



Universidad Autónoma de Querétaro



Facultad de Contaduría y Administración

Doctorado en Administración

**EFFECTIVIDAD, ESTRATEGIAS Y ESTRUCTURAS DE
LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD EN
QUINTANA ROO (1974 – 2012)
ENFOQUE BIOGRÁFICO NARRATIVO**

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Doctor en Administración

Presenta

Ignacio Bermúdez Meléndez

Querétaro, Qro.
Agosto 2015

México



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Contaduría y Administración
Doctorado en Administración

"Efectividad, estrategias y estructuras de los servicios estatales de salud en Quintana Roo (1974-2012). Enfoque biográfico narrativo"

Opción de titulación:
Artículos Indexados

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Doctor en Administración

Presenta:
Ignacio Bermúdez Meléndez

Dirigido por:
Dra. Norma Maricela Ramos Salinas

SINODALES

Dra. Norma Maricela Ramos Salinas
Presidente

Dr. Ángel Wilhelm Vázquez García
Secretario

Dra. Ma. Luisa Leal García
Vocal

Dr. Alberto de Jesús Pastrana Palma
Suplente

Dr. José Antonio Robles Hernández
Suplente

Firma

Firma

Firma

Firma

Firma

Dr. Arturo Castañeda Olalde
Director de la Facultad

Dra. Ma. Guadalupe Flavia
Loarca Piña
Director de Investigación y
Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Gro.
Agosto 2015
México

RESUMEN

Esta investigación aborda procesos biográficos narrativos y análisis del discurso político a través de entrevistas e investigación de informes de gobiernos presidenciales y estatales, que permiten caracterizar las estructuras, las estrategias y la efectividad de los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo, durante el periodo 1974–2012 y lograr identificar la forma en que se construye esa relación; en la búsqueda de la comprensión y aprendizaje dentro del contexto hermenéutico, con una perspectiva interpretativa, de significados y con actores clave en la organización. Se realizaron cuatro entrevistas en profundidad a cuatro ex Secretarios de Salud en tres sexenios estatales y el análisis documental de informes oficiales, definidos como discursos políticos de siete sexenios de Presidentes de México y cuatro de Gobernadores en Quintana Roo. Los principales ejes estratégicos que trascendieron fueron: la descentralización, cobertura universal, oportunidad de atención, Seguro Popular, fortalecimiento de la calidad con la acreditación de unidades y la importancia de las causas de mortalidad evitable como nuevo detonante del desempeño y efectividad. Los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo reflejaron en todas sus etapas buenos niveles de efectividad.

Palabras clave: efectividad, estrategias, estructuras, discurso político, biografía narrativa, Servicios de Salud.

ABSTRACT

This research project addresses narrative biographical processes and the analysis of political discourse through interviews and investigation on presidential and municipal governance reports, which allow us to characterize structures, strategies and the effectiveness of the State Public Health Services in Quintana Roo, for the period between 1974 and 2012; and to be able to identify the way this relationship is built seeking to understand and learn within the hermeneutic frame, with an interpretative and meaning perspective with the key actors within the organization. Four in-depth interviews to four former health secretaries in three different state six-year cycles were conducted as well as the documentary analysis of official reports, defined as political discourses of seven six-year Presidential cycles and of four Governors in Quintana Roo. The main strategic axes that have surpassed were: decentralization, universal health care, medical care opportunity, Public Health Insurance, strengthening of quality through the accreditation of Units and the importance of the causes of avoidable deaths as the trigger for performance and effectiveness. The State Health Services in Quintana Roo reflected in all stages good levels of effectiveness.

Keywords: effectiveness, strategies, structures, political discourse, narrative biography Health Services.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr Raúl Linares Callejas por la invitación para estudiar el Doctorado.

Al Sr. Rector de la Universidad la Salle Cancún Fernando Mainou Cervantes y al Vicerector Efraín Calderón Amaya, por su hospitalidad en la Universidad la Salle Cancún.

A la Dra. Alejandra Urbiola Solís, al Dr. Ángel Wilhelm Vásquez García, a todos los docentes de la currícula del Doctorado, por haber facilitado el proceso de aceptación, los estudios de la Universidad Autónoma de Querétaro y a la Lic. Claudia Nieto Román por su asistencia y apoyo.

A la Dra. Karla García Velásquez por sus acertadas aportaciones.

A mis compañeros Pedro, Rubén, Ricardo, Damayanti, Enrique, Patricia, Braulio; pero muy especialmente...

...A Beatriz con quien tengo el honor de compartir grandes emociones, experiencias y conocimientos desde esta etapa de mi vida.

A mis maestros y actores protagonistas que participaron en el estudio de caso y tema central de esta tesis los Ex Secretarios de Salud Dr. Gerardo Amaro Santana, Dr. Gilbert Fernando Canto Massa, Dr. Manuel Jesús Aguilar Ortega y Q.F.B. Juan Carlos Azueta Cárdenas.

A los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo y quienes la representan el Secretario de Salud y Director General de los Servicios Estatales de Salud Dr. Juan Lorenzo Ortegón Pacheco, al Subsecretario Dr. José Castillo Carrillo, al Director de los Servicios de Salud Dr. Tomas Eduardo Contreras Castillo, al Dr. Gilbert Fernando Canto Massa Director de Innovación y Calidad, a la Directora de Relaciones Públicas e Imagen Institucional Lic. Mariana Gómez Sosa y al MSP. Canek Camacho Serena.

A mi Directora de Tesis Doctora Norma Maricela Ramos Salinas por todas sus enseñanzas, paciencia, para el desarrollo de esta tesis y haber tenido el honor de culminarla juntos.

A mis abuelos, padres, tíos y hermanos.

A Dafne Alejandra, Abraham Ignacio e Itzel Mariana mis hijos.

DEDICATORIAS

A todos aquellos que han sido, son y serán partícipes de mi vida...Te digo:

*Caminé por espacios vacíos y sujete tu interior
derramé gota a gota la libertad de mis silencios
orillé a las palabras a disponer de mi encuentro
estuve ahí, llegue tarde sin derrochar fragmentos.*

*Nunca dejaste que lo alcanzara sin tus anhelos
desdibujé las formas que me diste de tus dedos
desfiguré las voces, me llenaron de recuerdos
forje mi espacio, sembraste contenidos nuevos.*

*Crucé el destino de muy claras remembranzas
ejecuté el andar de los obstáculos sin brazas
retorne en la forma, la entereza, tu contexto
me acompañaste, sin abdicar en mi esfuerzo.*

*Te vi crecer, andar, caminar, después correr
una vez quedaste atrás, otras delante sin más
una vez me soltaste, sentí libertad, tu piel, paz
nunca solo, veo desde ti la cúspide, lo es todo.*

ÍNDICE

RESUMEN.....	I
ABSTRACT	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
DEDICATORIAS	IV
INDICE DE TABLAS	VIII
INDICE DE FIGURAS	X
INDICE DE ANEXOS	XI
INTRODUCCION.....	1
I. PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	4
1.1 Los Servicios de Salud en México.....	4
1.1.1 Las estructuras de los servicios de salud.....	7
1.1.2 La prestación de servicios de salud en Quintana Roo.....	8
1.2 Delimitación.....	10
1.3 Formulación del problema	10
1.4 Detonante empírico.....	11
1.5Objetivos.....	12
1.6 Preguntas de investigación.....	12
1.7 Justificación.....	13
1.8 Pertinencia teórica	13
II. FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION: EFECTIVIDAD, ESTRATEGIA Y ESTRUCTURA.....	14
2.1. La Administración y los estudios organizaciones.....	14
2.2 Hacia la definición de efectividad.....	15
2.2.1 Modelos de efectividad de Richard Hall.....	16
2.2.2 Modelo recurso –sistema.....	17
2.2.3 Modelo de metas.....	17
2.2.4 Modelo satisfacción-participante.....	18
2.3Estructura organizacional.....	19
2.3.1 Las Estructuras.....	19

2.3.2 Modelo Lawrence y Lorsch.....	20
2.3.3. Modelo de estructura de Mintzberg.....	20
2.3.4.-Modelo de Hax y Majluf.....	21
2.4.- Hacia la definición de Estrategia y su implementación.....	21
2.5 La relación entre los tres conceptos; efectividad, estrategias y estructuras.....	24
III. MORTALIDAD EVITABLE.....	26
3.1Antecedentes históricos.....	26
3.2 El concepto de la causa evitable, origen y operacionalización.....	31
3.3 El estudio de las muertes evitables en México.....	36
IV ASPECTOS METODOLOGICOS.....	39
4.1.- El enfoque metodológico en la investigación cualitativa.....	39
4.2 El debate sobre el estudio de esta investigación en el campo de las ciencias sociales.....	40
4.3 Hecho social o fenómeno de la investigación.....	41
4.4 El enfoque del estudio.....	43
4.4.1 Biografía narrativa.....	43
4.4.1.1 Base teórica del método biográfico narrativa de Shūthze.....	45
4.4.2 Historias de vida.....	46
4.4.2.1 Modalidades de interpretación de la Historia de vida.....	47
4.4.3 investigación documental.....	49
4.4.4 La triangulación de la información a través del análisis del discurso.....	49
4.4.4.1 La teoría del análisis del discurso.....	49
4.4.4.2 Los temas en el análisis del discurso de Van Dijk.....	53
4.4.4.3 La tipología del discurso.....	54
4.5 Diseño de instrumento de medición cualitativo.....	56
4.6 Selección de la muestra.....	56
4.7Angulo de la investigación y dimensiones de análisis.....	56
4.7.1 Dimensiones de la investigación.....	57
4.8 Propositiones de la investigación.....	57

4.9 Variable dependiente y variable independiente	58
4.10 Herramientas o técnicas de investigación y obtención de información	59
V. RESULTADOS DE LA HISTORIA DE VIDA Y EL DISCURSO POLITICO.....	62
5.1 El enfoque biográfico narrativo de los principales tomadores de decisiones en salud.....	62
5.1.1 Periodo 1972-1981.....	62
5.1.2 Periodo 1995-1999.....	68
5.1.3 Periodo 2007-2008.....	75
5.1.4 Periodo 2008 – 2011	79
5.2 El método de Greimas en el contexto de la salud	86
5.3 Método de la argumentación aplicado al análisis de salud	86
VI. CONCLUSIONES	94
6.1 Propuesta de mejora.....	99
VII. REFERENCIAS BIBLIGRAFICAS	103
VIII ANEXOS.....	111
A Transcripción de las entrevistas de cada actor separadas por segmentos.....	111
Anexo B. Clasificación de Taucher 1978. Causas evitables de muerte según enfermedades y códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, traumatismos y causas de defunción.....	224

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.1 Tipos de estructura organizacional ...	5
Tabla 1.2 Teorías fundamentales y principales autores para el análisis.....	13
Tabla 2.1 Corrientes de pensamiento de la efectividad	15
Tabla 2.2 Corrientes de pensamiento de las estrategias.....	22
Tabla 2.3 Escuelas de pensamiento de las estrategias según Mintzberg.....	23
Tabla 3.1 Muertes observadas y muertes evitables en exceso en Quintana Roo, 2006.....	37
Tabla 4.1 Características del método biográfico	44
Tabla 4.2 Procesos estructurales del método biográfico	45
Tabla 4.3 Dimensiones del relato de historia de vida	46
Tabla 4.4 Realización de historia de vida: etapas y autores	48
Tabla 4.5 Componentes del análisis del discurso	51
Tabla 4.6 Matriz de congruencia entre la pregunta de investigación, proposiciones y objetivos....	57
Tabla 4.7 Vinculación de herramientas metodológicas con preguntas y objetivos	59
Tabla 4.8 Descripción para elegir los elementos muestrales para la historia oral.....	60
Tabla 4.9 Categorías de análisis abordadas en las entrevistas en profundidad.....	61
Tabla 5.1 Comparativa de acuerdo a los tres ejes temáticos de Estructura, estrategia y efectividad entre los informes oficiales y el análisis extraído de la entrevista biográfico – narrativa. Periodo 1968 – 1974	64
Tabla 5.2 Comparativa de acuerdo a los tres ejes temáticos de estructuras, estrategias y efectividad entre los informes oficiales y el análisis extraído de la entrevista biográfico – narrativa. Periodo 1995 – 1999	70

Tabla 5.3 Comparativa de acuerdo a los tres ejes temáticos de estructuras, estrategias y efectividad entre los informes oficiales y el análisis extraído de la entrevista biográfico – narrativa. Periodo 2007 – 2008	76
Tabla 5.4 Comparativa de acuerdo a los tres ejes temáticos de estructuras, estrategias y efectividad entre los informes oficiales y el análisis extraído de la entrevista biográfico – narrativa. Periodo 2008 – 2011	81
Tabla 5.5 Análisis del discurso a través del método de la argumentación. Informes gubernamentales Presidenciales en cuanto a estructuras.....	87
Tabla 5.6 Análisis del discurso a través del método de la argumentación. Informes gubernamentales Presidenciales en cuanto a estrategias.....	88
Tabla 5.7 Análisis del discurso a través del método de la argumentación. Informes gubernamentales Presidenciales en cuanto a efectividad.....	89
Tabla 5.8 Análisis del discurso a través del método de la argumentación. Informes gubernamentales Estatales en Quintana Roo en cuanto a estructuras.....	90
Tabla 5.9 Análisis del discurso a través del método de la argumentación. Informes gubernamentales Estatales en Quintana Roo en cuanto a estrategias.....	90
Tabla 5.10 Análisis del discurso a través del método de la argumentación. Informes gubernamentales Estatales en Quintana Roo en cuanto a efectividad.....	91
Tabla 5.11 Principales acciones relacionadas con estructuras, estrategias y efectividad en informes presidenciales periodo 1970 - 2011	92
Tabla 5.12 Principales acciones relacionadas con estructuras, estrategias y efectividad en Quintana Roo. Informes de gobierno periodo 1970 – 2011	92
Tabla 5.13 Principales acciones sobre estructuras, estrategias y efectividad en informe presidencial 2012	93
Tabla 5.14 Acciones sobre estructuras, estrategia y efectividad en SESA, Quintana Roo. Informe de Gobierno 2012.....	93

INDICE DE FIGURAS

Figura 1.1 PIB Asignado a salud en México.....	6
Figura 2.1. Relación efectividad - estructuras - estrategias.....	25
Figura 4.1 Análisis de la naturaleza de las ciencias	41
Figura 4.2 Estructura de la investigación y el objeto de estudio	42
Figura 4.3 Modalidades e interpretación de la historia de vida	47
Figura 4.4 Esquema representativo del método de Greimas	55
Figura 5.1 Organigrama de servicios de salud en 1974	62
Figura 5.2 Línea cronológica de eventos, entrevista GAS (primer entrevista)	63
Figura 5.3 Línea cronológica de eventos, entrevista GFCM (segunda entrevista).....	69
Figura 5.4 Línea cronológica de eventos, entrevista MJAO (tercera entrevista).....	76
Figura 5.5 Línea cronológica de eventos, entrevista JCAC (cuarta entrevista).....	80
Figura 5.6 Sustitución del método de Greimas aplicado al análisis de salud	86

INDICE DE ANEXOS

A. Transcripción de las entrevistas de cada actor separadas por segmentos.....	111
A.1 entrevista No. 1.....	111
A.2 entrevista No. 2.....	171
A.3 entrevista No. 3.....	185
A.4 entrevista No. 4.....	210
B. Clasificación de Taucher 1978. Causas evitables de muerte según enfermedades y códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, traumatismos y causas de defunción.....	224

INTRODUCCION

Las organizaciones se crean como una respuesta social para la atención de sus necesidades, la organización en salud no es diferente a esta premisa. Una forma elemental desde el punto de vista de las ciencias de la administración para comprender el funcionamiento de una organización es el análisis de sus estructuras, sus estrategias y efectividad alcanzada, en este sentido, al seguir el orden secuencial anterior, las estructuras se definen para esta investigación como el marco de responsabilidades y las formas organizativas según los recursos, las reglas establecidas, considerando la división sistemática del trabajo para el logro de los objetivos. Las estrategias se han acuñado como el curso de acción de los objetivos trazados para obtener resultados según los actores clave de la organización. Diversos autores identifican el concepto de efectividad como el logro de los objetivos bajo condiciones reales, reconocida por la acción colectiva institucional, determinada por alicientes, incentivos, contribuciones, y se construye a través de los elementos de la organización, el concepto se adapta de acuerdo a los objetivos de cada organización. En este conjunto e interacción de conceptos la riqueza se centra en la forma en la que todas ellas son combinadas, donde las partes de un sistema son puestas juntas y ordenadas; organizar implica construir y modificar continuamente. La organización puede operacionalizarse en dos dimensiones de acuerdo a su nivel de complejidad: como un proceso o como una entidad; el proceso de organización interna incluye todas las actividades necesarias para delinear los objetivos y metas, coordinar la utilización de los recursos, estructurar el trabajo o las actividades necesarias, establecer las relaciones de autoridad y responsabilidad; la entidad, como unidad colectiva formal y que se adapta a los cambios externos e internos.

Existe una relación directamente proporcional sobre la relación estrategias, estructuras, efectividad y se da regularmente de manera secuencial. Dentro de un esquema ordenado primero se definen la estrategias de la organización posteriormente se diseña las estructuras, sus procesos y por último se revisa la efectividad o resultados generados para alentar un sistema de incentivos adecuado, estos resultados se obtienen a través de productos o servicios. La organización en salud presenta los mismos elementos estructurales que cualquier organización formal, la variación en ella es que el resultado se traduce en servicios, en los que se conjuntan sus esfuerzos por brindar atención en salud a través de diversos programas. Un desafío de las organizaciones en salud, representa el saber ¿Cómo optimizar la administración de sus servicios? al mejorar la efectividad con mayores beneficios reales a su población, objetivo resultante de estrategias

adecuadas y acorde a sus estructuras. Los resultados se clarifican en la salud pública a través del estudio de medidas de impacto de diferentes indicadores, para decidir y ejecutar acciones positivas que favorezcan la salud individual y colectiva.

La investigación en los temas de efectividad se ha centrado en la medición de resultados, una aportación al estudio de sus estrategias y estructuras, de la percepción de los principales tomadores de decisiones sobre sus constructos y aquellos elementos que giran en torno a ellos y en consecuencia los proceso de decisión, en este sentido la metodología cualitativa ofrece interesantes alternativas para conocer la percepción de los actores clave en el tema. Para fortalecer la metodología cualitativa y como segunda etapa de investigación documental, es posible utilizar como método, el análisis del discurso político de informes de gobierno oficiales de Jefes de Estado y del más alto nivel, se busca la triangulación teórico metodológico para dar mayor relevancia y fiabilidad, como una fuente alterna de aporte al contexto. A partir de la investigación desarrollada sobre la reconstrucción de la efectividad de los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo, ligada a las estrategias y estructuras del periodo 1974 – 2012, realizada mediante el enfoque biográfico-narrativo en su primera etapa, con la participación protagónica de cuatro ex Secretarios de Salud, que alimentaron sus experiencias de forma intermitente en ese periodo de tiempo. Con este reforzamiento documental, en el que se aleja de lo biográfico y se continúa al profundizar en lo narrativo, se trata de que no quede un único canal de exposiciones testimonial, sino seguir avanzando en la validez del proceso de investigación, al explicar, describir y argumentar cada paso y decisión tomada; ello significa, darle a la metodología cualitativa alicientes para producir conocimiento y fundamentar el aporte científico y no solo anecdótico.

Si el discurso para Foucault tiene como unidad básica el enunciado, entonces el discurso es más que un enunciado y este último lo define como una totalidad significativa que trasciende la distinción entre lo lingüístico y lo extralingüístico, hacia la sociedad; como respuesta de la corriente post estructuralista, Foucault lo menciona desde 1970 en el Orden de discurso. En todo discurso oficial se debate lo político, por tanto, el discurso político se define como el discurso de un intelectual colectivo en busca de su hegemonía, esta última, entendida con el dominio de un grupo sobre otro y que según Teun Van Dijk (1999), la construcción de las prácticas hegemónicas no solo dependen de los discursos, sino de los procesos mentales que se hacen de esos discursos. Para María Teresa Espar (Ascanio, 2014) el discurso político “es aquel que en términos generales tiene como enunciador a un actante que realiza sus actividades dentro de lo

que se conoce comúnmente como esfera del poder” (p.22). El desarrollo del análisis del discurso se dirige al análisis de segmentos del habla o de la escritura orientados a la reflexión social y se vuelve político detonado por el sistema político en un contexto político y sus procesos, con la generación del conflicto y lucha social a través de los significantes políticos y sus formaciones metodológicas extra discursivas, más allá de lo lingüístico y extralingüístico, desarrolla la producción y distribución de significados en la vida social, que se construye en un ambiente contingente de la sociedad, la objetividad y el poder.

Teun Van Dijk representa un referente teórico muy importante en los estudios discursivos, según él, el discurso es un acontecimiento comunicativo complejo en donde interviene el contexto, así como las propias estructuras del texto y del habla, desglosa con claridad sus componentes a detalle.

I. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 Los Servicios de Salud en México

Las Instituciones desempeñan una función fundamental en el bienestar de la gente, facilitan la articulación de los objetivos además de estrategias claras para el desarrollo de un país o región y los plasman posteriormente con medidas prácticas para obtener resultados óptimos. Quizás a ninguna empresa prestadora de servicios se le pueda exigir con mayor énfasis garantías de calidad, como en las organizaciones de salud, en ellas, se involucra el máximo compromiso del hombre por el hombre. La salud es el tesoro máspreciado de un individuo y garantizarla es ni más ni menos el tener que comprometer todo el esfuerzo individual y colectivo para preservarla y recuperarla cuando ésta se ha perdido (Malagón L. 1999, 34).

Al abordar el tema de las organizaciones y específicamente las organizaciones que brindan servicios de salud, es necesario considerar que éstas se conforman de la misma manera que cualquier organización formal. La estructura de la organización de la Secretaría de salud en México, se asume del tipo burocrático (ver Tabla 1), de acuerdo a lo citado por Cimmino (1965) el concepto weberiano de burocracia, deriva del análisis de principio de autoridad, tal y como se manifiesta en las organizaciones sociales. La construcción de la burocracia parte de la ejecución del poder y el reconocimiento de los demás hacia las posiciones jerárquicas, bajo un esquema de necesidad de ordenamiento normativo, en el que la autoridad y la disciplina se preservan oficialmente, se refiere a un modelo global, detallado y explícito de organizar, dirigir y controlar (Cimmino, 1965). Dentro de las organizaciones burocráticas, como es el caso de la Secretaría de Salud en México, el uso de decisiones racionales pretenden mejorar los resultados de una organización bajo preceptos ideales, según Weber, citado por Cimmino (1965), este último plantea cuatro tipos de estructura organizacional; estructura simple, estructura burocrática, estructura divisional y adhocracia. Las características más representativas se plantean a continuación en la Tabla 1.1

Tabla 1.1 Tipos de estructura organizacional			
Estructura simple	Estructura burocrática	Estructura divisionalizada	Adhocracia
Se requiere un mínimo de planificación. Los comportamientos están estandarizados y formalizados, en esta estructura se requiere un mínimo de personal.	Corresponde a una organización altamente formalizada, todos los elementos están perfectamente definidos. Se ha determinado como una estructura rígida e impersonal basada en reglas y normativas, que tratan de definir todos los posibles requerimientos que el trabajo demanda. Presenta dos tipos a su vez: burocracia mecánica (flujo de operaciones rutinarias y repetitivas con métodos de trabajo altamente normalizados) y burocracia profesional (las organizaciones deben conciliar las exigencias de un flujo de operaciones predeterminadas, pero a la vez complejas, requiere del conocimiento de empleados altamente entrenados y se apoya en la estandarización de conocimientos y habilidades)	Esta es una estructura parcial, contiene unidades semiautónomas, en las que los administradores a cargo tienen gran parte de autoridad, muchas veces acompañados de un alto grado de centralización.	Es el último tipo de estructura, representa a una estructura altamente flexible capaz de adaptarse continuamente a condiciones cambiantes del medio ambiente.
Fuente: Cimmino S. "La organización administrativa en su contexto social", 1996.			

La organización de los servicios de salud en México y en el caso de la Secretaría de Salud federal, predomina la centralización para la toma de decisiones y el ejercicio del poder, a través de una figura representada por el Secretario de salud. Al identificar los diversos tipos de burocracia, es posible identificar elementos que se comparte en todas, la división del poder y la toma de decisiones, de importancia para la prestación de servicios de salud en organizaciones públicas.

Toda administración de servicios de salud ejerce la aplicación de los recursos en tres divisiones: materiales, humanos y económicos, al considerar este último como elemento clave, las finanzas ayudan a fortalecer o debilitar las acciones que contribuyen al logro de sus objetivos, la utilización de los recursos económicos para garantizar la salud individual y colectiva. En salud, un indicador fundamental es el producto interno bruto (PIB), es decir, los recursos económicos que obtiene y asigna el gobierno desde el nivel federal y/o estatal para la prestación de servicios específicos. En términos globales el PIB en México presenta considerables variaciones en el tiempo, en la Figura 1 se puede identificar la tendencia ascendente que se presentó durante los años 1920 a 1981, sin embargo se identifica una disminución de casi la mitad durante los siguientes 20 años, restituyéndose nuevamente con una tendencia ascendente desde el 2004, ese año del 6.3% aunque relativamente baja comparado con Costa Rica y Brasil que fue del 7.3 y 7.6% respectivamente (Soria, 1988). Durante 2006 el PIB nacional en salud fue de 7% con

amplias divergencias a nivel los Estados, en Tabasco fue del 6.4% y en Quintana Roo del 2.5%. (Funsalud, 2006).

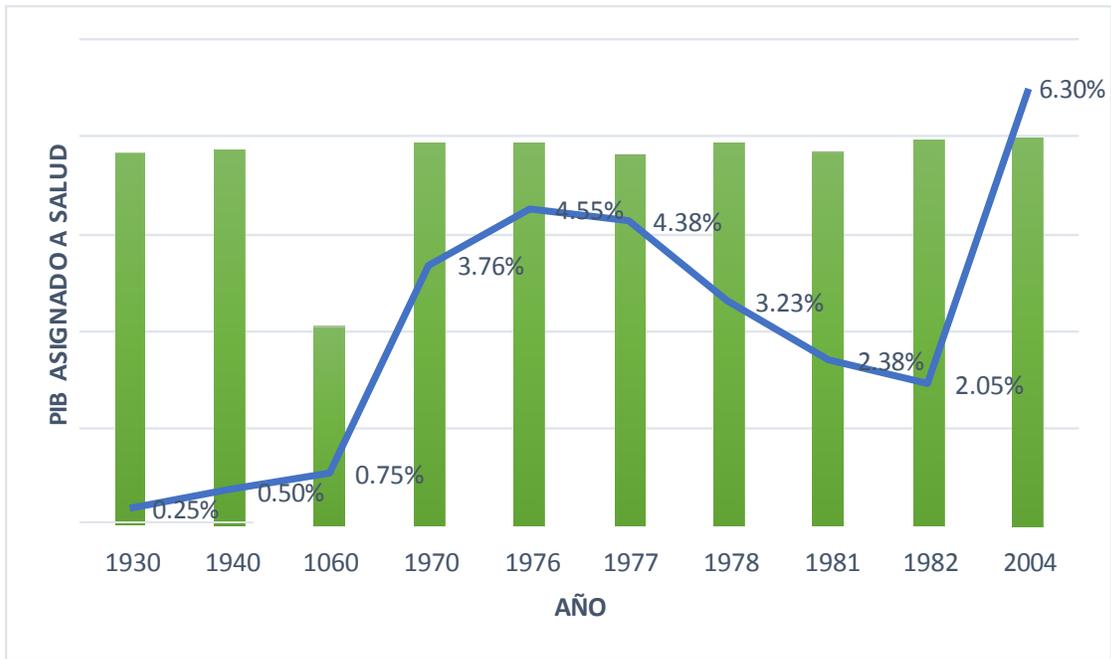


Figura 1.1 PIB Asignado a salud en México

Fuente: Soria 1988. Testimonio de la Crisis. La crisis de la protección social en México p. 12

1.1.1 Las estructuras de los servicios de salud

La atención en salud es un conjunto complejo y multidimensional de actividades que involucra muchos actores, cada uno con sus respectivas actividades e intereses. Por ello, los sistemas de salud para cada país en el mundo pueden cumplir diferentes propósitos, el principal, ser un medio para mejorar la salud de la población y de manera secundaria generar empleos y ganancias económicas, como toda organización.

Los servicios de salud son la respuesta social organizada para combatir las enfermedades, preservar la salud de la población, brindar servicios. El Sistema Nacional de Salud mexicano distribuye la atención en salud de acuerdo a la complejidad de sus centros de servicios, según lo estipulado en la Ley General de Salud y se organiza al dividir sus funciones en tres niveles de atención. El primer nivel cubre el 80% de servicios de atención en México, es la primera puerta de contacto con los usuarios, ahí se resuelven las principales necesidades en salud y se llevan a cabo actividades dirigidas a la prevención, promoción y atención de problemas de salud transmisibles y no transmisibles y de protección específica, como la vacunación universal. En caso de no resolver en este primer nivel, son el puente de referencia al segundo nivel de atención, realizada en hospitales generales, quienes cuentan con áreas de observación y hospitalización, contando con especialidades básicas de atención (urgencias, cirugía general, ginecología y obstetricia, traumatología y ortopedia, medicina interna y pediatría entre otras), en este segundo nivel de atención se atiende el 15% de los servicios en salud poblacional aproximadamente. Si el problema no es resuelto aquí, se derivan hacia un tercer nivel, donde se concentran las subespecialidades y la mayor complejidad de atención, es definida como el último componente de atención, se atiende el 5% de la población.

El sistema de salud mexicano brinda servicios de cobertura a través de diferentes esquemas: el privado y la seguridad social, esta última representada por instituciones tradicionales como Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos, Secretaría de Marina, Secretaría de la Defensa Nacional, etc y los Servicios Estatales de Salud cubren la seguridad social al dar protección a la salud al resto de la población que antes del año 1993 estaba desprotegida y a partir de esa fecha son afiliados al Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular (representa la mitad de la población mexicana).

1.1.2 La prestación de servicios de salud en Quintana Roo

Esta investigación se centra en los Servicios Estatales de Salud de Quintana Roo. Esta institución opera desde hace 41 años de manera oficial, como Estado libre y soberano, su función inicial ha sido operacionalizar sus servicios con un marco estratégico, como toda organización, con ciertos niveles de efectividad según el periodo histórico a considerar, acotado a márgenes de dependencia acorde a niveles de centralización política y económica (Cabrero y Lozano, 2008), desde el gobierno de la república hacia los Estados del país, incluido Quintana Roo.

Los ordenamientos y facultades se circunscriben para la Secretaría de Salud federal en el marco legal de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y secuencialmente en la Ley General de Salud, de la que se basa y desprende la Ley de Salud del Estado de Quintana Roo. En 1974 surge Quintana Roo como entidad federativa y se conforman los Servicios Estatales de salud ante una Secretaría de Salud federal débil por la crisis del gobierno federal (Soria, 1988), pero con una incipiente cabeza de sector, denominado Sector Salud desde 1977, en medio del deterioro económico y político nacional. Según el decreto del 30 de agosto de 1983, el Presidente Miguel de la Madrid Hurtado descentraliza los servicios estatales de salud en todo el país, transfiriendo el compromiso a los Estados en medio de una gran incertidumbre fiscal. Quintana Roo fue uno de los últimos Estados que consolidó la descentralización, en su segunda etapa del nivel federal en 1995. Dentro de los elementos que involucra esta descentralización, se refuerza la estructura burocrática, basada en la departamentalización de sus cadenas de mando, distribución de autoridad y la definición de actividades representada a través del organigrama en un reglamento interno. La distribución de funciones es asignada a través de oficinas centrales con el Secretario de Salud, el Subsecretario, el Director de Servicios de Salud, de Innovación y Calidad, de Protección contra Riesgos Sanitarios, de Imagen Institucional, de Administración, de Normatividad y Asuntos Jurídicos principalmente, además de Subdirectores y Jefes de Departamento. En el nivel operativo y para dar cobertura a tres áreas geográficas en todo el territorio estatal, se desarrollan tres jurisdicciones sanitarias bajo un régimen desconcentrado, atendiendo programas prioritarios de la infancia, adolescencia, de la mujer y adultos mayores principalmente, las jurisdicciones operan los centros de salud, como primer nivel de atención, es ahí donde se da mayor cobertura a la población.

Para el caso de Quintana Roo, de acuerdo con el Plan Estatal de Desarrollo 2005–2011, se buscó consolidar el segundo nivel de atención, por necesidades de mejora en la calidad y aumento de su cobertura que brindan los Servicios Estatales de salud, a través de 4 hospitales generales, 1 hospital materno infantil, 3 hospitales integrales, 10 unidades especializadas médicas llamadas UNEMES, y en ellas se atienden las situaciones de salud más complejas que no pudieron ser resueltas en el primer nivel (centros de salud). En el Estado de Quintana Roo no se cuenta con tercer nivel de atención, es decir, hospitales de alta especialidad, por lo que el manejo de pacientes para este tipo de intervenciones, son referido a hospitales de alta especialidad ubicados a nivel regional, es decir a ciudades de los Estados circunvecinos, como la ciudad de Mérida o Campeche y/o al centro del país, sede de los Institutos Nacionales. En la pirámide organizacional las figuras directivas desde el Secretario de Salud, Directores de Área, Jefes de Jurisdicción y Jefes de Departamento, son actores clave en la toma de decisiones y determinantes del ejercicio de las políticas establecidas; todas las organizaciones públicas que representa la prestación de servicios de salud en Quintana Roo, depende directamente de una cabeza de sector llamada Servicios Estatales de Salud, en ella se coordina la suma de esfuerzos para la cobertura de servicios de salud a través de un plan maestro como órgano rector, para ser aplicado en situación ordinaria y extraordinaria como en casos de contingencias y emergencias, es donde se determinan las dinámicas de los procesos atendidos y por atender, el suministro de insumos para la operación y la distribución de recursos humanos y financieros. Las instituciones de salud pública se encargan de medir, desarrollar métodos de evaluación, de indicadores que reflejan el nivel de salud de la población, medidas de impacto como el estudio de la morbilidad y mortalidad, haciendo referencia a las causas por la que la población enferma, se restablece y/o muere; esta información sirve para analizar y plantear prioridades por atender y desarrollar políticas de gobierno en el tema salud, se operacionalizan en la definición de programas prioritarios que se ejercen para cada localidad, en cada Estado y/o en todo el País, es decir, según el nivel de complejidad y con sus especificidades propias de cada región, por ejemplo en Quintana Roo existen zonas endémicas y se aplican políticas específicas para la atención de enfermedades como dengue, paludismo, etc, enfermedades transmitidas por vector y que no se dan en regiones altas y de bajas temperaturas.

En la estructura organizacional que hoy sustentan los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo, habría que saber las metas que se asignan y cómo lograrlas ¿presuponen cambio en sus

estructuras a través del tiempo?, considerando que históricamente se han identificado dos procesos descentralizadores de la Secretaría de Salud, en 1986 y en 1996.

1.2 Delimitación.

Esta investigación se centra en información obtenida en un estudio de caso, representada por los Servicios Estatales de Salud del Estado en Quintana Roo, para ello se obtendrá información de dos fuentes en un periodo específico, es decir, información a partir de actores clave de la organización de la alta gerencia, como fueron los ex Secretarios de Salud estatales y la segunda fuente, los informes de gobierno desde 1974 hasta el año 2012 del ámbito federal y estatal respectivamente. El interés central para este estudio es analizar información relevante sobre las estructuras, estrategias y la efectividad, a través del tiempo y así poder comprender el funcionamiento organizacional hasta la actualidad y con la posibilidad de aportar información del interés público que detone alternativas de mejora organizacional.

1.3 Formulación del problema

Si bien la organización formal corresponde a una estructura claramente establecida, cuyos objetivos federales y estatales se orientan hacia la mejora de la salud de la población, la forma de lograr estos objetivos depende de la formulación de indicadores y definición de metas desarrolladas a través de planes federales, estatales y locales, alrededor de una política nacional y estatal integradora; el objetivo común como proyecto de nación en salud debe significar proteger la vida de la población en términos globales y de forma específica, prevenir, retrasar, limitar, erradicar, evitar, etc, las causas de enfermedad y muerte. Las instituciones de salud se sustentan en sus estructuras, con estrategias implícitas o explícitas, necesarias para lograr resultados, con ciertos niveles de efectividad en la prestación de sus servicios. Ante este panorama las políticas públicas establecen parámetros claramente definidos hacia las metas que rigen en este tipo de organización. Un indicador sensible de efectividad en los servicios de salud es la prevalencia e incidencia de morbilidad y mortalidad, se utiliza regularmente como unidad de medida las tasas, un objetivo fundamental es disminuir las tasas que generan mayor impacto negativo en la población.

1.4 Detonante empírico

De acuerdo con información estadística de la Secretaría de Salud durante 2010 a nivel hospitalario en Quintana Roo, el 85% de las muertes ocurridas a nivel hospitalario se debieron en mayor o menor medida a causas prevenibles, es decir, asociadas a falta de medidas preventivas y de atención, con responsabilidad atribuida a la gestión de los servicios de salud, a esto se le denomina mortalidad evitable. Hasta la fecha actual, no se ha oficializado en Quintana Roo algún instrumento de alto impacto que señale la forma de estudiar la efectividad de los servicios de salud y que favorezca el análisis y la toma de decisiones.

Una buena administración de servicios de salud sirve para mejorar su efectividad, hay suficiente evidencia para poder decir que las intervenciones pierden un gran potencial de su máximo nivel de efectividad, si los servicios de salud están mal administrados (Fenny, 1986), algunos ejemplos son las deficiencias en las estructuras sanitarias por falta de personal, deficiente capacitación, bajos salarios, falta de planeación, etc. Esto puede condicionar entre otras cosas errores en los procesos de atención y servicios deficientes con efectos negativos en la población demandante, con riesgo de complicar la enfermedad y generar riesgo de morir, es decir, causar muertes evitables.

Haciendo una revisión de las 20 principales causas de mortalidad general hospitalaria de los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo para el año 2010 y comparándolas con la Clasificación de Taucher (1978) sobre las Causas Evitables de muertes según enfermedades y Códigos de la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE) y sobre traumatismos y causas de defunción. Se encontró que existen 17 causas de muerte evitables que están dentro de las 20 principales defunciones generales en el nivel hospitalario en los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo, es decir, 85% de las causas de defunción general pudieron haber sido evitadas con la aplicación de medidas efectivas. Las causas de muerte evitables según su frecuencia encontradas fueron las siguientes: diabetes mellitus, s.i.d.a., cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, enfermedad hipertensiva, infecciones respiratorias agudas bajas, asfixia y trauma al nacimiento, enfermedad cardiovascular, nefritis y nefrosis, enfermedades endócrinas, malformaciones congénitas del corazón, tuberculosis, bajo peso al nacer y prematurez, desnutrición calórica proteica, caídas accidentales, tumores malignos de cuello de útero, enfermedad isquémica del corazón y lesiones autoinflingidas (Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo, 2010).

Ante este panorama el problema planteado en esta investigación radica en que hasta la actualidad se desconoce en Quintana Roo, la relación estrategias según sus estructuras y el nivel de efectividad y menos aún, saber cómo optimizar su administración para elevarla y así generar mayores beneficios reales a su población.

1.5 Objetivos

Con base en el planteamiento anterior se formulan los siguientes objetivos.

a) Objetivo general.

Identificar la forma en la que se ha construido la efectividad de los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo, según la relación estrategias y estructuras a nivel organizacional desde los años 1970s hasta el año 2012.

b) Objetivos específicos

- I. Analizar la efectividad de los Servicios Estatales de Salud de Quintana Roo a través la percepción de Ex Secretarios de Salud de acuerdo a las estrategias y estructuras.
- II. Analizar la información oficial planteada en informes de gobierno del nivel nacional y estatal con énfasis en sus estructuras, estrategias y efectividad desde 1974 hasta 2012.
- III. Analizar la relación entre la percepción de la alta gerencia con los informes de gobierno federal y estatal, sobre la efectividad de los Servicios de Salud en Quintana Roo, de acuerdo con las estrategias y estructuras que lo conforman, desde 1974 hasta 2012.

1.6 Preguntas de investigación

Tomando en cuenta el ángulo y dimensión de la investigación, en esta investigación doctoral se plantea una pregunta principal y dos preguntas secundarias. La pregunta central busca comprender, con base en la mortalidad evitable ¿Cómo se construye la efectividad de los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo según sus estrategias y estructuras? Las preguntas secundarias de investigación buscan comprender ¿Qué información relevante se identifica en los informes de gobierno federal y estatal sobre efectividad, estrategias y estructuras entre 1974 y 2012? y ¿Qué relación existe entre el discurso oficial y la percepción de efectividad de la alta gerencia según las estrategias y estructuras de los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo desde 1974 hasta el año 2012?

1.7 Justificación

Esta investigación aporta información relevante de los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo acerca de la efectividad organizacional, a través de actores clave de alta gerencia en salud y del discurso oficial emitido en el periodo 1974 al 2012 de gestión, con la finalidad de comprender y generar propuestas que permitan mejorarla.

1.8 Pertinencia teórica

La información teórica planteada en esta tesis doctoral involucra y vincula los diferentes preceptos que construyen las diferentes preguntas de investigación y objetivos, en ella se desarrollan fundamentos teóricos en la corriente de pensamiento hacia las estructuras, las estrategias y la, efectividad, según actores clave de la investigación (ver Tabla 1.2).

Tabla 1.2 *Teorías fundamentales y principales autores par el análisis*

Estrategia	Ansoff, Porter, Chandler Mintzberg Henry, March Pettigrew Alchian Hannan Freeman Williamson Granovetter Whitley
Estructura	Richar Daft Lawrence y Lorsch Mintzberg Henry Hax y Majluf
Efectividad	Chester Barnard, Daniel Kantz Robert Kahn, Richard Hall Johannes M. Pennings, Paul S. Goodman Michael Keeley, Jeffrey Pfeffer Gerald R. Salancik, Terry Connolly Edgar Colón, Stuart Deutch Kim Cameron, David Wheten, March Sutton
Modelo teórico biográfico	Bolivar y Domingo
Modelo de teoría narrativa	Firtz Shüthze
Análisis del discurso	Foucoult, Laclau y Mouffe Courdesses y Chauveau

Fuente: Elaboración propia. Tesis doctoral.

II. FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION: EFECTIVIDAD, ESTRATEGIA Y ESTRUCTURA

2.1. La Administración y los estudios organizaciones

Como punto de partida, la aproximación organizacional surge desde el estudio de la administración, esta última se hace relevante en el siglo XIX con la sistematización y su consolidación como ciencia, para dar paso en el siglo XX a los estudios organizacionales por desarrollarse en América y Europa. La teoría organizacional se ha apoyado de nuevos enfoques, pero ha sido muy criticada por sus aportaciones pobres e interpretadas como ideológicas, el estudio de todas las corrientes administrativas del pasado son adoptadas como teorías básicas desde la concepción histórica de administrar. Un ejemplo de ello es la administración científica de Taylor,. La escuela taylorista ha tenido severas críticas por las condiciones ideales del estudio realizado y sus conclusiones están fuera de realidad, son disfuncionales, pero se rescatan los esquemas laborales a partir de la revolución industrial, de la tecnología y los esquemas de control y de establecer contraposiciones, como la libertad laboral y la creatividad para alcanzar la productividad y calidad deseada. El Taylorismo se recicla, aplicándose a la automatización, propio de nuestra época, aunque quizás hasta la evolución de la automatización se deje atrás a Taylor por el interés de volver a las máquinas inteligentes, análogas al ser humano. Ford retoma el pensamiento marxista identificando lo apropiado hacia el trabajador y las críticas a la burocracia con enfoque económico asociado por Weber.

Las necesidades de teorización organizacional están sujetas a las necesidades del capitalismo; hay que acrecentar los espacios que mejoren el interés del trabajador y el equilibrio con la productividad, el estudio y desarrollo de herramientas que lo favorezcan y en eso hay hoy buenas cuentas desde el punto de vista de patrones y trabajadores, la ganancia y la productividad por un lado y la mejor vida integral del trabajador por el otro.

2.2 Hacia la definición de efectividad

A continuación se presentan las diferentes corrientes de pensamiento sobre Efectividad por autor, que orientan los diversos enfoques sobre el término (Ver Tabla 2.1).

Tabla 2.1 Corrientes de Pensamiento de la Efectividad

Autor(es)	Concepto	Elementos
Chester Barnard	Es el logro de los objetivos reconocidos por la acción colectiva determinada por el equilibrio de alicientes incentivos y contribuciones y se evalúa a través de los elementos de la organización.	Acción colectiva
Daniel Kantz, Robert Kahn	Depende de factores internos y ambientales y es la eficiencia dependiente de la maximización de utilidades interna y la efectividad de la política externa, que es determinada por la transacción ambiental, su evaluación depende de los individuos dentro de la organización y la relación con el sistema al que pertenecen.	Sistemas
Richard H. Hall	Depende de la relación de empleados, clientes y público en general se basa en el hecho de hacerlo bien, está determinada por las restricciones del medio, metas organizacionales, conflictivas y temporalidad y la evaluación se basa en la pluralidad y la percepción.	Integración
Johannes M. Pennings Paul S. Goodman	Subsistemas internos y externos que proveen insumos y son destinatarios de los productos organizacionales y se basa en satisfacer restricciones relevantes, estándares, está determinada por la habilidad para hacer frente a las contingencias y se evalúa en la coalición dominante.	Contingente
Michael Keeley	Los usuarios internos y externos minimizan las consecuencias adversas de la organización y la efectividad se genera según las consecuencias de sus actividades y es valuada por cualquier persona de la organización local.	Transversalización

Fuente: Tomado y modificado de Cervera, F. (2011). "La percepción de la efectividad organizacional." Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Querétaro. Querétaro, Qro.

Diversos autores han formulado y planteado su concepto sobre efectividad, de acuerdo a la revisión explorada por los principales exponentes, podemos concluir que comparten rasgos, identificados por contener elementos que engloban la calidad de la prestación de un servicio, la efectividad es una característica que todas las organizaciones, promueven, evalúan, monitorean, persiguen, ejecutan y sueñan tener. La efectividad entonces puede pasar a ser de un sueño, meta, objetivo, esperanza o ideal, a ser un proceso real, concreto, motivante, positivo y benéfico tanto para la organización como los elementos que la conforman y los usuarios que la utilizan. Si bien el concepto de efectividad puede variar a lo largo del recorrido histórico que los diversos autores plantean, se mantiene la esencia del mismo al involucrar actualmente los temas de calidad y evaluación en la prestación de un servicio cualquiera que sea el tipo de éste.

Los métodos de evaluación económica en las organizaciones consideran 3 criterios fundamentales que es necesario describir; de eficacia, eficiencia y efectividad. El primero se refieren a los resultados obtenidos bajo condiciones ideales; el segundo a los resultados basados en los recursos; y el tercero a los resultados interpretados en beneficios individuales o colectivos bajo condiciones reales (Del Llano, 2000).

Para Peter Druker (1969), el padre de la Administración moderna, la efectividad es más importante que la eficiencia, él manifiesta que es mejor hacer buenas cosas (efectividad) que hacer cosas buenas (eficiencia) ya que la efectividad conlleva claridad en las prioridades de la organización, las propuestas, lo que realmente importa y se enfoca a que la gente las conozca y se le faciliten estos elementos para la mejor contribución en una organización efectiva.

2.2.1 Modelos de efectividad de Richard Hall

La organización es efectiva solo en uno o varios criterios, no es posible satisfacer la complejidad de todos ellos y menos en organizaciones complejas; una gran organización no puede ser efectiva totalmente según Richard Hall (1973). En las organizaciones públicas regularmente deja de importar el cliente, cuando se trata de monopolio y atienden a una población cautiva. Se trata de saber si las organizaciones son efectivas o no, saber si solo satisfacen sus propios intereses, o que tanto les interese la opinión de los usuarios de los servicios prestados. Richard Hall reitera *“La efectividad es un fenómeno relativo...se impide la efectividad en relación con todos los criterios. El tipo específico de efectividad buscada refleja las metas operativas, en la forma en que ellas han evolucionado a través del tiempo”* (p. 96).

No hay un consenso sobre el término efectividad como un modelo científico y por ello se trabaja en su construcción a través del siguiente modelo de contradicciones a continuación expresado. Las organizaciones son más o menos efectivas respecto de la cantidad de metas que persiguen, la cantidad de recursos, la cantidad de personas dentro y fuera de la organización y el margen de tiempo en lo que se juzga.

2.2.2 Modelo recurso –sistema

El modelo recurso-sistema es la relación de la interface ambiente-organización, en la medida que se explote el ambiente para la adquisición de recursos. Este modelo según Yuchtman y Seashore (1967), trata de jerarquizar, en primer lugar estaría la supervivencia o muerte que se evaluaría en un periodo de tiempo dado y el más largo; en segundo lugar se consideran las variables de producción y/o de resultado preestablecidas, son aquellas variables de desempeño específicos, pero correlacionables entre sí para obtener los recursos de forma específica; y en tercero las variables auxiliares, es decir, como submetas o medios para alcanzarse en periodos de tiempo más corto. Este contexto se demostró según los autores, mediante el análisis de variables de compañías de seguros, utilizando un análisis matemático factorial, que no priorizaba variables en orden de importancia, por lo que quizás las conclusiones estuvieron sujetas a conveniencia y acomodo de autores.

2.2.3 Modelo de metas

Las organizaciones complejas tienen metas múltiples y contradictorias. La mayoría de las veces las metas asignadas son múltiples, confusas, ambiciosas, difíciles de medir y evaluar. Las metas oficiales son difíciles de evaluar, porque según Perrow (1961) son solo propósitos generales; las que valen son las metas operativas, designadas con políticas de operación reales. Este modelo de metas puede variar con el tiempo y comportarse de manera similar como el modelo recurso-sistema, varían con el tiempo según las condiciones del ambiente, por ejemplo, la competencia por los mismos recursos en dependencias de gobierno. El desarrollar la vida organizacional interna y externa debe ir de la mano de su cambio paralelo, según las modificaciones de esta, a la par de las metas operativas, sin modificar las metas oficiales para no conflictuarlas, sin embargo el cambio de metas organizacionales es cada vez más posible por el ambiente turbulento económico-político y social.

Las metas entre más cuantificables sean, mejor será determinar su efectividad, sin embargo, saber quién determina los buenos o malos resultados, no se sabe con claridad si se deben a factores internos o externos específicos, para qué tiempo y para quien son funcionales esas metas, muchas veces no hay forma de demostrarlo y ello determina la dificultad por determinar la efectividad en una organización. Según Hannan y Freeman (1977) se deben generar hipótesis sólidas en función de su estructura causal. Según Scott (1977) la relación efectividad-meta tiene tres oportunidades

referenciales en el campo de la administración: 1.- representa una fuente de incentivos para los participantes de la organización.2.- Significa una guía al esfuerzo de los participantes y 3.- Proporciona aspectos para identificar y valorar elementos del funcionamiento organizacional. Mahoney y Weitzel (1969) han encontrado en investigaciones en los administradores de organizaciones, que los criterios de efectividad se basan en cuantificar la productividad y para las ciencias administrativas, el estudio del comportamiento organizacional, incluido el desarrollo de personal como metas fundamentales.

2.2.4 Modelo satisfacción-participante

Barnard (1968) marco el inicio de este modelo con el énfasis en los incentivos para favorecer la cooperación, la satisfacción de los trabajadores y el buen desempeño de la empresa. Este modelo tiene un enfoque psicológico basado en la satisfacción de necesidades de sus participantes y que representa el fin realmente, la rentabilidad, eficiencia y productividad son condiciones necesarias, sin embargo no es tan fácil pasar por alto la realidad organizacional y centrarse en el aspecto individual y satisfactorio del participante.

Cada uno de estos modelos destacan que la efectividad es relativa, lo que para uno resulta efectivo, a otra parte de la organización no le resulta tanto, al identificarse diferencias irreconciliables, entonces, ¿Cuáles son los valores esenciales para determinar la efectividad organizacional? No hay consensos, Campbell et. Al (1974) encontró unas 30 medidas diferentes o criterios sobre la forma de definir la efectividad.

El concepto de efectividad significa: objetivos reales/resultados y ello lo clarifica como indicador para este estudio; a diferencia de la eficacia que se refiere a: objetivos ideales/resultados; y eficiencia que mide: recursos/resultados (Bouza, 2000). Según Richard Field (2002), la efectividad en las organizaciones se orientan a su grado de flexibilidad y se apoya en: resultados racionales, al tipo de sistema (abierto o cerrado), a los procesos internos y las relaciones humanas. Para Palmer (1998), la utilización de indicadores de proceso es más conveniente que los de resultado, siempre y cuando exista una fuerte asociación o que los procesos afecten particularmente los resultados, lo anterior se basa en que la medición de procesos tiene las siguientes ventajas en relación a los indicadores de resultado: responde a las necesidades de mejora de la atención, detecta oportunidad de mejora en los prestadores de un servicio,

rápidamente se pueden reelaborar procesos de atención, se identifican las responsabilidades de los prestadores acorde nivel de efectividad ofertada, se adecua también a las individualidades y a los estratos dirigidos, se requiere menos usuario por evaluar y se pueden reevaluar al direccionar la intervención y observar consecuencias.

