

Acciones en prevención y promoción de la salud en el primer nivel de atención: evaluación cualitativa en unidades de Nezahualcóyotl, México

Brenda Areli García Abrego • José Arturo Granados Cosme***

RESUMEN

Objetivo: evaluar la implementación del Paquete Garantizado de Servicios de Prevención y Promoción de la Salud en Nezahualcóyotl, México. **Material y métodos:** con base en un modelo de evaluación de la implementación de políticas públicas, se diseñaron una guía de observación y una de entrevista estructurada para evaluar recursos, ambiente laboral, cooperación y metas. Fueron informantes clave, directivos y administrativos, médicos, enfermeras y técnicos en atención primaria de cinco unidades de atención de primer nivel. **Resultados:** A partir del análisis de 54 entrevistas, se observó una insuficiencia cualicuantitativa de recursos humanos, financieros y técnicos; un ambiente inadecuado, una regular cooperación pero mala definición de metas. **Conclusiones:** Es necesario integrar estructuralmente la educación y promoción a las políticas de salud, con presupuesto específico y personal profesionalizado, implementar la planificación de las acciones, clarificar la organización y división del trabajo, y mejorar la evaluación.

PALABRAS CLAVE: promoción de la salud, políticas de salud, programas de salud, educación en salud e implementación.

Actions on health promotion and prevention on first level medical attention: a qualitative evaluation in Nezahualcóyotl, Mexico.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the implementation of Health prevention and promotion guaranteed package in Nezahualcóyotl, México (Paquete Garantizado de Servicios de Prevención y Promoción de la Salud en Nezahualcóyotl, México). **Material and methods:** based on a evaluation of public politics implementation, it was designed an observation and an semi-structured interview guides to evaluate resources, laboral environment, cooperations and goals. These instruments were applied to key informants among

* Profesora Investigadora, Licenciatura en Educación para la Salud, Universidad Autónoma del Estado de México.

**Profesor Investigador, Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana.

Fecha de recepción: 04 de junio de 2019.

Fecha de aprobación: 24 de septiembre de 2019.

heads medical units, physicians, nurses and attention technicals who work in 5 first-level medical attentions units. **Results:** Trough 54 interviews analysis, it was detected a quali-quantitative insufficiency in human, financial and technical resources, as well as an inadequate environment, a regular cooperation, but a bad goals definition. **Conclusions:** It is necessary to integrate structurally health politics on education and promotion, assigning specific budget to achieve this. We also consider that it is necessary to clarify how operates the organization and work division, and to improve the evaluation.

KEY WORDS: health promotion, health policies, health programs, health education and implementation.

Introducción

En últimas décadas, un rasgo característico de las políticas de salud, fue la formulación de paquetes de servicios esenciales. En materia de educación y promoción de la salud en México, esta tendencia se concretó con el Paquete Garantizado de Servicios de Prevención y Promoción de la Salud (PGSPPS), que incluso representó la primera línea de acción de la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una mejor Salud que supuso una intervención pública sin precedentes (Secretaría de Salud, 2016). Este trabajo analiza la implementación de dicho paquete en los servicios de primer nivel en unidades médicas del municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México.

En el análisis de las políticas públicas, Ozlak (1982) propone distinguir racionalidad técnica de racionalidad política como dimensiones determinantes del desarrollo de programas e incluir el análisis del aparato burocrático que los implementa, como una arena política en que se redefinen las sucesivas tomas de decisiones. Plantea la planificación como la actividad que articula y orienta las acciones hacia el cumplimiento de objetivos aplicando criterios de racionalidad técnica, mientras que la implementación se refiere a la interacción de los componentes del sistema sobre el que se interviene y en el que adquieren impor-

tancia los actores ya que a éstos se les asignan posiciones, recursos y conductas.

Los análisis tradicionales de la política pública se concentraron en la racionalidad técnica, apertura o justicia en la toma de decisiones (Van Meter y Van Horn, 1975), mientras que el enfoque sobre la efectividad de los programas o en etapas *post-decisión* es relativamente más reciente (Parsons, 2007). En la implementación adquiere relevancia identificar factores determinantes y consecuencias de las acciones públicas, destacando las condiciones en que se producen los servicios y las formas en que se otorgan (Van Meter y Van Horn, 1975). En este rubro pueden distinguirse modelos de abordaje (Van Meter y Van Horn, 1975; Parsons, 2007; Elmore, 1978; Bardach, 1977; Mazmanian y Sabatier, 1984; Pressman y Wildavsky, 1984), para el presente estudio se diseñó un modelo para el que se retomaron cinco criterios, agregando variables no consideradas o que se consideraron limitadas, el modelo final se describe a continuación.

