siempre hemos bebido agua cruda... esto nos proporciona la energía y después de hervir el gusto se pierde“

Dos diferentes lógicas acerca de cómo proceder están enfrentados aquí: una basada en la costumbre que se origina en una relación ancestral con el medio ambiente, y el otro orientada por el conocimiento médico moderno. El segundo, sin embargo, sugiere situaciones unívocas, toda el agua debe ser hervida. La relación con el entorno se ha modificado drásticamente en los últimos años y las comunidades no parecen estar completamente conscientes de los riesgos de consumir agua contaminada. En el plano institucional, las unidades de salud funcionan como una red ampliada para tratar AGIL, pero con poca coordinación. Todas las unidades tienen una sala u otro espacio físico donde los pacientes AGIL son tratados. Aquí, Vida Suero Oral se administra y mantenido en observación antes de tomar nuevas medidas, De acuerdo con los médicos más experimentados en la región, la aplicación de este suero ha sido uno de los instrumentos más importantes con el objetivo de mejorar las condiciones de salud en la población. Sobres que contienen las sales para preparar el suero son ampliamente distribuidos de forma gratuita en la zona y las personas suelen ser conscientes de sus beneficios. Sin embargo, las comunidades dispersas no tienen acceso fácil a este tipo de tecnología médica. Como se mencionó anteriormente con otros programas, es en este punto donde las redes de distribución tienen deficiencias y las principales características de este problema están relacionadas con el funcionamiento de las unidades de salud. Por ejemplo, las personas que están a cargo frecuentemente no suelen estar disponibles, no tienen compromiso con sus funciones, y no son entrenados suficientemente para proporcionar información apropiada a la población sobre el uso del suero. Uno de los informantes declarando que -tenemos que repetir la misma información todo el tiempo- “la gente ya debería saber cómo preparar el suero”. Esfuerzos comunitarios

para apoyar la distribución del suero han fracasado debido a la falta de recursos asignados y al asesoramiento técnico proporcionado por las unidades de salud.

### **6.5. Las infecciones respiratorias agudas (IRAS)**

Para reducir el número de muertes causadas por enfermedades infecciosas en niños menores de 5 años, el sector salud ha diseñado manuales de procedimientos, videos instruccionales. Estos materiales tienen como objetivo informar al personal de salud sobre cómo identificar los síntomas graves y aplicar el procedimiento curativo correspondiente. A diferencia del programa AGIL, IRAS no contempla el suministro de información a la población para llevar a cabo acciones específicas con el fin de prevenir estas enfermedades. Es reconocido, sin embargo, que estas enfermedades pueden deberse a cambios bruscos de temperatura ambiental y por el uso de ropa inadecuada. El área Mazateca y Cuicateca comunidades que están ubicadas en las zonas altas, donde los cambios de temperatura son frecuentes. Debido a sus actividades laborales, la población sufre continuamente de los resfriados, la gripe y la tos crónica. En un día cualquiera, las temperaturas pueden fluctuar de un semi-tropical hasta frío. Estos factores hacen a los niños vulnerables a contraer enfermedades respiratorias. Es evidente que el Programa Nacional para la Prevención y el Control de Enfermedades Respiratorias iniciado en 1988 ha tenido un efecto positivo sobre las condiciones de salud de la población en la región. Sin embargo, aún queda mucho que hacer en el nivel del hogar. Es en este entorno donde los factores que ponen en riesgo la salud de los miembros de la familia, especialmente los niños, siguen siendo frecuentes. Durante el trabajo de campo algunos casos de enfermedades respiratorias entre los niños aparecieron. Estos casos tienen en común las siguientes características: (a) malnutrición, (b) las condiciones sobrepoblados, (c) falta de conciencia de la madre sobre el cuidado y la identificación de síntomas de severidad de la enfermedad. Tanto en los casos de IRAS y AGIL, una tendencia cultural a intentar remedios caseros antes de asistir al centro de salud fue identificado. A veces esto es suficiente para hacer frente a las enfermedades. Sin embargo, en varias ocasiones, la medicina tradicional puede ser insuficiente y los niños llegan al centro de salud en fases avanzadas de la enfermedad. Esto apoya la necesidad de centrar el programa en la prevención y la formación de las madres (y otros miembros de la familia cuando sea posible) en el hogar.