Dado que esta investigación busca operacionalizar la efectividad, se ha considerado en el Sector Salud uno de los indicadores más sensibles, la mortalidad evitable se ha acuñado desde 1952 (Gómez. 2006), como indicador de alto impacto para valorar las políticas públicas de los servicios sanitarios, con el paso del tiempo se ha consolidado su uso, porque se ha visto que las acciones efectivas de los gobiernos han reducido más rápidamente este tipo de mortalidad que aquellas que no son evitables. Más adelante se profundizará acerca de las características de la mortalidad evitable. La mortalidad evitable según Gispert (2006) *“son los casos de muerte por enfermedad o causa externa que disponen de tratamientos o medidas de prevención y que se hubieran evitado si el sistema sanitario hubiera actuado correctamente en todos sus pasos”* (p. 23), es decir, a mayor efectividad menor mortalidad evitable y a menor efectividad mayor mortalidad evitable, por tanto esta última representa un indicador muy sensible para conocer la efectividad de los servicios de salud, acorde a sus políticas públicas, estrategias y resultados.

2.3 Estructura organizacional

2.3.1 Las Estructuras

Según Rodríguez (2005), las organizaciones son sistemas determinados estructuralmente. Las estructuras son el esqueleto que sostienen las formas, el fondo organizacional e influyen de forma diferente en cada organización así como los resultados, ello representa la diferencia entre la sobrevivencia o la muerte. Los cambios en la organización solo podrán generarse si se dan cambios en la estructura. Para que una organización cambie, es necesario que desde el interior de la organización se genere la autoreflexión a partir del diagnóstico.

Se plantean a continuación los principales modelos de autores relevantes relacionados al concepto de las estructuras.

2.3.2 Modelo Lawrence y Lorsch

De acuerdo con Rodríguez (2005), el modelo presentado por Lawrence y Lorsch en los 70s explicitaron el Modelo de Contingencias (relación ambiente – organización) a partir de la Teoría General de Sistemas y la importancia de sistema según Luhmann en los 70s y la Cibernética de Ashby en los 50s (complejidad); surgiendo los conceptos de diferenciación y el nivel de especialización e integración, en el que se coordinan los subsistemas diferenciados. Dado un ambiente determinado en el que está inmersa la organización, se determina el análisis según la división del trabajo, la planeación de actividades, las relaciones personales y de grupo, entre empresa – miembros y el estudio de subsistemas ambientales como: clientes internos y externos, proveedores, tecnológicos, de provisión legal, tributaria, claridad de metas, nivel de conformidad y compromiso, comunicación, conflicto etc.

2.3.3. Modelo de estructura de Mintzberg

De acuerdo con Mintzberg (1988), el diseño de la estructura organizacional debe basarse en la armonía entre lo interno y el entorno, es decir, la consistencia interna y externa. Similar al anterior modelo se basa en la relación: división del trabajo – integración con enfoque en las tareas. Las partes esenciales en el diseño estructural son: a) cumbre estratégica (alta gerencia) b) línea media (gerentes) c) núcleo operativo (ejecutores) d) estructura técnica (expertos en medir) y e) staff de apoyo (servicios indirectos).

La Coordinación se establece según Mintzberg con: 1) ajuste mutuo (comunicación informal). 2) supervisión directa (responsabilidad de tareas del jefe a subordinados) 3) estandarización de procesos trabajo (especificidad de contenidos de trabajo) 4) estandarización de productos (especificidad de resultados esperados del trabajo) y 5) estandarización de destrezas y conocimientos de los trabajadores (alineación de habilidades y capacidades).

Los tipos de estructura organizacional planteadas son: 1) estructura simple (supervisión de la cumbre estratégica directa). 2) burocracia mecánica (predomina estandarización procesos de trabajo). 3) burocracia profesional (estandarización de destrezas y conocimientos). 4) forma divisional (estandarización de producto, enfoque línea media). 5) adhocracia (de ajuste mutuo, relación estrecha operarios-especialistas externos).

2.3.4.-Modelo de Hax y Majluf

Siguiendo lo citado por Rodríguez (2005), la utilidad de los modelos organizacionales reside en difundir un diseño integral para el análisis organizacional. Reiteran los autores, que el diseño organizacional es una gran posibilidad de conseguir los objetivos estratégicos. En sí la estrategia debe ser el causal para definir la estructura organizacional. El modelo de Hax y Majluf se refiere precisamente a gestión estratégica y ellos reafirman la importancia de la estrategia en la que se basa la estructura, es decir, esta última como consecuencia de ella. Según Hax y Majluf la cultura condiciona la estrategia y esta a su vez la estructura, tratando de buscar la concordancia entre estos elementos para encontrar la funcionalidad. En forma de conclusión y de acuerdo con los planteamientos citados por los autores, es posible identificar que los elementos que se integran de forma transversal en todos ellos, es que la organización debe ser capaz de integrar a sus miembros y conferir visión estratégica, esto se puede realizar compartiendo la definición de objetivos para la organización total, para ello se deben desprender y comunicar los programas de acción fundamentales.

2.4.- Hacia la definición de Estrategia y su implementación

La estrategia en esta investigación significa, identificar el curso de acción que se siguió para llegar a ese nivel de efectividad de acuerdo a la organización que se estudie, si el nivel de efectividad depende del nivel de resultados obtenidos, entonces la estrategia es el curso de acción para llegar a ellos, considerando esta última etapa como estrategia. Para Bakin, (2010) después de hacer un análisis hermenéutico de “ *¿qué es estrategia?*” la definió como la coordinación entre acciones resultados y objetivos; Scholes y Wittinton (2008) la consideran como la dirección y el ámbito de toda organización, que responde a condiciones ambientales destinando recursos y competencias según las expectativas. A continuación se enuncian diferentes corrientes de pensamiento sobre estrategia (Ver Tabla. 2.2).

Autor(es)	Concepto
Ansoff, Porter, Chandler, 60s	Enfoque clásico.- La orientación de la estrategia se basa en la tomar decisiones racionales, orientados a los resultados, sus beneficios y con desarrollo de metodologías en planeación y finanzas. Muy útil en entornos maduros, estables y relativamente predecibles.
Mintzberg, Cyert, March, Pettigrew, 70s	Enfoque procesual.- Las organizaciones son fenómenos complicados y caóticos de los que surgen las estrategias, pero de manera confusa y poco a poco, es decir, aceptar el mundo y adaptarse a él de la mejor manera concebida. Las compañías logran sobrevivir ya que los mercados son tolerantes con las empresas ineficaces, cumplen pero no maximizan. El mundo imperfecto ofrece resultados imperfectos. Crear y seguir rutinas y no perseguir oportunidades. Es útil este modelo en sectores nuevos con periodo de inmadurez, sin predominio del mercado, con perfil bajo, de bajos costos. Se ajusta a burocracias protegidas, especialmente las empresas del sector público con compromisos de conveniencia.
Alchian, Hannan, Freeman, Williamson, 50s 80s	Enfoque evolucionista. Teoría Darwinista de supervivencia, intervienen procesos naturales de selección, evolución y eliminación. Los mercados son tan eficientes como para permitir permanentemente una ventaja sostenible. Los fallos estratégicos en la economía de la empresa difícilmente la sostendrán en el medio. Es útil este modelo en sectores nuevos con periodo de inmadurez, sin predominio del mercado, con perfil bajo, bajos costos y amplias miras.
Granovetter, Whitley, 90s	Enfoque sistémico.- Su propuesta se centra en el sistema social y económico en el que se instalan. La estrategia está influenciada por las tradiciones culturales. La eficiencia organizativa en este plano es dependiente de la dirección estratégica que mejor se adapte al contexto social.

Fuente: Tomado y modificado de Álvarez, L. (2010). "Relación funcional y grado de correlación: Innovación y estrategia. Tesis doctoral Universidad Autónoma de Querétaro. Querétaro, Qro.

Los individuos diariamente toman decisiones, en el vivir cotidiano o en las grandes decisiones que llevarán al éxito o fracaso de toda una organización. La forma consciente de tomar esas decisiones y planear los escenarios de posibles resultados, se representa a través de la estrategia. Grandes pensadores de la administración interpretan diferentes conceptos para la o las estrategias a partir del momento histórico en el que se encuentren, sin embargo, subyace ante todos ellos la importancia de los resultados que se obtienen a partir de las decisiones tomadas y el camino que se decide continuar de acuerdo a los beneficios de la organización.

La estrategia entonces no es una herramienta unilateral de quienes la implementan y llevan a cabo, para su desarrollo y ejecución se consideran los elementos que rodean al entorno, el contexto, los individuos que conforman la misma organización, con sus características propias y el sitio donde se inserta. El éxito o fracaso de una estrategia involucra elementos de planeación y coordinación con la población específica en la que se espera sea beneficiada con servicios o productos.

Según Miles y Snow (1978), la implementación de la estrategia puede ser pasiva y activa según las condiciones de la organización. Una organización pasiva es reactiva al cambio y la activa es estimulada proactivamente por el ambiente y facilita el construir según las necesidades de la organización. Un dato importante es que una organización sujeta a una estrategia pasiva tiene una mirada estrecha salvaguardando su nicho a toda costa (Hambrick, 1983). Para Mintzberg (1998), la Estrategia es un Patrón, sin embargo el plantea 10 escuelas sobre cómo debe formularse la estrategia y sus procesos de implementación existentes (Ver Tabla 2.3).

Tabla 2.3 Escuelas de Pensamiento de Estrategia según Mintzberg

<i>Escuelas</i>	<i>La estrategia vista como un proceso</i>	
<i>Prescriptiva</i>	-Planificación -Diseño -Posicionamiento	-De concepción. - Formal - Analítica
<i>Descriptiva</i>	-Empresaria -Cognoscitivo -Aprendizaje -de Poder -Cultural. -Ambiental. -de Configuración.	-Visionario. -Mental. -Emergente. -de Negociación. -Colectivo. -Reactivo. -Transformación.

Fuente: Tomado de Mintzberg H. (1998). Safari a la Estrategia. .Ed. Gránica, México.

Mintzberg (1998) reitera que la estrategia está implícita o explícita en la organización y puede ser prescrita si se planifica, diseña o posiciona y descriptiva si se improvisa de forma emergente, reactiva, transformadora, visionaria, colectiva, mental y negociadora.

2.5 La relación entre los tres conceptos; efectividad, estrategias y estructuras

Las organizaciones en esencia tienen como denominador común lograr fines determinados, alcanzar objetivos, cumplir metas (Raube, 1954); las estructuras se refieren a la disposición sistemática del trabajo del recurso humano, la forma en que se dividen las tareas, el marco de responsabilidades y su relación de autoridad, las formas organizativas y de coordinación de entre cada una de sus partes, desde las más simples hasta las más compleja, según Juicius y Schlender. (1965, Recopilado en Sextos, 1977) y esto conlleva la utilización de recursos físicos y financieros. Las estructuras organizacionales (estructura deriva de la palabra “Struere” que significa construir) se valen de esa maquinaria para el logro de objetivos predeterminados y definir el nivel de efectividad y el curso de acción para llegar a ellos a través de las estrategias, los objetivos son fundamentales para definir la estructura necesaria, el poder determinar el alcance de los logros, los parámetros establecidos como objetivos que se sujetan a una evaluación y por lo tanto a una forma de medir los resultados obtenidos, los beneficios generados, el grado de satisfacción. La evaluación de la estructura es una forma indirecta de medir la calidad organizacional. Las dimensiones de calidad propuesta por Palmer (1983) se basan en tres dimensiones: efectividad.- logros basados en objetivos propuestos bajo condiciones reales; eficiencia.- resultados basados en recursos utilizados; y accesibilidad.- facilidad para obtener atención frente a barreras económicas, organizativas, culturales, etc.

Las estructuras en una organización generalmente del orden público pueden sujetarse a ciertas condiciones situacionales o de contingencia, asociadas a ciertos parámetros de diseño. Los estudios sobre la relación entre estructura y desempeño, en general atribuyen la efectividad al ajuste entre parámetros de diseño y factores situacionales y estos son definidos por la estrategia que la direcciona en ese ámbito institucional (Daft, 2011).

Existen publicaciones que han demostrado una fuerte asociación de la efectividad y la estrategia, muchas veces reflejadas en efectividad organizacional como los trabajos de Zammuto (1982), Miles, (1978) y Cameron (1984), Glick y Huber (1993), cuyas etapas para esta investigación son, conocer cómo se construye la efectividad mediante la relación con las estrategias y las estructuras que la sustentan se integran de la siguiente forma asociativa (Ver Figura 2.1).

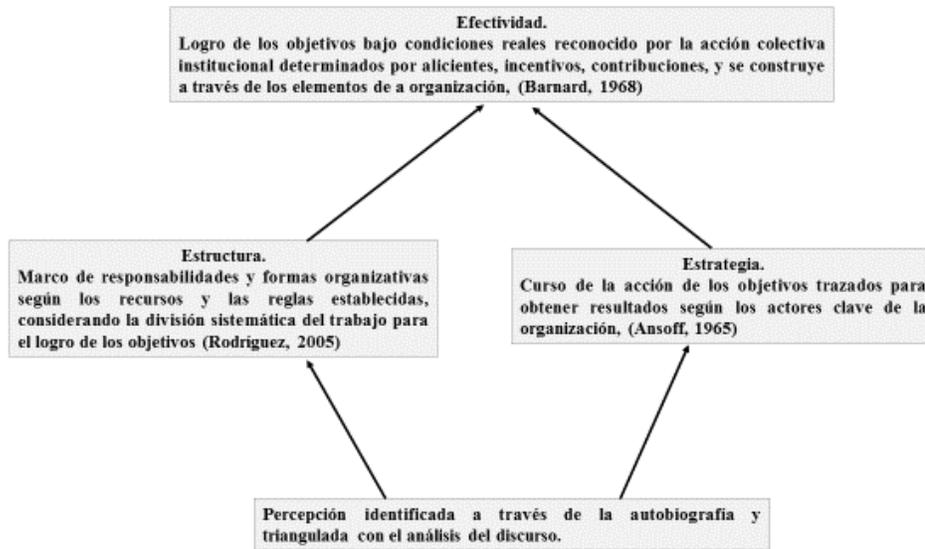


Figura 2.1 Relación Efectividad-Estructuras-Estrategia

Fuente: elaboración propia, 2015

III. MORTALIDAD EVITABLE

3.1 Antecedentes históricos

Lembcke en 1952, pionero de la salud pública estadounidense, profesor de la Universidad John Hopkins, asoció la calidad de la atención médica contrastada con las estadísticas vitales, con la mortalidad hospitalaria y atribuyó los casos como resultante de enfermedades mal gestionadas, prevenibles, tratables, controlables y de responsabilidad directa de los servicios de salud, específicamente de los servicios hospitalarios para la atención de padecimientos prevenible, al revisar de forma comparativa el tratamiento de apendicetomía (Gómez, 2006).

En Harvard bajo el mando de David Rustein en 1976, según Gómez (2006), se plantea la concepción de *mortalidad evitable*, como “*innecesariamente precoz*” desarrollando así un indicador de gestión sanitaria, para ello la metodología que realizó consistió en apoyarse de un grupo de expertos médicos especialista y guiarse sobre una lista sobre 90 padecimientos por grupos de edad, sujetos a atención médica, dependiente de la oportuna atención y de forma apropiada, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, versiones 8 y 9 (C.I.E.8 y C.I.E.9), según el dichos padecimientos adelantaron su aparición por falta de intervención preventiva y/o falta de atención médica, en las fases de prevención primaria y de tratamiento oportuno respectivo; revisiones futuras de los trabajos del autor, se identificó que se presentaron limitaciones al no considerar la tecnología como parte fundamental del retraso de las defunciones evitables, no consideraba la tecnología médica o lo hacía de manera parcial. Él, identifica dos tipos de casos.- Casos índice (prevenibles y tratables) considerado un solo caso como falla del sistema, por ejemplo tétanos, y casos colectivos (prevenibles y tratables) con el aumento de la frecuencia de manera atípica, como la hipertensión arterial.

En América del sur, en Chile, debido a la influencia de Rustein de Estados Unidos, Erika Tauche en 1978, separa la mortalidad evitable y no evitable en 7 grupos de acuerdo a la C.I.E. 9, (Rodríguez y Rey 2006) desde las altamente evitables. Se describen a continuación un resumen (para mayor detalle ver el anexo B)

Grupo A: Con enfoque preventivo (enfermedades prevenibles por vacunación como sarampión, tosferina, tétanos y otros como de trasmisión sexual y reumáticas)

Grupo B: Asociadas a diagnóstico y tratamiento precoz (Tumores malignos de útero, mama y próstata, apendicitis, obstrucción intestinal y otras de aparato digestivo)

Grupo C: Causas por saneamiento ambiental (enfermedades infecciosas principalmente intestinales, enfermedades parasitarias y transmitidas por vector).

Grupo D: Causas mixtas (infecciones de vías respiratorias: superiores e inferiores); evitables mixtas.

Grupo E: Enfermedades originadas en el periodo perinatal; evitables mixtas

Grupo F: Accidentes, envenenamientos y violencias; resto de las evitables mixtas

Grupo G: Tuberculosis, asociadas a embarazo, parto, aborto, cirrosis y otras enfermedades hepáticas

Grupo H: Son difícilmente evitables (tumores malignos no incluidos en el B, algunas malformaciones congénitas y enfermedades neurológicas);

Grupo I: Causas mal definidas (síntomas de senilidad y mal definidos); y

Grupo J: Otras causas (todas las no incluidas en los grupos de evitabilidad).

Sin embargo según Gómez Arias (2006), al igual de los demás autores, las definiciones tienen un soporte cualitativo y difícilmente demostrable de forma cuantitativa.

Charlton y Gales, (1983) realizaron en Inglaterra su investigación (Melchor, et al 2008) asociando los recursos utilizados, con los resultados de la atención médica, es decir, de las intervenciones médicas acuñó las condiciones vulnerables a la atención médica y propuso una nueva lista de muertes evitables basadas en la anterior de Rustein (aunque solo consideró 14 causas) y generó una nueva lista de mortalidad infantil, especialmente al final de la gestación y el nacimiento (perinatal), hasta lograr integrar 14 grupos de enfermedades con límite de edad de 64 años. Ellos fueron quienes estudiaron el comportamiento cronológico de causas de mortalidad de 1950 a 1980 en 6 países de Europa, identificando evolución en sus servicios de salud; llegaron a la conclusión que las muertes evitables declinaban más rápidamente que el resto de las causas de defunción y que también se debían a factores sociales, se identificó consistencia en todos los países estudiados. Poikela y Eskola, según Gómez (2006) en Finlandia y en la misma época

desarrollaron su estudio a 20 países y ampliaron las causas evitables a 70 condiciones vulnerables y otras 20 parcialmente vulnerables y no vulnerables.

Holland (1985, en Gómez, et al 2009), lideró un equipo de trabajo en sistemas de salud de la comunidad europea, continuando una nueva línea de investigación sobre mortalidad evitable y legó el primer atlas europeo (actualizado en dos ocasiones en los 90s) a partir de los trabajos de Charlton, pero afinó detalles, dividiéndola en dos vertientes fundamentales, indicadores de atención médica basado en prevención secundaria o tratamiento médico e indicadores de política sanitaria sensibles a prevención primaria, del interés comunitario y con estas características divisorias separó 17 grupos de enfermedades, 3 de ellas asociadas a prevención primaria incluidas las inmunizaciones y 14 de ellas asociadas a la atención médica. Se consideró a las muertes evitables como intervenciones efectivas de proveedores de atención médica e identificables por sus causas.

Las investigaciones sobre mortalidad evitable como indicador de efectividad para el desempeño de la atención médica y políticas de salud primaria, se han diversificado haciendo comparaciones entre países de condiciones socioeconómicas similares y al interior de los mismos para valorar la influencia y operación de los servicios sanitarios, como a continuación se mencionan:

Para 1989, de acuerdo con Melchor (2008), el Ministerio de Sanidad y Consumo del gobierno español emite un atlas de mortalidad evitable y para el año 1990 en la Comunidad Autónoma de Valencia, del año 1986, basados en 16 padecimientos tratables según la clasificación de Holland; seguido de una serie de trabajos, de tipo geográfico-temporal.

Con el título del artículo *La efectividad del sistema sanitario español*, Gispert (2006), es prudente y la llama, una aproximación a la efectividad, catalogando la mortalidad evitable (mortalidad prematura) como un indicador de desempeño de los servicios de salud. Se utilizó como indicador aquellas causas de mortalidad evitable resultante de intervenciones de asistencia sanitaria como: tuberculosis, hipertensión, enfermedad cerebrovascular, asma, etc y aquellas de intervención de política sanitaria intersectorial como sida, cáncer de pulmón, accidentes de vehículo de motor, enfermedad alcohólica del hígado, etc, la investigación se realizó en un periodo para cada Comunidad Autónoma española entre 1975 y 2002, registrando reducción en promedio del 10% de la mortalidad evitable en periodos de 5 años y asociada a la atención médica y cambio tecnológico, los resultados sobre intervención en política sanitaria no es halagadora y sus causales resultan confusos y las conclusiones son discretas, aceptando Gispert

(2006) una aproximación generalista para determinar el conocimiento de la efectividad del sistema sanitario español y plantea como alternativa un análisis por afecciones concretas y con mayor especificidad. Es necesario analizar contextos y analizar los casos de manera concreta (Ortún y Meneu, 2004).

Se han hecho investigaciones al interior de las Comunidades Autónomas en España, como las realizadas por Rodríguez y Rey (2006), en Santander, para el periodo 1997 -2003, utilizando la metodología propuesta por Taucher de 1978. Se utilizó como definición de muerte evitable para este estudio, a las muertes que por ciertas causas no deberían ocurrir en presencia de políticas y servicios de salud eficaces y oportunos; el fin último se considera para la realización de evaluación de resultados, definición de prioridades y diseño de intervenciones en salud pública, mediante planes y programas específicos. Los resultados del estudio encontraron que no hubo reducción de la mortalidad evitable y se mantuvo en el orden del 35%, sin embargo al revisar la casuística, si se encontró variación excesiva de mortalidad en el grupo E y F en las áreas específicas y reducción en otras, generando reajustes y equilibrios. Lo que sugiere mejorar el diseño de acciones específicas según la problemática de cada región para mejorar la efectividad del sistema local de salud.

En la Comunidad Autónoma de Valencia, Melchor et al (2007), analizaron la mortalidad evitable de 3 periodos por edad y sexo, comprendidos entre 1990 – 2004, por quinquenios, según la CIE 9 y CIE 10, reconociendo este indicador de mortalidad basada en una lista de defunciones innecesariamente prematuras según la clasificación de Holland. Las conclusiones expresan que el análisis de la mortalidad evitable desagregada por edad y sexo es una forma muy útil de identificar, según la temporalidad y área geográfica, aquellas intervenciones que requieren ser reforzadas, por ejemplo en ciertas áreas es más afectada en mujeres el incremento del cáncer de pulmón, bronquios y tráquea y las actividades preventivas en consecuencia que deberán aplicarse para su reducción.

Vergara et al (2009) desarrollan un trabajo de investigación denominado *La mortalidad evitable y no evitable, para ciertas áreas geográficas de España*, analizando el periodo de 1990 –2001, ellos definen a la mortalidad evitable de acuerdo a Gispert (2006) como “*los casos de muerte por proceso que disponen de tratamiento o medidas de prevención y que podían haberse evitado si el sistema sanitario hubiera actuado correctamente en todos sus casos*”(p. 186), se utilizó la lista de dicha autora, resultante del consenso de expertos españoles de padecimientos susceptible de

ser evitadas por intervención de los servicios sanitarios, la lista incluye 27 grupos de patologías según la CIE 9 Y 10. Los resultados de este estudio arrojan mayor vulnerabilidad en el sur y noreste del país, debido a la mayor casuística evitable no declinable a lo largo del tiempo, con predominio en hombres en padecimientos como hipertensión y enfermedad isquémica del corazón y en mujeres el cáncer de mama, reforzando la utilidad para identificar debilidades del sistema sanitario español para ciertas patologías para un tiempo específico y en una zona geográfica determinada.

En América Latina se han hecho estudios similares como los realizados en Costa Rica por Lorca y Ortún (2010), se identifica a la Mortalidad como Innecesariamente Prematura y Sanitariamente Evitable (MIPSE) para 81 áreas geográficas entre 2000 y 2005, dividiéndolas según su nivel socioeconómico en quintiles desde el grupo de ricos hasta el de extrema pobreza. Se utilizó una clasificación de enfermedades propuesta por un grupo de expertos catalanes de acuerdo al MIPSE. Se identificó que para el grupo de ricos la falta de efectividad, es decir, problemas de otorgamiento de servicios sanitarios y de falta de política adecuada. La resultante de los análisis fue que se detectó entre la población rica, falta de acciones en padecimientos como: vih-sida, cáncer de mama, útero, piel y hepatitis por alcohol y en la población pobre el cáncer de próstata, materna asociada a embarazo, parto, puerperio y la hernia abdominal.

En Colombia se hizo un análisis comparativo de listas o inventario de indicadores de mortalidad evitable (Gómez, et al, 2009) a partir de registros de mortalidad general de 1985 a 2001 y según la clasificación de Holland el 18.2 % se catalogó como evitable, según Taucher el 51.3% y según el realizado por los autores o grupo de expertos colombianos en este estudio el 76.7%. Lo anterior es resultante del nivel de rigidez o amplitud del criterio de selección, sin embargo hay repercusiones importantes en las modificaciones en las políticas intervencionistas y el abordaje de la atención médica según corresponda. El nuevo inventario de indicadores de mortalidad evitable colombiano es la sumatoria de la Lista de Holland y Taucher, adicionándose una tercera de causas de mortalidad evitable agregada de acuerdo a la CIE 9 Y CIE 10. Esta nueva lista es resultante de la inclusión de patologías no consideradas por Holland como en mayores de 64 años, no consideradas por Taucher como las cardiovasculares, sin embargo se consideraron algunas que no contemplaría Holland y si Taucher como la desnutrición, la diarrea, la malaria, los trastornos perinatales, la violencia, también representaron una influencia importante en Colombia con el incremento de defunciones asociadas a la violencia. El nuevo inventario de mortalidad evitable en Colombia, así como las listas hasta ahora expuestas, son revisiones de

grupos de expertos y su validez es relativa debido a que todas muestran limitaciones y contradicciones en su presentación, sin embargo está ampliamente identificada su utilidad, en el reconocimiento de fallas del sistema de salud para ciertas patologías, según su comportamiento en el tiempo y para ciertas áreas geográficas y del nivel socioeconómico, es decir, es variable de acuerdo al contexto, incluida la tecnología.

Por ahora es vigente esta línea de investigación para identificar la efectividad de los sistemas sanitarios, en un mundo en el que se reconocen las intervenciones en la atención médica y la aplicación de políticas sanitarias como una forma de corregir el sistema.

3.2 El concepto de la causa evitable, origen y operacionalización

El concepto de "*mortalidad evitable*" se refiere, en general, a todas aquellas muertes que, dado el conocimiento actual y la tecnología médica, podrían ser evitadas por el sistema de salud a través de la prevención y / o tratamiento (Castell y Nizalova; 2011). La mortalidad refleja, de forma indirecta, el nivel de salud de la comunidad. Por ello, se acepta que los indicadores de mortalidad podrían poner de manifiesto el efecto de las intervenciones sanitarias destinadas a mejorar la salud de la población.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003) señala como uno de los principales objetivos del trabajo de salud pública el "*aumentar la esperanza de vida de las poblaciones en las mejores condiciones de salud posibles. Por lo tanto es importante conocer y monitorear las tendencias de la mortalidad en todas las edades*"(P.1). En este sentido el análisis de la mortalidad constituyen uno de los recursos disponibles de mayor importancia como instrumentos para la evaluación de intervenciones individuales y colectivas; los análisis de mortalidad han avanzado notablemente y entre ellos se destaca el análisis de la mortalidad evitable. En la mayoría de los casos se define la mortalidad evitable como aquella en la que se puede reducir el número de muertes, a través de la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud, de la reducción de los factores de riesgo y del fortalecimiento de los aspectos positivos de las comunidades y de las personas. En pocos casos se limitan a definir la mortalidad evitable solamente como aquella que se puede evitar a través de la atención médica adecuada de la enfermedad. La modificación de factores o estilos de vida, la prevención de situación de riesgo, enfermedad o muerte de una persona, supone la existencia de información suficiente de

prevención de la enfermedad por una causa determinada, en la cual se puede comprobar que una intervención o acción oportuna pudo haberla evitado.

El concepto moderno de mortalidad evitable tiene su origen hace tres décadas, y es el resultado del cuestionamiento del impacto de los avances de la medicina en el descenso de la mortalidad observado durante la primera mitad del siglo pasado y por el interés de un grupo de expertos de la Universidad de Harvard por desarrollar indicadores individuales y colectivos para evaluar la calidad de la atención.

En su libro titulado *“El Papel de la Medicina: Sueño, Espejismo o Némesis”*, publicado en 1979, el sociólogo inglés Thomas Mckeown analiza los determinantes del descenso de la mortalidad de varias enfermedades, entre ellas la tuberculosis, ocurrido en Inglaterra y Gales entre mediados del siglo XIX y las primeras seis décadas del siglo XX. Encuentra en dicho análisis que la mayor parte de la reducción de la mortalidad ocurre antes de la introducción de las vacunas y los antibióticos, concluyendo que las causas que contribuyeron de manera importante al descenso de la mortalidad, fueron las mejoras en la nutrición y en los factores ambientales, ambos externos a la medicina.

Algunos años antes de la aparición de estos trabajos, un grupo de expertos de la escuela de medicina de la Universidad de Harvard, liderados por David Rutstein (Secretaría de Salud, México. 2006) propone una lista de 90 condiciones para las que no deberían ocurrir casos de enfermedad, discapacidad o muerte en presencia de una atención médica oportuna y efectiva. Denominan a dichas condiciones “eventos centinela” ya que su presencia puede considerarse como “señales de alarma” de problemas potenciales en la prestación de servicios de salud. Los servicios de salud considerados por Rutstein y cols. Incluían no solamente los destinados a la atención médica enfocada al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, sino también a los servicios preventivos. Además de los proporcionados por médicos y por personal paramédico, los servicios no personales, los laboratorios y demás instalaciones auxiliares de diagnóstico de las instituciones gubernamentales, sociales y privadas, incluso la responsabilidad del individuo que sufría la enfermedad (autocuidado) y la de sus familiares. Todas las enfermedades seleccionadas tenía una característica en común: existían intervenciones en salud o innovaciones tecnológicas, de prevención, diagnóstico o curación que deberían evitar tanto su aparición, como la posible discapacidad y/o la muerte. Para entender mejor estas condiciones, las clasificaron en dos grupos:

a) Aquellas en las que la aparición de un solo caso o defunción justificaba una indagación más profunda sobre las razones de su ocurrencia, como por ejemplo la aparición de botulismo o una defunción por causas maternas o por cáncer cérvico uterino.

b) Aquellas no totalmente evitables en todos los casos pero en las que, a través de prestar atención médica adecuada, su frecuencia podría reducirse, como las complicaciones cardiovasculares de la hipertensión o de la fiebre reumática.

También agruparon a las enfermedades seleccionadas en función de si eran prevenibles o tratables. Para Rutstein y colaboradores las muertes innecesarias y prematuras debidas a las condiciones incluidas en su lista debían ser vistas como el resultado de una compleja cadena de eventos, en la que la responsabilidad podía recaer en manos de otros involucrados, desde las autoridades que no habían proveído de fondos suficientes para contender con el problema; el encargado del programa de salud pública que no había implantado adecuadamente las acciones; la sociedad médica que estaba en contra de las clínicas o prácticas comunitarias; el médico que no había vacunado de la familia, o bien la madre que no había buscado atención médica o no había llevado a su hijo a vacunar. El trabajo de Rutstein y colaboradores es fundamental, pues sentó las bases sobre mortalidad evitable a través de dos aportaciones centrales:

1. La conceptual, que define la muerte evitable como aquella debida a condiciones que producen muertes innecesarias y prematuras que, dados los avances del conocimiento médico, no deberían ocurrir sí se tiene acceso a servicios de salud de adecuada calidad.
2. La lista de causas evitables de muerte, punto de partida de todos los estudios sobre mortalidad evitable que hoy existen.

El siguiente estudio sobre muertes evitables fue realizado por Charlton y cols. (1983) y su objetivo consistió en analizar la variación regional en la mortalidad observada en Inglaterra y Gales debida a 14 grupos de causas que ellos consideraban, susceptibles de ser evitadas mediante diagnóstico y tratamiento adecuados. Les interesaba establecer sí dichas causas podrían ser utilizadas para identificar problemas en la calidad de la atención. Para contar las muertes evitables, los autores añaden a la definición un límite arbitrario de edad. En el estudio se consideraron solamente las defunciones en menores de 65 años, pues las muertes evitables por definición ocurren prematuramente. Charlton y cols., encontraron gran variabilidad en las tasas de mortalidad debidas a las causas incluidas entre las 98 regiones analizadas, la cual no era

explicable por factores sociales. Otro trabajo fundamental en el área de la mortalidad evitable fue el realizado por Poikolainen y Eskola (1986), estos autores estimaron el impacto de los servicios de salud sobre la mortalidad en Finlandia, entre 1969 y 1981, mediante la comparación de la tasa de descenso en la mortalidad por causas evitables o sensibles a la intervención médica con la tasa de descenso de la mortalidad no evitable. A través de esta comparación que, como se verá más adelante, ha sido utilizada en múltiples estudios sobre la evaluación de la efectividad de los servicios de salud, pudieron observar que la mortalidad por causas evitables había descendido a una tasa entre 2 y 3 veces mayor que la mortalidad por causas no evitables y estimaron que 50% del descenso de la mortalidad por causas evitables se debía a los servicios de salud. Poikolainen y Eskola basaron también su análisis en la lista propuesta por Rutstein y cols., aunque incluyeron causas de muerte que, con posterioridad a las publicaciones de éstos últimos, se habían convertido en parcialmente evitables como las enfermedades isquémicas del corazón, el melanoma y la meningitis. También establecieron el límite de edad de 50 años para considerar como evitables a las muertes por diabetes y asma, criterio vigente hasta la actualidad.

A partir de la aparición de los trabajos referidos, el estudio de las muertes evitables ha buscado cubrir dos objetivos: a) por una parte evaluar el efecto de los servicios de salud sobre la mortalidad y b) por la otra identificar problemas en el funcionamiento de sistemas específicos de salud.

Recientemente Nolte y McKee (2004) publicaron una extensa revisión de la literatura existente sobre muertes evitables además de una interesante discusión metodológica y conceptual sobre los alcances y limitaciones del concepto de muertes evitables. Los hallazgos más importantes de este documento fueron: Primero, la revisión identificó 72 estudios que aplicaron empíricamente el concepto de mortalidad evitable, y segundo: la mayoría de estos estudios, publicados entre finales de los años 80 y principios de los años 90, buscaban responder a la pregunta ¿cuál es el efecto de los avances médicos, y en última instancia, de los servicios de salud en la reducción de la mortalidad de la población? Utilizando las comparaciones realizadas inicialmente por Poikolainen y Eskola (1986) y con algunas adaptaciones de la lista de Rutstein (1976), en función de los perfiles de mortalidad de los países analizados, estas investigaciones se realizaron en países europeos, observaron consistentemente que las tasas de mortalidad por causas evitables había descendido de manera más rápida que la mortalidad por causas no evitables. La conclusión general que se desprende de estos estudios, es que a partir de la segunda mitad del siglo XX se aprecia un claro efecto de las intervenciones médicas en el descenso de la mortalidad, lo que

llevó a Nolte y McKee a afirmar que no hay duda de que la atención médica su función principal es salvar vidas. En lugar de preguntarse sobre el posible efecto, se trata de indagar ¿Cuántas vidas salvan la atención a la salud?

Los trabajos más recientes han vuelto a considerar la idea de clasificar las causas de muerte evitable, a partir de las intervenciones que les anteceden. Destaca el trabajo de Wrestling y cols. (1992), quienes fueron los primeros en proponer que las condiciones evitables se dividen en prevenibles y tratables; o el de Simonato y cols. (1998) quienes clasificaron a las causas de muerte evitables en:

- a) Causas de muerte susceptibles de evitarse, mediante prevención primaria a través de políticas de salud o políticas sociales más amplias que reducen la incidencia de las enfermedades por disminuir la prevalencia de factores de riesgo y exposiciones ocupacionales. O de medidas legales y sociales que reducen la frecuencia de lesiones accidentales.
- b) Causas de muerte susceptibles de evitarse, mediante la detección temprana y el tratamiento oportuno, como por ejemplo el cáncer cérvico uterino y el melanoma.
- c) Causas de muerte susceptibles de evitarse, a través del diagnóstico y tratamiento adecuados, como las infecciones tratables mediante antibióticos o prevenibles mediante vacunas o los padecimientos como la apendicitis, la colecistitis o la hernia que responden a una atención quirúrgica adecuada.

Las muertes evitables son reflejo de una compleja gama de situaciones que van desde factores socioeconómicos, biológicos, conductuales, hasta aspectos asociados con el funcionamiento de los servicios de salud, por ello, diversos autores señalan que el análisis de la mortalidad evitable, rara vez puede confirmar la presencia o naturaleza de un problema. Más bien debe considerarse como indicador de problemas potenciales en la organización o prestación de los servicios de salud, los cuáles deben ser investigados con mayor profundidad; por ejemplo, mediante el estudio de los procesos y resultados de la atención, usando el método de trazadores que evalúen la amplia gama de componentes de los sistemas de salud.

3.3 El estudio de las muertes evitables en México

Existe consenso en la literatura internacional, que las causas de muerte consideradas como evitables son sensibles a las intervenciones del sistema de salud y que el análisis de su frecuencia y distribución puede ayudar en la mejora de la prestación de los servicios y efectividad del sistema. Uno de los objetivos de todo sistema de salud debe ser, mejorar la salud de la población, reducir la mortalidad por causas evitables, trabajar en lo evitable orientando la atención al contar con las tecnologías y los conocimientos necesarios para evitar su ocurrencia.

El panorama internacional promueve que la medición de las muertes evitables debiera formar parte de los ejercicios de planeación de las acciones de salud en México, con el seguimiento correspondiente, es decir, a nivel nacional, regional, estatal y local. En este trabajo se reconoce que la inequidad en salud se refiere a desigualdad en salud, que es evitable, innecesaria e injusta (Woodward y cols, 2000, Peter y Evans, 2001), por ello se considera que las desigualdades en la mortalidad evitable reflejan la inequidad en salud y el grado de efectividad del Sector Salud hacia la población. Si las desigualdades en salud pueden definirse como la existencia de diferenciales en el estado de salud o en sus determinantes entre grupos poblacionales, especificados mediante variables sociales, económicas o incluso geográficas, éstas pueden ser identificables a través del análisis de la frecuencia de los problemas de salud o sus determinantes y resumir su distribución usando medidas especiales de desigualdad, y enfocando la pertinencia e importancia de la evaluación de la efectividad a través de este tipo de indicadores.

A continuación se plantean las causas generales consideradas como muertes evitables, de acuerdo con información oficial del Sector Salud mexicano. Así, para cada causa evitable se han identificado las tasas de mortalidad más bajas, para posteriormente cuantificar la proporción que es posible eliminar, a esta parte de la mortalidad evitable se le ha denominado “muertes evitables en exceso”, es decir, que no solo se ha cuantificado el total de muertes consideradas como evitables bajo los estándares internacionales, sino dentro de las muertes evitables aquellas cuya frecuencia es posible disminuir en México, siempre y cuando se eliminen las desigualdades en la mortalidad observadas entre las regiones del país. Dado que este estudio se centra en el análisis de los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo, se plantea a continuación la información oficial emitida durante 2006 para las muertes evitables en este Estado (Tabla 3.1).

Tabla 3.1 Muertes observadas y muertes evitables en exceso en el estado de Quintana Roo 2006.

Causa de muerte evitable	Tipo de causa	Muertes observadas						Muertes evitables en exceso durante los 5 años	Porcentaje de muertes evitables	Lugar como causa evitable	Porcentaje del total de muertes evitables nacionales
		2000	2001	2002	2003	2004	Total				
01. Tuberculosis	I-AM	23	19	11	18	14	85	57	67.1	12	0.6
02. VIH/SIDA	I-P	73	65	63	75	98	374	316	84.5	4	1.9
03. Enfermedades infecciosas intestinales (0 a 14 años)	I-AM	18	23	14	19	14	88	65	73.9	10	0.7
04. Hepatitis viral	I-AM	4	4	8	4	4	24	12	50.0	28	0.4
05. Septicemia	I-AM	17	18	17	17	26	95	49	51.6	15	0.8
06. Meningitis	I-AM	6	6	6	9	9	36	10	27.8	31	0.5
07. Cisticercosis, bronquitis aguda y otras enfermedades infecciosas o parasitarias	I-AM	4	5	6	5	2	22	9	40.9	32	0.4
08. Neumonía, influenza y otras infecciones respiratorias bajas	I-AM	31	23	31	38	29	152	46	30.3	18	0.2
09. Muertes maternas (10 y más años)	I-AM	17	14	15	14	11	71	47	66.2	16	1.1
10. Afecciones originadas en el periodo perinatal (menores de 1 año)	I-AM	182	186	183	161	157	869	611	70.3	1	1.0
11. Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	I-P	16	16	7	9	17	65	31	47.7	21	0.3
12. Anemias por deficiencias nutricionales	I-P	8	6	6	4	10	34	25	73.5	24	0.5
13. Cáncer del estómago	II-AM	19	31	30	21	28	129	61	47.3	11	1.1
14. Cáncer de colon, recto y ano	II-P	6	9	17	9	6	47	0			
15. Cáncer del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	II-P	14	20	19	17	18	88	36	40.9	20	0.6
16. Cáncer pulmonar	II-P	21	17	18	28	25	109	56	51.4	13	0.4
17. Cáncer de la piel (incluye melanoma)	II-AM	1	3	3	2	2	11	0			
18. Cáncer de mama	II-AM	14	11	19	13	10	67	30	44.8	22	0.3
19. Cáncer cervicouterino	II-AM	25	29	22	30	32	138	75	54.3	9	0.9
20. Enfermedad de Hodgkin	II-AM	1	1	1	1	2	6	0			
21. Leucemias (0 a 44 años)	II-AM	20	22	22	19	28	111	46	41.4	17	1.3
22. Cáncer de testículo	II-AM	3	5	1	1	2	12	6	50.0	36	0.8
23. Cáncer de la laringe, la cavidad bucal y la faringe	II-P	8	8	2	3	9	30	14	46.7	27	0.5
24. Cáncer de tiroides	II-AM	1	0	3	0	4	8	3	37.5	40	0.4
25. Hiperplasia de la próstata, tumores benignos y cánceres <i>in situ</i>	II-AM	2	2	4	4	4	16	6	37.5	37	0.5
26. Diabetes mellitus (0 a 49 años)	II-AM	22	30	23	27	30	132	0			
27. Hipotiroidismo y otras enfermedades de la tiroides	II-AM	1	0	4	4	5	14	9	64.3	33	1.1
28. Epilepsia	II-AM	4	10	5	13	7	39	12	30.8	29	0.3
29. Fiebre reumática aguda y cardiopatías reumáticas crónicas	II-AM	6	4	7	5	5	27	16	59.3	26	0.5
30. Enfermedad hipertensiva del corazón	II-AM	13	8	22	27	18	88	0			
31. Enfermedades isquémicas del corazón	II-P	104	110	137	134	149	634	270	42.6	5	0.5
32. Enfermedades cerebrovasculares	II-AM	65	64	57	62	64	312	28	9.0	23	0.2
33. Asma (5 a 44 años)	II-AM	2	4	1	2	2	11	5	45.5	38	0.8
34. Úlcera péptica, gastritis y duodenitis	II-AM	4	9	6	2	8	29	0			
35. Cirrosis hepática y otras enfermedades asociadas al consumo de alcohol	II-P	147	189	170	131	199	836	502	60.0	2	0.7
36. Apendicitis, enfermedades crónicas de las amígdalas y las adenoides y muerte por complicaciones quirúrgicas	II-AM	0	2	3	5	2	12	0			
37. Colecistitis y coleditiásis	II-AM	8	3	7	5	6	29	11	37.9	30	0.7
38. Hernia y obstrucción intestinal sin hernia	II-AM	4	7	2	4	5	22	6	27.3	35	0.2
39. Nefritis y nefrosis	II-AM	28	30	38	45	39	180	55	30.6	14	0.5
40. Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	II-AM	35	30	49	32	30	176	92	52.3	8	0.7
41. Hidrocefalia congénita y otros defectos de cierre del tubo neural	II-P	16	8	13	12	10	59	41	69.5	19	0.9
42. Accidentes de tráfico de vehículos de motor	III-P	122	120	100	91	107	540	413	76.5	3	1.2
43. Envenenamiento accidental	III-P	6	5	1	3	2	17	8	47.1	34	0.4
44. Exposición accidental al fuego	III-P	1	5	1	1	3	11	0			
45. Ahogamiento y sumersión accidentales	III-P	35	22	26	30	28	141	103	73.0	7	1.1
46. Suicidio	III-P	54	47	49	67	63	280	232	82.9	6	1.7
47. Otras causas evitables	II-P	0	4	5	3	4	16	4	25.0	39	0.3
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fuente: La Modalidad en México, 2000-2004. Muertes evitables: magnitud, distribución y tendencias. 2006.

Las muertes evitables que podrían reducirse en México equivalen a una de cada cinco muertes que ocurren en el país. Durante los últimos tres quinquenios la mortalidad por causas de muerte evitable ha disminuido y dicho descenso ha sido más consistente en el caso de enfermedades transmisibles, de la nutrición y la reproducción, más allá de la disminución de la magnitud, se han reducido las desigualdades en la mortalidad por estas causas (Secretaría de salud , 2006).

El predominio de las muertes evitables por enfermedades no transmisibles requerirá, en el futuro cercano, de importantes modificaciones en el Sistema Nacional de Salud. Será necesario primeramente, entre otras acciones preventivas, promover intensamente estilos de vida más saludables, que reduzcan el consumo de alcohol y tabaco, investigar adaptaciones a la dieta, que al tiempo de ser asequibles para la población, logren reducir la ingesta de grasas y fomentar la actividad física y el sexo seguro. También se requerirán modificaciones en la atención médica para contender con enfermedades de larga duración como la diabetes y la hipertensión arterial, cuyos efectos sobre la salud pueden reducirse mediante el seguimiento continuo y el manejo adecuado y en las que se requerirán investigaciones que aumenten la observancia y adherencia de los pacientes a los tratamientos y mejoren la calidad de la atención que los trabajadores de la salud proporcionan.

IV ASPECTOS METODOLOGICOS

4.1.- El enfoque metodológico en la investigación cualitativa

El presente trabajo de investigación doctoral, pretende abordar procesos biográficos y discursivos que permitan caracterizar las estructuras, las estrategias y la efectividad de los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo, los factores políticos, sociales, culturales, antropológicos y económicos asociados al desarrollo del sistema de salud y al modelo adoptado para su organización y funcionamiento; los valores y creencias que determinan la búsqueda de la atención, así como su aceptabilidad y el cumplimiento de los objetivos; la tensión entre la dependencia y el deseo de participación implícita en la atención de individuos y comunidades; los mecanismos de adopción de las decisiones que regulan el sistema constituyen elementos que deben incorporarse a las investigaciones en servicios de salud a partir de la consideración de la efectividad.

En el marco de la investigación en salud, se hacen necesarios instrumentos para descubrir la realidad que ayude a entender las circunstancias y el objetivo de poder plantear los cambios pertinentes que conduzcan a la mejora del sistema de salud. La investigación cualitativa da respuesta a esta necesidad, la investigación biográfico narrativo y el análisis del discurso político son métodos que dispones información en este ámbito. Como metodología cualitativa, el método biográfico considera que el investigador debe implicarse en el proceso, y a los informantes como protagonistas. El centro de interés son los aspectos subjetivos reflejados en el relato, la recolección de la información y del discurso que permitirán identificar motivaciones y sentimientos emitidos por el sujeto en cuestión. La investigación en las ciencias sociales según Bunge (2005), examina la naturaleza de los datos, los interpreta en todas sus formas, hace convalidación empírica al confirmar o invalidar información, los contrastar y depurar para generar respuestas.

En este trabajo de investigación se tratan de describir hechos sociales, una forma de explicar la realidad en que se desenvuelven los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo, como un estudio de caso, conceptualizado éste según Urbiola (2008), *busca el análisis de un fenómeno o proceso desde la perspectiva de aquellos que lo viven* (p.22) y que según Ragin mencionado en

Vasilachis (2006) *delimitado en tiempo y espacio, como parte de una realidad social* (p.217), y que esté inserto en una dinámica global y enfoque sistémico, nada ajeno al investigador, del cual dependa la mirada subjetiva, así como la participación de todos aquellos actores que intervienen para aclarar un problema de investigación y que funcionen como generadores de información, de elementos causales, con consecuencias y alternativas explicativas y mejor aún de comprender, para lograr teorizar y que según Strauss (2002), tener como cualidad una vasta profundidad, un microanálisis con escrutinio, con el afán de desarrollar, describir, dimensionar, conceptualizar e interrelacionar y así lograr construir, crear e innovar.

Se pretende considerar a la unidad de análisis institucional como un todo, cuyo eje de interés esté puesto en las personas, con posibilidad de reconstruir los resultados alcanzados en respuesta al trabajo administrativo, la efectividad institucional, según las estrategias, y estructuras organizacionales y con miras a definir el cumplimiento alcanzado, el beneficio social transformado en servicios, con integridad fenomenológica, en la búsqueda de una descripción clara de la realidad por explicar y de reflejar sus particularidades, en función de las variables en estudio y de todo aquello en el que el investigador es partícipe. El abordaje tiene un enfoque técnico subjetivo, de tipo exploratorio y descriptivo.

4.2 El debate sobre el estudio de esta investigación en el campo de las ciencias sociales

La metodología de las ciencias sociales y la epistemología ejerce un peso importante en la información de primera mano de los sujetos a investigar. En el aspecto metodológico las particularidades tomadas de las personas a investigar tienen una dimensión subjetiva y pueden ser comprendido en el esquema bipolar de Morgan y Smircich (1980) (ver Figura 4.1), en él se describe un enfoque antipositivista que se introduce desde el aspecto epistemológico, un acercamiento no objetivo, relativista, detallado; el enfoque ontológico según Bunge (2005) examina la naturaleza de las cosas y dentro de ella a la sociedad, donde se analizan sus procesos, ahí es donde se introduce lo subjetivo, como el aspecto nominalista, que quiere decir, la manera simple de nombrar las cosas sin ir más allá; para entender el enfoque de la naturaleza humana, es decir la relación del hombre con la sociedad, es necesario abordarla en detalle, identificar e interpretar la proyección de su imaginación, como una función básica del voluntarismo y en el que el hombre es libre de su destino en su entorno social y como metodología lo ideográfico como la forma de concebir las ideas en detalle de los sujetos de interés.

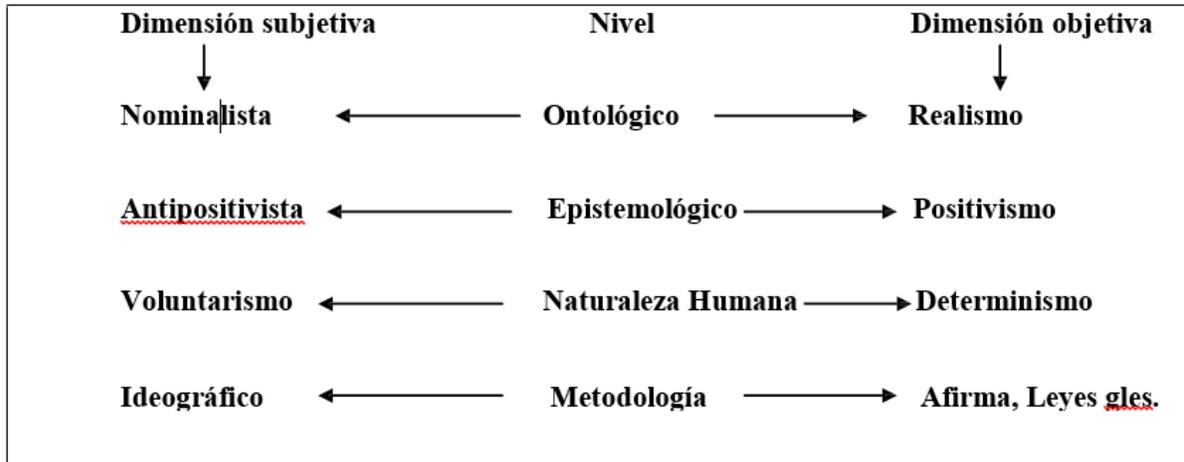


Figura 4.1 Análisis de la naturaleza de las ciencias.

Fuente: Tomado de Burrell y Morgan (1979) Sociological paradigms and organizational analysis. Pag 104.