Disponibilidad de recursos (Parsons, 2007), para este estudio fueron tomados como variables: (a) Humanos (disposición de personas capacitadas adecuadamente para realizar actividades que im-

pone una política o programa), (b) Físicos (comprende espacios, equipos, infraestructura, bibliografía, documentación), (c) Técnicos (alternativas técnicas elegidas y tecnologías a utilizar), (d) Financieros (presupuesto necesario y disponible ya que cualquier acción tiene un costo que debe ser asumido por todas las partes comprometidas en su puesta en marcha).

Ambiente que estimula el trabajo de los funcionarios de gobierno y que recibe a su vez, los resultados de su trabajo (Van Meter y Van Van Horn, 1975), se define como el lugar en donde se lleva a cabo la actividad laboral, incluye condiciones de trabajo como organización, contenido y tiempo de trabajo, remuneración, tecnología involucrada, gestión de la fuerza de trabajo, servicios sociales y asistenciales, participación de los trabajadores (Neffa, 1999). Para este estudio sólo se consideraron: (a) remuneración: como parte de los estímulos, (b) tiempos de trabajo (tiempo demandado para la ejecución de las acciones en contraste con el tiempo que se tiene) y (c) organización del trabajo (división y organización).

Cooperación de los funcionarios (Mazmanian y Sabatier, 1984), se consideraron como variables: (a) acciones conjuntas (Fontenla, 2002), se analizan las acciones que implican la intervención de más de un actor para su óptima ejecución, (b) seguimiento (análisis y recopilación sistemática de información a medida que avanza un proyecto u acción determinada), su objetivo es mejorar la eficacia y efectividad de una acción, proyecto u organización, se basa en metas establecidas y actividades planificadas, ayuda a que se siga una línea de trabajo, que permita a la administración conocer cuando no está funcionando.

Metas claras y que se entiendan perfectamente

(Van Meter y Van Horn, 1975), en qué medida se encuentran definidas de manera clara y específica las metas u objetivos. Según la CEPAL (2017), las metas de las políticas públicas deben expresar el nivel de desempeño a alcanzar, vincular indicadores para proveer la base de planificación operativa y presupuesto, deben especificar un desempeño medible, fecha o período de cumplimiento, ser realistas y factibles, que sean claras para todos los implementadores.

Material y métodos

En base a este modelo, se diseñó un estudio de corte cualitativo para evaluar la implementación del PGSPP en cinco unidades del primer nivel de atención en el municipio de Nezahualcóyotl, México pertenecientes al Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) y al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En base a los criterios descritos arriba y sus variables, se acotaron las preguntas de la guía de entrevista estructurada que se aplicó a informantes clave, éstos fueron definidos por su participación en la implementación, su conocimiento y experiencia de primera fuente en la ejecución: directivos y planificadores, y personal clínico.

Las entrevistas fueron realizadas durante el año 2015, en las unidades de atención médica, previa autorización de los comités de investigación y con el consentimiento informado de los informantes, audiograbadas y transcritas en su totalidad. Se realizó un análisis comparado entre el discurso del personal administrativo y el del personal clínico, identificando las dificultades en la realización de acciones para cada criterio. Finalmente se hizo un análisis interpretativo tomando como eje general la implementación del PGSPPS y cruzándolo con los cinco criterios del modelo, para cada uno de

éstos, se identificaron regularidades discursivas por tipo de informante e institución, con el contraste de testimonios se elaboró una conclusión que se apoyó con algunos referentes teóricos que lo explican. Para su exposición, se seleccionaron los fragmentos más sobresalientes.

Resultados

Se obtuvieron 18 entrevistas a médicos (MED), 22 enfermeras (ENF), 6 técnicos en atención primaria a la salud (TAPS), 4 directivos (DIR) y 4 administrativos (ADM).

Disponibilidad de recursos

• Humanos

El personal a cargo de las acciones preventivas que señala el PGSP, son en su mayoría médicos, enfermeras y trabajadores sociales. En las unidades del ISEM se cuenta con técnicos en atención primaria (TAP), cuyas actividades se basan un modelo de atención primaria a la salud resaltando el cuidado y autocuidado del individuo, la familia y la comunidad.

Directivos y administrativos refirieron contar con recursos humanos necesarios en cantidad y calidad porque “prevalece una perspectiva de trabajo en equipo”, asignando al personal de enfermería una centralidad fundamental. Para el personal clínico, no son suficientes y es necesario capacitar a los disponibles.

“...estamos completos, pues las tareas preventivas competen a todo el personal de la institución y cada quien sabe lo que le corresponde...” [DIR 1 IMSS].