## **7. DISCUSION**

Es importante mencionar que el debate conceptual sobre la salud primaria integral y selectiva debe ser puesto en perspectiva de acuerdo a la realidad del día a día de la operación de los servicios de salud. En Oaxaca, es claro que la estrategia selectiva de APS ha guiado la política de atención de la salud de la distribución de los recursos, lo que también es cierto en otros estados mexicanos. El objetivo del presente trabajo fue describir el proceso de entrega de los programas prioritarios que concentran los fondos, los esfuerzos de organización, y el interés político estructuras gubernamentales federales y estatales. Los resultados presentados anteriormente en relación con el desempeño de los programas prioritarios de salud en las zonas rurales de Oaxaca induce un debate con tres líneas de argumentación: (a) el papel de los servicios de salud, (b) la respuesta de la población, y (c) la importancia de las variables contextuales.

Normalmente se asume que APS selectiva puede hacer un uso eficiente de los recursos disponibles para ejecutar los programas. Sin embargo, nuestros datos muestran que el proceso de prestación de servicios a través del programa de prioridad no es liso, y incurre otros tipos de costos. En primer lugar, el apoyo excesivo de algunos programas prioritarios gravemente distorsiona la importancia de los programas no prioritarios e incluso otros programas prioritarios. La inversión desproporcionada en el programa de vacunación contra la poliomielitis hace que los recursos y el apoyo de otros programas de vacunación aparecen restringidos. No obstante las dificultades en la comunicación y la falta de respuestas más dinámicas de los grupos más aislados, hace el costo marginal muy caro. Por otra parte, la paradoja de un servicio público realizando un programa de saneamiento básico que se encuentra en primero rechazado por otra institución pública, demuestra la falta de coordinación o la rivalidad entre ellos, que debe ser abordado mediante una política dirigida a integrar los esfuerzos de estas instituciones. Lengua indígena, los bajos niveles de alfabetización y los conflictos políticos serán los elementos principales que afectan a los programas de vacunación que están diseñados bajo una perspectiva que ignora las particularidades regionales y étnicas. Las condiciones de escasez de la vida material que prevalecen en estas comunidades, hace confusa la definición de las necesidades prioritarias de salud así también hace el rendimiento de las campañas de vacunación más difícil. Por lo tanto, importantes cuestiones problemáticas en la población se identificaron en relación con el manejo de la tarjeta de vacunación y la realización del programa de vacunación básica. La parte de la

población del problema tiene múltiples aristas de interpretación. Es que la falta significativa de recursos de las comunidades y su población impide el acceso no sólo a los servicios, sino a una información adecuada que les ayudara a desarrollar comportamientos para solucionar problemas básicos, como la purificación del agua y la detección de los síntomas iniciales de la enfermedad. El caso de la tuberculosis es especialmente importante ya que implica la estigmatización de sectores de la población que se enfrenta a hechos que reducen su acceso a la atención de la salud. El contexto también puede ser considerado como una cuestión importante. El elemento político es particularmente relevante. Según los informantes la afiliación política puede causarle a una persona que se le niegue el acceso a los servicios de salud si las autoridades de la ciudad o pueblo pertenece a un partido político diferente. Esto también es cierto en el envío de información relacionada con los programas prioritarios y el acceso a estos servicios específicos. En consecuencia, los servicios que se proporcionan en La Cañada, como sucede en muchas otras áreas rurales mal servidas del país, no es una tarea fácil ya que implica y está influenciado por una compleja constelación de cuestiones. El éxito de los programas prioritarios no significa necesariamente la solución permanente de los problemas de salud que tienen de objeto, pero sobre todo una respuesta temporal a problemas que podrían emerger de nuevo como las causas sociales, condiciones económicas y políticas siguen siendo frecuentes. Sin embargo, hay espacio

Para los cambios que requieren un esfuerzo coordinado de las instituciones públicas, la participación de la población y la vigilancia del Estado para mover los recursos escasos que están disponibles en estas comunidades hacia la solución de problemas que requieren más sensibilidad y el sentido común en relación con intervenciones de alta tecnología.