4.3 Hecho social o fenómeno de la investigación

La efectividad de los Servicios de Salud en Quintana Roo es el objeto central de estudio en esta investigación visto a través del enfoque organizacional. El mundo está compuesto de organizaciones como parte esencial de la estructura social (Mainz, 1980). El estudio de las organizaciones ha considerado a la Sociología como un buen aliado técnico, Richard Hall (1996), considera las aportaciones de Perrow como fundamentales, al cuestionar con la pregunta ¿Efectividad para quién? Y responde: “*las organizaciones son construcciones humanas intencionales negociables y no sistemas racionales cooperativos basadas en las metas oficiales*” (p. 289), aclara que las metas son competitivas según el interés individual y grupal, considera la importancia de las revelaciones hacia el interior de la organización, él, ejemplifica que los administradores de los hospitales o cualquier entidad con fines de servicio social deben expresar todo lo que saben, porque los servicios finales oficiales no son todos los productos reales que se generan; Perrow (citado en Hall 1996) plantea otra pregunta ¿qué produce la organización? para responderla enfatiza la importancia de investigar mediante un riguroso análisis las revelaciones propias de actores clave de la organización y que quizás en el mundo externo nadie sabe o percibe; es reconocido que las funciones manifiestas y latentes de personas clave en la organización, refuerzan el involucramiento de las partes en la operación y de supervivencia en la organización, ya que los subsistemas formales no están suficientemente cohesionados, esto da pie a plantear la importancia de la percepción de los actores estratégicos (de la alta

gerencia) como fundamento cualitativo, aclarando la conducta de la acción de sus individualidades en la organización (Pfeffer, 1992).

Los resultados obtenidos se contrastarán y complementarán con la efectividad percibida por los Secretarios de Salud, quienes fungen como los principales actores en las políticas públicas en salud y toma de decisiones, cruciales para las actividades que se realizan en la organización de servicios de salud en estudio. Figura 4.2.



Figura 4.2 Estructura de la investigación y el objeto de estudio

Fuente: elaboración propia

4.4 El enfoque del estudio

El presente estudio doctoral aborda la obtención de información a través del análisis de diferentes herramientas de estudio; la narrativa, la historia de vida, y la triangulación de la información con el análisis del discurso (investigación documental), todas ellas se vinculan y contrastan para focalizar su atención hacia el análisis de las estructuras, estrategias y efectividad de los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo, dentro del periodo de 1974 a 2012.

A continuación se describirán los elementos más representativos e importantes de cada uno de los métodos de estudio.

4.4.1 Biografía narrativa

La biografía narrativa es el resultado metodológico y cualitativo de disciplinas sociales diversas como la sociología, antropología y etnografía, historia (historia oral e historia de vida), lingüística, psicología, filosofía, teoría literaria, educación, etc. (Bolívar y Domínguez, 2006). Se ha alimentado de diferentes vertientes científicas y engloban diferentes corrientes de pensamiento, siendo como esencia la historia de vida y la narrativa como expresión social, en ella están contenidas corrientes como antropología y psicología narrativa, estudios narrativos sobre organización, identidad narrativa y estudios narrativos en educación, etc. El enfoque biográfico se extiende desde la llamada autobiografía que habla sobre su propia vida, a la llamada biografía narrativa, que trata sobre situaciones en donde el protagonista no es precisamente el fin último de estudio, (fundamental para esta investigación), además de historia oral, historia de vida, relato de vida, narraciones biográficas, ciclos de vida, carrera y desarrollo profesional. Por ello la historia de vida es englobada por la biografía narrativa porque incluye significados profundos, al tratar de explicar las interacciones según los objetivos trazados, los puntos de impacto y trascendentes, de lo demandante, las expectativas, las influencias de los protagonistas, conjugadas con aquellos ejes del mundo que perciben (Bolívar, Domingo y Fernández, 1988,2001) y que posibilita la experiencia propia y la construcción social de la realidad (Bruner, 1988).

La metodología biográfica narrativa es una respuesta auténtica para descifrar desde la individualidad hacia lo plural, hasta el mundo social, es interiorizar y a partir de ahí transitar hasta expresar la riqueza de las interacciones, sus sentidos, significados y razones, según las

percepciones; en la búsqueda de entregar al oyente historias que resulten del consenso de la realidad e interés. La biografía narrativa es una forma de despertar el pasado de una historia protagonizada, pendiente de recreación y conciencia plena, plagada de una realidad personal, socializada, significativa y complementada por una interlocución que busca la verdad contrastable.

Según Pujadas (1992) el método biográfico se clasifica de acuerdo a dos elementos planteados en la Tabla 4.1

Tabla 4.1 Características del método biográfico



Fuente: Pujadas J. 1992. El método biográfico. El uso de las historias de vida en ciencias sociales. Pag 38.

Según Bolívar y Domingo (2006) el marco biográfico es todo aquello que busca la fuente personal para documentar una vida, un acontecimiento o una condición social y que responden a preguntas de investigación por resolver; ellos mismo argumentan en el marco narrativo como aquella dimensión emotiva de las experiencias de la complejidad, las relaciones y la singularidad de cada acción, en conjunto la describen como la narración de una vida tal como se cuenta, asociada al rol del investigador para validarla con registros u otros argumentos.

Sobre la narrativa, Conelly y Clandinin (1995, p.12) plantean tres vertientes de interpretación. 1.- La narrativa, (Sobre el producto o fenómeno a investigar como relato oral o escrito). 2.- El método de investigación de la narrativa, (Como la forma de recordar, construir, analizar los fenómenos narrativos) y 3.- La narrativa y sus usos (Para promover prácticas de cambio).

Bolívar, Domínguez y Fernández (1998,2001) definen cinco postulados en el enfoque biográfico narrativo:

- a. La narración es la única forma de expresar y percibir el conocimiento práctico y lo experiencial.
- b. Lo constructivista genera la posibilidad de la reconstrucción continua del pasado para explicar el presente y proyectar el futuro, focalizada desde su punto de interés.
- c. Contextual. Esta metodología solo da sentido en el tiempo, lugar y espacio que se propone relatar ya sea: social, cultural, institucional, etc.
- d. Interaccionista: Da un sentido de relación con otras vidas según el contexto y las situaciones significativas para el parlante y el oyente.
- e. Dinámica. Tiene un componente temporal y se desarrolla en un continuo más no homogéneo proceso.

4.4.1.1 Base teórica del método biográfico narrativa de Shüthze

El modelo teórico de la metodología biográfica narrativa de Shüthze (1981) en Bolívar y Domingo (2006) lo plantea en dos vertientes, la teoría biográfica y la teoría narrativa.

El Modelo teórico Biográfico está basado en cuatro procesos estructurales que se plantean en la Tabla 4.2.

Tabla 4.2 Procesos estructurales del método biográfico.

Patrones Institucionales	Esquemas de actuación	Trayectorias o sufrimientos biográficos	Procesos de cambio o identidad
Son los límites que el narrador establece según su cultura en el ámbito personal y del entorno, como por ejemplo el contexto familiar	Se refiere a los elementos relevantes asociados al interés de investigación que promueven cambios en la historia de vida	Está relacionado a desestabilización de vida, procesos reactivos que generan la necesidad de intentar desviar la atención y el camino	El cambio de identidad es el interés central hacia el protagonista biográfico y que en ese transcurso de la línea de vida se alimenta el investigador con sus experiencias de cambios vividas y la percepción del mundo que lo rodea

Fuente: Bolívar y Domingo (2006) "La investigación biográfica y narrativa en Iberoamerica" pag. 128

El modelo de la teoría narrativa hace referencia a : la descripción, la argumentación y la narrativa con enfoque sociolingüístico, juntas están inmersas en un esquema que significa comunicar para expresar hechos sociales y se diferencian entre sí dado que.- La descripción busca contextualizar situaciones, hechos y personas; la argumentación busca explicar, razonar intensiones de los

hechos y acontecimientos; la narración busca transmitir una cadena de hechos y acontecimientos en cuanto a estructura, forma y contenido de recapitular, hilar como historia de vida.

La narrativa obliga por si misma a generar acciones coercitivas y el narrador requiere identificar la conclusión del hilo histórico de lo expresado una vez iniciado, generar secuencialidad de los hechos según el contexto contenido; sobresalta aquellos hechos clave, fundamentales de la historia de vida, así como la retroalimentación propia evaluativa y concluyente. Lo anterior es muy valioso como características del método, porque significa una forma de validar la confrontación entre hechos y experiencias de vida traducidas en argumentos. Supone que el esquema de entrevista narrativa tiene como fundamento de historia de vida, la no preparación de los hechos por expresar.

4.4.2 Historias de vida

De acuerdo a lo citado por Santamarina y Marinas (1999) y Aceves (1996) la historia de vida es una técnica que se desarrolla en el campo de estudio del método fenomenológico, que enmarca el interés de la sociedad y que responde a una necesidad por descubrir y describir profundamente en medio de la complejidad, partiendo del protagonismo individual de actores clave que marcaron momentos de gran interés. La primera tarea epistemológica está guiada por concordar lo sincrónico que marca la época y el espacio en la que se busca el conocimiento y lo diacrónico que tiene que ver con las formas en que se expresan los conocimientos. (Tabla 4.3)

Tabla 4.3 Dimensiones del relato de historia de vida

DIMENSIONES DEL RELATO	UNIVERSO DIACRÓNICO	UNIVERSO SINCRÓNICO	SESGO METÓDICO
Saber nomotético universal Verdad ejemplar peculiar	Historia Historias	Mediático Experiencial	Instrumentalismo Conservacionismo

Tomado de Santa marina C. y Marinas J. (1999) Método de Investigación cualitativa en Ciencias sociales.

Las etapas de estudio para nuestra investigación en la profundidad sobre efectividad, estrategias y estructuras, se refieren al estudio de complejidades sociales y se pueden tratar de comprender de forma dimensional principalmente de la verdad ejemplar peculiar y procesual experiencial, según el esquema citado por los autores mencionados. (Figura 4.3.)

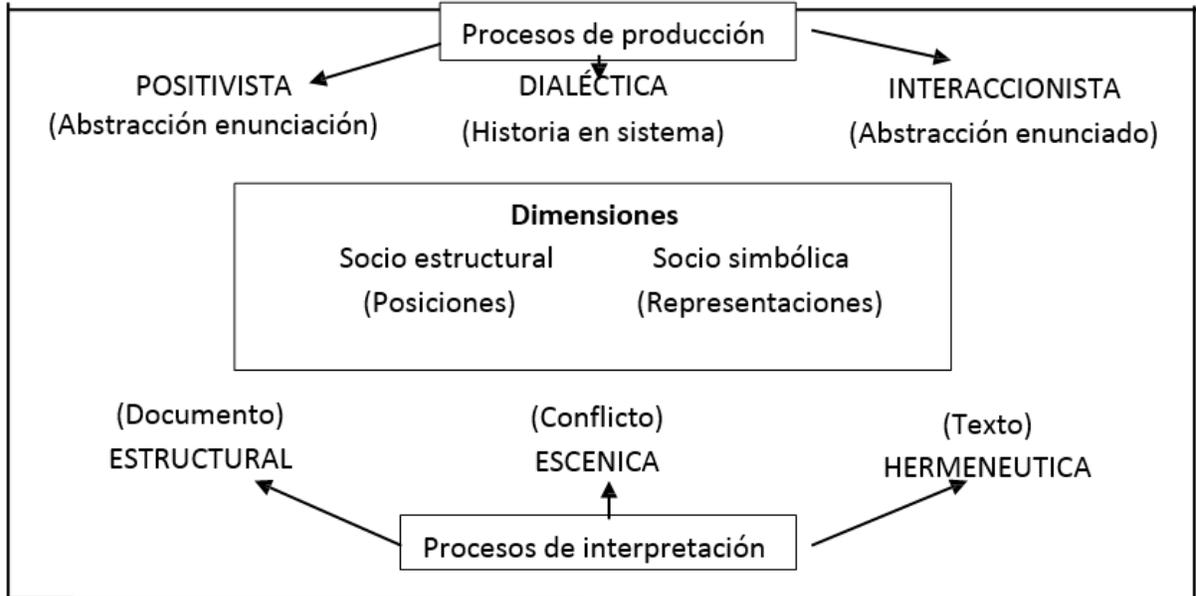


Figura 4.3 Modalidades e interpretación de la Historia de Vida

Fuente: Santamaría C. Marinas J. (1999), cap. 10, Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales

4.4.2.1 Modalidades de interpretación de la Historia de vida

Se describen a continuación los elementos más representativos de la modalidad de la historia de vida que cobran relevante importancia para esta investigación. Ver Figura 5.

Los procesos de producción se dividen en tres opciones.- El sentido positivista en el que predomina la evidencia documental; la segunda opción es el carácter interaccionista y la relación investigador – actor, cuya construcción dual permite desarrollar el método; la tercera alternativa es el enfoque dialéctico, cuya fuente de recursos es a través del trabajo del investigador y el actor alrededor del sistema social, esta última utilizada en esta investigación.

Se plantean dos dimensiones; la simbólicas, que están basadas en representaciones y las socio estructurales, que están basadas en conflictos en su composición organizativa, este último será representado en el presente proyecto de investigación.

El proceso de interpretación se plantea en tres perspectivas; estructuralista, relacionada con la organización y su sistema social en estudio hasta la saturación del modelo; el sentido hermenéutico de las historia de vida y tiene que ver con el enfoque basado en los textos disponibles y la tercera perspectiva tiene que ver con el carácter escénico del investigador hacia

el actor y trata de expresar las descripciones narrativas de vivencia del entrevistado, que es primariamente la técnica a desarrollar en esta investigación. En esta última perspectiva se trata de que el sujeto de estudio reactualice su sentir, la posición, el sentido y que redescubra las dimensiones de las estrategias que justifiquen la efectividad de la organización.

Para aplicar la técnica de historia de vida, a continuación se presenta un cuadro explicativo de las etapas del abordaje de la técnica de historia de vida, identificadas por los principales exponentes en dicha técnica. En la Tabla 4.4, se plantean las principales características que contiene el abordaje de la Historia de vida de forma general.

Tabla 4.4 Realización de Historia de Vida: Etapas y autores

Autor	Etapas en la elaboración de cada historia de vida
Plummer (1983: 86): <i>Cinco procesos</i>	<input type="checkbox"/> Preparación <input type="checkbox"/> Obtención de los datos <input type="checkbox"/> Conservación de los datos <input type="checkbox"/> Análisis de los datos <input type="checkbox"/> Presentación de los mismos
Bertaux (1997, cap. 4): <i>Cinco momentos</i>	<input type="checkbox"/> Apertura del terreno <input type="checkbox"/> Preparación de la o las entrevistas <input type="checkbox"/> Obtención de la o las entrevistas <input type="checkbox"/> Análisis (que abre a su vez otra serie de procesos y decisiones.)
Atkinson (1998, caps. 2, 3 y 4): <i>Tres momentos</i>	<input type="checkbox"/> Planeando la entrevista <input type="checkbox"/> Haciendo la entrevista <input type="checkbox"/> Interpretando la entrevista
Miller (2000: 76 y ss.): Cuatro etapas	<input type="checkbox"/> Negociando con los entrevistados que incluye: el muestreo, el hallazgo de los casos, el arreglo de las entrevistas, y el establecimiento del contacto con el sujeto.
La realizada en esta investigación: <i>Tres momentos</i> (enfatisa la necesidad de una ida y vuelta permanente entre las etapas)	<input type="checkbox"/> Preparando la historia de vida (muestreo, eje temático, guía) <input type="checkbox"/> Realización de las entrevistas <input type="checkbox"/> Analizando y sistematizando la información, interpretando la historia de vida (proceso que abre nuevos interrogantes).

Fuente: Tomado de Vasilachis I. 2006. Estrategias de Investigación Cualitativa.

Para esta investigación, la propuesta de Bertaux se promoverá para desarrollar esta técnica, considerando la preparación del terreno de todos los detalles previos, como la preparación temática, la guía textual, la selección muestral, el abordaje del actor clave principalmente.

4.4.3 investigación documental

Según Ávila (1999) es una técnica donde es posible describir, explicar, analizar, comparar, criticar entre otras actividades intelectuales, un tema o asunto mediante el análisis de fuentes de información de registros fundamentalmente escritos y de ellos gráficos y sonoros.

Como consiste en una método, debe especificarse de manera ineludible los siguientes elementos: objetivos, justificación de la fuente de información utilizada, la revisión documental, calendarización de actividades y un guion preliminar o tabla de contenido propuesto sobre el trabajo que se pretende desarrollar. Las etapas que lo componen son la planeación, colección de información, organización, análisis e interpretación y presentación de resultados.

4.4.4 La triangulación de la información a través del análisis del discurso

Una aportación enriquecedora de esta investigación es la triangulación de la información, a través del análisis del discurso, identificado a partir de la información oficial obtenida por los principales tomadores de decisiones en la política de salud en el País, esta responsabilidad recae en el Presidente, Gobernador y Secretario de salud y es obtenida a través de los informes de gobierno presentados al final de cada sexenio o periodo de gestión administrativa. A continuación se plantea el sustento teórico que fortalece la teoría del análisis del discurso.

4.4.4.1 La teoría del análisis del discurso

El origen del estudio del discurso parte en sus formas elementales de un conjunto de signos, de sonidos generados y relacionados entre sí, que producen significados y sirven para comunicar, a esto se le llama lenguaje, de ahí surgió la lingüística, quien se encarga de su estudio científico desarrollado a finales del siglo XIX y de principios del siglo XX, de los más destacados fue Ferdinand de Saussure en Francia, él le da un enfoque semiológico, es decir, definir el valor de los signos del lenguaje como producto social representados por el significante (imagen) y el significado (concepto) (Maingueneau, 1989), con el estructuralismo de Saussure, la sistematización de esta ciencia interpretativa da sentido a las reglas lingüísticas permisibles, dentro de un esquema de diferencias formales y que se concentra en el estudio de las articulaciones. En aquel tiempo el estudio del lenguaje estaba dedicado a la gramática, a la descripción de las estructuras de palabras y oraciones, más allá como la coherencia de los textos. Saussure en sus últimos años introduce la dualidad lengua/habla; la lengua como producto psíquico, objeto social, permanente y al habla la parte física y efímera para comunicar (Godel, 1975b); el habla es el detonante de los cambios de la lengua una vez que se practica y

se aprueba por la mayoría (Constantin, 2006). Durante muchos años Saussure se dedicó a enseñar lenguas muertas y por ello el predominio del estudio de la lengua, pero al dedicarse a la enseñanza del francés moderno en sus últimos años, como lengua viva y dinámica, ahondo en la dualidad lengua/habla. Saussure le dio sentido al valor de la palabra, vale y existe por su relación con otras unidades oponentes y semejantes que se coordinan para darle sentido al lenguaje, según su momento histórico y esto entendido como sistema (Mejía, Restrepo y Saleg, 2009).

El desarrollo del análisis del discurso político se orienta en el estudio de segmentos del habla o de la escritura vinculados con esquemas de reflexión social, surge en Francia a partir de los 70s del siglo pasado (Carbo, 1993:32), inspirado en un componente de crítica desde el conflicto y lucha social detonado por el sistema político y sus procesos, según los trabajos ampliamente desarrollados por Foucault (Torfing, 1998:31), especialmente de los significantes político, y en forma progresiva de sus formaciones metodológicas con sentido extradiscursivo, por tanto, la regularidad lingüística se concibe en términos no discursivos. Laclau y Mouffe (1985) reconocieron la importancia de la relación de las palabras articuladas según el contexto, que trasciende más allá de lo lingüístico con significantes y no solamente la expresión aislada de un sujeto, la llamada teoría relacional, interpretada como la totalidad relacional de cosas significantes, para entender el término “padre”, debe entenderse el término “madre” (Laclau, 1993); los significados se dan según la práctica social imperante o impositiva en los que ocurren, con ideas concretas. El análisis del discurso desarrolla la producción de significados en la vida social, la complejidad social, para esta teoría se sumaron otras como la teoría de la argumentación, de la enunciación, de los actos del habla. Según Laclau (1990), el discurso se construye en un terreno contingente entre la sociedad, la objetividad y el poder. Para Foucault, la producción y circulación del discurso político está regulada para generar patrones específicos de la conducta, guiadas por el poder. La región de la Política se desenvuelve en el discurso como un medio para adueñarse del poder, el deseo, el objeto del deseo. Ya desde el siglo VI los poetas griegos (Foucault, 1992) desarrollan el discurso verdadero, como sistema de exclusión, aquel que tenía derecho y poder para profetizar hacia lo necesario para su realización. Al discurso verdadero se le atribuye un autor, un sujeto para describir el objeto, una proposición justificada por él para la formulación de proposiciones y enunciados coherentes. Foucault resalta que se puede decir la verdad, pero no necesariamente estar en la verdad del momento, en la verdad de la

época, como ejemplo Gregorio Méndel y su teoría de la herencia, con métodos fuera de tiempo y por lo tanto difícilmente aceptada. El discurso debe envolver al autor la transmisión de un ritual, la cualificación del individuo que habla por medio de gestos, comportamientos, circunstancias y todo un conjunto de signos que acompañan al discurso y le da singularidad para mantenerse en secreto en grupos privilegiados o de difusión o divulgación generalizada, como el adoctrinamiento religioso. Todo sistema educativo es una adecuación social de producción y distribución del discurso con los saberes y poderes que implican.

Para Teun A Van dijk (2005), la modelación contextual del discurso puede construirse y/o adaptarse durante la interacción de la situación social de un discurso a nivel macro y a nivel micro, las cuales representan categorías del interviniente, el conocimiento, entendido como las creencias reales comúnmente aceptadas por el orden social, es una categoría importante del interviniente tanto de sí mismo como de los intervenidos, para lograr el entendimiento y así generar, creencias compartidas relativas. Teun Van Dijk representa un referente teórico muy importante en los estudios discursivos, según él, el discurso es un acontecimiento comunicativo complejo en donde interviene el contexto, así como las propias estructuras del texto y del habla, desglosa con claridad sus componentes a detalle, para desarrollar su análisis más crítico como se muestran en la Tabla 4.5

Tabla 4.5 Componentes del análisis del discurso

Poder discursivo	Forma de dominación mental e influye en el accionar futuro, se rige por reglas, normas y otros principios que si se cumplen lo hace legítimo, cuando se rompen se transforma en abuso de poder.
Contexto	Punto de atención al analizar un texto y requiere estudio detallado y profundo. Son constructos profundos de relevancia social. Texto sin contexto es una sesión informal sin significados
Influencia y manipulación	Los procesos de persuasión se dan a través del modelo mental que el escritor o hablante genera en el receptor. La manipulación incluye elementos negativos como el abuso de poder.
Cognición social	Es el ente que fija las representaciones sociales que logró permear el dominio discursivo y que acuña una posición ideológica.
Control del discurso	Es lograr el dominio del discurso y para ello hay que saber el: quién?, como?, cuando?, donde?, para crear y organizar el discurso anticipando todas las variables para lograr el objetivo.
Control de las estructuras del discurso	Se refiere a la estructura del texto al que se le identifican elementos de valor para identificar significados.
Control de la mente	Es posible, al asignar fuentes autorizadas o creíbles de conocimiento social compartido.; cuando se obliga a formar parte de un gremio y cuando el receptor no posee información suficiente o necesaria para contraponer.
Control del texto	se trabaja desde el primer elemento
La palabra	desde ella se analiza el orden de importancia, sus propiedades lingüísticas y significados extralingüísticos
Las formas	se expresan a través de significados, frases, oraciones, párrafos para enfatizar las funciones del discurso y sus enfoques
Los temas	Representan el significado global y se denominan macro estructuras semánticas, controlan la coherencia y es de lo que más se recuerda, el definir el tema es fundamental en los procesos de comunicación y de significado social.
Los titulares y las conclusiones	Definen el formato y es donde regularmente aparecen las buenas acciones.

Fuente: elaboración propia. Tomado de Dijk 2005.

Por su parte Fowler (1979) desarrolló la lingüística crítica, generó una corriente importante en Europa y América latina. Relaciona el poder y el abuso de poder de grupos dominantes, una actitud crítica a problemas sociales en la búsqueda de alternativas de solución. El poder es el elemento esencial en este esquema de dominación discursiva; el poder coercitivo es una dominación física, el poder discursivo es una dominación mental que genera consecuencias en el accionar futuro. Las relaciones básicas del poder y el discurso son: el poder de controlar el discurso y el poder del discurso de controlar las mentes y sus acciones. El poder social se define como el control de un grupo sobre otro y así mismo el accionar de la gente, el ejercicio de poder se da cuando se aplican reglas, normas y otros principios como base del poder legítimo, cuando dichos principios, normas o preceptos no son respetados, entonces se genera abuso de poder para el interés de grupos dominantes. La frontera entre el poder y el abuso de poder es el espacio de oportunidad del análisis crítico del discurso, al definir los excesos a través de las estructuras del discurso, del contexto social, político y las explicaciones consecuentes con fundamento teórico.

Los textos discursivos se han desarrollado según su contexto, este último define la situación global de la situación, su espacio y tiempo, las acciones del desarrollo del discurso, los participantes, sus roles y las representaciones mentales como opiniones, objetivos, conocimiento, actitudes e ideologías. Controlar el contexto significa controlar una de esas categorías por grupos dominantes (Diamond, 1996). Ahora se estudia ese nivel de profundidad y por tanto también necesita una base teórica suficientemente explicativa. Los contextos son constructos subjetivos de las relevancias sociales, útiles para la psicología cognitiva, son modelos mentales traducidos en experiencias personales y guardadas como memoria autobiográfica y episódica, que al ser comunicativa se transforma en modelos de contexto dinámicos según las interacciones generadas y que se adhiere al texto para generar el discurso y este se controla según el contexto existente. Texto sin contexto es una sesión informal sin significados. Los procesos de persuasión se dan a través del modelo mental que el escritor o el hablante quiera generar en él o los receptores. La manipulación incluye elementos negativos como el abuso de poder.

Temas, palabras, textos, medios de habla, imágenes, formas, formatos, medios simbólicos o semióticos son los elementos que mueven los discursos públicos y que generan las representaciones sociales como un mecanismo persuasivo de control de la mente, en la que influyen además otros modelos mentales ya existentes en las personas propias en su cultura y costumbres. Crear, organizar, controlar el contexto es importante, las propiedades para definir el

mismo con el: ¿quién? ¿cómo? ¿cuándo? ¿dónde?, ¿qué hacer? para persuadir las masas a partir de las élites dominantes y de ahí al receptor, para generar el cambio político deseado.

El sentido de esta investigación surge del objetivo de explicar el contexto histórico a través del discurso de sus momentos clave y así comprender mejor el presente, utilizando como herramientas textuales el contenido argumentativo sociopolítico.

4.4.4.2 Los temas en el análisis del discurso de Van Dijk

Los temas.- Representan el significado global y se denominan macroestructuras semánticas y representa uno de los elementos más importantes del discurso, controla la coherencia total y de lo que más se recuerda. La definición de la situación temática es fundamental en la comunicación. Los temas globales generalmente controlan los significados locales, es necesario precisar en qué consiste el análisis de ello.

Palabras.- El léxico controlado es fundamental, un ejemplo se da, al utilizar el término terrorista, ellos y nosotros soldados libertarios, ellos los malos, nosotros los buenos. Es importante hacer listas de palabras para saber el orden de lo que nosotros y ellos hacen, las acciones y las propiedades y como polarizan los modelos mentales.

Formas y formatos; Las formas se expresan a través de significados de frases, oraciones, párrafos para enfatizar la función del discurso con enfoque positivo o negativo para nosotros o ellos, o una oración pasiva a una oración activa, -sintaxis- de cosas buenas enfatizándolas y a malas restándole importancia en una misma acción y que nos involucra. Balearon a los civiles... dispararon a los civiles.

En el análisis formal del discurso, el orden es una noción importante de forma. Al enfatizar algo se debe poner los significados más importantes al principio del discurso para llamar la atención, como atractivo, novedad o relevancia y así insertarlo de inmediato en el modelo mental buscado.

Los titulares y las conclusiones. Definen el formato y el género por describir, por lo tanto nuestras buenas acciones aparecerán en voz alta y en titulares los temas, títulos, conclusiones, primeras planas, etc; lo negativo en un orden inferior y así generar modelos mentales deseados.

Conclusión; El análisis crítico del discurso analiza todos estos componentes, detalles complejos, precisos de los modelos mentales en las representaciones sociales y más importante, las acciones que detonarán el nivel de persuasión, de manipulación. Atender al ¿quién, como, cuando, donde

y porque?, desde las elites de poder al receptor y generar el cambio político deseado y con nuestra intervención como analistas el movimiento que retome al camino positivo que beneficie a la sociedad.

El análisis del discurso examina de qué forma las estructuras de significados hacen posible ciertas formas de conducta, como se generan los discursos que forman los agentes sociales, como funcionan y como se cambian (Howarth, 1997:125), en el contexto de estudio los líderes políticos dependen de la situación social, el lenguaje político da significado a la situación social y la creación de estos significados se dan las maniobras políticas, el lenguaje político es la realidad política.

El discurso político es el medio revelador de la realidad sociopolítica. Es un instrumento de poder social y dominación. El discurso ejerce, expresa, oculta y revela el poder (Del águila y Montero, 1984:16). Está determinado por lo extralingüístico. Tiene una función argumentativa donde se alegan razones del ser y deber ser político ante un público determinado al que se quiere intervenir. Ante un adversario en la argumentación el discurso político se transforma en estratégico, generando un antagonismo tratando de anticipar objeciones.

4.4.4.3 La tipología del discurso

Se plantean a continuación los principales elementos de la tipología del discurso; enunciación, lo que quiere hacer el discurso es su fundamento de estudio, crear ambigüedad, reconocimiento a la simulación, enmascaramiento, conveniencia. La formación discursiva se centra en el poder decir lo que puede y debe decirse a partir de una postura concreta.

Para realizar el análisis de la información de los informes de gobierno, es decir, del discurso político presidencial y estatal según las estrategias y estructuras vinculadas a la efectividad de los Servicios Estatales de Salud en México y del Estado de Quintana Roo 1974 -2012, se utilizará el método de la actuación (actancial) de Greimas (Sainz, 2008) y el método de la argumentación (Pardo, Julia y Baquero, 2004).

El método actancial es un método de oposición binaria (López y Figueroa, 2013) que construyó el autor ruso, Julius Greimas, residente y representante de la escuela semiótica de París en la segunda mitad del siglo XX, quien consideró elementos fundamentales para la explicación de los componentes y acciones escénicas del discurso político. El fundamento es la teoría semiótica y semiótica discursiva (Díaz, 2011) que se encarga del estudio de la

interpretación de los signos del lenguaje en la vida social y que para esta investigación, analiza sus elementos básicos en el discurso político, sus formas de expresión y contenido, identificados a la articulación del texto como sistema lingüístico de elementos narrativos sobresalientes, superficiales de sentido y profundos de significación (Aziz, 1982), esto último, propiedad de la semántica. El modelo de Greimas (Gutiérrez, Guzmán y Sefchovich, 1988) los componen tres elementos (Concepción 2002) que van más allá del texto, de lo extralingüístico, del contexto y que incluye la esfera del poder, el deseo y el objeto del deseo. El primer componente binario a descifrar son los intereses del sujeto y del objeto, asociado al deseo y poder; el segundo componente es el destinador y destinatario, con un orden etiológico y modulador del saber, enfocado al afán de comunicar; y el tercer componente es el adyuvante y oponente, como facilitador y obstaculizador de la acción por realizar, evitar el logro del deseo y de comunicación a la vez, como fuerzas externas del bien y del mal (ver Figura 4.4).

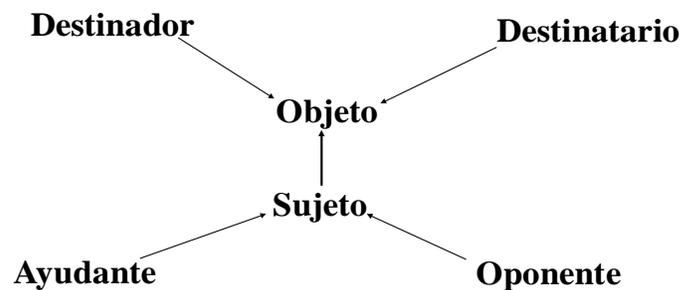


Figura 4.4 Esquema representativo del método de Greimas

Fuente: Discurso presidencial en México. 2002, Concepción L. E.

El método de la argumentación.- Está relacionado con el discurso y los mecanismos de manipulación, mezclando la capacidad de persuasión con sus estrategias argumentativas, que es lo que se busca encontrar en los discursos oficiales en estudio, como objetos discursivos temáticos prefijados para la fundamentación de las estrategias, estructuras y efectividad en el sistema de salud de México y el Estado de Quintana Roo en el último cuarto del siglo XX y más allá del primer decenio del siglo XXI. Según Concepción (2002), la argumentación es un proceso cuasilógico de esquematización o representación de la realidad, a partir de premisas compartidas desde un lugar social e institucional determinado, enlaza la referencia, la inscripción y la pretensión en una situación determinada. El análisis argumentativo se lleva a cabo a través

del reconocimiento de argumentos de los tópicos del discurso, seguido de la selección de argumentos pivote para su explicación textual y contextual y por último la articulación del orden del discurso con su significación social concluyente (Gutiérrez, Guzmán y Sefchovich, 1988).

4.5 Diseño de instrumento de medición cualitativo

La entrevista narrativa como material empírico, se caracteriza por el hecho de que se trata de una narración sobre la vida personal del entrevistado sin previa preparación. La situación comunicativa de la entrevista en sí es artificial, en el sentido de que el entrevistador al comienzo de la entrevista solamente hace una pregunta inicial, que motiva al entrevistado a narrar las experiencias y acontecimientos de su vida personal. El entrevistador no interviene en esta narración, sólo cuando el entrevistado ha terminado la narración sobre su vida, entonces el entrevistado hace más preguntas. El método de la entrevista autobiográfica narrativa se basa en tres marcos teóricos: el interaccionismo simbólico, la fenomenología social y la etnometodología, los cuales explican el concepto sociológico y ciertos preceptos sociolingüísticos de base.

4.6 Selección de la muestra

Se refiere, según Strauss (1987) a casos clave como muestra teórica a conveniencia del investigador, que permita la saturación teórica de contrastes y secuencias históricas y que sirvan para completar los procesos del universo por estudiar.

4.7 Angulo de la investigación y dimensiones de análisis

El espacio organizacional por investigar, corresponde al estudio de los servicios de salud en el ámbito público y lo representan los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo como un estudio de caso único, en la búsqueda de la comprensión de una realidad total. Las estructuras en la organización de los servicios de salud en estudio se identifican y se intentan relacionar a la efectividad percibida y a su vez con las estrategias y sus estructuras para incidir en el nivel de correlación con el análisis del discurso político a través de los informe de gobierno federal y estatal en un mismo periodo de tiempo, transmitida por actores clave de alta gerencia, con entrevistas a ex Secretarios de Salud, ocupantes de esa responsabilidad según el periodo en el ejercicio de sus funciones.

4.7.1 Dimensiones de la investigación

Para reconstruir la percepción de efectividad que representan los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo es necesario dimensionar tres pilares esenciales a partir de la mortalidad evitable como detonante empírico: la primera es la dimensión efectividad el logro de resultados bajo condiciones reales; la segunda dimensión las estrategias, que marca el curso de acción generales (líneas estratégicas globales) y específicas (operacionales) posibles; y la tercera dimensión, las estructuras, que delimitan el marco de responsabilidades como recursos, normas, reglamentos, políticas, las líneas de mando, que inciden en la reducción de las enfermedades y muertes que están al alcance de la institución prevenir, atender, controlar, eliminar y mejorar para ofrecer los mejores resultados a la población que está bajo su responsabilidad, disponibles para la acción y que son necesarias al conocer su comportamiento y desempeño a lo largo del tiempo para la mayor comprensión y asimilación posible de la realidad resultante hasta nuestros días.

4.8 Proposiciones de la investigación

Para poder lograr el objetivo de esta investigación es necesario plantear las proposiciones o supuestos que subyacen el tema de interés, se plantean a continuación a través de una matriz de congruencia las preguntas de investigación, objetivos y proposiciones. Ver Tabla 4.6.

Tabla 4.6 Matriz de congruencia entre pregunta de investigación, proposiciones y objetivos.

Pregunta de investigación	Proposiciones	Objetivos
Central Comprender, con base en la mortalidad evitable ¿Cómo se construye la efectividad de los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo según sus estrategias y estructuras?	La construcción de la efectividad de los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo, tiene una explicación no congruente y con efectos negativos en relación directa con las estrategias y estructuras que	General Identificar la forma en la que se ha construido la efectividad de los Servicios Estatales de Salud de Quintana Roo, según la relación estrategia y estructura organizacional.
Secundarias ¿Qué información relevante se identifica en los informes de gobierno federal y estatal sobre efectividad, estrategias y estructuras entre 1974 hasta 2012? ¿Qué relación existe entre los informes de gobierno federal y estatal y la percepción de la alta gerencia sobre la efectividad según sus estrategias y estructuras en Servicios Estatales de Salud de Quintana Roo desde 1974 a 2012?	Hay una correlación estrecha entre los informes de gobierno federales y estatales sobre la efectividad, las estrategias y estructuras a lo largo del tiempo. No hay diferencias significativas en los informes de gobierno nacional y estatal y la percepción de la alta gerencia sobre la efectividad según las estrategias y estructuras organizacionales	Específicos Analizar la información relevante sobre la efectividad, las estrategias y estructuras de los servicios estatales de salud entre 1974 y 2012. .Analizar la información oficial planteada en informes de gobierno nacional y estatal y las biografías narrativas realizada a ex Secretarios de Salud estatal para determinar la efectividad según sus estrategias y estructuras a través del tiempo..

Fuente: elaboración propia.

En la tabla presentada se plantean tres proposiciones que buscan responder a las preguntas de la investigación, se describe a continuación la pregunta que buscan responder de acuerdo a cada nivel en esta investigación:

Primera proposición.- Busca responder la pregunta y objetivo central de esta investigación, con la vinculación de la percepción de la efectividad en la organización, a través de la mortalidad evitable como indicador principal y sensible en sus resultados.

Segunda proposición.- busca responder la pregunta secundaria y objetivos específicos de la investigación, a través del análisis de la comparación sobre la información contenida en los informes de gobierno federales y estatales periodo por periodo a través del tiempo sobre la percepción de la efectividad, las estrategias y estructuras en salud.

La tercera preposición se ubica en la pregunta secundaria cuya principal forma de abordaje es a través del análisis del discurso político como herramienta metodológica de triangulación asociada a la percepción de la alta gerencia, para la validación de la información relacionada con la efectividad de la organización según sus estrategias y estructuras a través del tiempo, esta información se obtiene a través de los informes oficiales y de entrevistas, de los principales actores relacionados en la toma de decisiones.

4.9 Variable dependiente y variable independiente

Variable dependiente.- Efectividad. Esta variable se describe a continuación según Barnard (1968) como el logro de los objetivos bajo condiciones reales, reconocida por la acción colectiva institucional determinados por alicientes, incentivos, contribuciones, y se construye a través de los elementos de la organización.

Variables independientes.- Estrategias y estructuras organizacionales. La descripción de ambas variables se adopta de acuerdo a las siguientes descripciones; Estrategia como el curso de acción de los objetivos trazados para obtener resultados según los actores clave de la organización (Ansoff, 1965), y las estructuras como el marco de responsabilidades y las formas organizativas según los recursos y las reglas establecidas, considerando la división sistemática del trabajo para el logro de los objetivos (Rodríguez, 2005:40-41).

4.10 Herramientas o técnicas de investigación y obtención de información

Para esta investigación doctoral se plantean a continuación las herramientas metodológicas que darán cumplimiento a los objetivos programados y las preguntas de investigación. Se describen a continuación en la Tabla 4.7.

Tabla 4.7 Vinculación de herramientas metodológicas con preguntas y objetivos

Pregunta de investigación	Objetivos	Herramienta metodológica
<p>Central</p> <p>Comprender, con base en la mortalidad evitable ¿Cómo se construye la efectividad de los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo según sus estrategias y estructuras?</p>	<p>General</p> <p>Identificar la forma en la que se ha construido la efectividad de los Servicios Estatales de Salud de Quintana Roo, según la relación estrategia y estructura organizacional.</p>	<p>A través de entrevistas biográfico narrativas a ex Secretarios de salud, se pretende reconstruir la Efectividad y su relación con las estrategias y estructuras en los Servicios Estatales de Salud en Q. Roo en el periodo 1972 - 2012</p>
<p>Secundarias</p> <p>¿Qué información relevante se identifica en los informes de gobierno federal y estatal sobre efectividad, estrategias y estructuras entre 1974 y 2012?</p> <p>¿Qué relación existe entre los informes de gobierno federal y estatal y la percepción de la alta gerencia sobre la efectividad según sus estrategias y estructuras en Servicios Estatales de Salud de Quintana Roo desde 1974 a 2012?</p>	<p>Específicos</p> <p>Hay una correlación estrecha entre los informes de gobierno federales y estatales sobre la efectividad, las estrategias y estructuras a lo largo del tiempo.</p> <p>Analizar la información oficial planteada en informes de gobierno nacional y estatal y las biografías narrativas realizada a ex Secretarios de Salud estatales para determinar la efectividad según sus estrategias y estructuras a través del tiempo.</p>	<p>Mediante el análisis documental de los estudios del discurso comparar los informes anuales y sexenales de Presidentes de México y Gobierno de Quintana Roo.</p> <p>Entrevistas profundas a ex Secretarios, su historia oral de vida, Enfoque biográfico narrativo, Análisis del discurso de los informes de gobierno federal y estatal sobre efectividad, estrategias y estructuras entre 1974 y 2012.</p>

Fuente: elaboración propia.

Con un marco de estudio de 38 años, desde 1974-2012, las palabras clave y/o conceptos a investigar serán: efectividad, estrategias y estructuras, mortalidad evitable, biografía narrativa, discurso político, servicios de salud, entre las más importantes. Las fuentes de información donde se desarrolla esta búsqueda parten de información local, estatal, nacional e internacional, entrevistas, documentos indexados, arbitrados, informes gubernamentales oficiales y/o no publicados, etc.

Para la recolección de información de esta investigación doctoral en su primera etapa, servirán las entrevistas semiestructuradas en profundidad, con el método biográfico narrativo, se abordarán a cuatro ex Secretarios de salud que tuvieron algún periodo de gestión entre los años

1974 a 2012 y que fueron designados según el interés de los propios actores y según la conveniencia del investigador, (ver Tabla 4.8),

Tabla 4.8 Descripción para elegir los elementos muestrales para la Historia Oral

Sexenio	Secretario de salud	
1975 - 1981	1	Entrevistado 1
1981 - 1987	1	
1987 - 1993	1	
1993 - 1999	2	Entrevistado 1
2000 - 2006	2	
2006 - 2012	3	Entrevistados 2
2012 - 2017		

Fuente: elaboración propia

Las entrevistas en profundidad fueron previamente piloteadas con el objetivo de identificar la claridad y precisión en cada uno de los temas que se abordaron, una vez concluido el proceso, se desarrolló en espacios cerrados, de confort para los entrevistados, con grabaciones en audio y con previo consentimiento informado de cada actor. Cada entrevista fue transcrita tal cual para su análisis y las conclusiones correspondientes.

La entrevista es abordada en el marco metódico de la historia oral y con enfoque biográfico narrativo, hacia el interés de identificar las estrategias, las estructuras y efectividad de los Servicios de Salud de Quintana Roo. Se plantean a continuación las categorías de análisis de acuerdo a las principales preguntas abordadas en las entrevistas. (Tabla 4.9)

Tabla 4.9 Categorías de análisis abordadas en las entrevistas en profundidad

Categoría de análisis	Preguntas
Ficha de identificación	<p>¿Nombre, lugar de nacimiento, fecha de residencia en Quintana Roo (si aplica)? Vida profesional. ¿Estudios profesionales formales completos realizados, lugar de realización y temporalidad? ¿Fecha de ingreso a los servicios estatales de salud (del caso en estudio), cargos desempeñados como trabajador activo y temporalidad? Construcción histórica de la efectividad de los Servicios Coordinados de Salud Pública en Quintana Roo según la estrategia y la estructura organizacional, bajo la visión de la alta gerencia en el periodo ejercido.</p>
Estructuras	<p>¿Cómo eran las estructuras jerárquicas, los recursos al inicio de su gestión? ¿Cuáles fueron los retos iniciales, las necesidades, los principales problemas de salud, las prioridades?</p>
Estrategias	<p>¿Cuáles fueron las estrategias, las acciones para resolver lo fundamental? ¿Cómo se diseñan las estrategias y quien se encarga de ello, que papel representa la federación en ello? Qué cambios sustanciales lego al final de su gestión, según las estrategias, la efectividad y las estructuras de la organización? Si hubo cambios ¿Que elementos clave fueron fundamentales para ello?</p>
Efectividad	<p>¿Cómo encontró a la institución al iniciar esta nueva encomienda, es decir, las metas cumplidas, los logros, las acciones fundamentales realizadas desde que usted llegó...? ¿Las enfermedades más importantes, la mortalidad más frecuente? ¿Con que recursos, organización y coordinación contaban para lograrlo? Cada año había que informar a la población a través de los Informes de Gobierno. ¿Cómo se desarrollaron y cambiaron a través de su gestión esos problemas, esas necesidades, esas prioridades? ¿Qué logros se iban alcanzando, cuáles fueron los mejores resultados que se entregaron a la sociedad? y ¿cómo se fue transformando la organización, la infraestructura, los recursos?</p>
Conclusiones	<p>¿Qué falto para hacer más efectivos los servicios de salud y según su apreciación, con que estrategias y con qué estructuras y recursos? ¿Considera agregar algo más que agregar?</p>

Fuente: elaboración propia.

V. RESULTADOS DE LA HISTORIA DE VIDA Y EL DISCURSO POLITICO

5.1 El enfoque biográfico narrativo de los principales tomadores de decisiones en salud

5.1.1 Periodo 1972-1981(más de una gestión)

De acuerdo con la primer entrevista al ex Secretario de Salud (Jefe de los Servicios Coordinados) cuyo periodo de gestión se realizó de 1972 a 1981, se presenta a continuación la estructura organizacional manifestada por el entrevistado Dr. Gerardo Amaro Santana (G.A.S) (ver Figura 5.1), la línea cronológica de acuerdo al esquema de historia oral de vida, y los resultados obtenidos por los informes de gobierno correspondientes al periodo de estudio del primer entrevistado. (Figura 5.2 y Tabla 5.1).



Figura 5.1 Organigrama de servicios de salud en 1974

Fuente: Elaboración propia, entrevista no.1

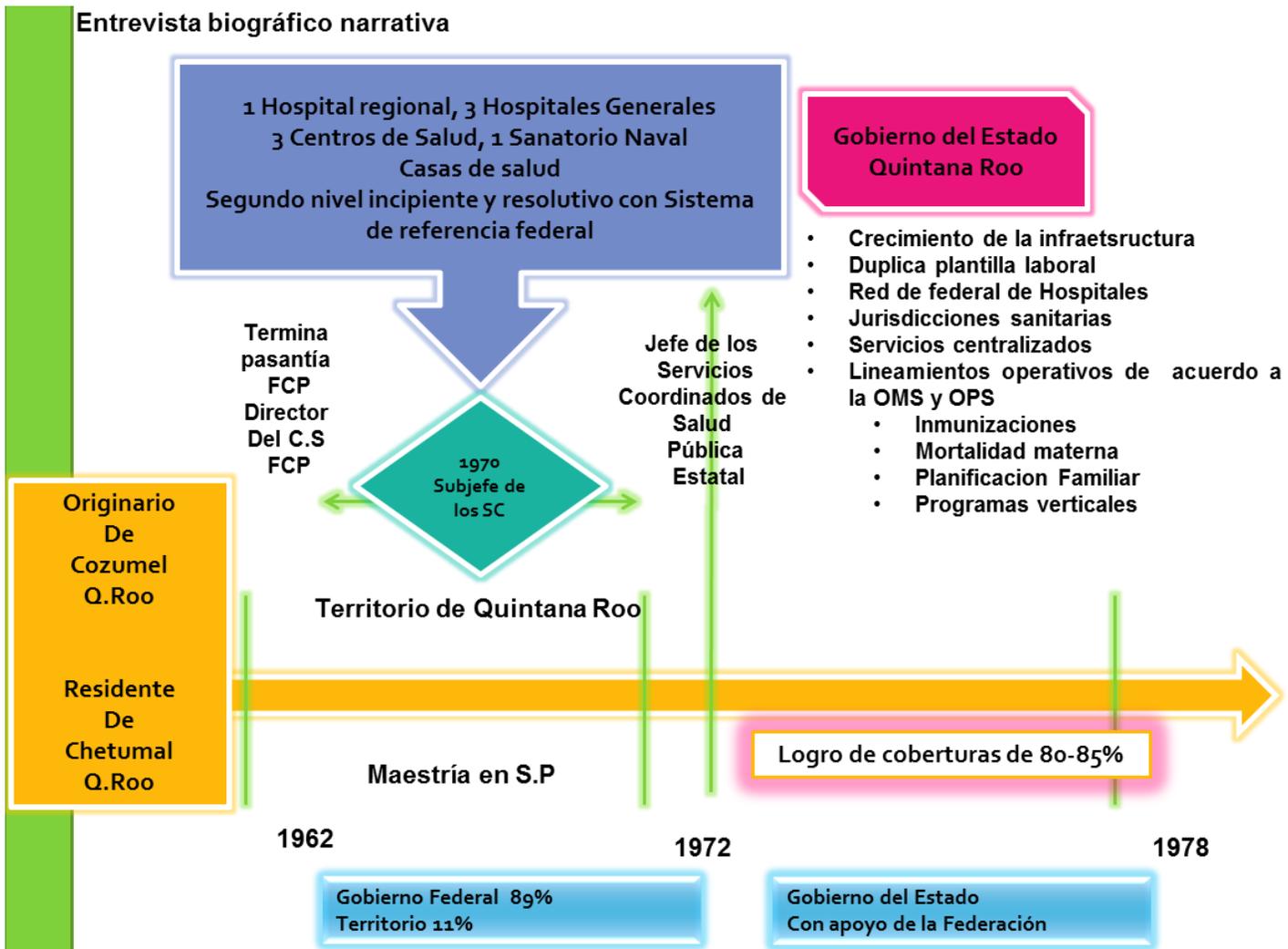


Figura 5.2 Línea cronológica de eventos, entrevista GAS (primer entrevista)

Fuente elaboración propia, información obtenida por GAS.