“...se tienen los recursos en cuanto a personal, básicamente es el personal de enfermería quien lleva a cabo las acciones...” [DIR 2 IMSS].

En el caso de que directivos y administrativos admitieron escasez, dijeron que es “normal” y no representa un obstáculo para obtener resultados.

“...nunca es suficiente para la demanda eso es definitivo, pero es posible trabajar y lograr un buen resultado... el personal debe buscar la forma de brindar los servicios...” [DIR 3 ISEM].

“...hacen falta recursos... pero se debe trabajar con lo que se tiene” [ADM 1 ISEM].

El personal clínico informó que la insuficiencia genera sobrecarga de trabajo al referir que su jornada no es suficiente para realizar las tareas.

“Hace falta más personal que se encargue de manera específica de la prevención...” [ENF 1 IMSS].

“...enfermería lleva a cabo las acciones y son muchísimas, no alcanza el tiempo, falta personal” [ENF 2 IMSS].

“Necesitamos más personal para poder realizar más y mejores acciones, y no sólo médico y de enfermería, personal específico que administre y complemente el quehacer preventivo” [ENF 3 IMSS].

“...hace falta contar con más personal capacitado...” [MED 1 IMSS].

El personal clínico atribuye a la atención primaria y las actividades de promoción de la salud una especificidad teórico metodológica que implica una

profesionalización y especialización, considerando que éstas no pueden ser asumidas por personal no capacitado.

“Hacen falta más recursos humanos que se especialicen en la atención primaria... lo que se dice en el discurso no lo estamos aplicando...” [MED 7 IMSS].

La insuficiencia de personal y la falta de especialización en el campo de la promoción de la salud, influyen en la prestación de otros servicios.

“...claro que faltan recursos humanos... nosotros mismos podríamos hacer más acciones preventivas, igual con las enfermeras, si ellas fueran más podrían abarcar más, sin necesidad de descuidar sus servicios... se dejan de hacer unas cosas por cubrir otras...” [MED 5 IMSS].

“...falta personal... la mayoría no hace lo que se nos dice, muchos médicos sólo simulan que hacen las acciones...” [MED 10 IMSS].

“...el personal debería ser más, se nos obliga a brindar más servicios en menos tiempo y... la calidad se ve afectada” [ENF 4 ISEM].

“Hace falta más personal para poder cubrir mejor las tareas...” [TAPS 1 ISEM].

• Recursos físicos y técnicos

Los materiales y equipos que mencionados como indispensables (Secretaría de Salud, 2012), se encontraron totalmente en 3 unidades. Los dispositivos de pruebas rápidas (para tamiz neonatal), somatoscopio y podoscopio no se encontraron en 2. El material documental no se encontró, los prestadores mencionaron que

no contaban con él “en ese momento”, sólo se verificó la existencia del 30% de los documentos que se señalan en el Manual de Operaciones (Secretaría de Salud, 2010). En cuanto a materiales didácticos, se observó una escasez importante, pues sólo en 2 de las 5 unidades estuvieron disponibles. Adicionalmente, no se encontró equipo para proyectarlos.

Directivos y administrativos reconocieron la carencia de materiales y equipos, pero dicen contar con insumos suficientes para “casi” la totalidad de acciones.

“...se cuentan con los materiales necesarios... para llevar a cabo las tareas de prevención no se necesitan tantos recursos...” [DIR 2 IMSS].

“...se cuenta con los más indispensables, tengo entendido que en medicina preventiva cuentan con todo...” [ADM 2 IMSS].

El personal clínico coincide en que más allá de falta de material o equipo, hay que promocionar los servicios preventivos y que los usuarios se interesen en participar.

“Más que recursos materiales, hace falta quién haga las cosas...” [ENF 5 ISEM].

“Material sí falta, pero hay cosas que se pueden hacer con lo que se tiene, y aun así no se hacen...” [MED 11 IMSS].

“...nos indican detectar diabetes en los pacientes y no hay tiras reactivas” [MED 12 IMSS].

“La mayoría de los recursos materiales que se ocupan para lo preventivo son didácticos, y no hay mucho material...” [ENF 6 IMSS].

• Recursos financieros

Necesidad y disponibilidad es una dualidad conflictiva, ya que en la mayoría de los casos los recursos que se necesitan se contraponen a aquellos con los que realmente se cuenta, este estudio observó un patrón de respuesta por parte de directivos y administrativos que se contrapone a lo que informa personal clínico. Los directivos refirieron contar con los recursos necesarios, pero en todos los casos, se mencionó la ausencia de un presupuesto específico para las acciones de prevención y promoción de la salud.

“...de manera específica no contamos con un presupuesto para las acciones que se señalan en el PGSP... ya viene incluido...” [DIR 1 IMSS].

“...un recurso como tal para la implementación de esta estrategia no lo hay...” [DIR 2 IMSS].

El esquema tradicional de atención médica que prioriza la provisión de medicamentos y las terapéuticas curativas dentro del sistema de salud, no contempla la asignación de recursos financieros para la promoción de la salud.

“...la principal preocupación es tener farmacias con medicamentos, eso claro nos lleva a recortar otras áreas como medicina preventiva” [DIR 3 ISEM].

Para el personal clínico, la falta de recursos económicos sí representa uno de los principales obstáculos.

“Sí claro... la falta de recurso económico es, yo creo la principal causa de que la prevención no de buenos resultados...” [MED 13 IMSS].

“...si se cuenta con recursos económicos pues de ahí se desprende todo lo demás, pero como no lo hay o hay muy poco, pues se limita el alcance” [ENF 7 IMSS].

“El recurso, el capital, es la principal causa, de ahí que sea bajo el impacto, no hay inversión para prevenir” [ENF 8 ISEM].

“...en la parte preventiva es en la que se invierte menos, vea usted cuántos médicos hay, cuántos promotores de salud hay...” [MED 14 IMSS].

“...en la parte preventiva es donde hay menos recurso económico y donde más se necesita...” [MED 15 ISEM].

“...se tiene la idea de que para prevenir no se necesitan recursos económicos, no es así, es barato hacer muchas tareas de prevención, pero hay otras que sí necesitas recursos... el que se tiene es poco...” [ENF 9 IMSS].

Ambiente de estímulos de trabajo

•Remuneración

Los entrevistados, refirieron no haber tenido ninguna variación en sus ingresos. Directivos y administrativos mencionaron que las nuevas estrategias que se ponen en marcha como el paquete, no requieren modificar los salarios pues son parte de sus obligaciones. En contraparte, el personal clínico señaló que hay tareas que salen de su competencia, que implican esfuerzos y recursos adicionales, sobrecargando los servicios.

“No, ni debería haber... puesto que no es una tarea ajena a la atención que se debe otorgar...” [DIR 2 IMSS].

“Los estímulos son importantes, sin embargo, los monetarios no son una opción...” [DIR 3 ISEM].

“No hay estímulos monetarios, incluso las enfermeras que se encargan de tareas de prevención se quejan porque muchas veces sale de sus responsabilidades y no les genera ningún beneficio extra” [ADM 1 ISEM].

“No hay un pago adicional ni a médicos, ni enfermeras... se podría decir que las hacen extra, por un mismo sueldo” [ADM 3 IMSS].

“No existen tales estímulos... lo pertinente es profesionalizar la figura del promotor de la salud y dar así un peso importante a la labor de prevención...” [DIR 3 ISEM].

“...no nos pagan más si hacemos o dejamos de hacer las acciones, tenemos que hacerlo casi por convicción...” [MED 7 IMSS].

“...ése es uno de los principales ‘peros’ porque al menos en nuestro caso, no estamos obligados a cumplir con lo que dice el paquete... bien podríamos omitir todas las acciones que ahí se señalan...” [MED 5 IMSS].

“No hay ningún tipo de estímulo mucho menos monetario, nos pagan exactamente lo mismo...” [MED 12 IMSS].

“No hay, y es que más que estímulo se debe reconocer el trabajo adicional que implica hacer todas estas tareas, no se puede hacer todo con lo mismo, nosotros apenas y podemos hacer lo que nos corresponde” [MED 16 ISEM].

“No, no hay estímulos... hay dos visiones, la que dice que es parte de nuestro compromiso

y las que de plano se van por evadir la responsabilidad argumentando que es tarea de alguien más y al final ¿quién lo hace?” [MED 17 ISEM].

• Tiempos de trabajo

Se observó un importante contraste entre el tiempo necesario para las acciones señaladas en el PGSP y el tiempo disponible para brindar la atención, en el manual de operaciones, se indica que se brinden las acciones preventivas y de promoción de la salud según corresponda a grupo de edad y sexo, dentro de la propia consulta médica, pero en su mayoría los médicos refieren objeciones de tiempo, señalan que es prácticamente “imposible” poder otorgar la consulta médica y hacer las acciones.

Para directivos y administrativos, el tiempo establecido para la atención médica no condiciona la implementación de las tareas preventivas.

“El personal debe buscar alternativas de solución para hacerse tiempos y dar la atención en salud de manera integral, se entiende que el tiempo es una limitante, pero se debe manejar” [DIR 1 IMSS].

“La cuestión de los tiempos de trabajo no es un freno, se debe eficientar... hacer más con lo que se tiene porque se debe hacer” [DIR 2 IMSS].