Tabla 5.1 Comparativa de acuerdo a los tres ejes temáticos de Estructuras, Estrategias y Efectividad entre los informes oficiales y el análisis extraído de la entrevista biográfica – narrativa. Periodo 1972-1981

Análisis biográfico – narrativo	Informe presidencial	Informe estatal de gobierno
Estructuras		
<ul style="list-style-type: none"> • Existían los Servicios Coordinados de Salud • El organigrama existente de los Servicios Coordinados de Salud Pública consistía en : Jefe de los Servicios Coordinados Subjefe de los Servicios Coordinados • Jefes de Departamento o Jefes Jurisdiccionales Epidemiología Administrativos Directores de Unidades • En los años 60 existían en el Territorio 6 Hospitales en Chetumal y Cancún se encuentra dentro de la Red Federal de Hospitales. • Los Servicios Coordinados estaban estructurados en un Jefe de los Servicios, un Subjefe y Jefes de Departamento (Epidemiología, obras rurales, infraestructura, almacén, estadísticas, supervisión de unidades, administración, planeación, • Existían casas de salud en las localidades donde no se tenían unidades de salud • Se contaba con una planilla de aproximadamente 400 personas en los Servicios Coordinados, de las cuales el 10% eran administrativos (40 personas). <p>En los 70's se divide al Estado en 3 Jurisdicciones. JS 1 Chetumal JS2 Cancún JS3 Felipe Carrillo Puerto El jefe de los Servicios Coordinados dependía exclusivamente de Nivel Federal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El perfil del Jefe de los Servicios Coordinados tenía que ser con Maestría. • Coordinación interinstitucional con IMSS e ISSSTE, siendo cabeza de sector los Servicios coordinados, las metas para todo el sector eran dictaba en base al Plan Estatal de Salud. <p>La Federación facilitaba apoyo para el área médica y paramédica, las necesidades de personal eran satisfechas y los faltantes por personas voluntarias a quienes no había manera de pagarles</p>	<p>Fue instalado el Consejo de Salubridad General, mismo que por reformas al Artículo 73 de la Constitución, tiene entre sus funciones las que conciernen a la lucha contra la insalubridad del ambiente, así como la de dictar disposiciones para prevenir y combatir la contaminación, que son obligatorias en todo el país</p> <ul style="list-style-type: none"> • La aplicación de la Ley y Reglamentos relativos a la Prevención y Control de la Contaminación contribuyó a que alrededor de 2 mil industrias, consideradas entre las que producían mayores alteraciones ambientales, hayan instalado o estén haciéndolo, equipos con valor superior a 2 mil millones de pesos. Para los próximos dos años se tiene prevista una inversión similar en equipos anticontaminantes. • La nueva política en materia de seguridad social permite proyectar éste al sector rural con capacidad contributiva mínima. <ul style="list-style-type: none"> • La existencia de grupos que no tienen capacidad contributiva para incorporarse a los esquemas de aseguramiento establecidos determinó la configuración de un nuevo marco jurídico que dio origen a los servicios de solidaridad social que han permitido el encauzamiento de acciones importantes en favor de diversos núcleos de población antes marginados, sin vulnerar el equilibrio financiero del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en detrimento de sus finalidades primordiales <p>En la actualidad el Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.) cuenta con 2, 200,000 derechohabientes. Esta cifra representa un aumento de 12 % en relación con el año anterior.</p> <p>Dentro del Programa campesino de orientación familiar el Instituto Mexicano de Protección a la Infancia (I.N.P.I) preparó a 125 mil mujeres del medio rural para el trabajo social voluntario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Helio Speziale San Vicente, Jefe de los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia • Tramite del el establecimiento de la Cruz Roja Mexicana en Chetumal. • En las calles de Milán se construyó un anfiteatro en forma, de acuerdo con las necesidades del estado. • El Hospital Regional de Chetumal Francisco Urcuyo Maliaño fue inaugurado en Febrero de 1962. • En el año de 1974, el Territorio tenía aún una infraestructura de salud muy pobre, en Chetumal, que era la Capital, sólo había dos Hospitales, el Hospital Civil Morelos y el Regional (que le servía a Salubridad y al ISSSTE), además de la Clínica- Hospital IMSS, la T-1 con 12 camas. Cozumel, la segunda ciudad más importante en este entonces, tenía un Centro de Salud con hospitalización. De hecho en toda la geografía de Quintana Roo sólo existían 22 centros de salud y 28 casas de salud, las cuales era difícil dotar de un médico. • Al convertirse Quintana Roo en entidad libre y soberana, el reto más grande del gobernador era organizar al nuevo Estado e integrar su gabinete por lo que ratifica al Dr. Gerardo Amaro como Jefe de los Servicios Coordinados de Salud Pública, apostando a su experiencia y en virtud de que era de los pocos médicos quintanarroenses que tenían la especialidad en Salud Pública. <p>El Dr. Gerardo Amaro Santana fue el último Jefe de los Servicios Coordinados del territorio federal y el primero como estado libre y soberano, duro 8 años en el cargo 2 cuando era territorio y 6 como estado.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Actualizamos la legislación en este campo, en consonancia a los requerimientos de la época, a través de un nuevo Código Sanitario que abre el camino a los programas de planeación familiar y paternidad responsable, al trasplante de órganos y tejidos y a una más adecuada reglamentación del ejercicio de la medicina. • En marzo de 1971 entró en vigor la Ley para Prevenir y Controlar la Contaminación Ambiental, que ha hecho posible, hasta ahora, registrar 58 mil fuentes fijas contaminantes, de las cuales 42 mil se encuentran controladas. • Se han establecido ya los mecanismos de coordinación entre las instituciones que manejan los procesos de salud y seguridad para atender ambos aspectos de la medicina y extenderlos cada vez más a las zonas rurales, pues se han concentrado preferentemente en las urbanas. • Se ha iniciado la regionalización de los Servicios de Atención Médica al sector público federal. A mediano plazo, se pretende ampliar la cobertura de los servicios coordinados de salud pública en los Estados. Asimismo, está en marcha un plan para mejorar el empleo de los recursos para la atención médico-hospitalaria en las capitales de los Estados y en el Distrito Federal. 	
Estrategias		
<ul style="list-style-type: none"> • Existían casas de salud en las localidades donde no se tenían unidades de salud, a través de las cuales se referenciaba en caso de ser necesario: * Sitios de referencia Chetumal Peto, y Valladolid, Yucatán. • Los Servicios Coordinados dependían del Nivel Federal y estaban basados en el Plan Estatal de Salud, elaborado por el Jefe de los Servicios Coordinados; plazas, presupuesto, sueldos, infraestructura, insumos y recursos. • La relación con el Gobierno del Territorio era solamente de Coordinación, el presupuesto del Gobierno en la operación de los servicios era del 11.2%. • Existían brigadas para cumplimiento de coberturas de vacunación. • Existían programas verticales de gran importancia para el Estado; Dengue o Fiebre Amarilla, Tuberculosis. • Las enfermedades crónicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Medio millón de compatriotas han sido beneficiados por la realización de 255 obras de introducción de agua potable, 23 centros de salud y 7 hospitales. • Fueron terminados y totalmente equipados los nuevos laboratorios de virología, donde se prepara vacuna antipoliomielítica de acuerdo con las estrictas normas y controles establecidos por la Organización Mundial de la Salud. • A raíz de una campaña intensiva de vacunación, México ha alcanzado una cobertura de más de 80% de población infantil inmunizada contra ese terrible mal. • Se sigue trabajando sistemáticamente contra la oncocercosis, mal de pinto, tuberculosis, diabetes, sarampión, tétanos, tosferina y cáncer, habiéndose duplicado en el presente año el presupuesto destino a la erradicación del paludismo. • En la ciudad de México se realizó la Primera reunión nacional de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Los Servicios Coordinados, buscando el mejor control de los centros de salud y su propio funcionamiento, fueron dividido en dos jurisdicciones sanitarias: la uno que comprendió los municipios de Othón P. Blanco, Felipe Carrillo Puerto y José María Morelos, con base en Chetumal y la dos, que abarco los de Lázaro Cárdenas, Isla Mujeres, Benito Juárez y Cozumel, con base en la ciudad de Cancún. • La función de personal de los centros de salud ha sido velar por el bienestar de la población con los servicios médicos curativos y preventivos, con vacunación y saneamiento del medio ambiente. • Por iniciativa de del Jefe de los Servicios Coordinados, se construyó un edificio en los patios del centro de salud de Chetumal para ubicar una farmacia con medicamentos que estuvieran al alcance de la

<p>degenerativas no condicionaban un problema de salud pública y por ende no era prioridad para el Gobierno Federal.</p> <ul style="list-style-type: none"> Las directrices de la acciones de la Secretaría de Salud eran en base a los compromisos presentados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Los lineamientos de los programas con recursos eran determinados por la Federación, las metas en base al Plan Estatal de Salud. <p>El Territorio contaba con un segundo nivel incipiente, por lo que la fortaleza de la atención estaba dada en la Red de referencia a unidades resolutivas en el Estado de Yucatán, donde la Federación absorbía los costos de atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> El crecimiento de la infraestructura en salud se basó en la construcción de unidades que satisficieran la demanda de atención en ese tiempo, los recursos y la plantilla hospitalaria provenían de la Federación. <p>Las estrategias estaban dadas de acuerdo a las metas impuestas de manera conjunta los servicios Coordinados de Salud Pública del estado y la federación, así eran gestionados los recursos acordes a las metas y objetivos y por ende la efectividad de acuerdo al cumplimiento de los mismos, que guardaban relación a las metas del año inmediato anterior.</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta época de crecimiento de la infraestructura hospitalaria y de primer nivel de atención se duplico la plantilla del personal en el área operativa. Los problemas endémicos representan la morbilidad sentida principal en ese periodo. La mortalidad en Quintana Roo estaba posicionada por debajo de la media nacional. <p>La mortalidad sentida está dada por: Problemas cardiovasculares, Problemas crónico degenerativos (Hipertensión y diabetes).</p> <ul style="list-style-type: none"> La percepción de las necesidades que faltaron para hacer más efectivos los Servicios de Salud fue el fortalecimiento de un tercer nivel de atención para evitar los traslados a otras unidades resolutivas fuera del Estado, 	<p>pública con la asistencia de representantes de los Servicios Coordinados de los Estados, Territorios y del Distrito Federal. Fueron abordados los principales temas concernientes a medicina preventiva, asistencia médica y social, saneamiento ambiental y obras rurales por cooperación.</p> <ul style="list-style-type: none"> En materia de salud pública, hubo un aumento presupuestal en más de 946 millones de pesos. Se han venido realizando importantes inversiones en obras de saneamiento, de introducción de agua potable; de mejoramiento ambiental y de tipo asistencial que benefician, sobre todo, a la población rural más necesitada. Los trabajos de eminentes especialistas, de representantes de academias y asociaciones médicas, de funcionarios federales y estatales, permitieron integrar una vasta suma de conocimientos que se aprovechan actualmente para elaborar el Plan Nacional de Salud. Como consecuencia de la Primera Convención Nacional de Salud, se elaboró el Plan Nacional de Salud, concebido para los próximos 10 años. Enmarca todas las actividades que se desarrollan en este sector, señala necesidades, preferencias y la mejor manera de aplicar los recursos humanos, financieros y técnicos que disponemos A lo largo de este período se construyeron y rehabilitaron 392 unidades hospitalarias y centros de salud que tienen un total de más de 2 mil camas. Se terminaron 1,555 Casas de Salud y se encuentran en proceso de construcción 725. La Campaña Nacional de Vacunación Múltiple alcanzó un éxito notable, 8 millones de niños fueron inmunizados contra el tétano, la difteria, la poliomielitis, el sarampión y la tosferina, mediante la aplicación de más de 20 millones de vacunas. <p>En muchas pequeñas poblaciones hemos observado el trabajo entusiasta de promotoras que van de pueblo en pueblo, que convencen a sus compañeros, los campesinos, de utilizar métodos modernos de higiene, de mejoramiento de la vivienda y de alimentación.</p> <ul style="list-style-type: none"> Para extender los servicios de la medicina social al medio rural, se han adiestrado auxiliares de salud, que atenderán en primer contacto a las 	<p>población, velando así por la economía de los habitantes de Chetumal y poblaciones circunvecinas.</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante el sexenio se continuó con la construcción de centros de salud. Se terminó el centro de salud con hospitalización en la isla de Cozumel, Puerto Morelos, Tulum, Playa del Carmen; se incrementaron el número de casas de salud para llevar la atención médica al medio rural. El Lic. Jesús Martínez Ross impulso el desarrollo de Estado, tuvo siempre presente las acciones en salud pública, en particular las del medio rural, por ello el 25 de mayo firmó el convenio con el IMSS – Coplamar Servicio de Salud en áreas marginadas. Se construyeron el Hospital General de Chetumal y Cancún, ambos pertenecientes a la red de Hospitales de la Secretaría de Salubridad Federal, que administra y estipula la condición de funcionamiento. <p>Chetumal contaba con cuatro especialidades básicas: Pediatría, Cirugía, Ginecología y obstetricia, Medicina Interna, además Anestesiología, Traumatología y Ortopedia, Oftalmología; comenzó con 21 especialistas y 60 camas, posteriormente se abrió un consultorio de Medicina General que fungía como filtro.</p> <p>El Hospital General de Cancún fue reinaugurado como hospital de segundo nivel por el entonces Presidente de México Lic. José López Portillo el 4 de Abril de 1980 y el 16 de Mayo del mismo año, fue oficialmente abierto por el Gobernador Lic. Jesús Martínez Ross y el Presidente Municipal de Benito Juárez, contaba con 30 camas y también las 4 especialidades básicas, incluyendo Anestesiología.</p> <ul style="list-style-type: none"> El turismo cobró auge y hubo que capacitar al personal en materia de problemas de descompresión al practicar buceo, Estados Unidos donó una cámara hiperbárica que se instaló en Cozumel y se capacitó al personal para su uso.
--	--	--

<p>resumido en la autonomía para resolver los problemas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El logro y cumplimiento de las metas de acuerdo a la asignación del recurso, generaba la empatía de las autoridades nacionales quienes favorecían al Estado para la resolución de problemas prioritarios. • La dinámica entre el nivel federal y nivel estatal estaba dado en función de la presentación de un Plan Estatal de Salud, la validación de las metas, la asignación de recursos para el cumplimiento y la presentación de resultados; es así como cumplimiento de las metas y coberturas colocaba al Estado en un punto en el cual podía presentar sus necesidades acorde con resultados y buscar apoyo extraordinario que fomenta el seguimiento y continuidad de las acciones. 	<p>pequeñas comunidades del país.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por lo que toca a la medicina preventiva, se ha reforzado la inmunización contra las enfermedades transmisibles y se han fortalecido los sistemas de vigilancia contra epidemias. • Atacar a fondo el problema de la desnutrición y establecer sistemas de medicina preventiva que, por supuesto, incluyen el mejoramiento ambiental. 	
Efectividad		
<ul style="list-style-type: none"> • La población ya exigía el reforzamiento de las unidades con la única finalidad de reducir el riesgo de morir, como parte primordial de las necesidades sentidas en ese momento histórico. • Los servicios que se prestaban eran básicamente de primer nivel de atención, hospitalización y área de observación, se contaba con especialistas solo por parte de la Secretaría de Marina en Isla Mujeres. • Las políticas de salud eran dictadas por Nivel Federal y estas estaban enfocadas a : <ol style="list-style-type: none"> 1. Planificación familiar. 2. Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal. 3. Coberturas de vacunación. 4. Enfermedades tropicales. • La morbilidad sentida en ese periodo estaba dado por: <ul style="list-style-type: none"> • Infecciones de Vías Urinarias • Alcoholismo • Mordedura de serpiente • Infecciones de vías respiratorias • Se tenían coberturas del 80 al 85% de inmunizaciones, buen control de programas verticales como Tuberculosis. • Las coberturas nunca alcanzaron el 100 % pero si se cumplían las metas establecidas en el Plan Estatal de Salud. Se llegaron a registrar cero casos de paludismo 	<ul style="list-style-type: none"> • La población amparada por las instituciones de seguridad social aumentó este año en más de dos millones y medio de habitantes, con lo cual asciende a 18 millones 644 mil el número de derechohabientes. • A la fecha, la población protegida dentro del régimen obligatorio del Instituto Mexicano del Seguro Social es de 15 millones 471 mil derechohabientes. • Durante el período que comprende este Informe, las Instituciones de seguridad social y de salud pública terminaron la construcción de 4 centros hospitalarios, 11 clínicas - hospital, 31 centros de salud y 32 clínicas diversas, con capacidad de 1.900 camas; se rehabilitaron, además, 17 hospitales y 32 clínicas - hospital, 30 centros de salud y 8 clínicas diversas con un total de 2 mil 200 camas. • Entre los factores de la salud pública desempeña un importante papel el agua potable. Se concluyeron, en este año, 249 sistemas de abastecimiento y fueron terminadas 831 obras en el medio rural. Con ellos se proporciona servicio de agua, por vez primera, a 735 mil habitantes y se mejoran los que ya disfrutaban 857 mil personas. • El Plan Nacional de Salud, adoptado en 1973 y proyectado para una década, ha conducido hacia objetivos más acordes con nuestras ingentes necesidades de justicia. Un solo dato puede ilustrar los resultados de esta 	<ul style="list-style-type: none"> • El crecimiento de los Servicios de Salud no era acorde con el acelerado incremento poblacional de Quintana Roo, quedándose siempre a la zaga. • Se capacitaron durante este periodo a Jefes y directivos en el extranjero para mayor beneficio de la población. • Las acciones de salud pública con los programas de saneamiento del medio ambiente que desarrollaron las clínicas IMSS-Coplamar, beneficiaron notablemente al medio rural. Las enfermedades prevenibles por vacunación disminuyeron y Quintana Roo comenzó a despuntar como uno de los estados con menores tasas de mortalidad infantil a nivel nacional, al sumarse todos los factores y satisfactores que tenían como entidad federal.

<p>en el Estado, y se llevaban a cabo reuniones sectoriales con los Estados de la Península de Yucatán.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existía buena cobertura de programas verticales como dengue, tuberculosis, paludismo. • La efectividad de los Servicios de Salud se dio en función del cumplimiento de las metas en base al presupuesto designado por la federación para ello. 	<p>labor. La mortalidad infantil decreció en estos 6 años en un 40 por ciento, al pasar de 69 a 38 por mil nacidos. La mortalidad general se redujo del 9.9 en 1970 a 7 mil habitantes en 1976. Estas cifras nos aproximan a los índices de sociedades más prósperas y nos sitúan por encima de países en semejante situación económica. Ello tiene un significado mayor. Nosotros lo hemos hecho con nuestros modestos recursos, sólo que destinados no al armamentismo ni al consumo dispendioso, sino al bienestar compartido.</p> <p>El Instituto Mexicano de Protección a la Infancia (IMPI) fue transformado en el Instituto Mexicano para la infancia y la Familia, y la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN), inició la ampliación de sus servicios al medio rural y a la provincia.</p> <p>En el medio rural un millón de mujeres se comprometen, voluntariamente en el mejoramiento de sus comunidades, y miles de mujeres urbanas acuden en su apoyo a través de un Plan Nacional Coordinado que cubre 30 mil centros de población en cuatro quintas partes del país. Quince mil parteras empíricas se han incorporado al sistema nacional de salud; se han promovido un millón 80 mil huertos familiares.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 85% de la población del país, es decir, casi 60 millones de mexicanos tienen acceso a la atención médica que prestan todas las instituciones de salud del país. 	
---	--	--

5.1.2 Periodo 1995-1999

La segunda entrevista al ex Secretario de Salud Dr. Gilbert Fernando Canto Massa (G.F.C.M.) cuyo periodo de gestión se realizó de 1995 a 1999, se presenta a continuación con la línea cronológica de acuerdo al esquema de historia oral de vida, y los resultados obtenidos por los informes de gobierno correspondientes al periodo de estudio del primer entrevistado.

En este periodo de estudio la organización ya tenía el nombre oficial de Servicios Estatales de Salud de Quintana Roo. (Ver Figura 5.3 y Tabla 5.2)

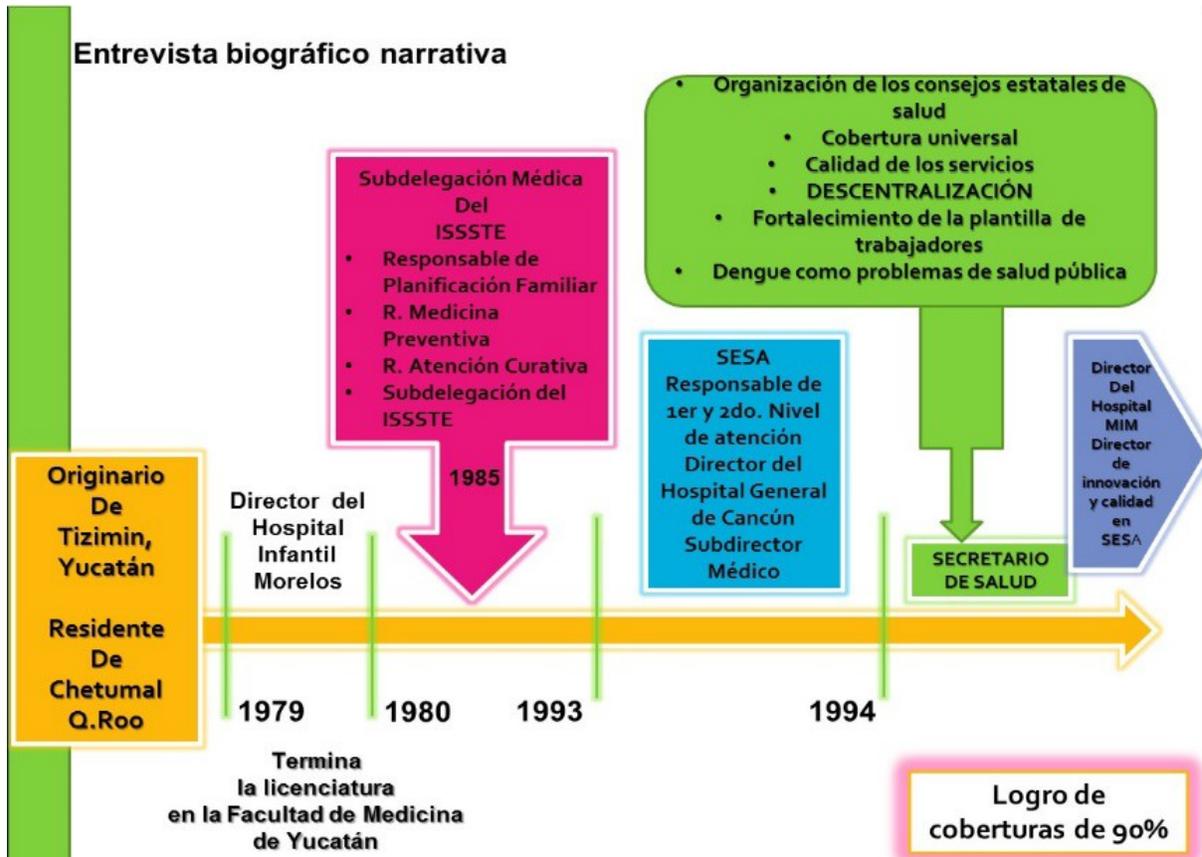


Figura 5.3 Línea cronológica de eventos, entrevista GFCM (segunda entrevista)
Fuente: elaboración propia

Tabla 5.2 Comparativa de acuerdo a los tres ejes temáticos de Estructuras, Estrategias y Efectividad entre los informes oficiales y el análisis extraído de la entrevista biográfica – narrativa. Periodo 1995-1999		
Análisis biográfico Narrativo	Informes Presidenciales	Informes estatales
Estructuras		
<p>Inicia el sexenio con el proyecto de los Hospitales Integrales en las localidades que eran resolutivas, que no necesitaban un Hospital por su rango poblacional ameritaba tener unidades más resolutivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organización del Consejo Estatal de Salud • La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), identifica localidades sin centro de salud que repercute en los indicadores debido a las necesidades de infraestructura. • Estructura estatal semejante a la del nivel federal, con apoyo y capacitación de este nivel para generar los cimientos en base a la Ley federal de salud como Organismo Público Descentralizado (OPD). • Se crea el Consejo Estatal de Salud y la Comisión Estatal de Arbitraje Médico. • Lo pendiente que quedo en la Descentralización fue que llegara también en el ámbito municipal, de las jurisdicciones y los hospitales. 	<ul style="list-style-type: none"> • El perfil demográfico del País está sufriendo una profunda transformación debido a los programas de planificación familiar y de vacunación universal, a la reducción de las tasas de mortalidad infantil, al saneamiento básico y a la cobertura creciente de los servicios de salud. • El Sistema Nacional de Salud ha alcanzado logros indiscutibles, es poco probable que bajo su actual forma de organización (por grupos de población) pueda superar los rezagos acumulados. • El Sistema Nacional de Salud presenta cuatro graves problemas: la ausencia de incentivos a la calidad y eficiencia, el centralismo, las duplicidades y la cobertura insuficiente. • Con el objeto de lograr una mayor coordinación del sector, se fortalecieron y reestructuraron diferentes Consejos y Comités. El Consejo Nacional de Vacunación se vinculó con la Dirección General de Epidemiología, con el fin de identificar áreas geográficas de responsabilidad por Institución para la aplicación del Programa de Vacunación Universal. • Al inicio de la presente Administración, se creó el Gabinete de Salud, con el fin de hacer más eficiente la coordinación sectorial y política y las acciones de las diferentes dependencias con los lineamientos marcados en 	<ul style="list-style-type: none"> • En este periodo se modifica la Jurisdicción Sanitaria No. 2 comprendiendo los municipios de Lázaro Cárdenas, Isla Mujeres, Benito Juárez, Cozumel y Solidaridad. • Durante su administración se creó la plaza de Subsecretario de Salud como apoyo funcional para la Secretaría.

	<p>el Plan Nacional de Desarrollo. Se creó el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva, en el que además de las Instituciones del Sector Salud participan el Instituto Nacional Indigenista, el Consejo Nacional de Población y cinco Organizaciones No Gubernamentales. Se formaron también los Comités Nacionales de Lactancia Materna y de Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal, y se promovió su réplica en cada entidad federativa.</p> <p>Se promueve el énfasis en atención de enfermedades Diarreicas, impulsando de esta manera las políticas, estrategias y coordinación de acciones que le corresponden.</p>	
Estrategias		
<ul style="list-style-type: none"> • Se construyeron 49 centros de salud, garantizando las plantillas de cada centro de salud con un núcleo básico (médico y 2 enfermeras) mínimo, logrando la Cobertura Universal de los Servicios. • Para garantizar la atención se creó el concepto de arraigo, un programa que nació de estudios de la SEDESOL e INEGI, en localidades de bajo nivel socioeconómico con indicadores de pobreza y marginación, aumentándose hasta en un 80% los sueldos del médico para que permaneciera disponible a la comunidad. • Creación de especialidades que médicas que reforzaran la cobertura. • Enfoque hacía la capacitación y actualización • En Julio de 1997 en la explanada de la bandera se declara el nacimiento del Organismo Público Descentralizado (OPD) que se llama Servicios Estatales 	<ul style="list-style-type: none"> • En la actual administración se ha planteado llevar a cabo una reforma al Sistema Nacional Salud cuyas estrategias centrales son las siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1) la Descentralización e Integración de los Servicios de Atención a Población Abierta. 2) la ampliación de la Seguridad Social en el medio urbano con capacidad de prepago, y 3) la ampliación de los Servicios de Salud Estatales a la población marginada del medio rural y urbano, a través de la canalización de mayores recursos a la promoción de la salud y prevención de enfermedades (paquete básico). • La Secretaría de Salud inició la Descentralización de los Servicios de Salud a los Estados, se sentaron las bases para descentralizar las decisiones y acciones de la Secretaría y de las instituciones que atienden a la población abierta, y para 	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizó un estudio preciso de las poblaciones que requerían de un centro de salud, resultando la construcción de 16 centros nuevos de salud en la Entidad, se consideraron prioritarios cuatro en la zona fronteriza con Campeche. Con el Programa de Hospital digno ampliando cuatro centros de salud a Unidades Quirúrgicas Intermedias en José María Morelos, Kantunilkin, Isla Mujeres y Playa del Carmen con 8 camas y dos especialidades, Gineco - obstetricia y Pediatría. • Se continúa el proceso de Descentralización. Los resultados de las Semanas Nacionales de Salud que se realizaban 2 veces al año, logró que se erradicaran los casos de poliomiélitis, difteria y tosferina, disminuyendo el tétanos y el sarampión. • El aumento de los casos de sida en el Estado requirió de atención especial a, tal grado

<p>de Salud del estado de Quintana Roo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oferta de contratos que no violenten la ley Federal del trabajo, a través del OPD. • Se dieron de 40 a 60 plazas, en centros de salud a los administradores, directores, de hospitales se les otorgo plaza de base. • Se crearon 120 plazas de mandos medios. • El OPD permitió poder hacer uso del recurso de acuerdo a las prioridades del estado. • La negociación de los recursos de la Federación, siempre cumplió con recursos, no suficientes al 100%, por ejemplo el problema de medicamentos y material de curación que se prefería llegara desde la federación la compra consolidada al no haber mercado regional o local. Se creó el Organismo de la Beneficencia Pública. • Siempre se tuvo el apoyo Estatal en cuestiones de equipamiento, de infraestructura en salud en todos los centros de salud y en la creación de los Hospitales Integrales en ese periodo. <p>Importante es el cambio de estrategias en los niveles de impacto trabajando conjuntamente con actores políticos.</p>	<p>Desconcentrar sus respectivos presupuestos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de programas que permitieran extender la cobertura de los servicios básicos a poblaciones que residen en las localidades de mayor marginación, con énfasis en las campañas y los programas de vacunación, nutrición y salud reproductiva. • El desarrollo de la infraestructura en salud se ha orientado principalmente a la conclusión de obras en proceso y a la conservación y mantenimiento de la infraestructura existente. • La instalación del Sistema de Información Administrativa ha permitido la simplificación de la adquisición y distribución de bienes, el control de inventarios y de gestión, con lo que se ha aumentado la productividad y el aprovechamiento de los recursos. • La Descentralización constituye uno de los puntos centrales del Plan Nacional de Desarrollo 1995- 2000 en materia de salud. • Esto dio origen a una serie de cursos y talleres que han venido impartiendo las distintas áreas centrales de la Secretaría de Salud al personal estatal. • Una de las tareas claves para un funcionamiento autónomo de los Estados en 1996, es que éstos elaboren sus programas y presupuestos con el total de los recursos que serán descentralizados. • El Programa de Ampliación de Cobertura de los Servicios de Salud es uno de los cinco grandes programas del Plan Nacional de Desarrollo en el área de la salud. Por esta razón durante la presente 	<p>de que el Comité de Vigilancia de Hospital Digno solicitó la construcción de un anexo en el Hospital General de Chetumal para la instalación del Consejo Estatal de la lucha contra el Sida (Coesida), con el fin de detectar, tratar y dar seguimiento a los casos de esa enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se autorizó la construcción de dos centros de salud en la capital después de haber demolido el primer edificio que se inauguró en 1960, y en la Ciudad de Cancún se edificaron cuatro centros más. • Con el programa de Hospital digno concluido en 1996 el Dr. Gilbert Canto adquirió el equipo de laparoscopia abdominal para el Hospital General de Cancún con la correspondiente capacitación del personal médico en cirugía endoscópica. • En 1996 se implantó el nuevo Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta. • Se firmó en Chetumal el convenio de conclusión de la Descentralización (proceso por el cual se creó el Organismo Público Descentralizado de los Servicios Estatales de Salud.
--	---	--

	<p>administración se ha venido desarrollando una estrategia de reorganización de los servicios, con el fin de ampliar en el mediano plazo la cobertura a alrededor de 10 millones de personas que por razones geográficas o culturales actualmente carecen de acceso regular a los servicios esenciales</p> <ul style="list-style-type: none"> • El nuevo Programa de Salud Reproductiva Integral comprende acciones sustantivas en planificación familiar, atención materno- infantil, salud de la mujer y salud reproductiva para los adolescentes. • Al inicio de este Gobierno se puso en marcha una profunda reforma al Sistema de Salud. Se trata de una reforma basada en los cambios demográficos, económicos y sociales de México y en sus efectos sobre las principales causas de enfermedades y fallecimientos • Se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y está ha mostrado ser un mecanismo eficaz para atender las quejas de los pacientes y de sus familiares, resolviendo el 84 % de ellas a través de la conciliación, la asesoría o el arbitraje. 	
Efectividad		
<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura poblacional del 90%. • Buenos indicadores acordes a la Organización Panamericana de la salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en cuanto a estructura e infraestructura, quedando pendiente la oferta de servicios de calidad. • Disminución de la mortalidad materna. • Problemas con medicamentos e insumos. • Descentralización exitosa de los servicios de salud del estado a finales de 1997. • Programas prioritarios: 	<ul style="list-style-type: none"> • Cabe destacar que se incrementó la demanda, que se estima ha sido de alrededor del 10 %, ha sido enfrentado con oportunidad y eficacia. • Como punto de partida de esta estrategia de reorganización, el Consejo Nacional de Salud realizó una encuesta en las 32 Entidades Federativas con el objeto de identificar la magnitud de la subutilización de la capacidad instalada en las unidades médicas de primer nivel de atención: se permitió detectar a 256 unidades que actualmente no están operando por falta de recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> • En 1993 y 1994 se presentó un brote alarmante de cólera en el estado, por lo que el Sector Salud se abocó a combatirlo con medidas epidemiológicas rápidas y eficaces. A principios de 1994 se presentó un brote de 14 casos de sarampión, en su mayoría de adultos y centrados 9 casos en Benito Juárez y 5 en Othón P. Blanco. • Se efectuaron 14 intervenciones y 62 acciones con base a instrumentos metodológicos y legales para desarrollar en forma operativa el proceso de planeación de los servicios; entre estos

<p>Vacunación, Planificación familiar, Programa de la infancia por las infecciones respiratorias agudas y diarreicas. Advenimiento de nuevos programas preventivos: diabetes, hipertensión, obesidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En programas de salud pública estaba satisfecha la población y nunca se tuvo problema de demandas que no se dejaran de cumplir, nunca se suspendió la atención ni en materia de salud pública, en materia de casos específicos de pacientes sobre todo a nivel de los hospitales se fue honesto al reconocer que tuvieron problemas en casos específicos. • Uno de los retos que cuesta que verdaderamente es la participación de la ciudadanía. • La percepción de la efectividad de la población hacia los Servicios de Salud, se orientó a considerarnos parte del equipo de salud. • Se fue efectivo en generar una estructura que no se tenía; en contar con una plantilla de personal completando núcleos básicos de los centros de salud; otorgando bases que daban seguridad laboral a los trabajadores; en la cobertura de atención médica. <p>Los retos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La necesidad de crear una cuarta jurisdicción • Consolidar el OPD. 	<ul style="list-style-type: none"> • Con el Programa Ampliado de Servicios de Salud a la Población Abierta (PASSPA) en este último año se proporcionó atención a 3.0% de la población, que hasta ese entonces no tenía acceso regular a los servicios de las zonas rurales y urbanas marginadas de las cinco entidades en donde opera el programa. • Mediante el Programa Emergente para Grupos Vulnerables se logró la ampliación de la cobertura de estos grupos desprotegidos. • En el área de la prevención y control de enfermedades los logros recientes más importantes han sido en el campo de los padecimientos inmunoprevenibles, los mejores ejemplos son la erradicación de la poliomielitis y la eliminación de la difteria del territorio nacional. • A pesar de que hay un descenso en el número de casos de SIDA asociados a transfusión sanguínea y una estabilización en el número de casos notificados, el SIDA afecta ya a las zonas rurales y es una de las principales causas de muerte en hombres jóvenes. • A través del Programa de Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas e infecciones respiratorias agudas se logró un 24.8 % adicional de reducción en las tasas de mortalidad infantil causadas por enfermedades diarreicas. • La incidencia de las enfermedades respiratorias agudas se redujo 46.0 % durante el primer semestre de este año en relación al mismo periodo del año anterior. • El Programa de Prevención y Control del Cólera ha intensificado sus esfuerzos para combatir el incremento en el número de casos. 	<p>destacaron los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley Estatal de Salud del Gobierno de Quintana Roo y Reglamento interno de la Secretaría Estatal de Salud. • Rotafolio de información básica: Guía para la Elaboración Estudio de Regionalización Operativa y Normas Mexicanas Normas Oficiales y Técnicas. <p>Para la prestación de los Servicios de Salud, los Manuales de Organización, Manuales de Procedimientos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y del Sistema Estatal de Información Básica.</p>
---	---	---

	<p>El aumento se debió a una modificación del comportamiento epidemiológico del <i>Vibrio cholerae</i> donde se observó una mayor transmisión y diseminación al encontrar condiciones ecológicas favorables que propiciaron su presencia y porque se ha intensificado la búsqueda de personas contagiadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El número de unidades médicas creció de 14 mil 600 a cerca de 16 mil. • Hoy, 6 de esos 10 millones ya están protegidos con ese paquete básico a través de centros de salud y brigadas móviles que cubren 33 mil localidades en todo el país. Nuestra meta es que en el año 2000 estemos atendiendo a la totalidad de esos 10 millones. • Se pusieron en operación cerca de 4 mil unidades médicas nuevas. Se alcanzó la cobertura casi total de la población, del 99 por ciento, con servicios básicos de salud. Se evitó la quiebra del Instituto Mexicano del Seguro Social, se le dio viabilidad de largo plazo, y está en marcha uno de los programas de inversión más ambiciosos de su historia para mejorar la calidad de sus servicios. Se promovieron leyes para proteger los derechos de las personas con alguna discapacidad y se estableció un programa integral para apoyarlas. 	
--	--	--

5.1.3 Periodo 2007-2008

Se presenta a continuación los resultados identificados por la tercera entrevista realizada al ex Secretario de Salud de los Servicios Estatales de Salud Dr. Manuel Jesús Aguilar Ortega (M.J.A.O.) cuyo periodo de gestión se realizó durante los años 2007 a 2008. Se presentan a continuación los resultados relevantes en la Figura 5.4 y Tabla 5.3.

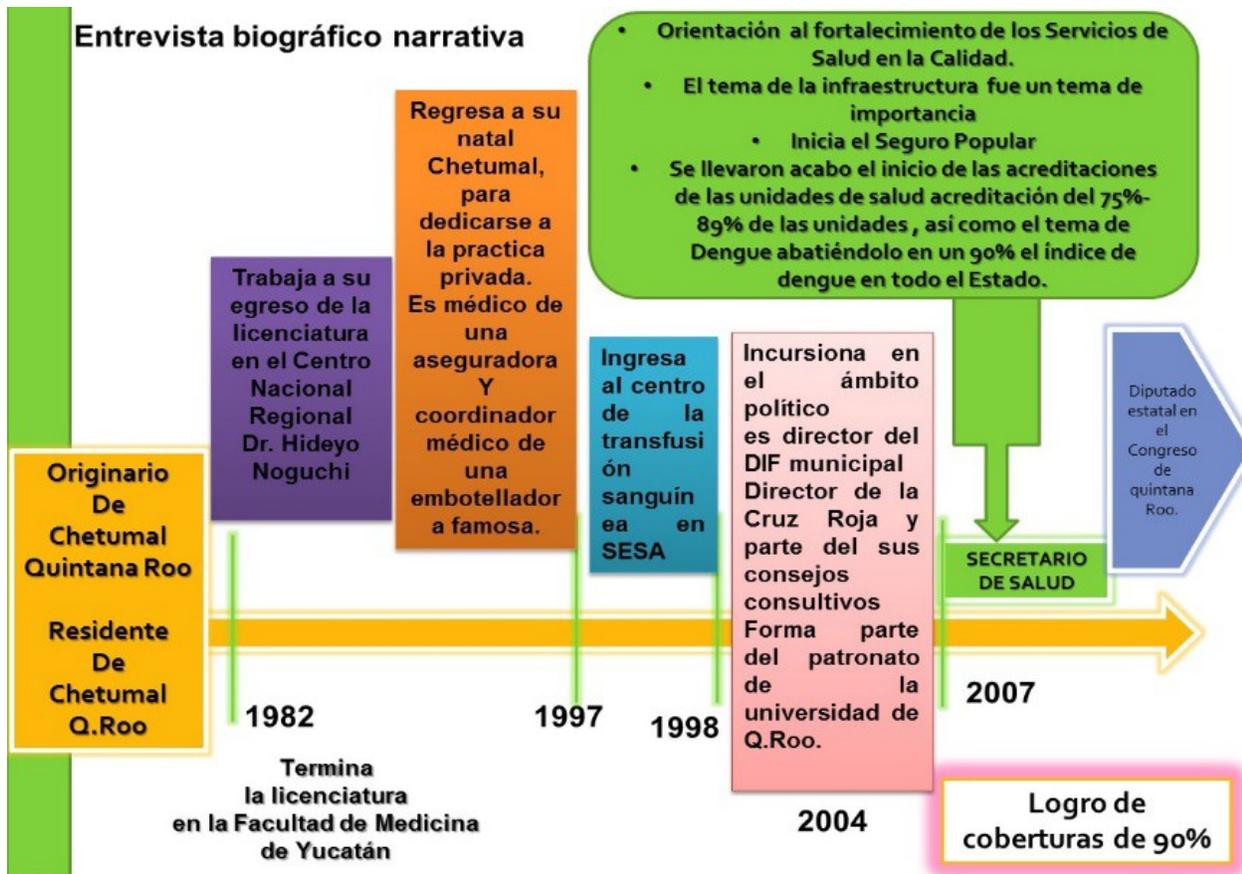


Figura 5.4 Línea cronológica de eventos. Entrevista MJAO (tercera entrevista)

Fuente; elaboración propia

Tabla 5.3 Comparativa de acuerdo a los tres ejes temáticos de Estructuras, Estrategias y Efectividad entre los informes oficiales y el análisis extraído de la entrevista biográfica – narrativa. Periodo 2007-2008

Análisis biográfico Narrativo	Informes Presidenciales	Informes Estatales
Estructuras		
<ul style="list-style-type: none"> • Gran reto la comunicación entre el personal médico y los administradores en el tema de administrar la salud. • Los elementos claves de la estructura orgánica de la Secretaría de salud durante ese periodo fueron denominados como “tomadores de decisiones” y estos eran: los Jefes Jurisdiccionales, Los otros tomadores de decisiones, los Directores de los Hospitales. • Uno de los cargos más sensibles dentro de la Secretaria de Salud Estatal, es Director de los Servicios Estatales de Salud, 	<ul style="list-style-type: none"> • La inversión física del sector público federal en salud al segundo trimestre de 2007 ascendió a 2,576.5 millones de pesos. • Se estima que al final del 2007 el sistema cuenta con un total de 20, 761 unidades médicas. • Se fortaleció la Red Hospitalaria Nacional de Alta Especialidad, están en construcción cuatro y se tiene proyectado contar al final del 2012 con 5 unidades de atención hospitalaria. • Se crearon centros de atención especializada para 	<ul style="list-style-type: none"> • Como Gobernador del Estado en el periodo 2005- 2011 Félix Arturo González Canto nombra inicialmente a lo largo de su gestión a tres Secretarios de Salud, al Dr. Amílcar Rosado Alavés que permaneció en el cargo 2 años; le siguió el Dr. Manuel Jesús Aguilar Ortega, con más de un año en el cargo en el periodo 2007 - 2008. • La atención de la población del Estado, de más de un millón de doscientos mil habitantes, se distribuye de la siguiente manera: 42% es responsabilidad del IMSS, 9% ISSSTE, las Fuerzas Armadas ocupan el 1% y de los Servicios Estatales de Salud al 47%.

<p>es el área donde se implementan todas las políticas públicas de salud o la mayoría de las políticas en materia de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Dirección Administrativa y la Dirección de Planeación fue otra área fundamental, en esta etapa entramos en esa intensa campaña de acreditación de unidades hospitalarias reforzada por la Comisión Estatal de Protección Social en Salud (Seguro popular); fue reforzada la Comisión Estatal de Protección Contra Riesgos Sanitarios. 	<p>pacientes ambulatorios, (UMAES y UNEMES), se cuentan 251 UNEMES que iniciaron en el 2007.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el periodo de Septiembre 2007 a Agosto del 2008 se iniciaron operaciones en 30 unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud, las cuales incrementaron la capacidad instalada. También se iniciaron 19 obras nuevas de consulta externa, y 7 unidades médicas de hospitalización. • Se dignificó y se dio mantenimiento de la infraestructura y equipo médico de las unidades de salud, 627 centros de salud terminados, 624 en proceso; 28 unidades hospitalarias terminadas 56 iniciadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Al principio de la administración se realizó un diagnóstico situacional y se detectó un rezago de más de 25 años en la infraestructura en salud. El Hospital General de Cancún fue construido para atender aproximadamente a 80,000 personas, sin embargo en realidad llega a atender hasta 403,527 personas de los 906,695 habitantes para ese periodo, llegando a tener hasta 131% de ocupación con un índice de rotación de 120 ingresos por cama al año.
<p>Estrategias</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • La identificación de las prioridades a partir de los resultados que se estaban dando en ese momento no fue fácil, dadas las circunstancias en las que se da continuidad a la gestión administrativa, no sólo desde el punto de vista de políticas públicas, de padecimientos de enfermedades emergentes, de las enfermedades transmitidas por vector, sino de infraestructura y equipamiento y el estado anímico que había de los trabajadores del sector salud y también de la población, al no sentir los beneficios de una institución tan noble. <p>El dengue continuaba siendo una prioridad en cuestión de políticas públicas como un problema de salud pública en el estado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los ejes fundamentales de trabajo durante su gestión fueron: Equipamiento Infraestructura, Abasto de medicamentos, sensibilización y concientización de los prestadores de servicios de salud. • Fomentar la formación de médicos administradores no 	<ul style="list-style-type: none"> • Se ejerció un Gasto en Salud por 96,403 millones de pesos con un incremento del 4.2% con respecto al mismo periodo del año anterior, las Instituciones que cubren a población no asegurada. Hay mejoras en el Modelo de Gestión de Farmacia Intrahospitalaria, con lo cuales se cambia el paradigma de suministro de medicamentos, así como su control y vigilancia. Se impartió un curso de capacitación a distancia de la planeación de la demanda y administración de inventarios. • Se formó el acuerdo Alianza por un México Sano que lleva a cabo las acciones: Programa Arranque Parejo en la Vida, Cobertura de Vacunación, reducir la pobreza de la población por motivos de salud mediante el Aseguramiento Médico Universal (Seguro Popular), el Fondo de Protección Contra Riesgos Catastrófico y la consolidación de la investigación en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se atienden programas prioritarios con Unidades Especializada (UNEMES) para la atención de problemas de salud pública. <p>Se autorizaron 48 plazas, se pusieron en operación 12 unidades médicas con especialidad en salud mental, adicciones y enfermedad crónica degenerativa, acorde a las prioridades que genera la morbilidad y mortalidad de la región.</p> <p>Se da continuidad a Programas Prioritarios Federales: Vacunación universal, Seguro popular, Sistema de Calidad en la Atención Médica y Abasto oportuno de Medicamentos.</p>

<p>solo de recurso humano de políticas públicas sino de bienes y recursos materiales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los directores de Salud Pública Municipal deberían ser considerados como tomadores de decisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Una prioridad fue la implantación de un Sistema Integral y Sectorial de Calidad en la Atención Médica con énfasis en el abasto oportuno de medicamentos; uno de los objetivos fue mejorar la planeación, la organización, el desarrollo y los mecanismos de rendición de cuentas de los Servicios de Salud, con mejor desempeño del Sistema Nacional de Salud como un todo. 	
Efectividad		
<ul style="list-style-type: none"> • Ha faltado una definición operacional e involucrarlo en los procesos administrativos, y es el Subsecretario de Salud, tienden a estar muy acortados en sus funciones. • Durante este periodo de gestión se logró hacer sinergia con lo que hacen cada una de las áreas que integraban las estructuras de la Secretaría de Salud. • Una de las partes más importantes que se fortalecieron en el periodo de gestión fue la parte de equipamiento y de insumos buscando acreditar todas las unidades • Quintana Roo fue uno de los primeros estados que se sumaron, que iniciaron el proceso de homologación de los trabajadores de la Secretaría de Salud (1110 trabajadores). • El tema de la infraestructura fue un tema de importancia, con los logros de Ampliación del Hospital General de Cancún, Hospital Morelos. * Gestión de 50 millones para la primera etapa del nuevo hospital de Cancún y recurso para el Nuevo Hospital de Isla Mujeres y de Bacalar. • Gestión de las últimas dos etapas del Hospital General de Playa del Carmen Acreditación bajo la normatividad del 100% de los quirófanos de los Hospitales del Estado. • El Seguro Popular contribuyo con un incremento del 15% del 	<ul style="list-style-type: none"> • La inversión física del sector público federal en salud al segundo trimestre de 2007 ascendió a 2,576.5 millones de pesos. • Se estima que al final del 2007 el sistema cuente con un total de 20, 761 unidades médicas. • Se priorizo la ampliación de la cobertura de los servicios de salud a través de unidades móviles y el impulso de la telemedicina. • Un objetivo es el evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, mediante los pasos para lograr el Aseguramiento Médico Universal de los Servicios de Salud, de alta calidad y proteger a todos los mexicanos del gasto causado por enfermedad, mediante el reforzamiento del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). • Se presenta el panorama epidemiológico actual, el cual se caracteriza por una transición demográfica prolongada a la par de transición epidemiológica con rezago, donde persisten las enfermedades infectocontagiosas, muertes prematuras evitables y una frecuencia cada vez mayor de enfermedades crónicas degenerativas, características de la industrialización y de la vida urbana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante este periodo se recalca el hecho de no contar con casos de cólera, el dengue y el paludismo se mantuvieron controlados, se firmó el Acuerdo para la Cooperación en Materia de Salud Pública en el marco de la Semana Nacional de la Salud de las Américas. • En el año 2007 se Acreditaron 21 centros de salud y el servicio de cataratas del Hospital General de Chetumal, así como las unidades médicas de control de portadores de VIH en Cancún y Chetumal. Se acreditó también la clínica de Leucemia. • En el 2008 fueron evaluados 75 centros de salud rurales, así como el Servicios de Cuidados Intensivos Neonatales de los Hospitales Generales de Chetumal y Cancún, así como el Hospital Materno Infantil Morelos. • La población abierta recibe atención en 204 unidades médicas, 18% más cuando comenzó la Administración. • El combate contra las enfermedades transmitidas por vector en el Estado se realizó de manera exitosa al contar con un descenso considerable en el número de casos de dengue, trabajando de manera coordinada con las sociedad y las diversas Instituciones y autoridades locales; se logró acreditar 65, 920 patios libres de criaderos de moscos, 267 entornos libres de criaderos, edificios y escuelas. En relación a paludismo el comportamiento fue similar con el

<p>recurso humano prestador de servicios.</p> <p>Se tuvieron logros en las políticas públicas y programas de salud muy puntuales, obteniendo el reconocimiento de nivel federal, con la acreditación del 75% al 89% de las unidades, así como el tema de Dengue abatiéndolo en un 90% el índice de dengue en todo el Estado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mortalidad materna y perinatal un tema en el que se obtuvieron pobres resultados. • La comunicación y el flujo de información entre las áreas de la estructura permitió que los indicadores fueran mejorando, principalmente en el tema de prevención de accidentes, vacunación, VIH, tuberculosis, dengue. • Se gestionó la construcción del Laboratorio Estatal de Salud Pública, el Centro de vacunología. <p>Temas como ese se fue altamente efectivos, fueron los Programas de Vacunación, VIH, Crónico degenerativas, Salud Reproductiva específicamente Planificación familiar, Cáncer cérvico uterino.</p> <p>Uno de los temas que quedaron o que ha planteado que quedaron finalmente con un nivel de efectividad baja es la mortalidad materna, sigue siendo un reto que no se ha logrado mejorar porque tiene que ver con el nivel de marginación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El país enfrenta rezagos que deben atenderse, ya que actualmente mueren 16.2 menores de un año por cada 1000 nacidos vivos y 60 mujeres durante el embarazo, parto y puerperio por cada 100 mil nacidos vivos. 	<p>descenso de casos, se ha logrado que la transmisión se limitara a los Municipios de Othón P. Blanco y Felipe Carrillo Puerto.</p>
---	--	--

5.1.4 Periodo 2008 – 2011

Se presenta a continuación los resultados obtenidos de la cuarta y última entrevista al ex Secretario de Salud Q.F.B. Juan Carlos Azueta Cárdenas (J.C.A.C.) cuyo periodo de gestión se realizó de 2008 a 2011, se presentan los resultados en la Figura 5.5 y Tabla 5.4.