“...si es cierto que no cuentan con tiempo podrían adaptar el que tienen...” [DIR 3 ISEM].

Por su parte, el personal clínico consideró que el tiempo es limitado y conlleva incremento de tareas, provocando que la calidad se vea comprometida.

“...hay cosas que se pueden hacer, pero tal como es la indicación en las reglas es prácticamente imposible...” [MED 18 IMSS].

“...ni siquiera es posible dar una atención de calidad, o se da la consulta o se hace lo demás...” [MED 19 ISEM].

“El tiempo es limitado, no se pueden hacer las acciones de prevención también, eso no nos corresponde...” [MED 20 IMSS].

Entre el personal clínico, aunque argumentan falta de tiempo, reconocen la importancia de efectuar las tareas preventivas.

“...el tiempo es poco, escaso, pero aun así, si se aprovechara para hacer acciones, tendrían gran impacto...” [ENF 10 IMSS].

“La falta de tiempo sí es una limitante pero también debería ser un reto a vencer, es decir: qué tanto puedo hacer con poco tiempo...” [ENF 7 IMSS].

Organización del trabajo

La organización del trabajo es inadecuada, no se observó una división clara de las tareas, tampoco una planeación, ni un esquema de jerarquización que defina la intervención de actores específicos en las acciones que integran la estrategia. El Manual de Operaciones del PGSP (Secretaría de Salud, 2010) no cuenta con un referente para organizar y atribuir las tareas, ni el tipo de personal que debe hacerse cargo. La ausencia de la organización y división de tareas tanto en el manual como en la implementación, pueden considerarse una falla de diseño de la política.

Directivos y administrativos señalaron que la falta de organización y división debe ser “transversal”, por lo que debe ser implementada por todos los prestadores de salud independientemente del cargo o perfil y que cada uno de ellos debe, según la oportunidad y el grupo al que pertenezca el paciente, otorgar aquellos servicios preventivos y de promoción de la salud que correspondan.

El personal clínico enfatizó la necesidad de dividir tareas de manera específica para obtener mejores resultados. La “transversalidad” crea “huecos” en la puesta en marcha de la estrategia, ya que en teoría, todo el personal contribuye, pero la falta de especificidad en la asignación de actividades, crea deficiencias significativas cualitativas y cuantitativas.

“No tenemos una división de las tareas preventivas, hablando sistemáticamente...” [DIR 3 ISEM].

“No se cuenta con una división específica de las tareas porque es parte del trabajo de médicos y enfermeras” [ADM 1 ISEM].

“...sería importante que hubiera una división de los que se debe hacer, así cada quien sabría formal y delimitadamente qué tiene que hacer” [MED 11 IMSS].

“Si se empezara por separar las tareas habría un avance... si se supone que es una tarea en conjunto, la división esclarecería qué le toca hacer a cada quien” [MED 13 IMSS].

“Aunque se diga que es tarea de todos, que es trabajo en equipo, es necesario organizar, repartir, es un principio básico de organización...” [MED 21 ISEM].

La falta de organización permite un nivel importante de incertidumbre en la responsabilidad de la ejecución de las acciones.

“...con esta falta de organización, se da la apertura a que el personal aporte, pero ¿qué pasa con aquellos que no aportan?..” [MED 22 ISEM].

“...sí sabemos lo que debemos hacer, pero también queda como que a criterio personal...” [ENF 11 ISEM].

Cooperación de los funcionarios

De manera general, un funcionario y empleado público es toda persona que contribuye para que se lleven a cabo funciones esenciales y específicas del estado (Enciclopedia Jurídica. 2017). En este criterio se consideraron dos variables.

• Acciones conjuntas

Se definen como aquellas que concurren a un mismo fin, como la suma de fuerzas y elementos que intervienen en la operación de acciones dentro de una organización (Fontenla, 2002). En este caso, se observó un cierto grado de cooperación por parte de los implementadores de la estrategia preventiva, sin embargo, se observaron variaciones importantes, mientras que un implementador presentó un alto grado de cooperación otros optan por cooperar limitadamente o no hacerlo. Existe también cierta desvinculación entre los implementadores, en algunos casos, por ejemplo, los médicos dan la indicación verbal a los pacientes de acudir a un servicio preventivo en particular y no es posible garantizar que el paciente efectivamente acuda lo cual muestra debilidades en la acción conjunta.

“...prevenir es una tarea conjunta que involucra a todo el personal, y así es como se lleva a cabo...” [DIR 1 IMSS].

“Es complicado trabajar en conjunto, muchas enfermeras sí brindan el apoyo cuando se les solicita pero no en todos los casos, y es entendible ya que tienen mucho trabajo adicional” [MED 5 IMSS].

“...es importante... pero si no hay obligación de por medio es casi seguro que no se haga si requiere esfuerzo adicional que no esté en tus funciones...” [ENF 10 IMSS].

“...hay una desconexión entre lo que se debería de hacer y lo que se hace” [ENF 11 ISEM].

“...se hacen acciones por separado y a veces ni eso” [MED 23 ISEM].

• Seguimiento de las acciones

El seguimiento de las acciones consiste en analizar y recopilar la información a medida que avanza un proyecto o acción (Secretaría de Salud, 2010). Este proceso debería estar basado en metas establecidas y actividades planificadas, esto permite identificar que no funciona, cuándo y a quién le corresponde verificar sus actividades. Se observó un deficiente seguimiento de las acciones, un manejo aislado y carente de metas establecidas, sólo en algunos casos como la detección de cáncer de mama o cervicouterino se observó un seguimiento suficiente. En las unidades del IMSS, como parte del expediente clínico, se cuenta con un sistema electrónico de seguimiento, pero algunos de los entrevistados, admitieron no hacer el seguimiento y en otros casos, solamente “rellenar” los campos que el sistema solicita.

Directivos y administrativos del IMSS tuvieron opiniones distintas, por una parte, se menciona un seguimiento “en general”, por otra se menciona que se lleva a cabo por el personal dependiendo de su área o servicio. En el ISEM parece haber mayor concordancia al respecto.

“El seguimiento se da con base en las metas de la institución en general...” [DIR 1 IMSS].

“El seguimiento está a cargo de todo el personal que realiza las acciones... cada servicio debe llevar su seguimiento...” [DIR 2 IMSS].

“El seguimiento nosotros lo hacemos... se va anotando en su expediente” [MED 11 IMSS].

“...infortunadamente es poco probable dar seguimiento a muchas acciones” [ENF 9 IMSS].

“El seguimiento está bastante distante de lo que debería ser... quedan acciones aisladas sin ningún seguimiento ni evaluación” [MED 16 ISEM].

“Depende del área en donde se atienda el paciente... de ahí parte el seguimiento, pero en sí, tampoco está indicado formalmente que se deba llevar a cabo una continuidad...” [ENF 12 ISEM].

El seguimiento de las acciones se ve frecuentemente reducido a la contabilización del número de tareas ejecutadas.

“Se da seguimiento... todas las pláticas con rotafolios, se anotan y se saca un promedio por mes y se cambian los temas para que se cubran todos” [ENF 13 ISEM].

“El seguimiento... no tiene un control establecido, solo llevamos registros de que cómo y cuándo se hace...” [ENF 1 IMSS].

“Se da el seguimiento de manera muy disparreja, porque algunos servicios lo hacen sólo por llenar las hojas raíz que es donde se debe reportar, pero sólo como reporte...” [ENF 14 ISEM].

Metas claramente definidas

Para este criterio se consideraron dos variables: la clara definición de las metas (que expresar explícitamente el nivel de desempeño que se pretende) (CEPAL, 2017), y que cumplan con la especificación de un desempeño medible, así como de una fecha o período de cumplimiento. Las metas deben ser claras para todos los implementadores de la política ya que el entendimiento de ellas determina la idónea implementación de las acciones.

•Metas claramente definidas dentro de la política

Partiendo del análisis general de la “Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud” (Secretaría de Salud, 2015) de la cual se depende como primera línea de acción el PGSP, se encontraron más que metas, objetivos generales: “garantizar”, “favorecer” y “asegurar”, pero éstos no se tradujeron en los términos ni de seguimiento ni de alcance de metas y por otra parte, el Manual Operativo del PGSSP (Secretaría de Salud, 2010), sólo resalta los objetivos sin ofrecer elementos para el diseño y evaluación de metas.

Metas claras y comprensibles para los implementadores de la política

Se observó una clara tendencia hacia el desconocimiento parcial o total de la claridad y comprensión de las metas. Los entrevistados refirieron como meta en común “la prevención”, pero en términos de comprensión de la meta operativa, sus parámetros de referencia, medición o periodo de cumplimiento, salvo un par de casos se obtuvieron respuestas ambiguas que reflejan desconocimiento. Directivos y administrativos dijeron tener claras y comprendidas las metas, pero no mencionaron indicadores que pudiesen dar cuenta del desempeño de las acciones preventivas.

“La meta es una meta en común: realizar las más acciones preventivas posibles... en cuanto a la medición no es tan sobresaliente pues puede variar...” [DIR 1 IMSS].

“La claridad de las metas no está a discusión... las metas se cuantifican dependiendo de las necesidades de la población, pero esas no dependen de nosotros” [DIR 3 ISEM].