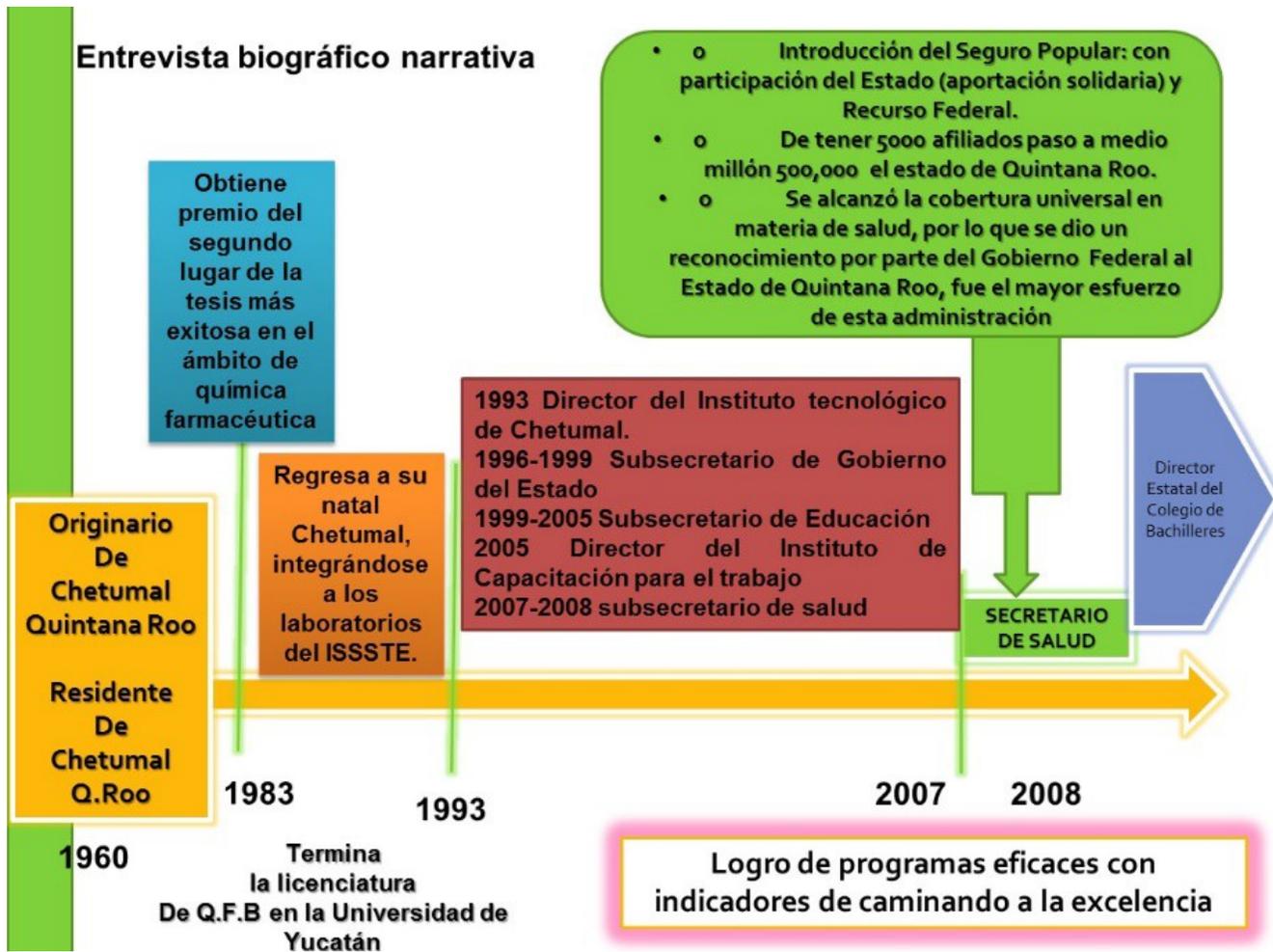


Figura 5.5 Línea cronológica de eventos, entrevista J.C.A.C. (cuarta entrevista)

Fuente: elaboración propia

Tabla 5.4 Comparativa de acuerdo a los tres ejes temáticos de Estructuras, Estrategias y Efectividad entre los informes oficiales y el análisis extraído de la entrevista biográfica – narrativa. Periodo 2008-2011

Análisis biográfico Narrativo	Informes Presidenciales	Informes Estatales
Estructuras		
<p>Continuidad al trabajo previo, era un trabajo muy bien diseñado con un enfoque de visión muy claro y que de alguna manera le había tocado contribuir en su construcción, al esfuerzo que había hecho su predecesor en el puesto le dio un impulso adicional porque el plan ya estaba atrasado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con la visión de su predecesor en la Secretaría se permitió llegar sin ataduras, llegar sin modelos y paradigmas, hechos que le permitió romper moldes, específicamente en materia de estructura organizacional. • Era una fortaleza tener una estructura organizacional acorde al modelo federal, conforme a la estructura federal. • La Dirección de Innovación y Calidad, era una Dirección que estaba a cortar en sus funciones, por lo que se fortaleció el equipo e hicieron que ellos asumieran ese rol, al liderar ese proyecto, dándoles los elementos para poder hacerlo sumar a esa fuerza, a ese potencial de trabajo que les permitió lograr los objetivos. 	<p>Durante el periodo de enero-agosto de 2009, se concluyó la construcción de 50 unidades, de las cuales se encuentran operando 30.</p> <ul style="list-style-type: none"> • También las unidades médicas de la Secretaría de Salud fueron objeto de fortalecimiento teniendo 49 unidades hospitalarias en 21 unidades federativas, con una capacidad instalada de 1,320 camas censables. Iniciaron operaciones 42 centros de salud y un centro avanzado de atención primaria a la salud en 10 entidades federativas; en proceso de construcción 85 centros de salud en 13 estados de la república. • Durante este año fue importante de la Dignificación y mantenimiento de la infraestructura y equipo médico de las unidades de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • El Gobernador del Estado da posesión al tercer Secretario de Salud el Químico Fármaco Biólogo Juan Carlos Azueta Cárdenas. • La atención de la población del Estado, de más de un millón de doscientos mil habitantes, se distribuye de la siguiente manera: 42% es responsabilidad del IMSS, 9% ISSSTE, las fuerzas armadas ocupan el 1% y de los servicios Estatales de Salud al 47%. • Al principio de la administración se realizó un diagnóstico situacional y se detectó un rezago de más de 25 años en la infraestructura en salud. El Hospital General de Cancún fue construido para atender aproximadamente a 80, 000 personas, sin embargo llega a atender hasta 403 527 personas de los 906 695 habitantes para ese periodo, llegando a tener hasta 131% de ocupación con un índice de rotación de 120 ingresos por cama al año.
Estrategias		
<ul style="list-style-type: none"> • Inicia dando seguimiento a los programas existentes por parte de la Federación y tomando también desde luego decisiones importantes en materia de acreditación de certificación, de infraestructura y equipamiento. • El proceso de acreditación de unidades se completa durante su gestión. • El enfoque que plantea durante su gestión es el rediseño de la imagen institucional, en base a tres daños identificados: Modificación del área de epidemiología, nueva 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante el 2009 se hizo de conocimiento público en el país la presencia de la epidemia del virus de la influenza A (H1N1), como parte de las estrategias adquiridas por el Gobierno Federal para la detección, prevención y control. Elaboración, emisión y difusión de documentos normativos, medidas de detección, medidas de prevención, medidas de control, se publicó el Acuerdo por el que se determinan los lineamientos a los que estará sujeta la venta de los medicamentos que contienen las sustancias activas denominadas 	<p>Se autorizaron 48 plazas, se pusieron en operación 12 unidades médicas con especialidad en salud mental, adicciones y enfermedad crónica degenerativa, acorde a la morbilidad y mortalidad de la región. En 2009 se inició la construcción del Laboratorio Estatal de Salud Pública y el Hospital General de Playa del Carmen con una inversión inicial de 20 millones de pesos, se gestionó la construcción del Hospital General de Cancún y el de Isla Mujeres.</p>

<p>infraestructura física. Y modificación de la imagen institucional en materia de Riesgos Sanitarios, toda el área de la (COFEPRIS), ya que era atacada por conceptos de corrupción.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante su gestión se declara la crisis de la Influenza • Cancún fue sede del encuentro Mundial de la Organización Mundial de la Salud con la presencia de Margaret Chan Directora de la Organización Mundial de la Salud desde Ginebra. <p>El atender la pandemia de influenza jugó un papel muy importante no solamente en el tiempo del desarrollo de los compromisos de la administración y de recursos, retrasándolos al considerarlos adicionales para hacer frente a la pandemia</p> <p>Existía la imperiosa necesidad del gobierno federal de avanzar en la atención en la cobertura de servicios de salud:</p> <p>Introducción del Seguro Popular: con participación del Estado (aportación solidaria) y Recurso Federal.</p> <p>Una estrategia nueva implementada en el estado y que no tenía la federación fue el programa de prevención con la aplicación de las vacunas para el virus del papiloma humano en las niñas menores de nueve años.</p> <p>Otra estrategia del Estado fueron los Centros de Vacunología, se construyeron 2, uno en Cancún y otro en Chetumal, con la visión de la preservación de los biológicos, de la preservación de material que requiere de refrigeración en los momentos de las contingencias meteorológicas y se diseñó una estrategia particular por la geografía de Quintana Roo.</p>	<p>Oseltamivir y Zanamivir como medida de prevención del brote de influenza.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A fin de disminuir la incidencia de este padecimiento, se alinearon y focalizaron los recursos en 113 localidades de 58 municipios ubicados en las 17 entidades federativas con mayor incidencia, se activaron los Comités de Seguridad en Salud Estatal y Jurisdiccional, así como la promoción de la salud en los Sistemas Estatales de Salud. • Se priorizo la ampliación de la cobertura de los servicios de salud a través de unidades móviles y el impulso de la telemedicina. • Un objetivo es el evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, mediante el Aseguramiento Médico Universal a los servicios de alta calidad y proteger a todos los mexicanos de los gastos causados por enfermedad, mediante el reforzamiento del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). • La estrategia de promover la participación activa de la sociedad organizada y la industria en el mejoramiento de la salud de los mexicanos estuvo dada por la generación de programas de participación social: estrategia de 5 pasos por tu salud para Vivir mejor; programa de entornos y comunidades saludables; programa de escuela y salud; promoción de la salud: una nueva cultura, programa vete sano, regresa sano; Programa para la Salud del Migrante; el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • En el periodo se rehabilitaron y equiparon los Hospitales Integrales de José María Morelos, Isla Mujeres, Kantunilkin y Hospitales Generales de Chetumal, Cancún, Felipe Carrillo Puerto y Cozumel, el fortalecimiento de la infraestructura también se dio en los centros de salud, acompañado de los procesos de calidad de la atención médica, a través de los ejercicios de la acreditación. • Se fortaleció la red de mastógrafos para la detección oportuna de cáncer de mama contando con una en cada Jurisdicción Sanitaria. • La incorporación del Programa de Caravanas de la Salud puso en circulación 10 unidades médicas móviles que recorren la geografía estatal con 27 rutas que benefician a más de 52 000 unidades. • Se dotaron de ambulancias a 8 localidades entre urbanas y rurales con una inversión de más de 6 millones 500 mil pesos. En 2008 se adquirieron 4 más distribuidas en localidades rurales • El crecimiento de la infraestructura vino de la mano del recurso humano; de 650 médicos la cifra se incrementó a 789, de 761 enfermeras ahora hay 858 y paramédicos aumentaron de 33 a 90. • La Influenza en Quintana Roo se tornó una prioridad desde la aparición de los primeros casos, esto por la importancia al ser un estado eminentemente turístico. El 13 de marzo del 2009 se emitió la alerta y se iniciaron las sesiones del Comité de Vigilancia epidemiológica estatales y locales así como la instalación del Comité de Seguridad en Salud implementado acciones de forma inmediata, lo que permitió garantizar la respuesta ante este padecimiento • El estado fue sede de la
--	---	--

		<p>cumbre mundial de la influenza, realizada en la Ciudad de Cancún del primero al tres de julio del año 2009. Esta reunión fue presidida por la Doctora. Margaret Chan, directora de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por el Presidente de nuestro País. Lic. Felipe Calderón Hinojosa, con la asistencia de representantes de la salud de 42 países.</p>
Efectividad		
<p>Se logra la infraestructura más grande que se ha hecho en los últimos años en materia de salud y que tuvo que ver ciertamente con el empuje del Gobierno del Estado y la gestión con el Gobierno Federal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En materia de infraestructura se logró gestionar con el nivel federal recursos, contribuyendo la buena disposición del Ejecutivo del Estado hacia los proyectos en Salud. • Al final de la gestión se considera que hubo éxito porque se reconstruyó la imagen institucional basado en infraestructura, porque abatieron los problemas que tenían en materia de epidemiología y riesgos epidemiológicos y porque recompusieron todo lo relacionado con la Comisión de Protección Contra Riesgos Sanitarios. • Ejemplos de Programas Federales aterrizados en los Estados: El plato del buen comer, Sustitución de alimentos chatarras en las escuelas, Dengue, etc. • De tener 5000 afiliados paso a medio millón 500,000 en el Estado de Quintana Roo en ese periodo. • Se alcanzó la Cobertura Universal en materia de Salud, por lo que se dio un reconocimiento por parte del Gobierno Federal al Estado de Quintana Roo, fue el mayor esfuerzo de esta 	<ul style="list-style-type: none"> •Se realizó la reducción de las desigualdades en los Servicios de Salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables en materia de salud reproductiva, prevención de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas. Ampliación de la Cobertura a través de las Caravanas de la Salud y el impulso de la telemedicina. •Se garantizó la seguridad, calidad y eficacia de los medicamentos e insumos para la salud y las buenas prácticas de manufactura de la industria. •Se dio continuidad durante esa administración al Proyecto de agua de calidad bacteriológica a fin de mejorar la evaluación del agua que consume la población. •El desarrollo del Programa para la Salud del Migrante, garantizando el acceso a los Servicios de Salud y Protege la Salud de los migrantes mexicanos mediante acciones binacionales en sus lugares de origen, destino y tránsito •Se fortaleció el Programa Permanente de Vacunación y de las Semanas Nacionales de Salud, se logró la cobertura de vacunación con esquema básico completo en niños de un año de edad de 93.4% y en niños de uno a cuatro años de edad de 96.4%. Se coordinó la producción de 22, 047,500 de las nuevas Cartillas Nacionales de Salud unificadas para todo el sector salud. •Los casos de tuberculosis 	<ul style="list-style-type: none"> •En el 2008 fueron evaluados 75 centros de salud rurales, así como el Servicios de Cuidados Intensivos Neonatales de los Hospitales Generales de Chetumal y Cancún, así como el Hospital Materno Infantil Morelos. • La población abierta recibe atención en 204 unidades médicas, 18% más cuando comenzó la Administración. • El combate contra las enfermedades transmitidas por vector en el Estado se realizó de manera exitosa al contar con un descenso considerable en el número de casos de dengue, trabajando de manera coordinada con las sociedad y las diversas Instituciones y autoridades locales; se logró acreditar 65, 920 patios libres de criaderos de moscos, 267 entornos libres de criaderos, edificios y escuelas. En relación a paludismo el comportamiento fue similar con el descenso de casos, se ha logrado que la transmisión se limitara a los Municipios de Othón P. Blanco y Felipe Carrillo Puerto. •La creación del Seguro Popular permitió la incorporación de las familias quintanarroenses a fin de contar con Cobertura Universal de los Servicios, al inicio de la Administración Estatal (2005),el Seguro Popular contaba con un registro de 7,976 familias afiliadas, actualmente (2009) son 80,837

<p>Administración.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si tenían un seguimiento puntual de todos los programas que marcaba la Federación en base a los indicadores de caminando a la excelencia: o Salud materna. • Cáncer cérvico – uterino. • Cáncer de mama. • La experiencia de Quintana Roo en el programa de dengue permitió que ocupara los mejores lugares en el País, hubo una tendencia muy clara a la mejora porque si bien es cierto que los casos siguen existiendo, la estrategia es evaluada por el Gobierno Federal, quien reconoce el éxito. <p>En la prevención del cáncer cérvico - uterino y cáncer de mama fuimos efectivos, al ser de los primeros Estados del país de contar con Unidades Médicas Especializadas para la Detección Control de cáncer de mama: UNEME - DEDICAM y la primera se construyó en la Ciudad de Cancún y ahora se tiene una en Chetumal.</p> <ul style="list-style-type: none"> •El Laboratorio Estatal de Salud Pública (LESP), se posicionó al estar entre los cinco mejores en los Indicadores de Encaminando la Excelencia en el País. • En el Programa de Zoonosis, el control de la rabia en Quintana Roo tuvo los primeros lugares. •Se mejoró en la distribución y surtimiento de medicamentos. •Fueron de las primeras entidades que lograron Acreditar todos sus centros de salud y el primer Hospital acreditado de acuerdo a la norma federal en la en todo el sureste incluso por delante de Yucatán. • El recurso que aportó el Seguro Popular, porque se había logrado la cobertura, es una cadena muy clara porque había un proceso, y eso permitió ser más efectivos. Se acreditaron 165 unidades <p>En infraestructura se mejoró:</p>	<p>pulmonar disminuyeron 15.4% respecto del mismo lapso de 2008. El éxito del tratamiento aumentó de 79% en 2006 a 84% en agosto del 2009.</p> <ul style="list-style-type: none"> •El paludismo registra las cifras más bajas de la historia de la enfermedad en México, así como la cobertura de tratamiento del 100% de casos y convivientes. •En el trienio de 2007 a 2009 la mortalidad general se ubicó en 4.8 defunciones por cada mil habitantes por año, tanto en 2007 como en 2008 se registró una tasa de 4.9 defunciones, mientras que en 2009 la tasa descendió a 4.8 muertes. •Se dio hincapié a los avances en el marco de la Nueva Ley del ISSSTE, se realizaron encuestas de satisfacción de los usuarios, así como el registro del surtimiento del 99.5% de las recetas con ayuda del surtimiento alterno de recetas médicas a través del Sistema de Tiendas y Farmacias (SITYF). •Se hizo hincapié en el seguro popular se ha ido aumentando la ayuda para proteger a más o menos 49 millones de personas sin seguro con lo que ya 92 millones de personas cuentan con este apoyo. El Seguro médico para una nueva generación se apoya a 3, 600, 000 niños y a sus familias. •Se han llevado 1400 unidades médicas a zonas aisladas del país para beneficiar a más de 3,400,000 mexicanos. •El Programa de Caravanas de la Salud ha incorporado mil 391 unidades móviles, con cobertura en 968 municipios y 14 mil 766 localidades, donde habitan más de 3 millones 400 mil personas. • Dentro del objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población, se fortalecieron los Programas de Protección Contra Riesgos Sanitarios, retomando las acciones realizadas para la prevención, detección y control del virus de la influenza A (H1N1) en México, destacando la aplicación de 10,419,946 dosis, se cuentan con 751 Unidades de Salud Monitoras de Influenza, que realizan la 	<p>familias que reciben los beneficios de este programa, representa un crecimiento en la afiliación mayor al mil por ciento. Más de 282, 930 habitantes beneficiados en Quintana Roo con el Seguro Popular.</p> <p>Se alcanzó una afiliación de 29,000 familias más en 2009. En el 2011, se logró afiliar a 50,000 habitantes en Quintana Roo.</p>
--	--	--

<p>Todos los centros de salud de primer nivel.</p> <p>El quirófano nuevo del hospital de Cozumel.</p> <p>Ampliación del Hospital General de Cancún.</p> <p>Equipamiento de los quirófanos del Hospital General de Cancún.</p> <p>La creación del mastógrafo del Hospital Integral de Kantinilkín en el Municipio de Lázaro Cárdenas.</p> <p>La inauguración de: Laboratorio Estatal de Salud Pública, edificio propio de la Secretaría de salud.</p> <p>El Centro de vacunología.</p> <p>La unidad de cuidados intensivos del Hospital Materno Infantil Morelos.</p> <p>Ampliación del Hospital Materno Infantil Morelos de 16 a 32 camas.</p> <p>El inicio del proyecto del Hospital Integral de Bacalar</p> <p>Inicia la obra del Hospital De Nicolás Bravo</p> <p>La inauguración del Hospital General de Playa Del Carmen.</p> <p>El gran reto es mantener las acreditaciones, con una estrategia muy clara, iniciando con los centros de salud urbanos, posteriormente y terminaron con el rural, se logró el 100%.</p>	<p>vigilancia epidemiológica funcional para detectar nuevos casos. Entre Septiembre de 2010 y Julio de 2011 se confirmaron 126 casos y 16 defunciones provocadas por el virus de la influenza A (H1N1).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante este año se entregaron 8,491, 143 Cartillas Nacionales de salud unificadas, la cobertura registrada de las Cartillas Nacionales de Salud Unificadas es de 26.4%, 39.6% la de niñas y niños, 30.6% la del adulto mayor, 24.6% la de mujeres, 21.9% de adolescentes y 20.5% la de hombres. • Se notificaron 3,300 casos confirmados de dengue, de los cuales 84% correspondieron a fiebre por dengue y 16% a fiebre hemorrágica por dengue. •El número de casos de paludismo por Plasmodium vivax disminuyó en 83.1 % al pasar de 7,259 en 200 a 1226 casos en 2010. Entre enero y agosto del 2011, se reportaron 376 casos, lo que representa una reducción del 55.3% respecto al mismo periodo del 2010. •Se traduce en la atención de 100% de padecimientos por los que se acude a una clínica o centro de salud (primer nivel de atención) y más de 90% de los diagnósticos terapéuticos de segundo nivel, es decir, los que requieren hospitalización. •El Programa Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), parte del Seguro Popular, garantizó atención médica integral y gratuita a todos los niños nacidos durante esta administración. Para 2012 fueron más de 6 millones 300 mil los niños afiliados. 	
--	---	--

5.2 El método de Greimas en el contexto de la salud

La división de esta investigación a partir de las estructuras, estrategias y efectividad a nivel nacional y estatal en Quintana Roo, ha podido ubicar los elementos y actores protagonistas de cada uno de los elementos que enriquecen su naturaleza social, ideológica o política, a través de los roles que cada elemento juega dentro del contexto de la salud y la sociedad. En la Figura 5.6 se realiza una sustitución de los 6 elementos que conforman dicho método a partir de los resultados obtenidos en el análisis de los informes de gobierno.

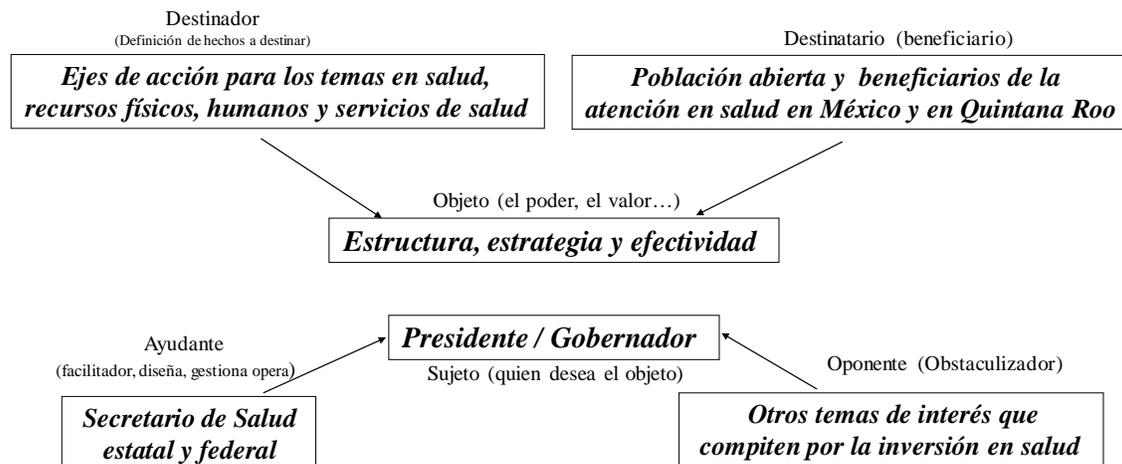


Figura 5.6 Sustitución del método de Greimas aplicado al análisis de salud
Fuente: elaboración propia, tomado de Sainz L. 2008

5.3 Método de la argumentación aplicado al análisis de salud

El método argumentativo se llevó a cabo a través del reconocimiento de argumentos de los tópicos del discurso planteados en la metodología, seguido de la selección de argumentos pivote para su explicación contextual y por último la articulación del orden del discurso con su significación social concluyente. En las siguientes Tablas de la 5.5 a 5.10 se describe en detalle y resumido el desarrollo de la información obtenida de los informes de gobierno oficiales federal y estatal respectivamente.

Tabla 5.5 Análisis del discurso a través del método de la argumentación, Informes Gubernamentales Presidenciales. Estructuras.

INFORME PRESIDENCIAL	ARGUMENTO TOPICO	ARGUMENTO PIVOTE	ARTICULACION DEL ORDEN DEL DISCURSO
Luís Echeverría Álvarez 1970 – 1976	ESTRUC-TURA	Ampliación de cobertura	Construcción – rehabilitación de 392 unidades hospitalarias y centros de salud, 1,555 casas de salud y 725 están en construcción. Construcción de 4 centros hospitalarios, 11 clínicas, 31 centros de salud y 32 clínicas
José López Portillo 1976 – 1982		Ampliación de cobertura	Construcción de 918 nuevas Unidades Médicas Rurales IMSS - COPLAMAR; adicionalmente este año funcionarán 30 clínicas - hospital de campo más, que harán un total de 71.
Carlos Salinas de Gortari 1988 – 1994		Fortalecimiento de recursos humanos	Incorporación de 13,000 médicos y 22,000 enfermeras, 88 nuevos hospitales, 2,300 clínicas
Ernesto Zedillo Ponce de León 1994 – 2000		Ampliación de cobertura	310 unidades básicas de rehabilitación, modernización de 28 centros de rehabilitación integral y 27 centros de educación especial, construcción de 156 nuevos hospitales y 2,800 centros de salud, 45,000 nuevos médicos y enfermeras.
Vicente Fox Quesada 2000 – 2006		Ampliación de cobertura	Rehabilitación de 657 unidades médicas, equipamiento de 1,000 unidades médicas. Construcción del edificio del Instituto Nacional de Medicina Genómica. Construcción y equipamiento de 55 unidades de especialidades médicas y 13 Hospitales Regionales de alta especialidad
Felipe Calderón Hinojosa 2006 – 2011		Ampliación de cobertura	Creación de 201 Unidades de Especialidades Médicas (UNEME) Actualmente en el país se cuenta con 20,761 unidades medicas

Fuente. Elaboración propia Enero 2015

Tabla 5.6 Análisis del discurso a través del método de la argumentación, Informes Gubernamentales Presidenciales. Estrategias.

INFORME PRESIDENCIA	ARGUMENTO TOPICO	ARGUMENTO PIVOTE	ARTICULACION DEL ORDEN DEL DISCURSO
Luis Echeverría Álvarez 1970 – 1976	ESTRA- TEGIA	Ampliación de cobertura	Incorporación de la estrategia <i>servicios de solidaridad social</i> para la atención en salud. Capacitación a 9,000 parteras para que atiendan a la población donde no hay servicios médicos.
		Incremento de Vacunación	Conclusión y equipamiento de laboratorios de virología para la creación de vacuna anti poliomielítica Aumento presupuestal de más de 946 millones para inversión de agua potable, mejoramiento ambiental y vacunación.
José López Portillo 1976 – 1982		Incremento de Vacunación	Incorporación de la Cartilla Nacional de Vacunación para uso seguimiento en menores de 5 años.
		Ampliación de cobertura	Capacitación a auxiliares de salud para la atención en salud en comunidades de nivel rural.
Carlos Salinas de Gortari 1988 – 1994		Prevención y promoción a la salud	Instalación del Consejo Nacional para la Prevención y Control de enfermedades Diarreicas fortaleciendo campañas educativas, sobres de rehabilitación oral, intensificación de acciones de programa de agua limpia, cloración de agua y construcción de instalaciones sanitarias.
Ernesto Zedillo Ponce de León 1994 – 2000		Reforma en salud	Reforma del Sistema Nacional de Salud a través de descentralización, ampliación de servicios en el medio urbano, ampliación de servicios a nivel rural con paquete básico de servicios de salud.
		Mejoramiento en tema de Salud sexual y reproductiva	Creación de grupo interdisciplinar de salud sexual y reproductiva Nuevo programa de salud reproductiva integral con 3 ejes sustantivos planificación familiar, atención materna infantil y salud sexual y reproductiva de adolescentes.
Vicente Fox Quesada 2000 – 2006		Transición epidemiológica y protección en salud	Panorama epidemiológico y demográfico que influye en la toma de decisiones. Programa arranque parejo en la vida, aseguramiento médico universal y fondo de protección para gastos catastróficos Instalación del programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA).
Felipe Calderón Hinojosa 2006 – 2011		Mejoramiento en la calidad	Incorporación de la industria manufacturera para el abasto de medicamentos.

Fuente. Elaboración propia Enero 2015

Tabla 5.7 Análisis del discurso a través del método de la argumentación, Informes Gubernamentales Presidenciales. Efectividad.

INFORME PRESIDENCIA	ARGUMENTO TOPICO	ARGUMENTO PIVOTE	ARTICULACION DEL ORDEN DEL DISCURSO
Luis Echeverría Álvarez 1970 – 1976	EFECTI-VIDAD	Ampliación de cobertura	Se impartieron 10, 000,000 de consultas médicas, 272,000 partos, 45,000 intervenciones quirúrgicas, y 358,000 pacientes se ingresaron en hospitales públicos.
		Incremento de Vacunación	Mortalidad infantil decreció 40% Aplicación de más de 20, 000,000 de vacunas. Cobertura de más del 80% de la población infantil inmunizada.
José López Portillo 1976 – 1982		Ampliación de cobertura	85% de la población en el país cuenta con servicios médicos, alcanza a 19 millones de habitantes y cuadruplica el número de localidades cubiertas con servicios médicos. Disminución de 2.7% de natalidad en la población gracias a la incorporación de la planificación familiar.
Carlos Salinas de Gortari 1988 – 1994		Aumento de acceso a servicios	Aumento en 33% de consultas de especialidad, 54% más exámenes de laboratorio. Reducción de tasa de mortalidad en 1.5 por cada 1,000 habitantes.
		Incremento de Vacunación	Cobertura de 93% en vacunación de menores de 5 años Aplicación de 88 millones de dosis de vacunas.
		Enfermedades Transmitidas por vector	Paludismo se redujo 95%
Ernesto Zedillo Ponce de León 1994 – 2000		Ampliación de cobertura	Con la aplicación del Programa de Acción de Servicios de Salud para Población Abierta se proporcionó atención a 30% de la población que no tenía acceso regular a servicios en 5 entidades marginadas
		Disminución de Mortalidad	Erradicación de polio, eliminación de la difteria. 24.8% de reducción de tasas de mortalidad infantil con el programa de prevención de enfermedades por diarrea y respiratorias.
Vicente Fox Quesada 2000 – 2006		Prevención de mortalidad materna e infantil	El programa Arranque Parejo en la Vida ha atendido a un millón de mujeres embarazadas y niños menores de 2 años. Entre el año 2000 y el 2002, se ha reducido la mortalidad materna en 14.6 por ciento.
Felipe Calderón Hinojosa 2006 – 2011		Ampliación de cobertura	Reducción de desigualdad en salud en población marginada a través de la Incorporación de Unidades Móviles de Salud.
	Promoción a la salud	Aseguramiento medico universal a través del Seguro Popular.	
	Mejoramiento en Vacunación	Implementación de estrategia 5 pasos por tu salud, entornos y comunidades saludables, vete sano y regresa sano, salud para el migrante, trabajo comunitario y acuerdo nacional para la salud alimentaria. Cobertura del esquema básico de vacunación 93% de niños.	

Fuente. Elaboración propia Enero 2015

Tabla 5.8 Análisis del discurso a través del método de la argumentación, Informes Gubernamentales Estatales de Quintana Roo. Estructuras.

INFORME GOBIERNO	ARGUMENTO TOPICO	ARGUMENTO PIVOTE	ARTICULACION DEL ORDEN DEL DISCURSO
Jesús Martínez Ross 1975 – 1981	ESTRUC-TURA	Ampliación de cobertura	Creación de las 3 jurisdicciones actuales. Mantenimiento del Hospital General de Chetumal y Cancún. Existían 22 centros de salud y 28 casas de salud. Existían 87 médicos generales, 101 auxiliares de enfermería, 2 técnicos en anestesia.
Mario Villanueva Madrid 1993 – 1999		Ampliación de cobertura	Se construyeron 16 centros de salud, Modificación de la cobertura de la Jurisdicción Sanitaria No. 2
Félix González Canto 2005 – 2011		Ampliación de cobertura	Autorización de 48 plazas y 12 unidades médicas para las Unidades Médicas Especializadas. Construcción del Laboratorio Estatal de Salud Pública, Hospital General de Playa del Carmen y Hospital Integral de Isla Mujeres. En total se cuenta con 204 centros de salud Fortalecimiento en la red de mastógrafos una por cada municipio para detección de cáncer de mama.

Fuente. Elaboración propia Enero 2015

Tabla 5.9 Análisis del discurso a través del método de la argumentación, Informes Gubernamentales Estatales de Quintana Roo. Estrategias.

INFORME GOBIERNO	ARGUMENTO TOPICO	ARGUMENTO PIVOTE	ARTICULACION DEL ORDEN DEL DISCURSO
Jesús Martínez Ross 1975 – 1981	ESTRA-TEGIA	Ampliación de cobertura	Ampliación de red de hospitales
		Promoción a la salud	Programas de saneamiento del medio ambiente a través de clínicas de IMSS-Coplamar, enfermedades prevenibles por vacunación.
Promoción a la salud		Incorporación de 2 temas más en el paquete básico de servicios de salud (Infecciones de Transmisión Sexual y Enfermedades Transmitidas por Vector) Implementación de un nuevo modelo de atención en salud para población abierta con 14 intervenciones y 62 acciones	
Descentralización		Conclusión de descentralización y creación del Organismo Público Descentralizado de Servicios Estatales de Salud.	
Félix González Canto 2005 – 2011		Acceso a servicios	Rehabilitación y equipamiento en hospitales y centros de salud para la acreditación. Incorporación de Unidades Móviles de salud, 10 unidades con 27 rutas.

Fuente. Elaboración propia Enero 2015

Tabla 5.10 Análisis del discurso a través del método de la argumentación, Informes Gubernamentales Estatales de Quintana Roo. Efectividad.

INFORME GOBERNAMENTAL	ARGUMENTO TOPICO	ARGUMENTO PIVOTE	ARTICULACION DEL ORDEN DEL DISCURSO
Jesús Martínez Ross 1975 – 1981	EFFECTIVIDAD	Disminución Mortalidad	Disminución de las tasas de mortalidad general, por edad y sexo.
Mario Villanueva Madrid 1993 – 1999		Disminución morbilidad y mortalidad	Erradicación de polio difteria y tosferina, disminución del tétanos y sarampión. Disminución en letalidad de paludismo y dengue.
		Ampliación de cobertura	Cobertura de 1 médico por cada 892 hab., 1 enfermera por cada 560 hab., y una cama por cada 876 hab.
Félix González Canto 2005 – 2011		Acceso a servicios de salud	Mejoramiento y extensión de cobertura de servicios a través de las unidades móviles de salud.
		Promoción a la salud.	Acreditación de 65,920 patios libres de criaderos de mosco, 267 entornos libres de criaderos, edificios y escuelas.

Fuente. Elaboración propia Enero 2015

Al revisar y analizar los resultados de las tablas 5.5 a 5.10, se desarrollan a continuación las tablas de resumen 5.11 y 5.12 en el mismo orden de los informes presidenciales y estatales, considerando las dimensiones estructuras, estrategias y efectividad.

Tabla 5.11 Principales acciones relacionadas con estructuras, estrategias y efectividad en informes presidenciales periodo 1970 - 2011

INFORME PRESIDENCIA	ARGUMENTO O TOPICO	ARGUMENTO PIVOTE	ARTICULACION DEL ORDEN DEL DISCURSO
1970 – 2011	Estructura.	Ampliación de cobertura	Construcción, rehabilitación y / o ampliación de centros de salud, clínicas, hospitales, institutos, etc. Incremento de recursos humanos en cada unidad de salud a través de basificación, homologación y contratación de personal de salud.
	Estrategia.	Atención en salud y ampliación de cobertura.	Capacitación a parteras y auxiliares de salud para atención en lugares de limitado acceso en salud. Aseguramiento médico universal en salud, fondo de protección para gastos catastróficos. Incorporación de Unidades Móviles en Salud. Incorporación de industria manufacturera para abasto de medicamentos Instalación del Programa de Educación, Salud y Alimentación, (PROGRESA). Creación de vacuna antipolio. Incorporación de Cartillas Nacionales de Vacunación.
		Vacunación.	Instalación de Consejos Nacionales en Salud para control de enfermedades (diarreicas, respiratorias, transmitidas por vía sexual, etc.) Equipo interdisciplinario de salud sexual y reproductiva.
		Disminución de mortalidad materna, infantil	Instalación de programa arranque parejo en la vida para reducción de mortalidad materna e infantil. Descentralización de servicios de salud
		Descentralización	
	Efectividad.	Acceso a servicios de salud	Incremento en cobertura de atención médica, partos intervenciones quirúrgicas e ingresos hospitalarios. 85% de la población en el país cuenta con servicios médicos. Incremento en la atención de consultas por especialidad y exámenes de laboratorio. Reducción de desigualdad en salud a población marginada a través de las caravanas de salud. Aseguramiento médico universal.
	Prevención de mortalidad materna e infantil	Cobertura de vacunación hasta 95% en menores de 5 años. Reducción de tasa de mortalidad en 1.5 por cada 1,000 habitantes. Erradicación de enfermedad y muerte por polio y difteria. Reducción de la mortalidad materna 14.6% en mujeres embarazadas y niños menores de 2 años.	
	Prevención y Promoción a la salud.	Implementación de estrategia 5 pasos por tu salud, entornos y comunidades saludables, vete sano y regresa sano, salud para el migrante, salud alimentaria.	

Fuente: elaboración propia Enero 2015.

Tabla 5.12 Principales acciones relacionadas con estructuras, estrategias y efectividad en Quintana Roo. Informes de gobierno periodo 1970 – 2011

INFORME GUBERNAMENTAL	ARGUMENTO TOPICO	ARGUMENTO PIVOTE	ARTICULACION DEL ORDEN DEL DISCURSO
1970 – 2011.	Estructura.	Ampliación de cobertura	Creación de 3 Jurisdicciones Sanitarias. Construcción, rehabilitación, ampliación de centros de salud, Hospitales, Laboratorios, Unidades Médicas de Especialidades. Integración de recursos humanos en salud por medio de basificación, homologación, contratación de personal en salud, diferentes disciplinas (médicos, enfermeras, técnicos, psicólogos, Químicos, etc.) Instalación de 1 mastógrafo por cada municipio de la geografía del estado. Creación del centro de vacunología estatal.
	Estrategia	Acceso a servicios de salud.	Ampliación de red de prestación de servicios a través de la referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención. Implementación del paquete básico de servicios de salud con incorporación de enfermedades propias de la región. Disminución de brechas en salud a través de la incorporación de Unidades Móviles de Salud. Implementación de nuevo modelo de Atención en Salud para Población Abierta.
		Descentralización.	Implementación de saneamiento ambiental y prevención de enfermedades
		Acreditación	Descentralización y creación del Organismo Público Descentralizado con los Servicios Estatales de Salud. Acreditación de centros de salud, hospitales y clínica de leucemias.
	Efectividad.	Vacunación y disminución de mortalidad	Disminución de tasa de mortalidad Erradicación de polio, difteria y tosferina, disminución de tétanos y sarampión, disminución de prevalencia y letalidad de paludismo y dengue.
		Acceso a servicios de salud. Enfermedad transmitidas por vector	Cobertura de 1 médico por cada 892 hab., 1 enfermera por cada 560 hab., y 1 cama por cada 876 hab. Acreditación de 65,920 patios libres de criaderos de mosco, 267 entornos libres de criaderos, edificios y escuelas.

Fuente: elaboración propia. Enero 2015.

Tabla 5.13 Principales acciones sobre estructuras, estrategias y efectividad en informe presidencial, 2012.

INFORME PRESIDENCIAL	ARGUMENTO TOPICO	ARGUMENTO PIVOTE	ARTICULACION DEL ORDEN DEL DISCURSO
2012	Estructura.	Ampliación de cobertura e integración de la red de servicios.	Se avanzó en el desarrollo del Plan maestro sectorial de recursos para la salud para la planeación de la infraestructura, el intercambio de servicios, la cobertura de la red de servicios de emergencia obstétrica y las políticas de interculturalidad, capacitación y sensibilización y sobre acceso efectivo y la calidad de atención de usuarios del Sistema Nacional de Salud. Se amplía la operación del Programa caravanas de la salud a través de unidades médicas móviles para comunidades de alta dispersión geográfica y pobreza extrema. Se continua en todo el país con el fortalecimiento y creación de unidades de salud en todos sus niveles.
	Estrategia.	Avanzar en la construcción de un Sistema nacional de salud	Desarrollo de políticas públicas orientadas a consolidar un sistema integrado, a través del reordenamiento, la gestión de recursos, el fortalecimiento de la regulación de establecimientos y la planeación interinstitucional de salud.
		Favorecer la integración efectiva del Sistema nacional de salud.	Se promovió el Acuerdo general de colaboración para el intercambio de servicios interinstitucional, el cual establece los lineamientos generales para intercambiar servicios de atención médica. Actualmente se garantiza la atención de emergencia obstétrica en todo el país de forma interinstitucional independiente de su aseguramiento a través del esfuerzo coordinado de las instituciones del Sistema nacional de salud.
		Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario.	Los principales daños a la salud en México provienen de enfermedades no transmisibles como la diabetes, la hipertensión o las lesiones de causa externa. Dichos padecimientos suelen asociarse a estilos de vida poco saludables y son susceptibles de modificación con intervenciones en salud. Se realizaron acciones para reducir la prevalencia de adicciones a través de las unidades de atención primaria a las adicciones (Unemes-capa) distribuidas en todo el país. Controlar la enfermedades de transmisión sexual y promover una salud sexual y reproductiva satisfactoria y responsable. Fortalecer programas de detección oportuna de cáncer de mama, de cáncer cérvico-uterino y de cáncer de próstata. Asegurar el enfoque integral a fin de reducir la mortalidad infantil y materna raves de la atención materna y perinatal, programa de nutrición, vacunación y detección de enfermedades y epidemias como dengue, paludismo, chagas, etc además de la atención en salud de accidentes viales y los desastres naturales.
	Efectividad.	Consolidación de Seguro popular de salud	A finales del 2012, estaban asegurados 53 millones de personas, las que ahora disfrutaban de los beneficios de un sistema de aseguramiento público en salud. El Sistema de protección social en salud proporciona los servicios y acciones específicas establecidas en el Catálogo universal de servicios de salud (causes). El Causes cubre el 100% de intervenciones del primer nivel de atención y mas del 85% de los egresos hospitalarios. Fuente: Elaboración propia del Primer informe presidencial. Enrique Peña Nieto, 2012.

Tabla 5.14 Acciones sobre estructuras, estrategias y efectividad en Sesa, Quintana Roo. Informe de gobierno 2012.

INFORME GUBERNAMENTAL	ARGUMENTO TOPICO	ARGUMENTO PIVOTE	ARTICULACION DEL ORDEN DEL DISCURSO
2012	Estructura.	Ampliación de cobertura con la remodelación y creación de nuevas unidades Médicas	Se construye: El Hospital comunitario de Bacalar, el Centro comunitario de Calderitas. El Hospital comunitario de Nicolás Bravo. El Hospital comunitario de Isla mujeres. Ampliación y remodelación del Hospital general de Chetumal. Se inauguró en Hospital general de Playa del Carmen.
	Estrategia	Bienestar integral de las mujeres quintanarroenses.	Mantener en Quintana Roo para las mujeres la mayor esperanza de vida del país de 75.2 años.
	Efectividad.	Bienestar integral y salud de las mujeres quintanarroenses.	Con la inauguración de la Unidad de especialidades médicas para la detección y diagnóstico de cáncer de mama (UNEME DEDICAM), el incremento y operación de la red estatal de mastógrafos y consecuentemente la duplicación del número anual de mastografías a 10,000, se logró la menor tasa de mortalidad por Ca de mama a nivel Nacional.

Fuente: Elaboración propia, enero 2015 sobre el Discurso del Gobernador Roberto Borge Angulo con motivo del 1er informe de Gobierno, Septiembre 2012

VI. CONCLUSIONES

A partir de identificar las causas de mortalidad evitable con el mayor porcentaje en frecuencia con relación a la mortalidad general y como detonante empírico para esta investigación, se procedió a diseñar una cadena de constructos de índole administrativo y de construir un marco teórico, dimensionado a través las estructuras, las estrategias y la efectividad de los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo, para conducir la comprensión de los procesos de gestión de una organización de salud en casi 40 años, desde que se constituyó el Estado de Quintana Roo como Estado libre y soberano hasta nuestros días; con el fin último de aportar conocimiento que genere propuestas de mejora futura y de mayor efectividad institucional.

Los resultados reflejados de las entrevistas realizadas y el análisis de los informes presidenciales y estatales no expresan a la mortalidad evitable como un indicador conocido y utilizado en los Servicios Estatales de Salud; cuando se refieren a mortalidad, se refieren a mortalidad general.

Al responder a la primera pregunta de investigación ¿Cómo se construye la efectividad de los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo según sus estrategias y estructuras?

Se puede decir que la construcción de la efectividad ha sido posible a través de las narraciones de la Alta Gerencia, los ex Secretarios de Salud, cada uno de ellos, al utilizar como vehículo catártico su biografía profesional, de forma muy emotiva y voluntaria para nutrir y enriquecer la relación entre las estrategias y estructuras organizacionales como secuencias lógicas, congruentes y con lenguaje predominante cualitativo. La percepción de efectividad se fundamentó en los logros bajo condiciones reales y los logros se basaron en las metas asignadas por el Gobierno Federal (debido al centralismo oficial en la toma de decisiones) derivadas de la definición de prioridades nacionales y en consecuencia el diseño y la asignación de estrategias para definir él ¿cómo? y los recursos para resolver el ¿con qué?, para todos y cada uno de los Estados del País, incluso después de la descentralización de los Servicios Estatales de Salud en los 90s y hasta nuestros días, como parte de la integración como Sistema Nacional de Salud. Una gran influencia sobre el conocimiento de los Secretarios de Salud para determinar el nivel de efectividad de la organización, se expresó de forma consistente, por el conocimiento de las evaluaciones de los indicadores en salud del Gobierno Federal y la aplicación de los programas prioritarios asociados a la infancia, la adolescencia, la mujer y desde este siglo con mayor énfasis a los adultos mayores en problemas crónicos y degenerativos.

Por lo antes dicho, a continuación se presenta una secuencia resumida de las cuatro entrevistas sobre la percepción de la efectividad ligada a las estrategias y estructuras de los Servicios Estatales de Salud:

La primera entrevista al Dr. Gerardo Amaro Santana, quien sentó las bases estructurales de los Servicios Estatales de Salud, con recursos humanos y materiales aplicados fundamentalmente en infraestructura hospitalaria y de primer nivel de atención para la atención primaria a la salud, dotados por el Gobierno Federal en un 90%. Las estrategias de acuerdo al análisis de prioridades, eran diseñadas de forma centralizada desde la capital del país, con modificaciones por el Estado según el área geográfica y sus particularidades epidemiológicas. A fin de reducir riesgos y retrasar o evitar la presentación de enfermedades y muertes de la infancia, de la mujer y población adulta, el Gobierno federal dotaba de recursos para: la cobertura de esquemas de vacunación, el programa de salud materna, planificación familiar, programas como paludismo, dengue, tuberculosis, etc. La efectividad según la expresión sentida del máximo responsable de la salud en Quintana Roo desde el año 1972 y hasta 1981 fue buena, mejor con el tiempo al consolidarse poco a poco los servicios con los recursos de la Federación principalmente. Se logró hasta 85% de coberturas de vacunación, cero casos de Paludismo, el entrevistado enfatizó que se cumplían las metas que dictaba el Gobierno Federal y los Planes estatales de salud.

En la segunda entrevista realizada al Dr. Gilbert Fernando Canto Massa Secretario de Salud en el periodo 1995-1999, después de un lapso de más de 10 años con respecto al anterior periodo estudiado, se plantea una estructura organizacional más sólida, semejante a la del nivel federal, resultante del los procesos de Descentralización como eje estratégico federal, con la aportación de recursos estatales, al ampliar la red de servicios de atención de primer nivel, fortalecido principalmente en áreas rurales y con enfoque de arraigo del personal de salud, además del fortalecimiento de la red de Hospitales Integrales, por lo que en consecuencia aumentó la plantilla de personal, el equipamiento y surtimiento de medicamento suficiente, dichas actividades orientadas estratégicamente hacia la calidad de los servicios de salud y la garantía de la cobertura universal de la población. Los Servicios de salud fueron efectivos según la percepción del entrevistado y los resultados a la vista, con una cobertura poblacional del 90%; se

logró una descentralización exitosa hacia finales de 1997. Hay buenos resultados en vacunación, planificación familiar, atención de infecciones respiratorias y diarreicas.

La tercera entrevista realizada al Dr. Manuel Jesús Aguilar Ortega Secretario de Salud en el periodo 2007-2008. En su periodo se reitera que las estructuras deben basarse en el desempeño de su gerencia, en la toma de decisiones para optimizar los recursos, tarea fundamental de quien dirige los servicios de salud, la administración, y contar con una adecuada planeación y eficiencia en la aplicación de los recursos. La responsabilidad de la Secretaría estatal cubre el 50% de la población total en Quintana Roo y la infraestructura ha generado un rezago de 25 años. Las medidas estratégicas para abatir el rezago partieron del diagnóstico situacional y se identificaron áreas de oportunidad para disponer de los recursos posibles para equipar, construir, abastecer de insumos y concientizar a la población prestadora de servicios. Los logros significaron altos niveles de efectividad, se tradujeron en mayor infraestructura hospitalaria con el inicio de construcción de los nuevos hospitales en Cancún, Isla mujeres, Bacalar y la continuidad del de Playa del Carmen. Acreditación del 89% de unidades médicas y abatimiento del 90% de casos de dengue, buenos resultados en programas de salud de la mujer y en la infancia el programa de vacunación universal.

La cuarta entrevista realizada al Químico fármaco biólogo Juan Carlos Azueta Cárdenas reflejo continuidad sexenal con el fortalecimiento de la infraestructura hasta lograr la rehabilitación y equipamiento de todas las unidades de salud, la incorporación de unidades móviles para extensión de cobertura en aras de intensificar estratégicamente los procesos de cobertura universal, la acreditación y la cruzada por la calidad. La percepción de efectividad del entrevistado para este periodo de gestión fue de éxito, se logró el reconocimiento federal de Cobertura universal, se logró cumplir con los indicadores federales de caminando a la excelencia con énfasis en salud materna, prevención de cáncer de mama y cáncer cérvico-uterino, zoonosis y operación del laboratorio estatal de salud pública; se acreditó el 100% de unidades de salud, es decir 165 unidades y el desarrollo de la infraestructura hospitalaria en todo el Estado.

El desempeño organizacional traducido en resultados reales según los cuatro entrevistados de la Alta Gerencia, ex Secretarios de Salud de los Servicios Estatales de Salud, han estado unánimemente de acuerdo, al afirmar que entregaron en su administración, buenos resultados y consecuentemente buenos niveles de efectividad. Se cumplieron los objetivos que exige la Ley de Salud del Estado de Quintana Roo, los que evalúa la Secretaría de Salud Federal, se

entregaron buenos resultados con respecto a los programas nacionales y por encima regularmente de la media nacional.

Respuesta a segunda pregunta ¿Qué información relevante se identifica en los informes de gobierno federal y estatal sobre efectividad, estrategias y estructuras entre 1974 – 2012?

La mejor forma de validar la investigación cualitativa es contrastándola, la triangulación de la información contenida en las biografías narrativas antes descritas, se enriqueció al utilizar otros métodos de análisis, el análisis del discurso político, es decir, el análisis de los informes de gobierno presidenciales y estatal, con especificidad en el tema salud y en la misma temporalidad.

De la revisión y contraste de los informes presidenciales y del gobierno del Estado de Quintana Roo del periodo 1974-2012, destaca en ambos niveles el crecimiento de las estructuras a través de la construcción y constante remodelación de unidades de salud de primero y segundo nivel, principalmente; las estrategias se vincularon a la descentralización de los Servicios Estatales de Salud en el país, a garantizar la Cobertura Universal de la población, bajo un nuevo régimen de aseguramiento, el Seguro popular, generando en consecuencia la necesidad de reorganizar los servicios de salud, para garantizar la oportunidad de acceso en la prestación de sus servicios de atención médica y con calidad; además extender la cobertura, a través de la incorporación de una red nacional de unidades móviles para población marginal, sumándose a ello los procesos de acreditación de unidades médicas basados en los procesos de atención, incluyendo los de diagnóstico y tratamiento, agregándose el equipamiento, infraestructura e insumos para la salud necesarios. El mayor desarrollo se ha dado a partir del incremento en el financiamiento de la salud desde 1993 que se creó el Sistema de Protección Social en salud (Seguro Popular) y que ha reducido los gastos catastróficos del individuo y la familia, garantizando servicios de salud específicos a través del Catálogo Único de Servicios de Salud (CAUSES) y con los medicamentos, equipo e insumos que correspondan.

Con respecto a la información de los informes de gobierno oficiales en Quintana Roo entre 1974 y 2012, se identificó como relevante: atender programas asociados a la infancia como el de vacunación universal, coberturas del 85% hasta 95% en la infancia principalmente; reducción de la mortalidad por diarreas hasta en 80% en 20 años, reducir a cero casos en algún momento de Paludismo; bajar las tasas de morbilidad por dengue después de ocupar los primeros lugares en el país; en el programa de la mujer, tener en algún momento la menor tasa de mortalidad por

Cáncer de mama en el país; buenas coberturas de planificación familiar, haber acreditado el 100% de unidades de salud de primer nivel de atención.

Como respuesta a la tercera pregunta de investigación ¿Qué relación existe entre los informes de gobierno federal y estatal y la percepción de la alta gerencia sobre la efectividad según sus estrategias y estructuras en Servicios Estatales de Salud de Quintana Roo desde 1974 a 2012?

La mejor forma de validar la investigación cualitativa es contrastándola, la triangulación de la información contenida en las biografías narrativas antes descritas, se enriquecieron al utilizar otros métodos de análisis, el análisis del discurso político, es decir, el análisis de los informes de gobierno presidenciales y estatal, con especificidad en el tema salud y en la misma temporalidad.

Los Servicios Coordinados de Salud Pública en Quintana Roo, así como en muchos Estados del país, hasta el final la década de los 70s, eran dependientes del gobierno federal, las estrategias y estructuras estaban regidas desde la Secretaría de Salud Federal desde el centro del país, especialmente en los mandos superiores y operativos especializados a nivel de hospitales, los procesos de descentralización, significaron en las entrevistas, así como en los informes de gobierno federal y estatal, una decisión estratégica muy importante a mitad de los 80s, desde el punto de vista político – económico, sin embargo las estructuras siguieron creciendo con el apoyo económico de la federación, a través de la construcción de unidades médicas en todo el país, de acuerdo al crecimiento poblacional según los informes federal y estatal, para Quintana Roo y la república, dada la carencia de infraestructura en comunidades sobretodo rurales de primer nivel de atención y a nivel municipal de hospitales de segundo nivel para cubrir la necesidad regional, el peso específico de la federación hacia los Estados ha sido tan grande que las plantillas del personal hasta la actualidad y desde siempre, han sido cubiertas en su mayoría desde la federación, además de la aportación de los recursos económicos en los programas de salud prioritarios por la federación contenidos en la Ley General de Salud y de manera concurrente en la Ley de Salud de Quintana Roo y dirigidos con mayor énfasis desde los 70s a la mujer, con enfoque en el control de la natalidad; y a la infancia en enfermedades prevenibles por vacunación e infecciones respiratorias e intestinales, etc. En los 90s se consolida el proceso de descentralización a los Estados, incluido Quintana Roo y se desarrolla desde 1993 la creación de un sistema universal de aseguramiento, para aumentar el presupuesto y desarrollar programas de la calidad y de atención oportuna de unidades médicas, con recursos y apoyo tecnológico para la operación mejor, en un afán de consolidar, fortalecer la infraestructura con rehabilitación y

construcción de nuevas de unidades médicas de todos los niveles, se desarrollaron programas de extensión de cobertura con unidades móviles y el incremento de las plantillas de personal de la salud.