“...digamos que sí están claras las metas... pero no en cuanto a un porcentaje de cobertura, por ejemplo, cuántas acciones, a cuánta población etc” [MED 14 IMSS].

“Pues metas como tal no, más bien partimos de lo que debemos hacer...” [ENF 15 IMSS].

“Las metas más bien son particulares... no tenemos un estándar obligatorio que cumplir así que pues queda un vacío importante en cuanto al cumplimiento” [MED 18 IMSS].

“Son claras, sin embargo, existen muchas inter-

pretaciones, no hay un camino definido y eso deja mucho a criterio propio...” [MED 21 ISEM].

“La meta es otorgar atención preventiva, ésa es, en general, la meta para todos, nosotras llevamos un conteo en nuestras hojas raíz...” [ENF 4 ISEM].

Discusión

No hay una adecuada disponibilidad de recursos humanos, ni en cantidad ni en calidad; según los informantes falta personal profesionalizado en atención primaria, con capacidades y habilidades en materia de educación y promoción de la salud; además, se requiere incorporar formalmente este cargo en la estructura organizativa de las instituciones de salud.

Esta condición se agrega a la ausencia de recursos financieros específicos. No existe una partida presupuestal para este programa, directivos y administrativos justificaron esta falta considerando que las características de las acciones no lo ameritan, pero para el personal operativo, tiene un impacto en los beneficios que puede brindar la prevención.

Se corroboró una importante escasez de recursos físicos y técnicos en al menos el 40% de las unidades observadas. Se priorizan adecuadamente algunos programas, pero en otros, hay insuficiencia de material documental y de proyección de materiales audiovisuales.

En cuanto al ambiente de trabajo, se observó una ausencia de estímulos. Directivos y administrativos dijeron que la realización de las acciones no amerita modificar los ingresos, pero el personal clínico argumentó que por tratarse de tareas “extras”, que en ocasiones salen de su competen-

cia y sobrecargan sus labores, debería haberlos. El tiempo también es un recurso limitado según el personal clínico, ya que priorizan la excesiva demanda de atención curativa, para directivos y administrativos el personal debe administrar su tiempo para cumplimentar todas las tareas.

Respecto de la organización del trabajo, no hay planeación ni claridad en la división y asignación de tareas, tampoco se contemplan en el Manual de Operación del PGSP (Secretaría de Salud, 2010), aunque directivos y administrativos mencionaron que no se requiere dado que la aplicación de la estrategia es “transversal” pero tampoco pudieron definir con claridad el sentido de este atributo.

En el tema de la cooperación, aunque con variaciones, se observaron acciones conjuntas entre los implementadores, pero es necesario reforzarlas, garantizando que los usuarios acudan al área que se les indica en la consulta médica o en cualquier otro servicio.

En términos de seguimiento, salvo para dos programas prioritarios, no existe un proceso que garantice el adecuado registro de las acciones y su evaluación, quedando generalmente, a criterio del personal. Cuando existe, como en el caso del IMSS, éste es susceptible de “cubrirse” con simulaciones. Lo anterior se ve reforzado porque el personal no le encuentra utilidad al registro, debido a que éstos datos no son utilizados en ninguna planeación al interior de las unidades médicas y ellos no están involucrados en dicha fase.

En relación a las metas, no hay claridad en su definición, ni en la redacción de la misma estrategia ni en su manual operativo en el que solamente se enuncian objetivos. Tampoco hay una compren-

sión de las mismas, los implementadores no las conocen o hacen referencia a generalidades inaprehensibles como “prevenir”, sin poder enunciar de forma precisa la meta operativa ni su unidad de medida. En consecuencia, tampoco hay indicadores para dar cuenta de su desempeño.

Los resultados del estudio revelan que la situación en que se opera el PGSP es semejante en las dos instituciones analizadas y nos permiten identificar contradicciones entre directivos y administrativos con el personal clínico. En este desencuentro influye la necesidad de ambos grupos por justificar su desempeño ante la percepción de estar siendo evaluados, no es que los primeros desconozcan las problemáticas que enfrentan los segundos en el plano operativo, sino que diversas dificultades en la implementación de una política o programa, escapan de las atribuciones que tienen ambos.

Son las condiciones objetivas en que se realiza el trabajo médico, las que redefinen las intervenciones que constituyen dicha política y en este caso, se encontraron obstáculos importantes, entre ellos la consideración de que la educación en salud no requiere un presupuesto específico, lo cual revela la importancia que se le sigue asignando a las intervenciones curativas en detrimento de las preventivas. Adicionalmente, excepto el caso de los TAPS, el personal que implementa las acciones carece de formación suficiente en el campo, fue evidente también la falta de planeación y evaluación.