En este siglo XXI se logra en muchas partes del país la cobertura universal de servicios de salud, se suman nuevos retos de problemas de salud, como la obesidad y enfermedades crónicas, se agudiza la atención a los procesos de la transición epidemiológica, de continuar la atención a niños, adolescentes, mujeres y adultos mayores sobre enfermedades transmisibles y no transmisibles.

La relación Federación – Estado al analizar las entrevistas a ex Secretarios de salud y los informes de gobierno federal y estatal, es muy estrecha, la efectividad se sujeta a la percepción e información de la federación sobre las metas asignadas a los programas prioritarios y en esa medida se siguen asignando recursos económicos hasta el año 2012: para recurso humano, desarrollo de infraestructura, equipamiento, materiales y medicamento, etc, de programas prioritarios que representan la mayoría de las necesidades en salud de la población. En esa medida se da la correlación entre lo biográfico y los discursos federal y estatal. Estas herramientas cualitativas han sido fundamentales para validar la información verbal con la documental encontrada.

6.1 Propuesta de mejora

En el siglo XXI estamos a medio camino de la transición epidemiológica, como País en desarrollo y como Estado vivimos dos vertientes, los problemas de salud de enfermedades transmisibles, donde se ha avanzado mucho en los últimos 40 años, pero con el advenimiento de padecimientos no transmisibles, los problemas persisten y se incrementan, así lo reflejan las principales causas de mortalidad general y de manera predominante las causas de mortalidad evitable, estas últimas son una clara expresión de padecimientos tanto transmisibles como no transmisibles, por ello han sido estudiadas y consideradas para esta investigación como detonante empírico. Las muertes evitables en Quintana Roo siguen representando el mayor porcentaje dentro de las principales causas, a pesar de haber mejoras sustanciales en la operación de los Servicios Estatales de salud, según la percepción de la efectividad, las estrategias y estructuras, sin embargo, según la información analizada, se aprecia que las estrategias y los logros en Quintana Roo están aplicados en las macroestructuras del Sistema de Salud, hace falta generar estrategias de intervención a nivel microsocial, a nivel individual, familiar, grupal y por áreas geográficas y regiones, e incidir en los determinantes de la salud para lograr mayor

efectividad de sus servicios y en consecuencia la reducción real de las principales causas de mortalidad evitable. Un buen principio podría ser, fomentar enfocar el reconocimiento de la alta gerencia en los Servicios Estatales de Salud, para que las acciones que se orienten con el interés fundamental de reducir las causas de mortalidad evitable, que son un detonante muy importante de Efectividad de los servicios de salud y que deben incidir en la revisión y adecuación de las políticas de salud, las Estrategias y acciones específicas en ese ámbito, adecuando consecuentemente las Estructuras para proteger la salud de cada individuo, de cada familia asegurada y no asegurada al régimen de protección social en salud; fortaleciendo el enfoque a la calidad y oportunidad de atención; dirigiendo los recursos al desarrollo de las estructuras organizacionales con el suficiente personal de salud, especializados y/o capacitados y con los alicientes necesarios aplicables en cada centro gerencial, técnico-administrativo y del nivel operativo, con instalaciones funcionales y dignas, con la previsión en el mantenimiento y sustitución respectivo, además de los recursos tecnológicos e insumos para la salud incluyendo medicamentos y material de curación. A nivel comunitario principalmente desarrollar programas de intervención de promoción y educación para la salud, adjudicando la corresponsabilidad de cada individuo y cada familia de la sociedad que promuevan el autocuidado, la prevención primaria a través de la detección oportuna de enfermedades más frecuentes según la línea de vida y bajo la perspectiva de género, la prevención secundaria a través de controlar y reducir complicaciones cuando la enfermedad ya este instalada y si avanza, aplicar medidas de prevención terciaria para reducir secuelas y la rehabilitación orgánica y biológica. Las acciones preventivas efectivas de enfermedades más comunes y asociadas a la mortalidad evitable, implica incidir en los determinantes sociales y para ello es necesario interactuar los tres niveles de gobierno y de manera multidisciplinaria e interinstitucional con el liderazgo estratégico y la rectoría de la Secretaría Estatal de Salud como cabeza de sector, en el orden público y privado, y que generen cambios en los estilos de vida que favorezcan la calidad de vida y la reducción de enfermedades y muertes, abordar con el mayor interés los factores biológicos del individuo con la detección oportuna de riesgos de enfermar y la mejora de las condiciones ambientales en el entorno. Las principales causas de muertes evitables como las infecciones perinatales, respiratorias e intestinales principalmente en la infancia, el dengue, el paludismo, los accidentes, las violencias, causadas por drogas, atención materna, cáncer de mama y cérvico-uterino, de pulmón y próstata y las enfermedades crónicas como las cardio-circulatorias, diabetes y/o trastornos de la obesidad y síndrome metabólico, etc.

Ese es el trabajo por hacer, reestructurar el funcionamiento de los Servicios de Salud y considerar a las principales causas de muerte evitable como detonante para realizar acciones efectivas de prevención, promoción, además de oportunidad de acceso y calidad en la prestación de los servicios para garantizar la mejor atención; enfatizar que el Sistema Estatal de Salud tiene una responsabilidad directa en la presentación de muchas enfermedades y causas de muerte transmisibles y no transmisibles, de la infancia, adolescencia, en la mujer y en los adultos mayores. El nivel de intervención lo representa cada individuo, cada familia en su sociedad y con el derecho por ley de recibir los recursos necesarios para estar protegido en su línea de vida, retrasando la enfermedad y muerte con una vida digna y de calidad. Las acciones deben ser medidas y evaluadas con ese enfoque y cumplir con todas las acciones preventivas y de atención necesarias según sus factores de riesgo. Multiplicando esfuerzos, coordinando acciones y recursos en los tres niveles de gobierno, con la tecnología necesaria y con los métodos de control en cada proceso de salud pública y de atención a la salud en principio.

Para ser más efectivos es fundamental considerar la consolidación de la descentralización operativa y administrativa de los Servicios Estatales de Salud con respuestas que satisfagan las necesidades locales, con la asignación de metas, estrategias y acciones locales para cada zona geográfica y adecuadas a las costumbres de cada lugar, para tener mayor nivel de efectividad, además de controlar y evaluar y retroalimentar, con prácticas de mejora continua de todos los procesos incluidos los de atención médica en todos los niveles y ser reflejados al contribuir en el bienestar, la protección y la felicidad de los y las Quintanarroenses.

La prestación de servicios de salud efectivos, ha sido una meta implícita de la Secretaría de Salud Federal y Estatal. En el sexenio del actual del Presidente Enrique Peña Nieto y de su titular en la Secretaría de Salud la Doctora Mercedes Juan López se ha reconocido como estrategia de gobierno explícita, en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, la inclusión de la efectividad como estrategias transversales, textualmente se hace referencia en dicho documento "*Asegurar el accesos efectivo a los servicios de salud y con calidad... y Asegurar la generación y uso efectivo de los recursos en salud*"(p.83), ello es una oportunidad para desarrollar la efectividad de los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo con la gestión del Gobierno de Roberto Borge Angulo a través del Secretario de Salud Juan Lorenzo Ortigón Pacheco.

Esta tesis doctoral es un marco de oportunidades, con perspectivas para el desarrollo de los servicios de salud a nivel estatal, es un puente de conocimientos, de respuestas para mejorar la

Efectividad institucional, sus Estrategias y sus Estructuras, con el afán de construir en México y en Quintana Roo un mejor futuro y en sintonía con las estrategias de salud para este siglo XXI.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aceves, J. (1996) Historia oral e Historia de vida. Teoría, Métodos y técnicas. Una bibliografía comentada. México. Centro de investigación y estudios superiores en Antropología social.
- Álvarez, C. L. (2010) Relación funcional y grado de correlación: Innovación y estrategia. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro, Qro. México.
- Ansoff, I. (1965) Corporate Strategy. New York. USA. Ed. McGraw hill.
- Ascanio A. (2014) Análisis del discurso político. Tercera ed. Trillas, México.
- Ávila, B. (1999). Introducción a la metodología de la investigación. Edición Eumed. México.
- Aziz A. (1982) El análisis del discurso: Oficio de artesanos. Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco/ Ticom. México.
- Bakin A. Todorovic M. (2010) A hermeneutic reading into what strategy is: ambiguous means-end relationship. The qualitative report. 15(5). Pp. 1037- 1057.
- Barnard Ch. (1968) The functions the executive. Library of Congress. Harvard University press. USA.
- Bermúdez I. Ramos N. (2014) Efectividad, estrategias y estructuras. Servicios Estatales de Salud Quintana Roo. Un enfoque biográfico narrativo. Salud Quintana Roo. 7(29). Pp. 26-31
- Bermúdez I. Ramos N. (2015) La efectividad, estrategias y estructuras en el análisis del discurso político y su influencia en los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo. 8 (30). Pp. 6-12.
- Bolívar A, Domingo J, (Septiembre 2006) La investigación biográfica y narrativa en Iberoamérica: Campos de desarrollo y estado actual. Forum Qualitative Social Research (FQS) 7(4) Pp 1-6
- Bolívar A, Domingo J, Fernández M, (2001) La investigación biográfica narrativa en educación. Enfoque y metodología. Guía para indagar en el campo. Granada, España, Force/grupo editorial universitario.

Bouza A. (2000) Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficiencia, eficacia y efectividad en el sector salud. Rev. Cubana de salud pública. La Habana Cuba, 26(1), pp 50-56.

Bruner J. (1988) Realidad mental, mundos posibles. Barcelona: Gedisa. España.

Bunge, M. (2005). Buscar la filosofía en las ciencias sociales. México, DF. Editorial siglo XXI.

Cabrero F. Lozano R. (2008). Decentralization and fiscal federalism in México. Consultado en Mayo 2015 desde <http://core.ac.uk/download/pdf/12017300.pdf>

Cameron, K. (1984). The effectiveness of ineffectiveness. Research in organizational behavior, 6 pp. 235-285.

Campbell J. Bownas D, Petterson N, Dunnette M. (1974) The measurement of organizational effectiveness. Final report. Navy personnel research and development center. Minneapolis.

Carbó P. (1993), El discurso parlamentario mexicano entre 1920 y 1950: Un estudio metodológico de análisis del discurso. Tesis doctoral. El colegio de México. México.

Castelli, A y Nizalova, O. (2011). Avoidable mortality: what it means and how it is measured. Consultado el 15 de Mayo de 2015. Desde_

http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP63_avoidable_mortality_what_it_means_and_how_it_is_measured.pdf

Cervera F. (2011). La percepción de la efectividad organizacional. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Querétaro. Querétaro, Qro. México

Cimmino S. (1965) La organización administrativa en su contexto social. Centro de formación y perfeccionamiento de funcionarios. Ed. Estudios administrativos. Bolonia. Colectiva. Buenos Aires. Argentina.

Concepción L. (2002) El discurso presidencial en México: El sexenio de Carlos Salinas de Gortari. Tesis Doctoral. Facultad de ciencias políticas y sociología. Madrid.

Connelly M. Clandinin J. (1995). Relatos de experiencia e investigación narrativa. En Jorge Larrosa, Remei Arnaus, Virginia Ferrer, Nuria Pérez, F. Michael Connelly, D. Jean Clandinin & Maxine Greene, *Déjame que te cuente: ensayos sobre narrativa y educación* (pp.11-59). Barcelona, España.

Constantin, E. (2006). Cours de linguistique générale de Mr le professeur Ferdinand de Saussure 1910-1911. Editado por C. Mejía Quijano, Cahiers Ferdinand de Saussure, 58, 83-289.

Creswell J. (2009). Research designs. Qualitative, quantitative, and mixed methods approach. Third edition. U.S.A., segue publications.

Daft R. (2011) Teoría y Diseño Organizacional, Cengage Learning editores. Ohio USA.

Del Llano J. Hidalgo A. (2000) Economía de la salud.. Editorial Pirámide. Madrid, España

Denzin N. (1970) Sociological Methods: a Source Book. Aldine Publishing Company. Chicago.

Diamond, J. (1996), Status and power in verbal interaction. A study of discourse in a close-knit social network, Amsterdam: Benjamins.

Díaz E. (2011) La semiótica discursiva: Una teoría para mejorar la lectura y el análisis de textos académicos escritos a nivel universitarios. Facultad de educación- Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia. 11(1).

Discurso del gobernador Roberto Borge Angulo, con motivo de su primer informe de gobierno en el centro de convenciones de Chetumal. 7 de Septiembre de 2012. Consultado 2 de Junio en http://issuu.com/desarrollosocialqr/docs/rba_mensaje_en_centro_conveciones

Druker P. (1969) The age of discontinuity publisher ed. Harper and Row New York.

Fenny D, Guyatt G. Tugwell C. (1986) Health care technology: effectiveness, efficiency and public policy. Montreal.

Field R. (2002) Organizational effectiveness structure and technology. Management and Information Science. Alberta school bussines. Canadá.

Flick U. (2007).Introducción a la investigación cualitativa. (2º edición) Sague España,

Foucault M. (1992) El orden del discurso. Tusquets editores. Buenos aires, Argentina

Fowler R, Hodge B, Kress G. Trew T. (1979), Language and control, Londres.

Funsalud (2006) La salud en México 2006/2012 Una visión de Funsalud. Fundación mexicana para la salud. Ed. Funsalud, México.

Gisper R, D M, Arán B. (2006) La efectividad del sistema Sanitario en España, Gac Sanit.20(1) pp. 117-26

- Gispert R, Barés M, Puigdefabregas, Aran, M. (Enero 2006). La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España. *Gac. Sanit.* 20(3)pp 184-93
- Godel R. (1957). Introduction au deuxième cours de linguistique générale de Ferdinand de Saussure. *Cahiers Ferdinand de Saussure*, (15) pp 3-103.
- Gómez D, Nolasco A, Pereyra P, Arias V. (2009) Diseño y análisis comparativo de un inventario de indicadores de mortalidad evitable adaptado a las condiciones sanitarias de Colombia. *Rev. Panam. Salud Pública.* 26 (5). Pp 25-31
- Gómez. R. (2006) La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria Colombia 1985 – 2001. *Revista de la Universidad de Antioquia.* Colombia.
- Gutiérrez S. Guzmán L. Sefchovich. (1988) *Discurso y sociedad.* Cap. IV Técnicas para el análisis del discurso. Ed. Porrúa/UNAM. México.
- Hall R. (1973) *Organizaciones, estructura y proceso.* Editorial Prentice Hall internacional. Madrid España.
- Hall R. (1996) *Organizaciones: estructura, procesos y resultados.* 6a edición Ed. Prentice Hall. USA.
- Hambrik, D. (1983). High profit strategies in mature capital goods industries: A contingency approach. *Academy of management journal* 26 pp.687-707.
- Hannan M. Freeman J. (1977) The population ecology organizations. *American journal of sociology*, 82 pp. 929-64.
- Hax A. Majluf N. (2012) *Estrategias para el liderazgo competitivo. De la visión a los resultados.* Ed Management. Buenos Aires.
- Informe de Gobierno Estatal, Félix González Canto. Periodo 2005 – 2011. Quintana Roo, México.
- Informe de Gobierno Estatal, Jesús Martínez Ross. Periodo 1975 – 1981. Quintana Roo, México.
- Informe de Gobierno Estatal, Joaquín Ernesto Hendricks Díaz. Periodo 1999 – 2005. Quintana Roo, México.
- Informe de Gobierno Estatal, Mario Villanueva Madrid. Periodo 1993 – 1999. Quintana Roo, México.

Informe de Gobierno Estatal, Miguel Borge Martín. Periodo 1987 – 1993. Quintana Roo, México.

Informe de Gobierno Estatal, Pedro Joaquín Codwell. Periodo 1981 – 1987. Quintana Roo, México.

Informe de Gobierno Presidencial, Carlos Salinas de Gortari. Periodo 1988 – 1994. México.

Informe de Gobierno Presidencial, Ernesto Zedillo Ponce de León. Periodo 1994 – 2000. México.

Informe de Gobierno Presidencial, Felipe Calderón Hinojosa. Periodo 2006 – 2012. México.

Informe de Gobierno Presidencial, José López Portillo. Periodo 1976 – 1982. México.

Informe de Gobierno Presidencial, Luis Echeverría Álvarez. Periodo 1970 – 1976. México.

Informe de Gobierno Presidencial, Vicente Fox Quesada. Periodo 2000 – 2006. México.

Informe de Gobierno Presidencial, Enrique Peña Nieto. Periodo 2012 – 2013. México.

Laclau E. (1990) *New reflexions the revolution of our time..* Ed. Verso. London

Laclau E. (1993) *The blackwell contemporary political thought Discurso.* Publicado en Goodin Robert and Philip Pettit (ed.). *The australian national university. Philosophy program.* Instituto Tecnológico Autónomo de México. Mexico. 7-18p

Laclau E. Mouffe C. (1985) *Hegemony and socialist strategy: Toward a radical democratic politics.* Ed. Verso. London.

Ley General de Salud. (2006) México.

Lorca F. Ortún V. (Marzo 2010) *Mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable en Costa Rica.* *Rev Esp Salud Pública.* 84, pp 771-787

Mahoney T. Weitzel W. (1969) *Managerial models of organizacional effectiveness.* *Administrative science quarterly,* 14, p. 357-65.

Maingueneau, D. (1989) *Introducción a los métodos de Análisis del Discurso,* Edit. Hachette. Argentina.

Mainz R. (1980) *Sociología de las organizaciones.* Alianza Universidad de Madrid.

Malagón G, Galán R, Pontón G, (1998) *Administración Hospitalaria.* Ed. Médica Panamericana.

- Mejía C. Restrepo N. Salleg A. (Diciembre 2009) Diversidad y continuidad. ¿Cómo enseñaba prácticas idiomáticas Ferdinand de Saussure? *Revista de lenguaje y cultura*, Ikalá 14(23) pp 87- 114.
- Melchor I, Andreu N, Carmen G, Pamela P, (Septiembre 2008) La mortalidad evitable. ¿Cambios en el nuevo siglo? *Gac. Sanit* 22(3) pp 200-209
- Meneu R, Ortún V. (2004) *Innovación en gestión clínica y sanitaria*. Elsevier-Masson Barcelona.
- Miles R. Snow C. (1978) *Organizational, strategy, structure, and process*, Ed. McGraw Hill. New York.
- Mintzberg H. (1988) *La estructuración de las organizaciones*. Ed. Ariel. Barcelona. España.
- Mintzberg, H. Ahlstrand B. Lampel, J. (1998) *Safari a la estrategia*. Naucalpan, México. Editorial Gránica México.
- Morgan G, Smircich, L. (1980). The case for qualitative research. *Academy of management review*, 5, pp 491-500.
- Nebot M. López J. Ariza C. Villabi J. García A. (2011) Evaluación de la efectividad en salud pública; fundamentos conceptuales y metodológicos. *Rev. Gaceta Sanitaria España*. Pp 3-8.
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Técnicas para la medición del impacto de la mortalidad: Años Potenciales de Vida Perdidos*. Consultado en mayo 2015, desde http://www.paho.org/spanish/dd/ais/EB_v24n2.pdf.
- Palmer H. (1998) Using health outcomes data to compare plans networks and provides. *Internal J. Quality in Health Care*. 10(6), pp 477-83.
- Palmer, H. (1983). *Ambulatory health care evaluation. Principles and practice*. A hosp publishing Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan
- Pardo P. Baquero J. Sánchez W. (1994) *Textos científicos y argumentativos: Una Didáctica para su Comprensión y Reseña*. Lambda. Bogotá.
- Pfeffer J. (1992) *Organizaciones y teoría de la organización*. Fondo de cultura económica. México.
- Perrow Ch. (1961) The analysis of goals in complex organizations. *American sociological review*, 26, p 688-99.
- Peter F, Evans T (2001) Chapter 3. Ethical dimensions of health equity. In: Evans T, Whitehead

- M, Diderichsen F, Bhuiya A, and Wirth M (Eds.). *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York: Oxford University Press.
- Plan Estatal de Desarrollo 2005 – 2011, Gobierno Del estado de Quintana Roo. México
- Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018. Diario Oficial de la Federación. Consultado 02 de Junio en <http://www.spps.gob.mx/programa-sectorial-2013-2018.html>
- Pujadas, J. (1992) El método biográfico. El uso de las historias de vida en ciencias sociales. Madrid: Centro de investigaciones sociológicas. Pp 35 – 56
- Raube S. (1954) Principios de una buena organización en Teoría de la organización por Sextos William, Ed. Trillas, México.
- Rey J, Rodríguez L. (2006) Mortalidad evitable en Santander, 1997 - 2003. *Medunab* 9(1) pp.5 - 19
- Sainz L. (Junio 2008) El esquema actancial explicado. *Punto cero*, Bolivia. 13(16). Pp 91-97
- Santamarina C., Marinas J. (1999) Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Ed. Síntesis.
- Scott W R. (1977). Effectiveness of organizational effectiveness studies. In new perspectives of organizational effectiveness. Ed. Paul S. Goodman and Johannes M. Pennings. San Francisco EEUU.
- Secretaria de Salud (2006) La mortalidad en México 2000-2004, muertes evitables: magnitud, distribución y tendencias. Gobierno de la República.
- Servicios Estatales de Salud de Quintana Roo (2010). Informe estadístico de mortalidad hospitalaria.
- Sholes K. Whittinton R. (2008) Exploring corporate strategy Ed. Pearson. EEUU.
- Simonato, L. Ballard T., Bellini P. y Winkelmann R. (1998) “Avoidable mortality in Europe 1955-1994: a plea for prevention”, en: *Journal Epidemiology Community Health*. 52(10), pp. 624-630.
- Soria. R. (1988) Testimonio de la Crisis. La crisis de la protección social en México. Siglo XXI editores.

- Strauss, A. y Corbin, J. (2002), Bases de la investigación cualitativa Colombia, Universidad de Antioquia.
- Taucher E. (1978) Chile: mortalidad desde 1955 a 1975. Tendencias y causas. Celade Santiago de Chile
- Torfing J. (1998) Repaso del análisis del discurso, En debates políticos contemporáneos. En los márgenes de la modernidad. Ed. Plaza y Valdez/ Seminario de profundización en análisis político del discurso. México. Pp 31
- Urbiola, A. (2008) El uso de metodología cualitativa en los estudios de administración. El estudio de caso. Gestión pública y empresarial. Año 7, Num. 11. pp 15 – 30, U de G, México.
- Urrea E. Muñoz A. Peña J. (2013) El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores en salud. Enfermería universitaria. México 10(2). Pp 50-57p
- Van Dijk T. (Diciembre 2005) Política ideología y discurso. Quórum académico. 2.(2) pp15-47p
- Van Dijk T. (Septiembre 1999) Análisis crítico del discurso. Anthropos Barcelona, (186), pp. 23-36.
- Vasilachis I. (2006). Estrategias de Investigación Cualitativa. Ed. Gedisa. España.
- Vergara M, Benach J, Martínez J, Buxó M, Yutaka, (2009) La mortalidad evitable y no evitable: distribución geográfica en áreas pequeñas de España (1990-2001), Gac Sanit. 23(1):16-22.
- Westerling R. (1992) “Avoidable” causes of death in Sweden 1974- 85. Qual Assur Health Care. Dec; 4(4):319-28.
- Woodward A, Kawachi I. (2000) Why reduce health inequalities? Journal Epidemiology Community. Dec.54(12):923-9.
- Yuchtman E. Seashore S. (1967) A system resource approach to organizational effectiveness. American sociological review, 32, p.891-903.
- Zammuto R. (1982). Assessing organizational effectiveness, Albany. New York press.
- Zamora J, Pina A, Moncho J, Martínez P, Valero S, Zurriaga O, (May 2008) La mortalidad evitable. ¿Cambios en el nuevo siglo? Gaceta Sanitaria, 22(3), pp 200–209

VIII ANEXOS

A Transcripción de las entrevistas de cada actor separadas por segmentos

A.1. Entrevista No. 1:

Pregunta Inicial (pág. 98 línea 1-69)

I I: Bueno, vamos a tratar de empezar con los datos generales, la idea es que igualmente usted tenga ese interés de poder aportar a esta tesis doctoral; empezariamos con los datos generales y si podemos, nada más como referencia, su nombre, su lugar de nacimiento, su fecha de residencia en Quintana Roo, si es que no nació acá.

G: Si, nacimos en la Isla de Cozumel, Quintana Roo, nacimos en la Isla y posteriormente, nos trasladamos a la Ciudad de Chetumal, Quintana Roo, mis papas, mi abuelito era comerciante y entonces mi papa lo acompaño, junto con sus hermanos a la ciudad de Chetumal Quintana Roo, donde crecimos, estudiamos la primaria en la Belisario Domínguez y de allá tuvimos la oportunidad de concursar para una beca e irnos a estudiar a la secundaria federal para hijos de trabajadores, en la ciudad de Mérida, Yucatán, de allá nosotros cursamos, habiendo estudiado la secundaria en Mérida, no tuvimos ningún problema para estudiar en la preparatoria en la ciudad de Mérida, y de allá, por situaciones de enroque de mi papá, nos fuimos a México, al Distrito Federal, en donde los 3 primeros meses los pasamos de una manera dificultosa, hablando económicamente, y de allá obtuvimos una casa hogar, una casa hogar en donde, -este-, estuvimos aproximadamente un año y medio y de ahí pasamos al internado del Instituto Politécnico Nacional, en el internado hubo un problema durante el Gobierno de Ruiz Cortines, que significó que nos corrieron a todos los mil estudiantes del internado y nos dieron una beca de 200 pesos, con los cuales nosotros utilizábamos 150 pesos, 22 para comer y 50 pesos para el cuarto, y de allá nosotros terminamos la carrera y nos fuimos a hacer nuestro servicio social al poblado de Felipe Carrillo Puerto, en Felipe Carrillo Puerto estuvimos algún un tiempo como Director del centro de salud de la población de Felipe Carrillo Puerto y aparte teníamos las igualas con la Comisión Federal de Electricidad, con el Banco Ejidal y con la Federación de Cooperativa Chiclera, aparte de la dirección del centro de salud y en donde originalmente el centro de salud de Carrillo Puerto, era prácticamente el edificio, su equipamiento y nosotros teníamos que utilizar una maquina para producir electricidad de un kilo, nosotros prendíamos la maquina y podíamos atender partos y algunas personas, entre ellas una persona con problemas de Tétanos; y ahí nos desenvolvimos el tiempo que estuvimos del 62 al 68; y de ahí me propusieron para ir a la Escuela de Salud Pública, hicimos en la escuela el curso de la Maestría en Salud Pública y de ahí nos reintegramos a la Ciudad a Chetumal, Quintana Roo, en Chetumal Quintana Roo la primera posición que tuve que fue como Jefe de Departamento de Administración Médica, en donde uno de los incidentes que se presentó, era que el Gobierno quería que el Hospital Morelos se incorporara o la atendiera la Secretaria de Salud, el doctor Neri que venía de la Dirección General dijo que eso no podía ser, y se rechazó la posibilidad de que el Hospital Morelos fuera atendido por la Secretaria de Salud.

I: Entonces ¿de quién dependía el Hospital Morelos?

G: Del gobierno del Territorio.

32 I: Ah ok

33 G: Del gobierno del Territorio, ya en esas condiciones, nosotros posteriormente hubo un problema con la Ciudad de Cozumel con el Director del Centro de Salud, el Dr. Novelo me mando hacer la investigación y lo que pretendimos también, es que, porque no teníamos la disponibilidad de muchos médicos y la protesta de los habitantes de Cozumel era que el Dr. tal C. L. A. fuera quitado de la posición, porque era una persona muy déspota!!!

I: Qué posición tenía él?

G: Era el director del centro de salud

I: Ah ok...

G: Era director del centro de salud, entonces –este-, convencí a los pobladores para que el dr. quedara, porque iba a modificar su manera de ser.

I: ¿Estando usted en la administración de Chetumal?

G: Como Jefe de departamento de administración médica de Chetumal, entonces el Dr. tal se quedó por más tiempo hasta que finalmente se le cambió cuando yo ya era Jefe de los Servicios Coordinados, claro que cuando yo regreso de Cozumel, el doctor Novelo me nombra Director del Centro de Salud con el Hospital General o sea el Hospital Regional, el Hospital Regional, nosotros...

I: ¿Pero ya estaba ese Hospital?

G: Ya estaba, incluso el primer director Miguel Martínez Villalpando

52 I: ¿Cuándo era Territorio?

53 G: ya era Territorio: si todavía -este- !!

I: Cuantas camas tenía el hospital.

G: El hospital regional tenía 25 camas?

I: Así nació?

G: Si así nació.

I: Como en qué año fue?

59 G: Como en 1962, 1963

60 I: Usted entro la Secretaría en el 62?

Primer Segmento (Línea70-93)

G: Bueno yo este... como pasante llegué, después me contrataron para que yo ya tuviera mi plaza.

I: Y la pasantía donde la hizo?

G: En Carrillo puerto

I: En Carrillo?

G: Si en Felipe Carrillo Puerto

I: Ah, entonces usted continuó laborando ahí?

G: Si... ahí

I: Y a través de las igualas realizo ya su desempeño profesional

70 G: Así es...

71 I: Era contrato o fue una base inicialmente?

G: Originalmente si fue una base, una base y ya este cuando... yo llego a mi Servicio Social estaba el doctor Ramón Mendoza Vega, era el Jefe de los Servicios Coordinados, a quien le presento yo mis documentos, de carta de pasantes, firmados por el doctor Luís Cervantes García y este, da la casualidad en que ya nombrado, yo llego, había pasado en ese momento, había pasado un ciclón, no me acuerdo del nombre del ciclón este... resulta que con el doctor Ramón Mendoza Vega, me pide que si yo voy en su lugar como representante a Belice para entregar unas cajas de medicamentos, pero antes de que se decidiera ya en forma definitiva, me dice que vamos a Palacio del Gobierno, el habla con el Lic. Castorena que era el Secretario de Gobierno y el Secretario del Gobierno le dice que no podía ir yo en su representación, porque él iba en representación del Gobernador Aarón Merino Fernández.

I: En qué año fue eso?

G: Ehhhhh, jejeje... este

I: Fueron en los 60?

G: Aja, aja Si

G: Entonces, se va la avioneta llevando los medicamentos con el doctor Ramón Mendoza Vega, en el trayecto se cae y se mueren todos los ocupantes de la avioneta, esa avioneta la descubren 7 años después...

81 I: Guau!

82 G: Tan es así...incluso en el cementerio en la Ciudad de Chetumal, hay un... donde está la parte de la avioneta en ese accidente. Ya yo como director ya del Centro de Salud con Hospital, nosotros tenemos la oportunidad de recibir el doctor F O. M. que es el nombre original del Hospital Regional, el Doctor F.O.M. fue un médico Centroamericano que hizo su servicio social en Carrillo Puerto, entonces por razones de carácter político, el nombre del Hospital Regional lleva el nombre del Dr. F. O. M.

I: Ah ok...

G: El doctor, incluso nos hace algunas visitas, en alguna ocasión nos regala un equipo para el hospital y ya el regresa creo que a su país y entonces nosotros pues ya le perdemos la pista, para saber exactamente donde...???

Segundo Segmento.- Construcción Histórica (Línea 95-180)

95 I: Como referencia. ¿Qué otros hospitales existían en el Estado en ese momento?

G: Bueno, cuando se hace el Hospital Regional teníamos el Hospital Morelos, teníamos el Hospital Centro de Salud con Hospital de Felipe Carrillo Puerto, este también teníamos el Hospital de aquí de..., empieza el de Cancún... el de Cancún... y el de Cozumel lo inauguramos en la época de Jesús Martínez Ross.

I: Pero en ese tiempo cuando estaba usted como director del Hospital Regional, solo era en Chetumal, este y el Hospital Morelos, el de Carrillo y el de Cancún, si acaso el centro de salud de Isla Mujeres, G: Porque el Centro de Salud de Isla Mujeres es un Centro de Salud que lo

111 Manejaba la Secretaria de Marina en combinación - coordinación con la Secretaría de Salud.

112 I: Ah Ok. Y en ese momento en Cozumel, en José María Morelos, en Lázaro Cárdenas, ¿Cómo estaba la atención?

G: Bueno en realidad este...()por ejemplo a mí me toca inaugurar estando en Carrillo Puerto el Centro de Salud con Hospital de Felipe Carrillo Puerto.

I: Como pasante

G: Como pasante y de hecho, nosotros... de que yo me recibí en 1966, pero yo salgo de la escuela en 1962.

I: Ah, ok, ok, ok.

G: Y todo ese tiempo... incluso yo recibo al doctor Aarón Cuello Macias como pasante, siendo yo el Director él era...entonces el doctor Turrubiarte, porque antes del doctor Turrubiarte está el doctor Helio Especiale San Vicente, que es el que sustituye al doctor Ramón Mendoza Vega.

I: Ah, ok, pero había unidades de salud o puestos de salud o casa de salud, por ejemplo en José María Morelos, en Lázaro Cárdenas, para poder referenciar a Chetumal y a Carrillo ¿o no había, había que ir...?

G: Bueno de hecho había unidades muy precarias, es decir, después cuando se....???

I: ¿Como casas de salud?

G: Como casas de salud, pero a nosotros en una etapa posterior, nos toca inaugurar el
130 Centro de Salud con Hospital de José María Morelos

131 I: Si sobre todo como referencia y sobre todo el momento que es director del Hospital Regional, antes que pasara todo eso, la idea es saber ¿cómo funcionaba la red de envío, de referencia de paciente de las localidades rurales?

G: Si, así es

I: ¿Llegaban por su cuenta o ustedes hacían brigadas para...?

G: En realidad el procedimiento era, los cercanos a Chetumal recalaban a Chetumal, muchas de las gente en las zonas de Carrillo Puerto se trasladaban a la ciudad de Peto Yucatán y los de Kantunilkin exactamente lo mismo para Valladolid.

I: Ah, Ok. y en Isla (mujeres) había una unidad de la Marina. ¿Que había en Cozumel?

G: En Cozumel había un Centro de Salud con Hospital, del cual ya habíamos hecho referencia con el doctor Cesar López Aguilar fue director, primero, luego, hay un incidente, donde hay una diferencia entre el director que entonces era el director Manuel Domínguez del Centro de Salud con Hospital de Cozumel que sustituyo a Cesar López Aguilar, en donde los pasantes tenían pues influencia, uno era..., su papa era funcionario de alto nivel, el caso que hay una diferencia entre estas personas y entonces agreden al doctor Domínguez..., tratan de sacar una publicación, porque los muchachos se poner agresivos y se logra pues en ciertas formas que se estabilicen la situación y se hace entonces el Centro de Salud con Hospital moderno, el que actualmente tienen.

I: Ah ok, pero cuando fue esa situación de encono. ¿Usted estaba en las oficinas

152 administrativas?

153 G: Si, yo estaba en las oficinas administrativas... si así es

I: Como Jefe de Departamento o algo más o menos equivalente?

G: Si, si yo estaba a nivel del Estado, pero dentro de lo que era el doctor Novelo

I: ¿Si usted dejo el hospital regional y se pasó a las oficinas administrativas?

G: Si desde Director del Centro de Salud con Hospital, nos pasamos a Subjefe de los Servicios Coordinados.

I: ¿Ya había hecho usted hecho la Maestría?

G: Ya había hecho yo hecho la Maestría

I: ¿Cuándo llego?

G: Cuando yo regreso - salgo de Carrillo Puerto, y regreso a Chetumal

I: ¿Es cuando se hace cargo del hospital?

G: Me hago cargo del hospital

I: ¿Cuánto tiempo duró en el hospital?

G: Como un año más o menos, año y feria...y entonces allá este, incluso tenemos un incidente nuevamente con el doctor Cesar López Aguilar, los colonos, habíamos hablado de la dolencia de colonos, estos colonos... se muere una criatura y estaban sentados en ese momento cobrando lo que el Gobierno les daba para cada uno de ellos, llega el papa afectado por la muerte de su hijo... y se van todos, como 200 personas al Hospital Regional, a querer linchar al doctor López Aguilar, el Dr. López Aguilar

172 Logra salir por la puerta lateral, (sí), llega a mi oficina temblando, yo

173 Originalmente ya como Jefe de los Servicios Coordinados en ese momento, -este- pretendo ir al hospital a enfrentar el problema, pero reflexiono y digo, mejor me quedo y le hablo al Lic. David Gustavo, que era el ya Gobernador de Quintana Roo, le digo Lic. hay este problemas y me dijo, no te preocupes en este momento te mando la fuerzas pública, entonces lo campesinos se vienen a la Jefatura de los Servicios Coordinados y yo de ahí les pido que formen una comisión para que intenten hablar conmigo y en ese momento tenía yo la supervisión de una persona que mandaba la Oficialía Mayor de la Secretaría a Nivel Nacional. El caso es que dialogamos con los campesinos y logramos algunos recursos....

I: Para reforzar esa unidad! Y reducir el riesgo de morir!!!!

180 G: Exactamente, así es!!!

Tercer Segmento.- Construcción Histórica II (Línea 182-342)

182 I: Doctor y en este caso, durante la gestión como, antes... más bien, durante este Territorio, antes de iniciar el siguiente gobierno, que, cuál era su función específicamente administrativa.

G: Mi función administrativa era ver los programas de epidemiología, ver los conflictos que había en el Estado, de hecho fungía yo como Subjefe de los Servicios Coordinados.

I: Ah ok

G: Subjefe de los Servicios Coordinados, tan es así que en alguna ocasión, con la

190 Visita de Luís Echeverría, el Dr. Raúl Novelo Echánove que fue mi antecesor me

191 Dijo –Gerardo, yo te voy a poner el balón enfrente la portería, de ti depende que metas Gol-, me lo dijo, a los dos meses, tres meses después, me manda a una comisión a México, en esa comisión tengo que entrevistarme con el doctor Humberto Nava Contreras, que era el Subdirector General, el Dr. Humberto Nava Contreras me dice, Doctor, el Dr. Novelo acaba de abandonar Quintana Roo, me dicen que no va a regresar, ¿qué le parece a usted que yo le

proponga al Señor Director que usted se haga cargo de manera interina de los Servicios Coordinados?, le digo Doctor, eso no me gusta... entonces le acepté, entra a hablar con el Director General y el Director General acepta y entonces en ese momento yo estoy de manera interina como Jefe de los Servicios Coordinados de Salud Pública en Quintana Roo.

I: ¿Cuánto tiempo duro de manera interina?

G: Este..., de manera interina como 2, 3 meses, porque había que presentar el Plan Estatal de Salud, el cual yo elaboré, y entonces al elaborarlo el Lic. David Gustavo Gutiérrez Ruíz, era el que debía presentarlo, de acuerdo a como estaban organizadas las sesiones de todo el país.

I: ¿Eso ya fue en los 70?

G: Ya este... no, 72 más o menos

I: Ah ok...

G: Dentro de esa responsabilidad como Subjefe, ¿Qué cambios de infraestructura hubo

210 importantes, o se mantuvo más o menos estable la infraestructura en el estado?

211 G: Bueno, más o menos estables, porque todavía, a mí me tocó, este por ejemplo el Hospital de Cancún, -este- todavía cuando era Presidente Municipal de Benito Juárez mi hermano el Lic. Felipe Amaro Santana.

I: ¿Pero ya era el gobierno de Martínez Ross?

G: Ya en el Gobierno de Martínez Ross, nos toca el Gobierno Municipal, incluso nos pagaban un local para que atendiéramos los pacientes...

I: Como..., después de dejar este cargo del Director del Hospital General y del Centro de Salud y asumir esta área administrativa. ¿Con que persona contaba usted para poder operar? ¿Quiénes eran sus subalternos?

G: Bueno, los subalternos..., teníamos por ejemplo al doctor Ramón González Ortiz

I: ¿Cual más o menos o cuales era los cargos de responsabilidad que tenían?

G: Bueno, teníamos aquí al Oscar Cuevas Granier como responsable del área de epidemiología, de obras rurales por cooperación era el Dr. Julio Herrera.

I: Ah, ok

G: El doctor Julio Herrera

I: ¿Que es el que veía infraestructura?

G: Aja, teníamos también a varias personas...que haber, haber, cual sería...bueno teníamos al Sr. Montufar de almacenes, teníamos también el Control Sanitario al Sr.

229 Francisco Pacheco y este...

230 I: ¿De asistencia médica, supervisión de unidades, como estaba, quien se encargaba de esa parte?

G: Teníamos al doctor Navarro, él era el responsable de vigilar las unidades a nivel de lo que era...

I: Tenía un área de estadísticas

G: En el área estadística el señor Castellanos

I: ¿Que dependía de epidemiología?

G: El señor Arturo Castellanos que era el de estadística junto con Esteban Betancurt.

I: Y de manera paralela, por ejemplo, usted como responsable del Área Médica que otras ramas paralelas tenía usted, estaba el Administrador de los Servicios Coordinados, ¿Que otras Subjefaturas, había más, o era la única Subjefatura?

G: Era la única Subjefatura, las demás eran como Jefe de Departamento

I: ¿Pero el administrador, -este-?

G: El administrador Javier Aguilar no, dependía directamente de la Jefatura

I: ¿Que otras áreas dependían directamente de la Jefatura?

G: Obras rurales por operación, prácticamente era...

I: ¿Había planeación?

G: Planeación, si, como no...

248 I: ¿Pero dependía directamente con el Jefe de Servicios o de usted?

249 G: Directamente de la Jefatura.

I: ¿Y el enlace con el gobierno había una área dedicada a eso?

G: Bueno realmente la relación directa con el gobierno, tanto con David Gustavo como con Jesús Martínez Ross, era más bien una relación de coordinación, es decir, en un momento dado el Gobernador..., me estoy acordado en un evento, el Dr Manuel Domínguez en Cozumel, se toma alguna atribución por fuera de su capacidad como director y el gobernador me habla y me dice, hay esto en esta persona, yo hago la investigación y entonces, de ahí incluso logramos por ejemplo el caso del doctor Domínguez quitarlo de la Secretaría y que renuncia de ahí, como era plaza federal, lo veo y México le pone su cambio, lógicamente no le convenía ya quitarse de Quintana Roo y tenía que renunciar porque se le cumple el tiempo donde debía presentarse.

I: ¿Todas las plazas eran Federales?

G: Todas las plazas eran Federales, el Gobierno del Estado del Territorio, tenía más o menos 11.2% que era el presupuesto de toda la operación de la Secretaría.

I: ¿Y se dedicaba al 11% de la operación?

G: La operación por ejemplo los sueldos fundaban que ya el sueldo venía casi todo, porque incluso en ese tiempo las plazas eran coordinadas, muchas de ellas eran coordinadas,

I: Claro... ¿Y los recursos?, este, bueno en este caso sus unidades que era la base de la infraestructura en ese tiempo y con qué servicios tecnológicos ya contaban, ya tenían

269 ¿Rx, laboratorio...?

270 G: Si ya teníamos rayos x, fundamentalmente rayos x, entonces desde el principio teníamos con este Portes Gil era el responsable de los rayos x

I: ¿Que igualmente había en Cancún y en Carrillo?

G: No, no tanto, no tanto fundamentalmente, incluso originalmente el problema era que aquí en la ciudad de Chetumal, el sr. Portes era el responsable de la toma de radiografías, en algunas ocasiones, llegó una persona, un técnico que se presentó a la Jefatura y entonces se dio la situación de que, este, la esposa de Martínez Ross necesitaba un estudio y entonces yo le dije que viniera, porque incluso teníamos la persona, la persona no pudo accionar el equipo, ¿Porqué?, porque el güero—le había quitado piezas al equipo, para que nadie los maneje.

I: Entonces en el tiempo en el cual estaba usted como Subjefe de Servicios Coordinados, ¿el único equipo de rayos x en el Estado estaba en el Hospital Regional?

G: En el Centro de Salud, en el Hospital Regional había equipo, pero no teníamos quien lo manejara

I: Ah ok...pero estaba pegado el Hospital Regional con el Centro de Salud

G: No, no, no. el Regional F.O.M. está donde está actualmente el Secretario de Salud, en la esquina esa, en esa esquina era un terreno que era de unos campesinos, de unos chicleros, esas personas fueron al monte a cortar chicle y cuando regresan ya el gobierno de Merino Fernández, había construido el Hospital Regional, entonces ellos empieza a gestionar desde la época del doctor Raúl Novelo Echánove, y que les paguen una cantidad por lo de su terreno y el doctor Novelo Echánove hace gestiones

291 ante el jurídico de la Secretaría... el caso es que no obtienen resultados y cuando

292 yo llego a la Jefatura de los Servicios Coordinados, ellos me entrevista y yo me entrevisto con el jurídico de México y el jurídico de México me dicen que esto ya no tiene posibilidades de nada y les digo yo-, señores estas personas son gente, son campesinos, son gente pobres y lo que piden a la Secretaría, no le dañaría a la Secretaria, eran 60 mil pesos, entonces con el notario Reinaldo Vanegas se hace y se le da su dinero y se resuelve el problema.

I: Cuantos trabajadores cuando era Subjefe usted o cuando deja el Hospital Regional, ¿cuántos trabajadores había en los Servicios Coordinados más o menos, que le pagaba al Gobierno Federal?

G: Como unos 300 y 400 personas

I: ¿Que la mayoría estaba aquí en la capital?

G: Que la mayoría estaba aquí en la capital, sí. Por qué los Centros de Salud, claro pero luego crecimos un poco con la creación del Hospital

I: Las rama administrativas ¿cuánta gente era más o menos?

G: Las ramas administrativas... Pues calculo yo como unas 30 o 40 personas

I: Y el Hospital Regional ¿que especialidades tenía?

G: Ninguna especialidad, prácticamente era segundo nivel, así, como hospitalización, con observación.

310 I: ¿Pero no había pediatra?

311 G: Por ejemplo el doctor José del Refugio... este, era pediatra -acaba de morir el doctor-.

I: Cuando usted era Director del Hospital Regional, entonces ¿no tenía ningún especialista?

G: Bueno, si acaso el cirujano, casi siempre era, de... Militar

I: Y en este caso quizá como referencia en Isla Mujeres ¿seguramente pues la Marina tenía personas especializadas?

G: Si había

I: Entonces de Cancún trasladaban a Isla Mujeres a los pacientes, ¿o ya había cirujanos?

G: Bueno cuando nosotros éramos Subjefes, no había

I: ¿Ni en Carrillo?

G: No, ni en carrillo. Allá en Carrillo Puerto incluso, nosotros nos toca poner al Dr. Del portillo, que era cirujano

I: ¿En qué año fue eso o en qué etapa?

G: Bueno en la etapa en la que yo estaba como Jefe

I: Como Jefe ya había referencias, ¿usted ya tenía controlado entonces...?

G: Si incluso ya teníamos la jurisdicción 1, la jurisdicción 2 y la jurisdicción 3

I: ¿Cuanto nacen estas jurisdicciones?

329 G: Pues la primera pues es en Chetumal, la segunda viene siendo...

330 I: ¿Ya estaba usted cuando nació en Chetumal o ya estaba?

G: No, cuando yo estaba, ya como jurisdicción manejando el termino jurisdicción sanitaria

I: ¿En qué momento estaba o nació esa jurisdicción en que puesto tenía usted cuando nació?

G: Pues estaba, empezaba yo como Jefe de Servicio Coordinados.

I: Entonces usted dividió al estado en jurisdicciones, ya cuando la federación en un momento dado dio libertad, para poder desarrollar estos Servicios Coordinados, aunque dependían o seguían dependiendo de la Federación para poder allegarse de recursos, ¿todos los insumos, medicamentos, materiales, vacunas, todo lo mandaba la Federación?

G: Bueno si, sobre todo cosas de vacunas y el dinero era parte del presupuesto de lo
342 que operaba.

Cuarto Segmento.- Construcción Histórica III (Pág. 115, Línea 344-490)

344 I: ¿Había un representante Federal cuando era Territorio todavía...?

I: El representante era el Jefe de los Servicios Coordinados, como Estado, el día de hoy, ¿tenía esa dualidad de representar a la Federación y representar el Gobierno Estatal?

G: En aquel tiempo era exclusivamente Federal, el Jefe de los Servicios Coordinados no dependía del Gobierno del Estado, tan es así que en la narración mencionamos que el

345 doctor Novelo Echánove, que era Jefe de los Servicios Coordinado, nos dice a

346 nosotros, que él iba a poner el balón y resulta que el doctor..., yo calculo que el doctor Humberto Nava ya había platicado con el doctor Novelo..., para la estrategia pues.

I: ¿Cuando empezó el doctor Raúl Novelo Echánove su gestión?

G: El doctor Novelo Echánove, empieza cuando estaba Javier Rojo Gómez, como en 70.

I: ¿Primero quien fue el doctor'?

G: Primero es el doctor Ramón Mendoza Vega, el segundo que le sigue es Helio Especial, luego le sigue el doctor () Turrubiarte, del doctor Turrubiarte sigue el Dr. Turincio, del Dr. Turincio le sigue el Dr. Raúl Novelo Echánove

I: ¿Entre el primero y el doctor Novelo más o menos es en los 60s?

G: Si es que la duración del Dr. Especial no es muy larga, porque tuvo conflictos, o más bien no se prestaba a lo que el sindicato, porque en esa época...

I: ¿Habrá sido por el 65 o en qué año más o menos?

G: En el 65

I: Ah ok..

G: Si en el 65 porque en esa ocasión, incluso a mí, el Secretario General del Sindicato, ya estaba Turincio, llega y me dice Doctor fíjese usted que..

I: ¿Usted ya estaba en Carrillo?

365 G: Yo estuve aquí en Carrillo hasta el 67, 68

366I: ¿Desde el 62 cuando usted hace su servicio social?

G- Y entonces me pide mi renuncia el Secretario General del Sindicato y entonces yo se la firmo, pues yo prácticamente no tenía, yo era médico de la Federación de Cooperativas, etc, yo me acuerdo que trajeron a un doctor de apellido Adame y el doctor Nieto era médico del internado indígena Lázaro Cárdenas de Carrillo Puerto y el doctor Adame era una persona que quisieron... imponer.

I: ¿imponer?

G: Era Gineco-obstetra.

I: Ah ok

G: Gineco-obstetra, sin embargo, la cantidad de partos que yo atendí, en Carrillo Puerto, era una cantidad enorme jejejejeje.

I: ¿Que no estaba dispuesto a hacerlo el Gineco?

G: No, el problema yo pienso que era de confianza.

I: Ah ok.

G: No era lo mismo siendo de fuera

I: Ah ok.

G: Y entonces el doctor Adame deja de pronto el lugar, no dura, yo hablo con el doctor Novelo Echánove, y me dice el doctor Echánove, me dijo si usted quiere, si puede ir al Centro de Salud, dar las consultas, atender a la gente, pero no puedo decidir

385 en estos momentos

I: ¿En qué año empieza el doctor Echánove su gestión?

G: Pues el doctor Echanove, estamos hablando ya del 65

I: ¿Después del doctor Especial?

G: Después del doctor...como se llama, ya le dije el nombre!!

I: Entonces el doctor Echánove ¿está desde año 65 hasta el 70?

G: Hasta el 70, 72 más o menos

G: Es donde el ya siente la presión del Gobierno, es más la esposa del gobernador, (por ahí tengo una fotografía) los trabajos que se necesitaba en la Secretaria me los pedían a mí, entonces yo le dije al doctor Novelo, doctor Novelo, la esposa del Gobernador me pidió este trabajo y me dijo claro, adelante no te preocupes, pero yo considero haber cumplido con el doctor, de que no crea que a sus espaldas, o sienta a sus espaldas, hacer algo en contra del doctor.

I: ¿Usted como Subjefe?

G: Como subjefe exactamente

I: Y bueno, básicamente usted atribuye eso a que ya los Servicios Coordinados pueden profesionalizarse cada vez más, y entonces la intuición o la espontaneidad que planteaba el doctor Echánove, pues ya no le alcanzaba para poder reflejar después ese profesionalismo, que usted como especialista, podía hacer por los programas, a través

405 de los planes, ¿él no era salubrista?

406 G: El doctor Novelo Echánove, Sí.

I: Ah ok.

G: El doctor, es decir, quiero decirle, ninguno de los jefes de Servicios Coordinados podía ejercer sin tener Maestría

I: Tenía que tener la maestría

G: Si, era indispensable

I: En este caso, el centro los mandaba. el Dr. Echánove venia del centro del país... ¿porque en si representaba a la Federación?.

G: Si así es... Entonces esto se pierde en el momento en que Pedro Joaquín, como Gobernador, nombra al Dr. Ángel Alpuche Peraza.

I: Perdón. ¿Cuándo empieza usted como Jefe de Servicios Coordinados? ¿En el 72?

G: Mmm. Si en el 72 más o menos. Si con David Gustavo Gutiérrez, era más bien el doctor Novelo, ya prácticamente...

I: ¿Estaba saturado?

G: No le dejaba ya mucho Quintana Roo, tan es así que él estaba gestionando una plaza en el Seguro Social, el Seguro Social le da su plaza y por eso decide abandonar Quintana Roo. Mencionar también que en Carrillo Puerto, nosotros también tuvimos contacto con el doctor Francisco Biagi, para lo de la mosca chiclera en la época de David Gustavo.

425 I: Ah ok...

426 G: Pero nosotros le proporcionamos parte de la construcción del centro de salud, ahí pone sus telescopios y resulta que el Flaviculatus, es un mosquito, no una mosca.

I: Entonces, cuando usted asume como administrativo, que en este caso, no sé si era una Jefatura de Departamento, una Subdirección, como era la plaza esa, como Subjefe, me imagino que surgió como subjefe porque había la necesidad, que tuviese un subalterno en la parte técnica, pero ¿había la plaza de Subjefe o que plaza tenía usted?

G: Bueno no, era una plaza coordinada, en donde yo tenía una credencial como Jefe de Departamento de medicina preventiva.

I: Tal como usted estaba como Subjefe

G: Si como Subjefe

I: ¿Por la necesidad administrativa?

G: Es más, yo por ejemplo cuando llego a la Jefatura hablo con el Gobernador David Gustavo, y le digo Licenciado yo necesito una persona que tenga esas características profesionales personales o sea con la Maestría en Salud Pública y ya platique con una persona de Guerrero, el Dr. Acevedo, que fue compañero mío en la Escuela de Salud Pública, para que viniera a Quintana Roo, pero me dice que él está en la misma posición en el Estado de Guerrero con el Dr. Arturo Fujiyaki Lechuga, para venir a Quintana Roo, que le demos unos centavitos más, yo le pediría a usted que me apoyara para traer esta persona, él me dice, precisamente de eso te quería yo hablar, yo tengo una persona que es un amigo tuyo, que quiere venir a Quintana Roo y me lo

446 recomienda un amigo mío.

447 G: jajajaajaja

I: ¡¡¡Como novia de pueblo!!!

G: El Gobernador de Yucatán se lo recomienda a él, era Victor Cervera Pacheco

I: ¡¡¡Mire...!!!

G: Lo recomendaba a él y ya no había la necesidad de gastar algunos centavos, pero el antecedente del doctor Raúl Echánove, en algún momento me dice, oye Gerardo si el doctor Oscar Cuevas Granier, te pide alguna información relacionado con Quintana Roo, no se la des, ¿por qué doctor? Pregunta, ¡¡no!!!... ¡¡porque quiere mi posición!! ¡¡mi puesto!!, y entonces cuando David Gustavo me dice, que, yo ya me sabía quién era (ya te había mencionado) y efectivamente el doctor Oscar Cuevas Granier llega a Quintana Roo, queriendo la posición de Jefe de los Servicios Coordinados ... ¡¡¡Y me arma todo un...!!!

I: ¡¡¡Si, ya tenía planeado!!!

G: Si, además el Dr. Oscar Cuevas Granier es un tipo... muy inteligente, ¡¡así es!!

I: ¿Tabasqueño?

G: Así es...Entonces yo estoy en México con el Dr Isaías Sandoval, entonces el doctor Isaías me dice, oiga doctor, que tiene usted un problema en Quintana Roo? pues yo le digo, No, ayer estuve

allá... pues que el sindicato no sé... entonces manda buscar a una persona para que me lleve con el Oficial Mayor, y el Oficial Mayor, este, ya platica conmigo, y me dice, oiga doctor voy a mandar a buscar al Secretario General

467 del Sindicato Nacional, muy bien (le dije), en poco tiempo ya está el Secretario

468 del Sindicato, se plantea la situación, ya como conflicto, entonces se acuerda que se forme una comisión, para que venga a Quintana Roo a hacer la investigación, para que supuestamente se quejaba el sindicato... el caso es que los trabajadores, prácticamente en su conjunto, van con el del Sindicato a decirle..., el caso es de que finalmente, yo en una ocasión, yo había ido a Cozumel en una avioneta a una supervisión, cuando regreso, no se dé quien se trataba yo regreso a los Servicios Coordinados y como en 10 minutos llega el doctor Olivera con el doctor Humberto Nava Contreras, ya con los resultados de la investigación, entonces me dice el doctor Humberto Nava Contreras.... Me dice, oiga doctor, ¿cómo resolvería usted este problema? pues que me quite al Dr. Oscar Cuevas Granier, así pues el doctor Humberto Nava Contreras.

I: Entonces ¿ya usted ya tenía ese cargo, o ya venía su nombramiento?

G: Él estaba, ya estaba trabajando conmigo

I: ¿O sea como Subjefe?

G: El aspiraba, no en el lugar donde yo lo quería poner, si no como Director del Centro de Salud, manejar personal, incluso ¡¡¡hay algunas cosas por allá...!!!

I: Entonces me dijo el Dr. Nava... me dice director y hablan al doctor Óscar Cuevas Granier y viene él, le dijo el doctor, aquí tiene usted está la tarjetita, preséntese mañana con el Jefe de los Servicios Coordinados de Campeche... ¡¡¡Bueno!!!

I: Ah ok, ¿el venía de Tabasco?

488 G: No, venía de Mérida.

489 I: Ah, ¿él era yucateco?

Quinto Segmento.- Construcción Histórica III (Pág. 123, Línea 492-667)

492 I: Cual era, ahora que me habla usted de las supervisiones, todavía siendo Subjefe, cuál era la prioridad de las supervisiones del Territorio, ¿a qué se iba? usted ya me contó en parte era conflictos de las necesidades que la gente demandaba por falta de atención, que otras cosas se presentaban a esas supervisiones en función de los intereses de la Federación, en función de los intereses, pues de David Gustavo ¿que era parte del Territorio?

G: Bueno en realidad, tanto los gobernadores y todos, nosotros, se hacia la supervisión en función de que la unidad funcionara lo mejor posible, que cumpliera con los programas que se tenían establecidos.

I: Cuando era Territorio. ¿Cuáles eran los programas importantes que le interesaban a la Federación?

G: Bueno las inmunizaciones pues los programas para ver el uso del condón, y uso para que las mujeres no pudieran...

I: ¿Planificación familiar?

G: Planificación familiar, incluso teníamos a unas personas, como el doctor López Juárez que era el de planificación familiar, en esa ocasión también logramos tener en Isla de Cozumel la Cámara Hiperbárica, ¿Por qué? Porque Cozumel tenía una

509 incidencia elevada de problemas de descompresión.

G: Eso era Territorio... Era como, como!

I: ¿Era como Gobierno...?

G: Como Estado, porque tan es así que con la avioneta en que viajo el Lic. Jesús Martínez Ross, el vocal ejecutivo de la comisión constructora y yo, en el trayecto de acá para Cancún unos de los motores empezaba a sacar aceite, tirar aceite prácticamente, entonces yo vi que estaba tirando, observé al piloto y lo vi tranquilo, dije pues no pasa nada, no es problema no, cuando bajamos, el ya después nos platicó, nos dijo que no nos podíamos volver a subir a esa unidad, que podíamos haber caído. No sé si exageraba no, pero era real.

I: Entonces básicamente la orientación de las políticas de salud estaban enfocadas a los niños, específicamente en la parte de las enfermedades trasmisibles, respiratorias, intestinales, las vacunas y la parte de la atención de la mujer del parto, de la atención perinatal

G: Tan es así, teníamos por ejemplo, cursos que se les daban a las parteras empíricas.

I: Como Territorio entonces ya se generaba esto, a partir de la medicinas tradiciones en el caso de ustedes debían negociar para poder implementar...

G: De hecho unos de los incidentes primeros que tuve yo cuando llegue a Carrillo Puerto, el primer día, en la madrugada me van a buscar, por una persona Raúl, que no recuerdo su apellido, me dice doctor fíjese usted que mi esposa tiene este problema...

530 que... y entonces yo me acorde de lo que nos habían dicho en la escuela, cuando

531 alguien nos fuera a buscar en la madrugada para la atención de un parto, primero le dijéramos a la persona que mucho gusto vamos a ver cómo se resuelve, pero que no nos hacemos responsables de problema, lo tratamos de ayudarlos y punto. Efectivamente, cuando llegamos era en Carrillo Puerto en ese momento no había luz eléctrica, hasta las 11 de la noche estamos hablando en la madrugada, la señora en un catre con un quinqué y la partera empírica ya le había puesto varias inyecciones.

I: Ah ok!

G: Entonces yo lo que hice, porque la cabecita no salía y no salía.

I: ¿Cuándo usted era pasante?

G: Cuando yo era pasante

I: Aaaaah.

G: El primer día de pasante logramos sacar a la criatura y efectivamente ya estaba muerto..., entonces yo le dije a doña Margarita que era la partera empírica, que me viera en el consultorio, ahí todavía no inaugurábamos el Centro de Salud en donde estaba el dispensario de la Federación de la Cooperativa Chiclera donde yo vivía, entonces ella llegó puntual a las 11 de mañana y me dice, yo trabajé mucho tiempo en el Hospital O´horan de Mérida, con el doctor fulano y todo eso, llevaba su librito, yo revisé y efectivamente era de parto y todas esas cosas pero se me ocurre preguntarle, Margarita, ¡¡léame usted aquí por favor!! ¡¡Y no sabía leer...!!

I: ¡¡¡Guau!!!

551 G: Ja, ja, ja, ¡¡¡no sabía leer...!!!

552 I: Básicamente era el enlace con la comunidad, o sea ¡¡¡con su misma cultura, tradiciones, costumbres!!!

G: Si, si. Incluso la ligadura del cordón umbilical, ellos usaban hilito, le dije, mire, nosotros no tenemos ningún interés en perjudicarlo en que usted pueda seguir, necesitamos que cambie algunas cosas que usted hace

I: La cinta, a pesar que había el insumo

G: Aja. Incluso me dijo Doña Casilda que era anterior a la otra, me dijo, ya doctor yo ya no me voy a meter para nada

I: ¡¡¡Claro!!! Y en ese tiempo en que usted era pasante, cuanto tiempo, cuál era su percepción más bien cuál era su .. Bueno ya hablamos de eso de los niños las enfermedades respiratorias,

pues las infecciones los partos, los problemas perinatales, en este caso por la misma cultura de la gente y el acceso a la sensibilidad y la oportunidad de la atención. Ehhhh... ¿Que otros problemas había en los niños? y quiero que me empiece a comentar ¿cuál era los problemas de los adultos, trabajadores? , ¿Cuáles eran los problemas de la mujer? ¿Cuáles eran los problemas de los ancianos? A grandes rasgos como pasante?

G: Si, yo eh, digamos a tratar por ejemplo en el caso de las personas grandes problemas de vías urinarias, relacionado fundamentalmente con próstata, generalmente se canalizaban a Mérida; en el caso de las mujeres generalmente.

I: Ya estaba el Hospital de Valladolid, cuando usted ya era pasante, cuando está este

572 ¿hospital con especialidad y todo?

573 G: Bueno tenían forma de resolver muchos de los problemas

I: Y poder enviar al Hospital O ¿horán nació con la revolución.

I: ¿En los problemas en los hombres trabajadores?

G: El problema de los hombre era generalmente era el alcoholismo, a pesar que en Carrillo Puerto estaba prohibido la venta de alcohol, uno de los primeros, unos tipos se habían entre todos se habían tomado un cartón de cerveza, tuvimos que ponerles un poco de suero, para sacarlos y rescatarlos. Teníamos problemas generales del alcoholismo.

I: ¿De las enfermedades propias de su actividad laboral, dengue, paludismo?

G: En generar la mordedura de serpiente, también de las primeras cosas, fue la mordedura de las cuatro narices.

I: ¿Usted tenía el antídoto?

G: El primer detalle es que la primera vez, una persona que venía de un poblado de Carrillo Puerto, a esta persona me lo enviaron conmigo como a las 10 de la noche y la gente cuando traen un mordido inmediatamente se pone alrededor y había un maestro que era el autor de la canción de Cozumel, si, que se acercó y me dice oiga doctor no necesita usted que yo le ayude a alguna cosa, como yo no lo conocía, le digo...no, no muchas gracias, pero luego al rato vuelve a insistir y a la tercera le digo sabe que... ¡no tengo suero! y me dice sabe que doctor, aquí hay unas familias que compran y lo tienen almacenado, entonces ya fuimos a... el me llevó a las

593 casas que él conocía, ya lo conocían, era maestro de allá, de música por cierto y

594 entonces yo le pedía, entonces él compromiso era que a mí me lo... entonces se lo pusimos a esta persona de mordedura de cuatro narices. También tuvimos un caso de Tétanos, este muchacho, que era de por allá, era de un pobladito cercano a Felipe Carrillo Puerto, este muchacho participo en algunas competencia de carreras, entonces en la competencia al llegar a la meta, mete las manos y sufre una herida, pero el maestro de la misión cultural y me dice, Dr.

aquí le traigo a fulanito de tal, entonces yo lo reviso y me llama la atención que tenía la mano vendada y le digo ¿Que te paso allá? no pues ahí la enfermera María Victoria, me hice esto y me curó. Y le digo a Helia que era unas de las enfermeras, todavía la herida tenía restos de tierra, entonces le quitamos los bordes necrosados y limpiamos perfectamente bien la herida y entre las cosas que le dimos para la vías respiratorias había algo de penicilina, y entonces resulta que a los dos días, aproximadamente tres cuando mucho, me lo traen en la madrugada ya con su trismus, entonces yo le digo a la misión cultural, esto es un poco delicado, llévenselo a Chetumal, me dicen, no Dr. ¡¡nosotros confiamos en usted!! ¡¡¡Y lo atendemos y lo sacamos de su problema!!! Y el muchacho después por hablar mucho le decían la chachalaca, jajaja, los primeros días que ya pudo hablar, nos agradeció lo que habíamos hecho por él, así deberás bonita verdad, fue uno de los casos.

I: Entonces... ¿Cómo le hacía por ejemplo para la red de frio para las vacunas que habían que aplicarle a la población, si nada más había luz hasta las 11 de la noche?

G: Pero ya en este caso ya teníamos a la Comisión Federal de Electricidad, que es lo que yo le decía que yo fui médico de la Comisión, ya nosotros ya no usábamos las

616 plantita de luz para arrancarla y luego iluminar la sala de expulsión y atender, ya

617 había transcurrido el tiempo suficiente para que tuviéramos la luz, hablando de la luz ¿con el caso de parto...!

I: Me refiero a ese momento que no había luz y usted trabajaba así. ¿Cómo lo hacía para las vacunas?

G: Bueno generalmente venían brigadas

I: Ah ok, así si funcionaba, o sea a través de la abrigada con él termo, lo aplicaban y ¡¡¡vámonos!!!

G: Así es

I: Y regreso otra vez y se quedaban los días que era necesario para cumplir las coberturas y en que tiempo después, este, hubo luz, ¿ya estaba trabajando usted como médico de base?

G: Como en el 64

I: A ok, ya dos años después, había los suficientes medicamentos como penicilina, cuando estaba como pasante, este, había cloroquina, en los casos de paludismo.

G: Incluso por ejemplo no, yo fui médico de la Federación de la Cooperativa Chiclera, la Federación de Cooperativa Chiclera tenía el compromiso de que a los trabajadores que llegaban de trabajar el chicle, les diera medicinas hasta por \$ 2500.00 pesos por mes

635 I: Ah, ok

636 G: Entonces yo tenía que comprar medicinas de acuerdo, para atender la necesidad, pero ya en alguna ocasión que estaba con Mario Cárdenas unos de los curanderos

I: Ah, ok...

G: En una ocasión a una persona le recete penprocilina, el delegado del gobierno quería condicionarme, a que yo las recetas se las mandara a Mario Cárdenas que era su compadre.

I: Jajaja, quería distribuir...

G: Que yo las mandara a su farmacia, entonces yo le daba la receta y que las surtieran en donde ellos quisieran, uno de ellos regresa y me dice, oiga doctor, ¿este es el medicamento que me receto? Sí ¿Y ya luego le digo cuanto te costó? El doble de lo que vale al precio público, entonces ya eso me presionó a que yo surtiera para el público general. También tuvimos la oportunidad de atender al doctor Ruíz Mazzoti del Instituto de Investigaciones de Enfermedades Tropicales, él necesitaba gota gruesa...

I: ¿Usted ya estaba en Carrillo?

G: Yo estaba en Carrillo

I: Ah, ok.

G: Yo estaba en Carrillo, a Tiburcio May le pregunté, como puedo conseguir gota

655 gruesa para los jóvenes que son de una región muy especial, entonces me dice el

656 doctor muy fácil, yo los voy a mandar a buscar, a citarlos para alguna cosa y usted les va a ofrecer una inyección de vitaminas, por la gota , vitaminas..

I: Esto lo que quiere

G. Porque culturalmente así esta, y así conseguimos la cantidad de gotas gruesas para la investigación del doctor Ruiz Mazzoti.

I: Ah, ok, Doctor cuando..., en sí, pues este, usted manera natural sube como Jefe de los Servicios Coordinados, realmente pues no siente mucha diferencia, no hay así un choque muy importante, porque de manera usted ya desempeñaba, pues todas las responsabilidades que les competían al Jefe de los Servicios Coordinados.

G: Hasta la firma de documentos doctor.

I: ¡¡¡Fíjese!!!

667 G: Jajajajaja

Sexto Segmento.- Pág. 131. Línea 668-668

I: Entonces, pues si yo creo que por justicia, por lo que usted quiera pues básicamente, a la gente, a mucha gente no se le da ese pasó de que hacen todo y prácticamente cumple con el perfil, pero no logran llegar nunca a ese pasito y ¡¡¡usted si lo logró!!!

G: Si pero hay un detalle que no he mencionado, ahí en esa época teníamos al doctor Raúl Mendoza, que era una persona que originalmente el doctor Raúl Novelo Echánove trajo de Baja California y que había sido Jefe interino de los Servicios Coordinados del Norte.

676 I: Ah, ok

677 G: Entonces él aspiraba a la posición, entonces yo, porque además su hermano del doctor Raúl Mendoza Rejón era el Secretario de Educación, que David Gustavo trajo de tabasco para acá.

I: Ah, ok.

G: Entonces allá la situación, yo considero que el doctor Novelo se decidió por mí, por quizá muchos factores y bueno... yo lamento no haberle en algún momento haberlo ido a ver a Mérida platicar con el doctor y agradecerle ese apoyo que me dio, que fue de verdad de un valor extraordinario.

I: Claro, si pues construyó su destino con eso.

G: Porque quizá ya hubiera yo llegado siempre, pero, es más, cuando yo estaba de manera interina, fíjese de ese detalle, el doctor Luís Cervantes García, que fue Director General de los Servicios Coordinados en el país, era ya mi amigo.

I: Ah

G: Era Jefe de Servicios Coordinados en Tabasco.

I: Ah, ok

G: Que habíamos tenido algunas cosas, que incluso alguna vez lo invitamos a Cozumel, que estuviera ahí en algunas pláticas y una cosa así, me habla por teléfono un sábado. Me dice ...Gerardo, te quiero dar esta información por si algo te ha de servir, el doctor fulano de tal, no recuerdo el nombre de este doctor, pero si lo conocía de vista, Salud Pública también, ya tiene su nombramiento para que lunes se presente

697 y tome posesión como Jefe de los Servicios Coordinados en Quintana Roo, te doy

698 esta información por algo si te puede servir, estamos hablando de un sábado a las 11 de la mañana, levanto el teléfono, le marco al Gobernador y encuentro a David Gustavo, le digo, oiga Licenciado tengo esta información, me dice no te preocupes ahorita lo vemos, el habla a México y aquel amigo que ya tenía su nombramiento, no llega, no llega nunca. Son hechos fortuitos, circunstanciales para que las cosas se hagan en un sentido.

I: Si, los factores son múltiples

I: Antes de pasar a la siguiente etapa cuando usted ya era pasante esta en Carrillo después en Chetumal, en el Hospital Regional, bueno primero cual era el Hospital de referencia, el Hospital Regional o el Hospital Morelos,

G: Bueno, yo traía los pacientes con el doctor Martínez Villalpando, que era el Director del Hospital Morelos, ya había algunas canalizaciones que yo hacía al Hospital Regional.

I: ¿Que diferencia de mejora había entre uno y otro hospital?

G: Bueno la agresividad del doctor Miguel Martínez Villalpando.

I: Es decir el abordaje inmediato, ¡¡¡buscar la solución!!! ¿Tenía ahí rayos x, en el Morelos?

G: Los sacaban del centro de salud

I: Ah, ok. ¿El Hospital Regional, no tenía rayos x?

717 G: El Regional si tenía, más no había quien lo operara.

718 I: Ah, ok. El centro de salud era realmente la referencia, y para usted la afinidad con el doctor Villalpando y su inmediatez, pues prácticamente a usted le resolvía, porque su prestigio en Carrillo, porque finalmente el conflicto de la gente pues representaba su legitimidad como médico y su permanencia en este lugar, dadas las carencias que había ¿no? ¿A partir de que empieza usted a estar en este lugar, y como pasante y ya como médico aquí en Carrillo, ¿cuál era su percepción de las enfermedades crónicas?

G: Bueno nosotros hicimos un estudio por ejemplo del problema de tuberculosis y con la prueba nosotros encontramos que realmente...

I: ¿PPD no? Ah ya, entonces fue que hicieron un escrutinio.

G: Porque se hizo un... porque de hecho este programa era un programa vertical, igual que el de Paludismo.

I: Que programas verticales existían en ese momento

G: El del paludismo, dengue, fiebre amarilla y este de tuberculosis.

G: Recursos especiales, tratamientos completos, o sea nominales, búsqueda intencionada, insumos para el diagnóstico temprano, etc, ¿no?

G: ¡Así es!

I: Pero por ejemplo, este, diabetes, hipertensión, problemas de cáncer. ¿Era raro que usted lo encontrara en su consulta?

737 G: Si, ¡era raro!

738 I: ¿No era una prioridad del Gobierno Federal?

G: No era prioridad

I: Básicamente su interés fundamental era sobre el control familiar, sobre la atención hacia los niños, sobre la atención a la mujer y los problemas de enfermedades tropicales, que de alguna manera representaba a México antes la OMS o ante la OPS que de alguna forma eran como compromisos nacionales ¿no?. Porque digo....

I: Por ejemplo el Aedes Aegypti, en algún momento, estamos hablando de la época de Díaz Ordaz, se hizo un trabajo en donde prácticamente se eliminó el Aedes Aegypti en Quintana Roo, y se tocaron por ejemplo en las oquedades de las piedras en Cozumel, el agua de lluvia se acumula allá, evitar que el mosquito se produzca en esos lugares, eliminar prácticamente al Aedes, pero lógicamente, sabemos que biológicamente, si no se continúan los programas, eso, al rato ya está igual, que es lo que ha pasado.

I: Y las modas, las modas, también, que hay recursos ahora, que ya no me intereso el programa, que hay crisis en el país, se cortan los recursos. Como Subjefe de los Servicio de Salud, ¿cuáles eran los logros del Estado, como eran la cobertura, que cuentas entregaba usted, sabiendo antemano...?

I: Bueno, sí, nosotros manejábamos por ejemplo, que cobertura tendría por ejemplo el Seguro Social, el ISSSTE y quiero decirle por ejemplo que en Carrillo Puerto, nosotros teníamos la concesión de un terreno, en donde se construyó el Centro de Salud con Hospital, de Carrillo Puerto y en la parte sur había más terreno, los del Seguro Social, vieron, utilizaron la parte posterior donde estaba la jurisdicción

759 sanitaria y construyeron el Hospital del IMSS, yo en esa época tenía un Director,

760 que le gustaba un poco el trago y algunas cosas así y le dije, mira si tú ves, que la parte posterior que es terreno de la Secretaría y quizá en algún momento, vamos a necesitar construir un Hospital en forma, que no nos quiten este pedazo, ¡¡¡si, como no doctor!!!, ¡¡¡cuando me avisa!!!, ya habían los cimientos, entonces yo hable en ese momento con el Gobernador que era Chucho, le digo oye fíjate que están invadiendo, entonces era Presidente Municipal que era Estrella Pool , cuando en Carrillo Puerto hay suficiente terreno para que el Instituto Mexicano construya su Hospital. Hay terrenos.

I: Claro

G: Y me dice, si le decimos ahora, entonces ni lo construyen

I: ¿Ni lo construyen?

G: Ni lo construyen

I: ¿y nos quedamos sin servicios...?

G: Entonces se termina y posteriormente con programas y convenios con la Secretaría y el Seguro, pasa a la Secretaría.

I: ¡¡¡Ah, mire le convino la estrategia!!! Pero como Subjefe me imagino que a final de ese año, se entregaba un informe a México A la Federación de los resultados que se tenían en el Estado y las coberturas que...

G: Si las cosas, estadísticas

780 I: Que destacaba usted como Subjefe de logros de los programas verticales,

781 G: Fundamentalmente, este, las cosas de inmunizaciones.

I: ¿Cómo andaban los porcentajes de cobertura en ese tiempo?

G: Pues, yo considero que, es más el Dr. De la Yata en algún momento puso algunas cifras que no coincidían mucho, pero andamos como en el 80 o 85% no menos.

I: Ah muy bien, bien sobretodo que no había tantas unidades como para...

G: Nosotros en inmunizaciones por ejemplo, lográbamos coordinarnos con el Gobierno del Estado, y entonces el Gobierno del Estado mandaba a sus delegados que apoyaran con la vacunación, lográbamos también hasta que el Ejército se incorporara, por ahí tengo fotografías, no muchas, pero si el del ejército, se incorporaba también a la vacuna.

I: ¿La tuberculosis, como andaba de cobertura?.

G: Bueno la..., se hacían los estudios y se veía, yo calculo por ejemplo el doctor Macías, era el responsable del programa de tuberculosis, el concentraba todo el Estado, yo vi que llevaba un control muy estricto.

I: ¿Y habían medicamentos suficientes? O sea, ¿nunca faltaban los medicamentos que mandaba la Federación?

G: No, no, no no.

I: O sea cumplía la Federación con sus programas verticales

800 G: Con sus programas verticales

801 I: Control prenatal por ejemplo, como andaba las coberturas, utilizaban me imagino yo pastillas, utilizaban...

G: Si, este, si todo para tratar de dividir un poco la...

G: Y el otro detalle, es que por ejemplos las muertes maternas...

I: ¿Era otro programa vertical?

G: No las muertes maternas que las veíamos nosotros, eran bastante más baja.

I: más bien era por presión de la comunidad, ya que si muriese una madre, el impacto es muy grande hacia la comunidad.

G: En el hospital morelos yo siento que a pesar de no tener muchas enfermeras tituladas, este, las personas que trabajaban allá tenían más afectos con las pacientes, una identidad

I: Pero si había garantía de que le entregaran las pastilla mes a mes...

G: Bueno, sí, si había, incluso en esa época, teníamos programas, por ejemplo en donde había programas de visitas domiciliarias de las enfermedades sanitarias

I: Pero ¿la Federación cumplía?

G: Cumplía

818 I: ¿Siempre llegaban los insumos que ustedes requerían?

819 G: Si, si, si de hecho nosotros no podíamos quejarnos de lo que paso a través de la federación, en el caso por ejemplos de los colonos. Los colonos siempre pedían de más, quizás porque venían de otra parte, quizás cuando les dijeron que venían a Quintana Roo, les ofrecieron muchas cosas, y tan es así que cuando el doctor López Aguilar se sublevaban y lo querían linchar.

I: ¿A quién le pedían los colonos, a la Secretaría?

G, No, no, no lo pedía al Gobierno, cuando estaba Felipe Asencio, creo que era Agricultura una dependencia o una cosa así.

I: ¿O sea directamente a su empleador?

G: A su empleador.

I: A la Secretaria de Agricultura y Ganadería.

G: Incluso les pagaban 20 pesos diarios...

I: A Agricultura y Ganadería y ¿pedían sus prestaciones?

G: Asi es,

I: En estés caso todavía no había Seguro Social para ellos

G: Ajam..

I: Entonces la Secretaría se hacía cargo

G: Se hacía cargo

837 I: Y esa cobertura de alguna manera... ¿los colonos donde están distribuidos?

838 G: Bueno en Sergio Buitrón, Buitrón Casas, en Carlos A. Madrazo.

I: O sea aquí nada más en Othón P. Blanco o ¿también aquí en Cancún en Carillo?

G: Este de..., en Bonfil por ejemplo de Benito Juárez....

I: En Benito Juárez

G: Si, en Benito Juárez, incluso cuando mi hermano estuvo como Presidente Municipal, a mí me tocó participar en una reunión...

I: Pero no había Centros de Salud

G: Originalmente no había, no había.

I: Este de...

G: Pero el Gobierno del Municipio nos facilitaba un local, en donde el doctor García Fuentes, fue unos de los primeros que mandaban para allá.

I: Ah, ok.

G: El doctor García Fuentes estaba en la Marina, la Secretaria de la Marina

I: ¡¡¡Si es cierto...!!!. Cuando todavía era territorio, aparte de las unidades que ya hablamos de Carrillo, O.P.B., bueno Chetumal, Isla Mujeres, Cancún, ¿había otras unidades importantes en el Estado, o eran las únicas?

G: Era la más importante las de nosotros

I: ¿No había médicos en otras unidades?

856 G: No, que yo registre, no.

857 I: Puras Casas de Salud con Auxiliares de Salud, Promotores de salud, y a esos promotores también le pagaba la Federación o les pagaba... estoy hablando como Territorio, o nada más asistían voluntariamente a la comunidad

G: Algunas voluntarias, era una cosa distinta.

I: Pero a la federación no reconocían pagos a la gente, solo le daba originalmente a la rama médica y paramédica.

G: Ah, exactamente

I: Cual es en sí su interés, en relacion a ser Subjefe de los Servicios, los programas que usted hacía, hacia donde lo orientaba, hacia los logros que usted estaba teniendo en función de las coberturas que tenía, ¿más o menos del 80%...?

G: Si bueno cada programa tenía sus metas y esas metas tratábamos nosotros de alcanzarlas

I: Esas metas las fijaba quién, ¿la federación o ustedes?

G: Era el programa que se hacía en Quintana Roo.

I: A ok, ¿ustedes fijaban sus metas?

G: Si, nosotros nos fijábamos nuestra metas

I: Ellos fijaban los lineamientos de los programas que tenían recursos, que iban a financiar.

G: Así es. Este de si, también en una ocasión, tuvimos un desayuno con Jesús

876 Martínez Ross, en el hotel de los cocos, entonces yo tuve la oportunidad de

877 presentarle a los diferentes jefes de departamentos, para que leyera partes de sus programas, de los programas y Jesús Martínez Ross quedó con los ojos cuadrados. Dijo, ¡¡¡tantas cosas!!!

I: En orden de prioridad, ¿cuáles eran esos programas?

G: Pues el de Materno infantil siempre fue, ya habíamos hablando de las Inmunizaciones fundamentalmente, tuberculosis por ejemplos no, y el problema fundamental el que..

I: ¿Diarreas, iras?

G: Porque, los niños de menores de 5 años, el problemas de las diarreas lógicamente, porque es donde hay una incidencia terrible...

I: De los ancianos, ¿cuál era el problema?

G: De los ancianos... (...), bueno es que la verdad podríamos hablar de problemas degenerativos, de diabéticos, hipertensión arterial, pero no creo que sea tan llamativo.

I: O sea, para la federación era complementario.

G: Aja...

I: Es decir, obviamente yo escuchaba en el audio, que era el 8%, 10% del de la población total, la población adulta mayor

G: Mmmm..

I: Entonces realmente no es mucha, como usted dice, simplemente se pedían los

897 medicamentos que se requerían para el control de estas enfermedades y hasta ahí,

898 y aquellos padecimientos por ejemplo cáncer y otras patologías crónicas, simplemente no se consideraba como una prioridad, porque se referían a Yucatán y como básicamente la Península de Yucatán, pues tenía una dependencia de los Servicios Coordinados, entonces al finalmente la Federación absorbía el costo de los pacientes que se referían a Yucatán que mandaba el Estado de Quintana Roo, entonces el Estado, de acuerdo con su infraestructura de un segundo nivel incipiente, este pues daba atención a sus prioridades, que en este caso seguramente la Federación pues en este caso la Federación lo marcaba de quien, de la Organización Panamericana de la Salud, porque las políticas se dictaban para toda Latinoamérica pues porque eran similares seguramente estas condiciones socioeconómicas y la problemática que se acontecía.

909 G: ¡Así es!

Séptimo Segmento.- Pág. 143 (línea 910-1341)

910 I: Bueno, de esta parte, porque me eh insistido mucho, en la parte del Territorio, de la Subjefatura y todo lo que acontece, pues es una fase diagnóstica situacional, porque es para ubicar la parte más importante que ya viene ahora. ¿Tiene algo que agregar como Subjefe, su experiencia su conclusión, de todo este proceso?

G: Bueno la, la...nosotros consideramos que el perfil profesional del Jefe de Servicios Coordinados, y que en este caso esta desde el doctor Ramón Mendoza Vega, del doctor Helio Espesale SanVicente, del doctor Turincio del doctor Turrubiarte y el doctor Novelo, todos ellos, con la Maestría en Salud Pública y una orientación social hacia la población, con una visión clara de la problemática, que estaba enfrentando con

919 los recursos que se tenían.

920 I: Usted ya pensaba que con eso, este, que si usted, obviamente siendo ya médico general, usted este, visionaba el hecho de que si cubría ese perfil yéndose a hacer la Maestría, llegara a ser Jefe de los Servicios Coordinados.

G: Bueno... quizás no enfocándola con la... política, simplemente las circunstancias que se daban en ese momento.

I: ¿Porque no una especialidad?

G: Bueno yo de hecho quiero decir esto ¡¡no!! cuando yo estaba en Carrillo Puerto el doctor Luís Mazzoti me dijo, doctor, médicos como usted son los que necesita el Instituto Mexicano del Seguro Social, yo soy asesor del Director General del Seguro Social, si usted quiere, eh, si usted quiere, yo lo recomiendo, ¿usted decide?, entonces eso es una... y despuésito me ofrecieron la Delegación de Gobierno, y yo preferí irme a la Escuela de Salud Pública, no pensando, hago la aclaración, en que con ello iba yo a ser Jefe de Servicios Coordinados.

I: Si, fue circunstancial todo, se fue construyendo, se fue dando, pero ¿porqué no una especialidad médica?

G: Bueno, es más, por ejemplo mi tesis para ser médico, la hice del Hospital Infantil de Legarí, de la ciudad de México en donde lo que tratábamos, era que los caso en el Hospital Infantil de Legarí del Distrito Federal.

I: Del departamento

G: Eran los casos de Meningitis tuberculosa, era muy abundantes y las camas no

940 alcanzaban para recibir y atender a todo los niños, allí recalaban, entonces mi

941 tesis se basa en la intención de que personal del hospital fuera a visitar y llevar los medicamentos para que el control de los niños, se lograban salvar con su tratamiento de fase aguda, a que tuvieran la posibilidad, el problema que yo me encontré, porque visitamos muchas de la casas en el Distrito Federal, era que muchas personas, los papas de los niños con Meningitis tuberculosa, vivían en tugurios.

I: ¡Todo los factores de riesgo!

G: ¡¡¡Todo!!!

I: ¡¡Todos los factores de riesgo!!

G: Entonces, así que desde ahí que presenté mi examen profesional, estaba yo orientado hacia las cosas de tipo social.

I: Bueno, todo se ha dado de manera cómo le digo, circunstancial, con muchas coyunturas, con muchas situaciones realmente difícil como se da conforme uno se va ascendiendo, cada vez más si metes las manos al fuego, porque obviamente pues esto se va dando bajo este tipo de, este de, ambiciones o de intereses o de búsqueda por tratar de cubrir las necesidades de una población, ahora ya como, estar transición entre..., porque todavía era otra vez volver a lanzar el dado hacia la fortuna, y saber si podía continuar como ya Jefe de los Servicios Coordinados, con un gobierno ya Constitucionalmente creado que fue en el 74. ¿Cómo fue esa transición, esa siguiente etapa?

G: Bueno, ¡¡¡no sé si vale la pena hacer un paréntesis!!! En Felipe Carrillo Puerto nosotros tuvimos la oportunidad de participar como Presidente del Patronato Pro

963 secundaria, como Presidente del patronato pro distribución de agua potables

964 como Presidente de Patronato Pro kinder y el patronato del mejoramiento de la iglesia católica, en donde se lograron... la secundaria; hubo un incidente del señor Noé, que era un empleado del banco ejidal, llegamos, llegan los papás, los padres de familia y me dicen doctor, porque yo ya estaba metido en ese tipo de cosas, doctor fíjese usted, que mi hijo quiere estudiar la secundaria, pero yo no tengo dinero para mandarlos a ninguna parte, simplemente se trunca esa posibilidad y así varios padre de familias, y nos reunimos en la escuela de Moisés Sáenz, y se hace un comité proe secundario, yo resulto como Presidente de Patronato y que sucede, que ya luego yo platico con el ingeniero Márquez con el señor Pulido, con las personas de Carrillo Puerto, que yo considero pudieran ser los maestro para cubrir la curricular de primer año y ya con eso, yo convocó a una reunión en el local del cine de Benito Juárez llega,

I: Y en la Secretaría, ¿que cargo tenía en ese tiempo?

G: Yo era Director del Centro de Salud,

I: Ah, ok

G: El Director del Centro de Salud, yo todo el tiempo que estuve en Carrillo Puerto fui Director

I: Después de la pasantía.

G: Aja, sí y entonces ya en esas condiciones, se llena el cine Benito Juárez y este, yo pues digo, vamos a hacer, vamos a construir con el Patronato Pro secundaria, sabiendo lógicamente que si yo había organizado todo lo anterior, pues lógicamente recaería en mi nuevamente, el Patronato, se para este señor Noé Bahena, dice yo quiero

986 proponer al Sr. Fernando Esquivel que es una persona que tantos años ha estado

987 en Carrillo Puerto, todo un discurso y entonces se propone como el tercer candidato y yo el primero otra persona y el... don Fernando, y Don Fernando se para y dice, saben que, yo creo que es una tarea para personas jóvenes, no para mí que estoy....

I: ¡Se descarta...!

G: ¿Se destaca!, luego se vuelve a parar Noé Bahena, bueno ya que don Fernando Esquivel no acepta, yo propongo a su hijo Francisco Esquivel que sea él, como candidato y bueno... luego, va la votación, lógicamente siempre es uno el primero

I: jajaja

G: Y... vuelve a aparecer Noé Bahena, yo considero que como un acto de cortesía, vamos a empezar con el último, Francisco que acaba de venir del tecnológico, es de acá, toda una leyenda no!

I: ¡La localía!

G: Aja, Entonces se hace la votación, se hace con Francisco y la cantidad enorme de votos, supuestamente me ganaba por un voto, entonces queda Francisco como Presidente del patronato, yo como vicepresidente.

I: ¡Si...!

G: Y Francisco ya como Presidente del Patronato Pro secundaria viene a Chetumal, y se entrevista, se entrevista con el Gobernador, le cae bien al gobernador y lo nombra Delegado de Gobierno, ya como Delegado de Gobierno él puede movilizarse y buscar

1017 recursos escolar, nosotros estábamos dando clases en las bodegas de la

1018 Federación de Cooperativas Chicleras, ya los alumnos en el aula, de veras yo considero que la intervención de Sr. Noé Bahena fue estupenda, porque si yo hubiera quedado, yo no hubiera podido movilizarme como responsable del Centro de Salud y todos los problemas.

I: Claro... oiga, ahorita que me aparece la duda. ¿Porque fue hacerse su pasantía a Carrillo?

G: Bueno mi pasantía la hice en Carrillo Puerto, porque yo en México trabajé en un sanatorio particular con el doctor José García, el doctor José García había sido Jefe de los Servicios Coordinados en Quintana Roo, él siempre me hablo de Carrillo Puerto y yo lo considere por ser la zona maya de una zona de verdad con muchos problemas y realmente lo decidí, pero dadas las circunstancias que Carrillo Puerto no estaba adscrito a la Escuela Superior de Medicina del Politécnico, sino a la Universidad, entonces Jorge Polanco como Presidente de Estudiante Quintanarroenses en México, platicábamos, y me dice, porque no vas a Carrillo y ya le expliqué porque, entonces nos fuimos a platicar con el Gobernador allá con Aarón Merino Fernández y Aarón Merino Fdz, hizo una cartita al doctor Luís Cervantes García, para que la plaza de Carrillo Puerto me la asignaran a mí, y así es como llego a Carrillo Puerto.

I: ¿Plaza de pasante?

G: Plaza de pasante... entonces lógicamente Carrillo Puerto para mi es...

I: ¡Un laboratorio social! Básicamente ahí es su casa para desarrollar sus proyectos

1048 ¡no! de alguna manera y el Centro de Salud se inauguran por esas épocas

1049 G: La inauguramos con el doctor Helio Especial SanVicente, que es el que sustituye al doctor Ramón Mendoza Vega, que es el que muere en el avionazo.

I: Ah ok... y cuando usted llegó entonces a la pasantía. ¿Cómo estaba esa unidad?

G: Pues no, no existía.

I: ¿Usted empezó en donde a trabajar como pasante?

G: Yo empecé allá en un dispensario de la Federación de la Cooperativa Chiclera

I: Ah ok,

I: Cuanto tiempo paso para que ya se pasara al otro edificio?

G: Pues, como un año y fracción.

I: Como pasantes ¿usted no estuvo en uno habilitado?

G: Un dispensario prácticamente.

I: Un dispensario prácticamente, pero ya le surtía Chetumal medicamentos, programas todo eso

G: El trato con la...

I: ¿Y antes hubo médicos ahí?

G. Sí, el doctor Ancona por ejemplo.

I: ¿Era pasante anterior?

1066 G: El fue pasante anterior.

1067 I: O sea, se manejada a través de pasantes. ¿Cuántos pasantes llegaban en ese tiempo a Quintana Roo?

G: Pues como 4 o 2 o 3

I: Que se quedaban en Chetumal.

G: Se quedaba en donde se le asignaba.

I: Casi casi uno en Othón P. Blanco otro en Carrillo y otro en Cancún, Tulum, ¿por ahí?

G: Eran muy pocos, sí.

I: Ah ok, tons... como le decía no, ahora esa coyuntura de asumir como Jefe de los Servicios Coordinados en un Gobierno Constitucional, que le represento anímicamente, físicamente, emocionalmente, lo sintió natural, igual, de pasar de Subjefe a Jefe de los Servicios Coordinados en un Territorio o... ¿Que sintió el hecho de ser prácticamente ser ya Constitucionalmente pues, una autoridad que representa el Gobernador en materia de salud?

G: Bueno, nosotros en realidad nunca estuvimos en el plan de representar en ciertas formas directa al Gobierno del Estado, porque hasta el momento en que yo entrego era estrictamente de carácter Federal, pero lógicamente a nosotros se nos hace fácil muchas de las cosas, por que como somos el Territorio, crecimos en la Ciudad de Chetumal, no hay prácticamente las personas que llegan al poder son personas altamente conocidas y quizás hasta amigos, entonces nosotros no sentimos ningún

1087 obstáculo, para aspirar a otras cosas, es más yo tengo información, de que Javier

1088 Rojo Gómez siendo Gobernador, soltaron por allá que yo podía ser el diputado por Quintana Roo, pero... no le preste mayor interés y Víctor Cervera Pacheco, siendo el delegado del partido revolucionario constitucional, me invito ir a sus oficinas, que tampoco... porque yo no tenía una orientación... estrictamente de ambición política, pero..., pude haber tenido esa oportunidad... de hecho se tuvo la oportunidad, pero no lo agarramos como la agarra un político que quiere ser político.

I: Pero de alguna manera pues si influyó el Gobernador Martínez Ross para su continuidad o de alguna manera ellos... generan influencia para poder dar su voto, porque digo... si para un Gobierno Constitucional inicial le incomoda, aunque sea pues un agente local pero que representa a la federación, este, pues hace lo imposible por tratar de...

G: De hecho, así paso ya con Pedro Joaquín

I: Pero con Martínez Ross ¿hubo esa afinidad, o ese palomeo?

G: Con Martínez Ross no tuvimos realmente ningún problema, ¿Porqué?, porque Martínez Ross era egresado de la misma escuela secundaria federal del partido de trabajadores que yo, y yo forme parte del comité, porque él era anterior a mí, yo forme parte del comité en la secundaria, yo era secretario del deporte, cuando aún todavía estábamos en la escuela, o sea que con Martínez Ross, estábamos plenamente identificados, con él no había ninguna, ninguna cosa que dijera.

I: Ahora, usted en sí, básicamente lo que me comenta es muy importante, porque uno piensa el marcaje ante un gobierno constitucionalmente creado, pero realmente usted

1109 representaba a la Federación, entonces, era la continuidad en un Gobierno y

1110 quizás de un tranquilidad de un Gobernador en turno de... que usted llevaba control y manejaba perfectamente los programas y la Federación pues también, este, estaba, este, pues consiente y tranquilo de que se mantenía el hilo conductor que llevaba, en base el Modelo de Atención a la Salud.

G: Es más, por ejemplo en el caso de Martínez Ross, siendo diputado federal el me fue a visitar como Jefe de los Servicios Coordinados.

I: Sí, el ya mentalizaba lo que en un momento dado, se mantenía y además seguramente digo, bueno, estaba muy ocupado, mi gabinete lo tengo que conformar y tengo que trabajar con el gobierno federal que usted, en un momento a otro era una de esas instancias, usted a pesar de esa continuidad, estando con el gobierno Martínez Ross, pensó en unas...en acciones diferentes en función a las necesidades de ese momento o simplemente era continuar con los programas que había, hubo un parte, ahora las acciones las voy a dirigir a este enfoques!!!, o van a ser diferentes, o las voy a complementar, o era la continuidad?

G: No, yo siento que las condiciones de la Institución a la cual yo representaba, tenía técnicos de muy buen nivel a nivel Nacional y nosotros siempre tuvimos la oportunidad de dialogar con los que eran Directores Federales de los Servicios Coordinados de los Servicios de Salud del país, como el Dr. Augusto Fujiyaki Lechuga, como el Dr. Ramón, el dr. Álvaro Gutiérrez, incluso con el Secretario de Salubridad el Dr. Navarro, tuvimos la oportunidad de tomarnos una nieve en el Paseo Montejo, platicando como unos grandes amigos, el doctor Secretario de Salud en una visita que hizo Echeverría a Yucatán, Mérida, yo me traslade y tuve esa oportunidad

1132 de convivir con el doctor, así como grandes amigos en una mesa así como la que

1133 estamos, cada quien con su nievecita, sí, en la avenida Montejo en Mérida... y eso lógicamente también me da fortaleza por la relación de amistad con el Dr...

I: Si porque como también comentaba de alguna forma en muchos aspectos usted representaba al Gobernador en materia de salud y eso era un respaldo no, a diferencia quizás con el Territorio, que de alguna manera ya no era el Territorio federal, en este caso ya había ciertas diferencias en función de mensajes subjetivos de lo que representa un Gobierno Estatal, con otro Gobierno Estatal que ya existía, como Campeche, Yucatán y que eso unió fortalezas, pues por ejemplo para fortalecer el sistema de referencia no, de alguna manera usted hizo que se complementara la atención de los servicios, precisamente por esos faltantes en este lugar, con la ventaja, siendo dependiente de los Estados de la Península, que finalmente los recursos derivaban del centro del país, entonces no había problema de que yo te debo, porque te mando mi paciente, ¿no? simplemente era una red de servicio integrada y así lo marcaba de alguna manera la Federación. ¿Había otra instancia de referencia en el sur, aparte en Yucatán, para Quintana Roo en ese tiempo?

G: No, generalmente era Yucatán.

I: Y de ahí ellos decidían, mandar a los Institutos Nacionales seguramente, ¿o ustedes mandaban a los Institutos?

G: No, no, no. nosotros la referencia era Mérida, porque se considera que Mérida siempre tuvo una avanzada en atención a la salud, sí, así es...

I: Hubo retos que le planteó el Gobernador, su gente, diferentes, nuevos, a partir de su

1154 inicio de gobierno, había una preocupación...

1155 G: Una de las cosas fundamentales fue la creación fundamentalmente del Seguro Social y del ISSSTE, porque en esas épocas fue cuando se hizo lo del Seguro Social en el caso que va empezando Martínez Ross, ¡¡¡5 unidades!!!, entre ellas la de Carrillo Puerto, la que finalmente quedo... ¡¡¡5 unidades del Seguro Social!!!, el ISSSTE, nosotros le dábamos en Chetumal, con el Hospital Regional le dábamos 5 camas que le subarrendábamos y 20 para la Secretaría de Salud, en esa época fue lo que se construyó el...

I: A lo largo de su Gobierno, el Gobierno el Estado complemento la estructura administrativa o la estructura del área de Servicio Médicos en unidades, ¿cómo era el apoyo ya del Gobierno Constitucional hacia...?

G: Bueno, el apoyo Constitucional es que realmente se podía platicar con el Gobernador y se planteaba que era lo que necesitábamos para completar la estructura de atención a la salud.

I: O sea la encomienda del Gobernador era completar...

G: Gestionar ante la...por ejemplo la rehabilitación.

G: La rehabilitación, empieza desde la época de David Gustavo y se complementa y se termina con Jesús Martínez Ross...

I: Que tema de rehabilitación...

G: La rehabilitación en términos de lo que conocemos, en Crea ahorita con las

1175 I: Que en este caso la esposa era la que abanderaba el Sistema DIF...

1176 G: Si, con ella, era la que... por ejemplo con Rosita avanzamos bastante, precisamente con la atención a la salud, a las personas, otras gente, por ahí, por ejemplo algunas ponencia por allá, no! Y que se hizo para que... como se llama, se hiciera... aquí en Quintana Roo en relación a la Rehabilitación, nosotros llegamos a tener incluso mucha... llegamos a tener mucha amistad con el doctor Guillermo Ibarra y eso promovió a la esposa de David Gustavo.

I: Ya con Martínez Ross, como intercedió él para poder fortalecer a los Servicios Coordinados

G: A través de las pláticas con las autoridades, fundamentalmente con la de David Gustavo, con una buena relación con Echeverría, fue que se logró evitar que viniera otra persona allá nombrada por el Secretario de Salud.

I: Ahora, hablemos de lo que fue el crecimiento de la infraestructura a lo largo de su mandato, como Jefe de los Servicios Coordinados en el Gobierno de Martínez Ross. ¿Cómo fue evolucionando?

G: Por recordar una situación, por ejemplo, el Hospital General, yo lleve al doctor, al doctor este, Navarro, a mostrarle el terreno para la construcción del Hospital y el doctor Navarro me dijo. ¡¡¡No tenemos dinero para construcción!!!, y ni quiso ni siquiera pararse a ver el terreno, ¡¡¡estábamos en el momento de la toma de posesión de Jesús Martínez Ross como

Gobernador!!!, ¿y qué sucedió? Que Luís Echeverría dice!!! En este momento vamos a poner la primera piedra, para que construya el Hospital General de la Ciudad de Chetumal!!!, la ponencia la había presentado la maestra Rosita Torres

1197 , una ponencia que yo hice, que le entregue a Martínez Ross, se leyó y entonces

1198 da casualidad que detrás de mí, estaba el ingeniero Buendía, y el ingeniero Buendía me dice, que pasa doctor, que se le ofrece, pues que no tenemos ninguna piedra, no tenemos el atril, no tenemos nada!!!, entonces el doctor Navarro, manda al doctor Cárdenas, me dice doctor que hacemos con lo de..., y le digo no se preocupe, ya le dije al ingeniero Buendía se ofreció muy amablemente y me dijo, tengo este trabajo y ahorita mismo vamos a, ¡vamos a...! y entonces yo dirigí la caravana con la policía federal de caminos ya estaba el terreno, ya estaba el atril y se puso la primera piedra para la construcción del Hospital General de la Ciudad de Chetumal!!!

I: ¿Qué población tenía más o menos en Chetumal en ese tiempo?

G: Bueno, nosotros calculábamos un Hospital para 100 camas, para 100 camas y se hizo de 60, todo el espacio ese es el terreno que en el gobierno de David Gustavo cedió para la construcción del Hospital.

I: Pero eso ya estaba, o sea, ya usted ya lo había planteado.

G: Y Entonces ya estaba... como dije ahí... una ponencia que presentó la maestra Rosita Torres, era la ponencia que yo le dí.

I: Ah, ok. ¿En qué mes fue eso, la toma de ponencia y la primera piedra?

G: En el mes de abril

I: Abril, la toma de posesión

G: Sí yo este...

1217 I: Cuantos habitantes había en Chetumal ¿más o menos en esa época?

1218 G: No, no tengo. Hay, hay registros por allá, pero no podría decir ¡10 o 20

mil...? I: Pero ya la ocupación del Hospital Regional ¡ya estaba rebasada!

G: Precisamente eso fue lo que se le planteó a Luis Echeverría, que nosotros necesitábamos un Hospital que tuviera algunas especialidades, cuando menos las básicas.

I: ¿Cuantos años duro la construcción del Hospital?

G: Como 6 años. Sí, o sea empezó con Echeverría y se terminó y lo inauguramos con López Portillo.