Las insuficiencias identificadas tienen un impacto importante en las acciones que integran el PGSP, la insuficiencia de recursos, financieros y de personal, producen sobrecarga de trabajo y reducción del tiempo real para ejecutar las tareas

los cual obliga al personal a reducir su número o su calidad, también se generan fenómenos de juego (Elmore, 1978) como la simulación, pues se cumple con el registro de éstas pero en realidad no hay condiciones para efectuarlas, haciendo “lo que se puede” o justificándose porque “no es nuestro problema”.

Puede verse cómo con frecuencia, los costos y los conflictos generados por la implementación de políticas y programas cuya característica es la definición costo-eficiente de las medidas que componen los paquetes de servicios, frecuentemente son trasladados a los profesionales de la salud con serias repercusiones en la calidad de los servicios que reciben los usuarios.

Los entrevistados enfatizaron la importancia de fortalecer la prevención y promoción de la salud, sus consideraciones coinciden con las propuestas que en la materia se formularon desde Alma Ata (1978) y Ottawa (1986), en las que se planteó la necesidad de reorientar los servicios bajo el modelo

de la atención primaria. Sin embargo, su propia experiencia pone de manifiesto que dichos principios enfrentan serios obstáculos relacionados con el contexto de políticas públicas de corte neoliberal, que tuvieron su auge en las cuatro últimas décadas y que se caracterizaron por restricciones presupuestales, precarización laboral y deterioro de la infraestructura sanitaria. Estas condiciones determinan las posibilidades de efectuar a plenitud las acciones analizadas en este trabajo que de por sí, expresan la insuficiencia característica de los paquetes esenciales, también emblemáticos del neoliberalismo.

Es indispensable integrar la educación y promoción de la salud, pero no como un “paquete adicional” sino como el eje articulador en la organización de los servicios, especialmente en el primer nivel, integrándolas orgánicamente, lo cual significa dotarlas de recursos financieros suficientes, personal profesional especializado y realizarlas con una adecuada planificación.

Referencias bibliográficas

- Bardach, E. (1977). *The Implementation Game: What Happens After a Bill Becomes a Law*. Massachusetts: Institute of Technology Press.
- CEPAL. Curso Internacional: Planeación Estratégica y Preparación y Evaluación de Proyectos de Inversión Pública. https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/0/35060/Definicion_de_MetasMArmijo.pdf (consulta 6 de febrero de 2017).
- Carta de Ottawa. (1986). Conferencia Internacional de Promoción de la Salud: hacia un nuevo concepto de Salud Pública. Ottawa, Canadá.
- Declaración de Alma Ata. (1978). Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud. Kazajastán, URSS.
- Elmore, R. (1978). “Organizational models of social program implementation”, *Public Policy*, 26(2) 185-228.
- Enciclopedia Jurídica. Diccionario de Derecho en línea, Funcionarios públicos y empleados públicos. <http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/funcionarios-p%C3%BAblicos-y-empleados-p%C3%BAblicos/funcionarios-p%C3%BAblicos-y-empleados-p%C3%BAblicos.htm> (consulta 18 de febrero de 2017).
- Fontenla, S. (2002). “Un concepto de acción conjunta”, *Boletín de Información*, Núm. 274: 25-30.
- Mazmanian, D.A., Sabatier, P.A. (1984). “Implementation and public policy”, *Policy Sciences*, 17(1),

- 95-97.
- Neffa, J.C. (1999). “Actividad, trabajo y empleo: algunas reflexiones sobre un tema en debate”, *Orientac Soc*, Núm 1:127-161.
- Ozlak, O. (1982). “Políticas públicas e regímenes políticos: reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas”, *Revista de Administración Pública*, 16(1) 17-60.
- Parsons, W. (2007). *Políticas Públicas, una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas*. México: FLACSO.
- Pressman, J. L., Wildavsky, A. (1984). *Implementación. Cómo grandes expectativas concebidas en Washington se frustran en Oakland*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Secretaría de Salud. Promoción de la salud. <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html> (consulta 10 de febrero de 2016).
- Secretaría de Salud. Estrategia Nacional de Promoción y Prevención Para una Mejor Salud. http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia_nacional.pdf (consulta 10 de febrero de 2015).
- Secretaría de Salud. (2010). Manual de organización específico de la dirección general de promoción de la salud. México.
- Secretaría de Salud. (2012). Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Manual de Organización Específico de la Dirección General de Promoción de la Salud. México.
- Van Meter, D., Van Horn, C. (1975). “The policy implementation process”, *Administration & Society*, 6 (4). 445-488.