I: Entonces el tiempo de gestión de Martínez Ross fue abril del 75, ¿hasta qué fecha?

G: Hasta el 81.

I: ¿Y usted empezó el Gobierno siguiente...?

G: Con Pedro Joaquín

I: En esa etapa de transición, ¿cuánto tiempo estuvo más o menos con Pedro?

G: Un poquito, como más o menos un mes

I: O sea eso es lo habitual, ¿de los cambios no?, dentro de esa planeación, ¿qué unidades se fueron construyendo en el Estado en su gestión?

G: Pues se construyó nada más, que por ejemplo el de Cancún, Isla Mujeres

I: ¿Cancún cuántas camas, hasta cuantas camas llevo, 40?

1235 G: ¿Creo que sí? ¡ no tengo estadísticas!

1236 I: Ah, ok

G: Este... bueno Cozumel, Chetumal.

I: Se inauguró el Hospital de Cozumel, ¿de las 20 camas que son ahora, con las camas que tiene ahora?

G: ¡Sí, con la cámara hiperbárica también!, de hecho se hizo la infraestructura ya, del pueblo como Cancún.

I: ¿Lázaro Cárdenas?

G: Lázaro Cárdenas... Lázaro Cárdenas, por cierto en una ocasión inaugurando Lázaro Cárdenas, Kantunilkín ...

I: ¿Con hospital?

G: Si. Jesús Martínez Ross estaba por allá, y ya le habían prendido su camioneta, para trasladarnos y se puso dónde estaba el escape, entonces yo lo agarré de la mano y ¡¡¡lo jale discretamente!!! jajajajajaja

I: ¡¡¡No me diga!!!

G: Ja, ja, ja, y no me hizo caso, se quedó, ¡¡tons yo me quite!!

I: ¡¡¡Y le llevo!!!

I: Que unidades se habrán construido en su gestión de primer nivel en el estado o ¿cuántas más o menos?

1254 G: Cancún, Cozumel, Chetumal.

1255 I: Lázaro Cárdenas

G: José María Morelos

I: También el de José María Morelos, ¿el hospital?

G: Yo tengo incluso por ejemplo, fotografías con un representante de la universidad que vino de Campeche. Prácticamente toda la infraestructura que existe hoy, nosotros la inauguramos.

I: Como cuántos Centros de Salud habrán inaugurado, ¿nuevos o sea ustedes...?

G: Como unos ocho, una cosa así.

I: Que todos estos fueron estratégicos, algo así para la población, todo esto a través de negociaciones, anuales con la federación...

I: Limones por ejemplo también...

G: Todos, prácticamente la infraestructura

I: Bonfil.

G: Playa del Carmen.

I: Tulum.

G: En Tulum teníamos una unidad muy chiquitita.

I: Pero la hicieron.

1272 G: Sí y teníamos en Tulum.

1273 I: Bacalar.

G: Bacalar también, Bacalar, me acuerdo también de como enfrentábamos con los de bacalar construyera y todo, muy bien ahí Bacalar, así que por eso digo prácticamente lo que existe actualmente se hizo en ese tiempo... ¡¡¡Todo!!!

G: Más las rehabilitaciones, las mejoras que también se les iba dando mantenimiento.

I: Dentro de ese proceso, este, cuales situaciones críticas usted recuerda que haya tenido durante su gestión con Martínez Ross, de necesidades, de frustración, de coraje, de logro de...

G: Bueno por ejemplo hablábamos del levantamiento de los colonos, nosotros lo enfrentamos desde la época de David Gustavo, y pues en cierta forma estuvimos pendiente en toda la administración de él, porque por ejemplo el doctor Luís Ortiz lo llevábamos a uno de los poblados de aquí cerquita, en donde había conflictos incluso el pasante, en vez de resolvernos los problemas, nos creaba problemas, un muchacho de Tabasco, mandamos al Dr. Luís González y se hizo líder de los campesinos, y salimos adelante, atendiendo lógicamente los problemas...por el interés por las cosas personales.

I: El crecimiento de las unidades, de las infraestructuras, va con la mano del personal, no hubo problemas de desfase de contratación con el personal, de que la unidad no se puede inaugurar porque no han llegado las plazas, quién va a pagar esas plazas?

G: Por ejemplo el Hospital General, el Hospital General viene etiquetado como la Red

1293 Federal de Hospitales, donde ya traería personal, todas las plazas traía personal,

1294 entonces era un Hospital completito, ahí este, una de las cosas en las que nosotros pudimos influir, era en el nombramiento del Director.

I: Sí, porque la Federación no podía verlo todo ¿no?

G: Bueno yo... hay una fotografía donde inauguramos el Hospital General y este el Subsecretario platica conmigo y me pregunta y yo le digo, y le sugiero al doctor José de Refugio, para que sea el Director, el que de hecho ya estaba en el Hospital Regional, y lo nombra la Federación, a través de la Red Nacional de Hospitales, y ya después, había dependencia del Hospital con la Jefatura, pero era un poquito así de...y ya después, prácticamente era.

I: Que otros Hospitales fueron reconocidos en por las redes Federales.

G: ¿Pues el de Cancún?

I: ¿El de Carrillo?

G: ¡El de Carrillo, no! Porque era del Seguro Social.

I: Ustedes dejaron el centro de salud. Solo dos Hospitales Cancún y Chetumal, que era reconocido de la red federal, los otros eran todavía Hospitales intermedios más o menos, ¿no? por ejemplo Cozumel tenía 12 camas.

G: Cozumel era un poquito más grande, este, no tengo conciencia plena, pero el doctor Villanueva le puede decir eso.

I: Y no ha crecido mucho

G: La cámara hiperbárica.

I: Pero por ejemplo, los recursos finalmente venían de la Federación, entonces los

1315 Hospitales chiquitos eran reconocidos por la Federación, que no tenía todos los

1314 servicios y todas las especialidades, este, que en un momento dado eran las de tipo intermedio, finalmente también los costaba la Federación.

G: De hecho.

I: José María Morelos.

G: Por ejemplos nosotros recibíamos el Hospital en Carrillo Puerto, con subsidio de la Federación para el mantenimiento y sostenimiento del... En el Hospital de Cozumel, un detalle muy importante, se terminó el hospital, está concluido completamente equipado y todo, rayos x, todo, todo, voy a México, platico con el Director General y me dice, doctor, no hay presupuesto para la operación del Hospital de Cozumel, Rivera el doctor, me dice, platique usted con su Gobernador, para que el aporte el dinero de su operación, porque esta en chino esto, entonces da

la casualidad que el Sr. Cordero que era el Director General de Administración de los Servicios Coordinados, entonces me invita a comer, en la comida nos identificamos, es egresado de una escuela secundaria Federal para hijos de trabajadores, de las que fundó Lázaro Cárdenas.

I: Mmmm...

G: Nos identificamos, regresamos a su oficinas y me dice doctor, cuál es su problema, el presupuesto era la razón del Hospital de Cozumel, me paso con su secretaria trae el expediente, ante de mí firma, ya está autorizado.

I: Agotar todas las posibilidades hasta que la Federación, pues cubra por que el Estado no tenía la capacidad para poder absorber...

G: Si tuviera, pienso yo

I: Te la dejaba la Federación, o sea, es tu problema no son mis problemas no son mis 1337 servicios.

1338 G: Pero es que los Servicios Coordinados.

I: Habla de eso, habla de complementar

G: Habla que la responsabilidad del Gobierno del Estado, con la responsabilidad del 1341 Gobierno Federal

Octavo Segmento. Pág. 163 (Línea 1342-1549)

I: Que acciones importantes entonces pueden existir, bueno hubo esa gestión con el Gobernador Martínez Ross, que acciones importantes de participación Gobierno del Estado

G: Bueno la gestión, finalmente de gestión, está claro, se platicas se dice...

I: Y de recursos?

G: Estamos, bueno... y el gobierno participa en un 12, 13,14% del total de la operación.

I: Bueno, aparte de la unidad, bueno básicamente que lo simbólico que representó el Presidente Echeverría como espaldarazo al Gobierno de Martínez Ross, a partir el tema de salud, con la primera piedra, este hubo otra obra trascendente en el cual el Gobernador haya influido en el Presidente para poder tener servicios, básicamente las unidades y los servicios de rayos x,

G: Cancún. Incluso el Instituto Mexicano del Seguro Social, en relación al ISSSTE. Tan es así que Pedro Joaquín me ofrece la delegación de ISSSTE.

I: ¿Cuándo va a dejar la jefatura?

G: Cuando va a dejar la jefatura, porque yo platico con él, había una reunión nacional, y en esa reunión nacional, el Dr. Fujigaki que era el Director General, que de hecho luego me toco ser compañero de él, en el Instituto de Salud Pública, en un concurso de

1360 actualización...

1361 I: Ah, ok,

G: El doctor me comenta porque yo le pregunte, ¿oiga doctor como estuvo lo de mi cambio? pues el Lic. Pedro Joaquín ya como Gobernador fue a platicar conmigo, estuvo como una hora y le pregunte si había algún problema con usted, no, no con el Dr. no hay ningún problema, lo que pasa es que es un problema político y bueno... yo ya había platicado con Pedro Joaquín, antes de irme a esa reunión a México, y pregunto el doctor Fujigaki, ¿cómo está el nuevo Gobernador, pues acabo de platicar con él y dice que no hay ningún problema?... ah, que bueno doctor que no sé qué... como duro toda la semana la reunión en México, como a media semana me habla y me dice oiga doctor, fíjese que fue a platicar conmigo Pedro Joaquín y me pidió su cambio, dije ahhh chihuahua, ¡¡¡me había dicho que no!!!... y bueno entonces una cosa emocional, ¿cuándo quiere usted la entrega? ¡¡¡En 15 días!!!

I: Si claro

G: ¡¡En 15 días!!, cuando llego acá, entonces, platico con mi hermano ¡por lo que estaba pasando! ¡Ya no quería hablar con Pedro! me dice. ¡No!, anda y plantéalo y hablo con Cardín y me dice, pues quien sabe si lo pueda recibir, ha de estar muy ocupado que no sé qué... y yo... bueno, pues, si se puede o no se puede, el caso es que en 5, 10 minutos me habla Carlos Cardín y me dice... oiga doctor que me dice el Lic. Pedro Joaquín, que venga usted en la tarde a platicar con ¡¡¡él!!! Llego al Palacio y en 5, 10 minutos ya estoy con Pedro, me dice... que la Delegación de ISSSTE ¡¡¡iba a ser para mí!!!... bueno yo ya mi rostro así, duro, jajajaja, ji, cambia

I: Claro

G: Bueno, salgo... incluso ¡¡¡hasta me despiden hasta la puerta del despacho!!! Entonces

1384 me dice... esto no se lo vayas a comentar a nadie, ya sabes cómo se manejan

1385 estas cosas... a ¡¡¡nadie!!! ¡¡¡está bien!!! Pero, el doctor Bonilla que era el particular, no sé, me fue a ver... y cuándo me voy con el rostro, así cambiado... jajaja... dice que... el Seguro?... el ¿ISSSTE?? Le digo, no nada, no ¡¡nada!! Entonces él se lo platica a González Castro, González Castro creo que lo comenta con el Dr. Raul González Ortiz y le llega a Pedro Joaquín y... nunca, ¡¡¡nunca, llegó!!! Por detalles...

I: Subjetividades. En relación a las coberturas cuando usted es Subjefe me insistia el haber llegado al 80% por ejemplo en vacunación. ¿Al término de su gobierno como dejo las coberturas?

G: Yo creo del 90% de la cobertura era de la Secretaría y el otro porcentaje del Seguro Social y del ISSSTE.

I: Pero no se alcanzaba a cubrir el 100%, siempre faltó ¿no?

G: No, no, no, nunca.

I: Y de otros programas de su Gobierno hasta el fin, hubo diferencias en la morbi- mortalidad, que empezó a aparecer como padecimientos nuevos, en la transición epidemiológica o usted noto que no pasó nada y ¿quedo todo igual?

G: No, realmente tuvimos, por ejemplo el caso de paludismo, en 1975, tuvimos cero casos de paludismo, pero sí, el paludismo era un programa vertical, no dependía directamente de los servicios, pero nosotros teníamos reuniones mensuales entre Yucatán en Campeche y en Quintana Roo a veces íbamos a Tabascos.

I: ¿Cómo era ese programa, que acciones se hacían... con que personal se hacia ese programa para operarlo?

G: Para operarlo era el personal que dependía directamente del Programa de

1407 ¿paludismo, ellos se encargaban de hacer?

1408 I: ¿Visitas domiciliarias?

G: Visitas domiciliarias, la fumigación abatización, la cosa de cierta educación a la población.

I: La abatización.

I: ¿La base diagnostica, los tratamientos?

G: ¡Todo, todo!

I: Y ahí, era fuerte el apoyo Federal y entonces lo resultados eran... así, ¿tener casi cero casos! ¿y el dengue?

G: El dengue más o menos también un problema endémico, en donde también se hacía lo que tenía que hacerse en contra del mosquito, el Aedes Aegypty.

I: Tuberculosis. ¿Cómo terminó su gestión con ese programa?

G: Yo siento que bien, es decir en los casos bastantes controlados, con sus tratamientos y ¡toda esas cosas que se requerían!

I: Hubo algún programa que fuera vertical, sobre todo porque finamente esto es directamente de financiamiento federal empaquetado con todo los elementos que se requiere apoyar, con apoyo técnico de gente que venía, hubo, hubo, este, pero bueno hay cuestiones sociales, cuestiones de estilo de vida que a veces no facilitan estos procesos.

G: Se dificultan

1427 I: ¿Que enfermedades representaron esto, de dificultades?

1428 G: Si, si, ya entiendo la pregunta, pues yo considero que dificultades de decir... creo por ejemplo en el caso de la tuberculosis el doctor Macias, tenía un control digamos absoluto, de los casos con sus expedientes, que los traía, los buscaba, se le daba, porque podía ir a su búsqueda cumplía con sus metas de tratamiento, y...

I: Como que porcentaje cumplió finalmente

G: Yo calculo que con un 80%, 90%, luego del estudio que se hizo con el estudio de ppd, ¡con resultados bastante bien!

I: En relación a infraestructura bueno ya comentábamos de las unidades, el Gobierno del Estado como completaba con la red de drenaje la pavimentación, electrificación, pavimentación, este, pisos de cementos, casas de tierra.

G: Bueno nosotros teníamos un programa de obras rurales por cooperación, ese programa de obras rurales por cooperación, incluso a mí me toco participar, por ejemplo se veía que las personas hicieran las zanjas y se les daba... una cantidad de dinero, y nosotros como parte de la Secretaría le damos raciones alimentarias, entonces con esa combinación, las personas hacían el trabajos se llevaba unos centavitos y además alimentación, lo complementario.

I: Y así pues, básicamente no representaba el costo real y todos participaban

G: Aja, todos participaban, ¡¡¡exactamente!!!

I: Bueno vamos hablar en función de las estrategias, porque básicamente este trabajo está en función de eso, de las estrategias que se diseñaron, ¿quién las diseño?, ¿cómo

1447 se diseñaba, cuál era el proceso que se trabajaba con la Federación para poder

1448 negociar. Yo tengo considerado a la estrategia como: el curso de acción de objetivos, se planteaba en objetivos,

G: Metas

I: A partir de eso, en sí... ¿es el curso de acción para poder obtener los resultados!

G: Los resultados

I: ¿Cómo era ese proceso de diseño la estrategia, o sea?

G: Bueno, este, había asesoría de parte del nivel nacional, lógicamente en ese momento ya nosotros ya podíamos contar con la participación de Maestros de Salud Pública, que se diseñaban los programas y en función de la problemática de cada uno de ellos, se planteaba las metas... y los objetivos y se trataba de cumplir con cada uno de ellos, lo mejor que se presentaba no, no.

I: Que de alguna manera esto también dependía del antecedente histórico, o sea las metas y los planes del año anterior, con los logros, pues se utilizaba para poder lograr la siguiente estrategia.

G: Exactamente

I: Pero por ejemplo, las metas que se fijaban cuantitativas, para poder determinar el avance y el logro final del siguiente año, se hacían aquí o ustedes viajaban a México y allá interactuaban.

G: Bueno pues había supervisión

1466 I: Aquí o allá.

1467 G: A veces venía por ejemplo, de enfermería, por ejemplos médico diferentes para revisar, como esta esto, como esta lo otro, cada uno de los rubros que se tenían que trabajar, y bueno incluso nosotros, en esto de la cosa administrativa, nunca tuvimos problemas con la Federación.

I: Por ejemplo no les restringían mucho, si ustedes fijaban metas altas que ellos les limitaran, por ejemplo la situación económica, no eran tan fácil en el país ¡no!, había devaluaciones, etc, no tuvieron problemas cada año en función que las metas se condicionaban demasiado, o sea las metas eran muy altas y los recursos no eran suficientes para cubrir esas metas, o ¿siempre hubo esa congruencia?

G: Yo considero que siempre hubo la congruencia para las metas y los recursos, nosotros consideramos que una de las virtudes que tenía el personal en todo momento y me refiero de forma muy especial al de paludismo, esas personas sacrificaban mucho, su vida, para cumplir con los objetivos que tenían que haber entregado; yo, mi punto de vista es admiración para esa gente, incluso en el personal, por ejemplo Carrillo Puerto, por ejemplo Helia P., esta Sara... ellos no recibían tan siquiera dinero en especial o de más por la atención de las cosas de los partos, por estar terminando turnos sin que les correspondieran, porque generalmente el Centro Hospital funcionaba para no tener hospitalizados y ya estas personas que espontáneamente, libremente podían dar su atención, quizás más con exceso de afecto, que con... digamos el aspecto profesional, relativo de una persona, que no teníamos por ejemplo ¡ahí!

I: Aparecieron nuevos programas verticales al final de su Gobierno o siempre fueron los mismos

1490 G: Siempre fueron los mismos.

1491 I: Por ejemplo las no transmisibles, no aparecieron presiones en el Gobierno Federal, o básicamente era cubrir la demanda por insumo pero no les representaba que hoy cubro una meta determinada

G: Si, nosotros... yo creo que una de las cosas que nos favorecía, era que... por ejemplo... había 11 habitantes por kilómetro cuadrado, 11 habitantes, entonces de los problemas de transmisibilidad, se hacían más difíciles, que los conglomerados de la gente amotinada no

I: Claro

G: Entonces, yo siento que eso... otro detalle de la atomización de las comunidades estableciendo por ejemplo, Centros de Salud o Casas de Salud a cada distancia para atender un primer nivel, en caso de problemas pues ya se...

I: Había recursos para brigadas que daba el Gobierno Federal para poder precisamente...

G: Generalmente las comunidades... yo por ejemplo cuando estaba en Carrillo Puerto, yo modulaba hasta Limones, los miércoles de casa semana estaba yo en el poblado de Limones...

I: Pero les daban gasolina, les daban vehículos.

G: En un cierto tiempo nos dieron, nos dieron gasolinas, nos dieron vehículo y en otro tiempo, nos regresábamos en camioncito

I: Y ya como Jefe de los Servicios Coordinados con... Martínez Ross, como era ese plan, para poder completar esa cobertura, que cobertura tenía más o menos en el estado ¿para la población abierta?

G: Pues, nosotros dentro de todo, la Secretaria de Salud era la que tenía mayor

1513 cobertura, porque incluso por ejemplo Carrillo Puerto también... el Seguro

1514 Social por eso se dio el Hospital a la Secretaría ¡¡¡no!!!, y nosotros los porcentaje eran aceptables, no, no teníamos problemas que nos dijeran... bueno pues aquí, los pequeños problemas que surgían se atendían...

I: Si, el Gobierno Federal no daba vehículos, gasolinas para poder ir a las...

G: Bueno, algunas temporadas tuvimos una unidad para modular, para llegar a Carrillo Puerto, para modular de José María Morelos, sí, incluso de Cancún en las áreas más cercanas, a su responsabilidad.

I: Y cómo, este, en si la... pues bueno ya me comentaba en función de la relación que se establecía año con año con la federación... me imagino que había tiempo, ya la definición del presupuesto asignado para el siguiente año, los acuerdos... las unidades médicas, en ese momento del plan y la autorización de presupuesto, ya incluían las unidades que se iban a programar al siguiente año, ¿no hubo de problemas de retraso de algunas unidades o la asignación de plazas?

G: Bueno, nosotros mencionábamos por ejemplo del Hospital General, del Hospital General, se dijo... la Federación o sea a través de los Servicios Coordinados, no tenemos dinero para la construcción, pero la Secretaria del Gobierno Federal de ahí de Luís Echeverría en un momento dado, va a poner el dinero para empezar la construcción, mientras se tiene el presupuesto, para que se concluya la parte de la red de hospitales.

I-. En cuantos años se programó la construcción

G: Bueno la programación era para que se construyera cuando mucho un año y se terminó en ¡¡¡seis!!!

I: Si pues es parte de las cuestiones que suceden habitualmente no, los problemas de

1535 recursos del país y de pospones, porque también implicaba cuando terminaban

1536 el hospital, pues también había que ver las plazas, o sea, todo el recursos, se podía tener el recurso para la construcción, pero si no tenían el personal, se iban a meter en un problema, porque no tenía el presupuesto precisamente para...

G: La secundaria federal de Carrillo Puerto, Pulido, el Ing. Márquez, fulano, que eran maestros de la..., ninguno se quedó en el puesto de la secundaria, todas las plazas se dieron etiquetadas con su personal, aquí esta y esta y esta..., incluso yo di 18 meses de clases de la secundaria, lógicamente nunca aspire un centavo.

I: Por ejemplo, usted más o menos como Subjefe, hablamos de que había 500, 600 trabajadores en la Secretaría, cuando termino su Gobierno, ¿más o menos cuantos trabajadores había?

G: Sí, yo siento que se aumentó considerablemente, prácticamente a lo que actualmente casi tiene

I: Se duplicó, ¿se triplicó?

1549 G: Yo creo se duplicó, cuando menos se duplicó.

Noveno Segmento Pág 172 (Línea 1551-1846)

1551 I: Y haber, cuénteme un poquito con más detalle en el área administrativa, como era su Gabinete, ya me explicó cómo lo recibió, como lo inició, como lo entregó el gabinete, o sea, ¿hubo ya entonces la plaza de Subjefe, hubo, este, Subdirecciones, Jefaturas de Departamento?

G: En la parte de personal por ejemplo, ahorita tenemos el Lic. Ursúa, el Lic. Ursúa fue mi jurídico, no teníamos jurídico, se resolvían los problemas de una manera distinta, diferente, la cosa del personal, recursos humanos lo tenía una persona, que era la que controlaba que plazas se tiene, como está... y así, no diríamos muy

1559 profesionalmente, pero empíricamente, porque además de todo lo que se podía

1600 conseguir, por ejemplo en algunas ocasiones yo trate... de alguna plaza para Quintana Roo... el Director General me dijo, doctor no tenemos en este momento pero, tenemos por ejemplo una plaza que tiene un doctor, específicamente el doctor De la Yata, si usted quiere, el doctor puede ir a Quintana Roo...

I: Quienes eran sus colaboradores más cercanos, ya al final de su Gobierno...

G: Pues está el Dr. Joaquín Calderón...

I: ¿O sea que cargos básicamente tenían?

G: El doctor Calderón estaba en Bienestar, el doctor Julio Herrera también en Programas de obra rurales, y así, este, el doctor Oscar Granier que me auxilió prácticamente en la parte técnica, prácticamente en el lugar que yo dejaba.

I: Quien era su Subjefe, quien era su mano derecho

G: De hecho en la época del Dr. Córdoba Graniel, él era...

I: ¿Y al final de su gobierno?

G: y al final del mi Gobierno, pues ya lo cambiamos y entonces el doctor Navarro era uno de los que me auxiliaba.

I: Era Servicios de Salud o ¿como se llamaba esa área?

G: Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado, era la denominación.

I: ¿Del doctor Navarro?

G: Ah, no, él era Jefe de Departamento.

I: ¿No tuvo usted nunca Subdirectores?

G: No

I: Ni Directores, eran Jefes de Departamento ¿hacia abajo!

G: Si, el Director era del Centro de Salud o Director del Hospital Regional.

1623 I: ¿Y los jefes de jurisdicción?

1624 G: Los Jefes de Jurisdicción eso sí, pero operaban, es decir, ser Jefe de Jurisdicción era estar en el lugar y no necesariamente recibir una situación económica por tener la responsabilidad, tenía su plaza...

I: O sea, no había ¿plaza de jefe de jurisdicción?

G: No, no, no había

I: ¿Era plaza operativa que se habilitaba como Jefe de Jurisdicción?

G: Llenaba los requisitos y ya,... y no, no teníamos tanta presión.

I: Por ejemplo una Jurisdicción al final de su gobierno, ¿cómo estaba representada, era el Jefe, que no tenía plaza de Jefe de Jurisdicción. Quien más había en el área?

G: Pues había epidemiología, fundamentalmente epidemiología y ver algunos aspectos administrativos, recursos humanos.

I: ¡Pues cuántas personas había en una Jurisdicción?

G: Pues, unas 10 cuando mucho.

I: ¿Y aquí en el área administrativa?

G: El área administrativa de aquí era...

I: Pues no hubo cambios, ¿no se modificó cuando usted era jefe?

G: Prácticamente crecimos, como diríamos... en forma natural, no, no no con la presión de que ya somos esto e inmediatamente vamos a crear plazas para esto, simplemente se dio en la forma de recibir mucha presión para...

I: Y jalaba gente, por ejemplo a las unidades operativas, para hacerse de un cargo administrativo y fortalecer un crecimiento que estaba habiendo en un momento dado.

G: Por ejemplo el doctor Julio Herrera, el doctor Julio Herrera estaba en Michoacán, pero yo lo conocía y lo traje para acá... y el doctor Martín del Campo, también...

1645 I: Si lo vi en una foto con él.

1646 I: La federación no apoyaba mucho, este de...

G: Teníamos un presupuesto, ese presupuesto lo operábamos y resolvíamos o tratábamos de resolver los problemas sin mayores... sin mayores contratiempos, la verdad.

I: Pero por ejemplo, me refiero a las plazas del área administrativa de la Secretaría de nivel central, este, la Secretaría no le llamaba la atención apoyar con plazas administrativa a la unidad central.

G: Nosotros por ejemplo, teníamos la necesidad de algo, se lo planteábamos al Director General, el Director General nos autorizaba para que tuviéramos tal o cuál...

I: Por ejemplo, si, usted me comenta... de recursos humanos había una sola persona que teníamos al principio, y después hubo varias que dicen apoyar más por el crecimiento de la población, esas se las daba la federación o usted las habilitaba con plazas con gente que estaba...

G: Sí, de gente que estaba... por ejemplo fulano de tal... tiene ciertas características, pues puede...

I: Por ejemplo un promotor de salud por, lo voy a jalar para que me apoye a llevar el control de asistencia, por ejemplo, o sea la Federación no apoya esa parte administrativa, dedicaba aumentar la operación a la atención medica que es la parte sustancial de los Servicios de Salud, esa era básicamente, la diferencia que había... entonces prácticamente la plantilla de nivel central fue la misma, que le dio...

G: Sí, por ejemplo que el doctor Navarro estaba en Veracruz, lo jalábamos para acá, el doctor Julio estaba en Michoacán, lo trajimos, por ejemplo el doctor Martín del campo, el doctor Martín del Campo fue a pedir empleo a la Secretaría, y le dije, doctor

1670 no tengo en estos momento ninguna posición, este, se esperó y yo cuando tuve la

1672 plaza inmediatamente lo llame y se incorporó, igual el doctor Juárez. Cuando había el recurso, teníamos un presupuesto y ese presupuesto es el que se planteaba a través del departamento administrativo al nivel Nacional y ahí se ponían los siguientes incrementos o para cubrir las necesidades que se tenían...

I: Pero, ustedes no podían sacar ese presupuesto para pagar contratos.

G: No, no yo que registre no, nunca.

G: Incluso en alguna ocasión mando llamar Pedro Joaquín que era Secretario de Gobierno, A doña, no sé qué... y le dije...No tengo... y le dije a la Sra, el único lugar que tengo es para que haga la limpieza, o que Martínez Ross me mando al -veneno-, el veneno era una persona muy conocida por el... y lo mando, había un lugarcito por allá, pero... yo lo voy a poner, pero lo voy a tener controlado lo más que se pueda, pero si esta persona comete alguna... estaba en regulación sanitaria, yo lo voy a sentir mucho pero no lo voy a permitir y no duro... más que tres meses, fuera.

I: ¿Y los ingresos propios?

G: Los ingresos propios eran las cuotas de recuperación, que servían para complementar algunas cosas que se necesitaban, que también estaba completado dentro del presupuesto tanto de recuperación.

I: ¿Pero de ahí usted no podía usted contratar a nadie pagando con ese recurso de las cuotas?

G: De hecho no tengo conciencia de haber contratado a nadie en especial, para algo así que...

I: O sea el crecimiento de la plantilla básicamente fue... fuera, en unidades operativas, por ejemplo, si ya se tenía una unidad lista, en una unidad de primer, un médico para

1695 ¿un Centro de Salud nuevo, como se generaba, lo contrataba directamente?

1696 G: Hubo una época donde tuvimos plazas para médicos de las comunidades, que tenía que ser en la comunidad fulana de tal, en donde nosotros teníamos nosotros una unidad donde estuviera la plaza, entonces se las asignábamos a un médico que quisiera...

I: ¿No se lo mandaba la Federación, se contrataba aquí?

G: Se contrataba aquí las vacantes.

I: ¿Y los médicos de especialistas, sí?

G: Los médicos del Hospital, todos los de la red del Hospital, todo los mandaron, porque pertenecían a un sistema distinto al de Servicios Coordinados.

I: Pero, este...

G: Pertenecían, pero ya luego se integraron a la red...

I: ¡¡¡O sea como red Federal!!! O sea, eran autónomos...

G: Autónomos sí, así era, es más el Jefe de Servicios Coordinados no tenía autoridad.

I: ¿Con Hospital Regional así pasaba?

G: No, con el Hospital Regional no...

I: Fue a partir del de Chetumal...

G: Si a partir del de Chetumal.

I: Y ya después que tuvieron ya se integró.

G: Si

I: ¿A la red?

G: Sí, incluso quiero decir que por ejemplo, el Hospital Regional, era Centro de Salud con Hospital, entonces se construyó Centro de Salud, pero no se construyó el Hospital, que es el terreno donde está el Agua Potable. Ahí era el espacio.

1719 I: Ah ok

1720 G: Entonces el Gobierno de Merino Fernández agarró tanques para poner agua en donde está y le quitó a los campesinos el terreno y construyo el Hospital Regional F. O. M.

I: Por ejemplo las gentes de las abrigadas sobre todo de paludismos que seguramente mucha gente, eran contratos o ¿eran personal de base?

G: Bueno, tengo entendido que la mayoría era plazas de base, sí... esas gentes pobrecitas, se metían a las comunidades, no, no, no...

I: Seguramente, cuando había intensidad de meterle el programa la Federación contrataba jornaleros, o sea...

G: Bueno...

I: Por tiempo... por honorarios...

G: Me refiero, nosotros tuvimos en el 75, ceros casos, ¿Por qué?, porque concientizamos más a la gente... era responsable, pero se metieron con más ganas y logramos ceros número de casos, sin haber metido más gentes, y bueno lógicamente el control de los de paludismo estaba en Campeche. Ellos tenían por ejemplo al doctor.

I: ¿Era el centro regional?

G: Así es.

I: Ahí recibían las estrategias.

G: Un doctor me informa, el doctor fulano de tal que yo conocía... con los que me reunía mensualmente, le dieron de baja por paludismo, entonces yo lo conocía y le dije, dígame al doctor

Sobrino que quiero hablar con él, le habla al doctor Sobrino y el habla y le digo, oiga doctor, si quiere usted colaborar acá con nosotros, yo lo voy a

1743 nombrar Director del Centro de Salud... y de inmediato, estaba encerrado en

1744 cuarto que no salía porque se sentía agredido por el sindicato de trabajadores y por la autoridad.

I: Si claro

G: Entonces, cuando llega el Sindicato Nacional con el Dr. Dueñas, tenemos una plática Edmundo Cuellar, yo y toda la plana mayor del Sindicato Nacional y entonces empiezan hacer planteamientos, pero ya estaba conmigo el doctor Cuevas Granier, entonces el doctor Cuevas Granier y le dice a uno de los que venían del Sindicato, que era un compañero de él, que lo conocía y le dijo... Yo voy a ser el Director de Centro de Salud, pero lo escucho yo y le digo, No, el doctor no va a ser el Director del Centro de Salud y... el doctor Dueñas, que era el Secretario General del Sindicato, me dice no, el doctor Sobrino, no puede, lo corrimos de Campeche... tons le digo, mire doctor, yo tengo necesidades para resolver, yo considero que el doctor Sobrino, porque lo conozco, quiero darle la oportunidad, tres meses, si en tres meses el doctor tiene problemas, yo lo quito, vamos a darle la oportunidad... el Dr. Dueñas y yo, no sé si le caía yo bien, que será, me lo aceptó y al doctor, luego lo mande a la Escuela de Salud Pública y está en Campeche, vamos, lo sacamos y bueno... fue un cosa positiva no...

I: ¿O sea quien era su interlocutor para poder negociar, los planes, los presupuestos?

G: Los administrativos, el doctor Javier Ávila

I: ¿Qué cargo tenía en ese entonces?

G: Era el Director Administrativo.

I: Pero en función por ejemplo, de la parte técnica, ¿Cuales eran los planes, los programas, de las enfermedades?

1766 G: Bueno, cada responsable del programa hacia sus planteamientos

1767 I: Pero, el tomar la decisión final, mira, así quedo tu presupuesto, tú que puedes decir usted lo hacía directamente, o lo mandaba un tal Subjefe de Servicios Coordinados como era esa parte, ¿quién era su símil, con quien se negociaba con la federación?

G: Estábamos hablando con el Dr. Cordero que era el Director General de los Servicios Administrativos.

I: ¿Del área médica?

G: Del área médica pues, sería el Dr. Humberto Nava Contreras.

I: ¿Que era qué?

G: Era Subjefe de los Servicios, Subdirector General.

I: La máxima autoridad quien era...

G: Bueno, nosotros tratábamos directamente con el Director. El Director a veces nos canalizaba con el Subdirector.

I: Pero el director era el Director Administrativo

G: El Director Administrativo, exactamente

I: ¿O sea, un médico no tenía el control de la coordinación con los Estados?

G: Con el Dr. Naval Contreras que era Subjefe de los Servicios Coordinados.

I: ¿Pero dependía del Director?

I: Pero de usted, quien era, usted mandaba al Administrador para que negociara con el Director General o ¿usted directamente lo hacía?

G: No, no, no, Yo directamente, es decir, se hacia los planteamientos...

I: Sí, me refiero que abajo, ya técnicamente se llega a un acuerdo, pero había que después negociar. ¿Usted tuvo muchas fricciones para lograr un presupuesto mayor o

1790 habitualmente siempre era justo en su presupuesto?

1791 G: Generalmente nunca hubo. Realmente y cuando había una situación, se mandaba por ejemplo a Javier o a Edmundo Cuellar en la época del Dr. Novelo y se hablaba con las autoridades, los técnicos que manejaban la cosa del dinero, y ya después si había alguna cosa, se hablaba directamente con el Director o con el Director Administrativo, dependiendo del problema no...

I: En qué año dejaron de depender la red federal de hospitales directamente del centro, a cuantos años de sugestión

G: Pues, yo calculo que por ejemplo cuando yo estuve, unos dos o tres años algunas cosas así...

I: No tuvo problemas con ellos, en función de que no se integraban a la red...

G: No, no, no.

I: Ellos al contrario, querían, este, legitimar su posición para poder mantenerse, porque seguramente el hecho de generar un conflicto y la población se levantara, como usted me dice, pues al final ellos iban a salir.

G: Así es

I: Y necesitaban de su respaldo, de su apoyo, por eso tenía que haber siempre afinidad ¿Por qué cree que cambiaron entonces, la Federación el esquema, si estaba funcionando?

G: Bueno, yo siento que quizás el problema fue a nivel nacional, es decir, el control...

I: Al no poder

G: En cambio el Jefes de Servicios Coordinados si tenía posibilidades de controlar al

1812 Director y nombrarlo...

1813 I: O sea las instancias independiente a usted de la red de servicios federales, pues básicamente fueron ellos, una vez que se quitó eso, usted prácticamente controlaba todo el Sistema de Salud.

G: Si de hecho...

I: Sin necesidad de estar... realmente no, de manera natural, por ejemplo usted siempre tenía la capacidad de poder nombrar a los Directores de los centros de salud, directores de hospitales. La Federación tenía algún control para proponer o imponer al personal administrativo del nivel central.

G: Si, yo en ningún caso hubiera habido problema, ninguno.

I: Pero si lo recomendaban, ¿le mandaban alguna opción?

G: Bueno, ¡no! Simplemente cuando se hizo el hospital general, se mandó todo el paquete con todas las personas, luego esas personas se integraron para que se pudiera modificar y que funcionar el Hospital sin ningún problema.

I: Por ejemplo más o menos en promedio ¿usted recuerda cuanto era el presupuesto federal?

G: No, no tengo, yo tengo por allá una fotografía con el doctor, este doctor que fue director del hospital regional, en donde yo le estoy dando recursos por 84 mil pesos para el hospital...

I: Vario mucho, ¿el presupuesto al inicio de sugestión que al final de sugestión?

G: Bueno yo siempre cobre 14 mil pesos...

I: No, me refiero al presupuesto de la Secretaría, o sea de los Servicios Coordinados. ¿Varió mucho el presupuesto?

1835 G: ¡Si, si si! Por ejemplo todo el dinero que realmente era para los hospitales

1836 I: Era para de él, ósea el presupuesto aumento para la operación, ¿más que nada en la platilla?

G: El capítulo mil

I: Y usted considera que también se dio ese crecimiento potencial presupuesta en función de insumos ¿por ejemplo?

G: Si porque lógicamente cuando se incrementa, buenos las necesidades...

I: Cuanto más o menos aumentaba año con año el 15% 20% o 30%

G: Pues yo calculo que un 10%, cuando mucho, no creo que más.

I: Más o menos en el término de la inflación.

G: Yo considero que nosotros fuimos privilegiados, por haber sido Territorio, y ese 1846 territorio significaba que la Federación siempre daba lo suficiente.

Decimo Segmento. Pág. 183 (Línea 1848-1892)

1848 I: En si el concepto de Efectividad que estoy definiendo para esta tesis es, el logro de los objetivos, bajo condiciones reales, reconocido por la acción colectiva institucional determinado por los alicientes en sentido y contribuciones y se construye a través de los elementos de la organización, orientados según la influencia de la morbi - mortalidad en un momento dado no, más o menos el conceptos de Efectividad, está orientado a qué objetivos están planteados y de acuerdo a la realidad, cual es el presupuesto que usted va a utilizar, pues en este caso pues quizás no hay tantos problemas, porque esta todo etiquetado o sea básicamente todo está en función de, cómo se marcan las metas, las metas genera una asignación de recursos, los recursos que se tienen se ocupan o aplican de acuerdo a sus criterios, y en base a los resultados que tenga, de acuerdo a las metas establecidas, es el siguiente periodo fiscal

1859 no, en un momento planteábamos también el hecho que la efectividad también

1860 está en función de que hubo gente que dio la camiseta, y que trabajan tiempos muy fuera de labor, por ser un población abierta, la demanda de los recursos, la demanda de los servicios, son hasta ciertos puntos variables en cualquier momento, y la gente está contratada para un determinado tiempo, entonces si se necesitaba de esa gente que usted dice que finalmente dice que hubo, para poder desarrollar y complementar esos requerimiento de atención, porque las unidades rurales no abrían en las noches, pero digo, si ahí dormía el médico, pues si apoyaban la atención y usted estimulaba, por lo menos con el reconocimiento a esa gente que daba más del sí, no, eso es parte que representa la efectividad para el cumplimiento de las metas, que imagino que en vacunación era lo mismo, eran jornadas más allá de lo que la gente...

G: Les ayudaba el gobierno federal del Territorio, participaba la Marina, participaba el Ejército, es decir, buscamos apoyo logístico, para poder reforzar, tener la cobertura de inmunizaciones y le quiero hacer un comentario doctor, el doctor Helio Especiale, el Dr. Turrubiarte, el doctor Turicio, a todos se los echó, el Sindicato, cuándo se presenta el problema con el Sindicato, lo trabajadores van con los representantes del Sindicato a apoyar, por cierto que poco tiempo después del 14 de febrero y se celebra mi cumpleaños y en el Sindicato... yo siento que hubo identidad con los trabadores, pues... conmigo y....yo con ellos.

I: ¿Como?... usted cómo cree que lo percibían, o sea porque...?

G: Muy positivo, yo creo... puede ser en partes por el paisanaje, puede ser, pero yo calculo que esto mismo que yo vi en Chetumal, en todo el Estado, lo viví en Carrillo

1881 ¡¡¡Puerto!!!

1882 I: Pues la gente, a lo mejor la gente identifica a una persona que es local, pero de alguna manera hay alicientes, que la gente identifica como aportaciones de usted hacia ellos...

G: Sí bueno, tratar a la gente como gente... punto

I: Escucharla, tratarla, reconocerla públicamente, darles reconocimientos, hasta diplomas más, todo eso era parte de su esquema...

G: Sí... en parte, le quiero decir que yo tengo un diploma en el municipio en el sentido que dice que... soy el más deportista de los Secretarios.

I: Las Jurisdicciones finalmente de su Gobierno se mantuvieron así, todavía ¿sin definir una estructura?

1892 G: Prácticamente Sí.

Onceavo Segmento. Pág. 185 (Línea1893-1930)

1893I: Los Directores habitualmente, normativamente si dependían de la Jurisdicción, pero realmente era una línea directa con el Secretario, porque el Secretario también designaba tanto como Jefe de Jurisdicción y Directores de Hospitales no, lo digo porque todavía existe ese esquema, o sea, el Director del Hospital no trata con el Jefe de Jurisdicción, trata con el Secretario, porque es el que le da la...En relación a la morbi – mortalidad, este, como usted la identifica en relación a frecuencia, ¿cuáles eran sus principales preocupaciones?

G: Bueno yo siento que los problemas endémicos, han tenido sus...

I: Por ejemplo en mortalidad, digo no se morían de paludismo en Quintana Roo.

G: La mortalidad en Quintana Roo siempre fue por debajo de la media Nacional.

I: Cuales eran los principales.

G: Bueno... de las principales defunciones, yo siento que... pudieran ser de tipo

1905 cardiovascular, ya de problemas de diabéticos, hipertensión, ¿no?

1906 I: Que no significaba realmente prioridad para el nivel federal, prioridad estaba orientada a la población más vulnerable, a los niños, a las mujeres, fundamentalmente hacia a ellos estaba dirigida, ¿de planificación familiar, que cobertura generaba al final de su gobierno?

G: La cobertura de planificación familiar, siento que logramos los objetivos para disminuir los problemas, incluso los de materno – infantil, las muertes maternas no.

I: No llego a haber una infraestructura para atención perinatal, no había n un servicio de neonatología, prácticamente llego al área de pediatría, ¿hubo terapia intensiva, hubo área con ventiladores mecánicos, o no llego a eso todavía?

G: No, no, no solamente al cámara hiperbárica

I: ¿Que más faltó para poder hacer más efectivos los Servicios de Salud en su periodo, que haya faltado, que estaba deseoso por hacer y que ya no lo logró?

G: Bueno este, quizá el mejoramiento para lograr un tercer nivel, para evitar en ciertas formas la canalización que creo todavía se hace hacia la Ciudad de Mérida o México, creo que esa es una de las cosas importantes que podría mejorar.

I: ¿La autonomía!

G: La autonomía para resolver. De hecho cuando nosotros hicimos la ponencia para el Hospital General, hablamos precisamente de eso, de que era necesario el fortalecer y evitar el traslado a un tercer nivel y el traslado de personas de otras ciudades donde siempre saliera riesgo ¡no!

I: Y en relación a los logros, que es lo que considera fundamental como un legado de

1927 ¿su gestión?

1928 G: Pues el cumplimiento de los objetivos y la identificación de las personas que trabajamos en el Sector Salud, tanto del Seguro Social, el ISSSTE y en sí el personal

1930 de la Secretaría.

Doceavo Segmento. Línea 187

I: Básicamente me he orientado mucho también a la Estructura, porque está relacionada la Estructura con las Estrategias, desde el punto de vista académico, y la Estructura es el marco de responsabilidades y la forma organizativa de los recursos y las reglas establecidas, considerando la división sistemático del trabajo para el logro de los objetivos, por eso le he preguntado ¿cómo estaba a nivel central inicial, al final, como se distribuyó a través de las jurisdicciones, como estaba operando las redes de hospitales? Que originalmente la red de hospitales federales eran como los puntales que marcaba la Federaciones para poder cubrir todo el Estado, que después fue sustituido por las jurisdicciones, pero que más que eso, finalmente la jurisdicción, o la presentación jurisdiccional representaba, sobre todo para el Secretario, porque era un referente, para poder saber qué es lo que estaba pasando en las regiones o en todo el ámbito geográfico, porque bueno aquí son tres, pero hay Estados donde hay un montón de jurisdicciones, por lo entrapado que está. Otros de los elementos que estamos considerando es lo que se refiere a la Mortalidad de Evitable: las Muertes evitables son casos que por enfermedad o causa externas que disponen de tratamiento o medidas de prevención y que se hubiera evitados si las medidas sanitarias hubiera actuado correctamente en todo los pasos, hablamos por ejemplo... ya hablábamos de algunos padecimientos, que generan riesgos de muerte o muertes evitables, por ejemplo el tétanos, hablamos de las enfermedades prevenibles por vacunación, que esto en el pasado representaba una mortalidad importante y que con la estrategia de 1951 vacunación...

1952 G: Hasta la de rabia, hubo muchos problemas y se vacunaban muchos animales.

I: La mordedura de serpiente por ejemplo

G: La mordedura de serpiente y yo en Carrillo Puerto, tuve la oportunidad de tratar varias personas, a muchas.

I: Que otros padecimientos usted recuerda, que en un momento dado representaban esta evitabilidad, o sea, muertes evitables, aquellas en la cual... si tu participas... que de alguna manera es lo que representa la maestría en Salud Pública, la Prevención Primaria, la Prevención Secundaria, la Prevención Terciaria, que en esos tiempos estaba muy en voga su implementación, la atención, el tratamiento oportuno, la rehabilitación y control, son todas las fases, desde mi punto de vista de Protección de la Salud, porque la Constitución que básicamente, pues se basa en eso no, en proteger a la población, eso es un mandato universal y la protección contempla precisamente todo esos elementos no? que seamos parte de un sistema de salud, en este caso empezó a partir la responsabilidad directa de la federación en lo que los Gobiernos maduraban y se fortalecían, que en este caso, si es muy característico esta diferenciación, pues porque de alguna manera , pues, nació este Estado, prácticamente con todo este soporte Federal, con lo que maduraba y que ya en otros sexenios, pues ya se dio en este caso en el 85, igual por una referencia de la OPS a nivel Latinoamérica la opción ya de empezar la descentralización de los Servicios de Salud, o sea, ya la descentralización que se dio en el 85, 86 en el país con Pedro Joaquín y después la del 95 y 96 también que se le dio un fortalecimiento que es la que ya está operando actualmente, por ejemplo Protección a la Salud se consideran servicios básicos de la salud los referentes de la educación para la salud, las promoción de 1975 saneamiento básico y el mejoramientos de las condiciones sanitarias del

1976 ambiente la prevención y control de enfermedades transmisibles, las no transmisibles , la atención medica integral curativas preventivas y de rehabilitación incluyendo la atención de urgencias, pues básicamente eso es lo que representa la Protección a la Salud, que eso es lo que marca la constitucionalmente con responsabilidad pues de la autoridad máximas, de un Estado, que en si básicamente representaba eso, eh, pues no sé si tiene usted alguna otra consideración a esto qué estamos comentando, como le decía si hay algunos padecimientos que usted recuerde o algunas defunciones, o ¿programas que estén asociados a la muerte evitables?

G: No, no, por el momentos no.

I: Básicamente esos no. ¿La tuberculosis?

G: mmm.

I: Finalmente la red de servicios Federal, pues va encaminado a ese esquema, quizás aquí no se dio por ejemplo la cuestión del sistema cardiovascular, con la creación del Instituto Nacional de Cardiología por ejemplo, pero si por ejemplo con el INER y los problemas respiratorio, mucho tenía que ver con la tuberculosis, la Nutrición, con padecimientos raros, y en un momento dado... de Pediatría, de Pediatría, ¡¡no se diga!!! ¿Cómo se dieron esas decisiones y como se cumplieron en sí, los objetivos? Cómo usted aprecia, ya me comento que las metas, se fijaron, más bien los resultados que planteaba Quintana Roo, a pesar de ser un estado joven y se organizó

muy rápido, finalmente estaba por debajo de la media Nacional. ¿A qué atribuye eso? ¿Cuándo usted iba a las reuniones nacionales y veía que había Estados que no lo lograban, porque cree que se daba eso?

G: Yo considero que uno de los problemas fundamentales es la población, la cantidad

1998 poblacional de cada uno de los Estados, nosotros pudimos organizarnos mejor,

1999 porque considero que la densidad de población no era tan numerosa, como en Tlaxcala por ejemplo y la poca influencia en cierta forma de los medios de comunicación para distorsionar los aspectos nutricionales de la población y bueno el político también.

I: Pero eminentemente todo lo que se dio de los Servicios de Salud, pues dependió de las respuestas de su Gobierno, más bien de los Servicios Integrados o Coordinados y el apoyo Federal.

G: Sí, el apoyo Federal y los antecedentes de que todas las personas, que estuvieron ante de mí, incluyéndome estaba con el perfil profesional, que yo creo que debiera retomarse para que la persona que tomara nuevamente la posición, tuviera un perfil profesional, que le permitieran tener una visión más clara, más precisa en relación a solución de los problemas de salud de este Estado.

I: Había algún reconocimiento Federal de ese tiempo, por haber cubierto las metas, por estar debajo de la media Nacional, ¿como usted cree que retribuía la Federación en los Estados en función de sus resultados?

G: Pues de hecho, no, no, simplemente yo calculo que lo que se resolvía, era la función de planteamiento que se pudiera hacer al nivel de las autoridades y la aceptación, en cierta forma, la empatía con las autoridades nacionales, porque muchas de las cosas no se resuelven precisamente por eso...

I: ¿Cuál era según su apreciación, penalización para aquellos Estados que no cumplía las metas?

G: Pues quizás falta de atención para resolver los problemas.

2023 I: ¿Los penalizaban, le quitaban presupuesto, por no haber cumplido las metas?

2024 G: Yo me acuerdo que alguna ocasión la toma del Director, el doctor Ramón Álvarez Gutiérrez y todo lo Jefes de Servicios Coordinados o la mayoría de los Jefes de los Servicios Coordinados se van a México a saludarlo y los regañan, que hacen ustedes acá, deben de estar en su Estado y yo en esa ocasión le mande un telegrama felicitándolo por haber tomado en cargo. ¿Es significativo eso o no lo es?

I: Claro

G: Y el doctor Álvarez Gutiérrez, yo había tenido la oportunidad de conocerlo, cuando estaba en la Escuela de Salud Pública, que había un compañero en curso que era médico amigo de él y no sé cómo lo contacto y lo invité, nada más que Cancún, ahí estuvimos departiendo y el doctor

Álvarez Gutiérrez, yo le alcance a tener unos aspectos de que yo cuando el tomo posesión yo simple y sencillamente hice lo correcto de mandarle una felicitación y finalmente, ya con los otros Jefes de Servicios Coordinados, me comentaron... ¡¡¡que les dio una regañada!!!

I: Claro. Por ejemplo, o era el caso que si se adelantaba la Federación, pero veo si necesitas un hospital en tal lugar te lo voy a construir, era así una posibilidad o dependía del diagnóstico que ustedes esperaban. O sea era más fácil que ustedes plantearan 10 opciones y ellos decidieran por 5, a que ellos plantearan una.

G: Por ejemplo en este caso hablamos de la construcción tanto de Cancún como él de Chetumal, a Echeverría se le planteo las necesidades de la construcción y el doctor Navarro dijo, no se puede construir, no tenemos dinero, y Echeverría al escuchar la ponencia que se le presento en Club Campestre con la maestra Rosita Torres Y en estos momentos iremos a poner la primera piedra, ¿cuál primera piedra, no existe? Se dieron todas las circunstancias para que el Ing. Buendía, que fue atrás de mi me

2046 pregunta, doctor, ¡¡¡que pasa!!!, que no tengo pues ninguna primera piedra y me

2047 dijo, pues yo tengo gente trabajando y medianamente se traslada al terreno y porque yo ya le había dicho llevó a sus trabajadores, llevan el atril y Echeverría pone la primera piedra, Bueno inclusive ...

I: Por ejemplo inclusive no, me decía usted que la máxima autoridad de enlace con los Estados es un administrativo, entonces básicamente la Federación, pues generaba restricciones por las limitaciones económicas presupuestales, entonces, obviamente, un Estado que propone, que sabe cuáles son sus necesidades, que es agresivo en función de haber cubierto las metas y decir... ya alcance lo que me pediste con lo que me distes, ahora necesito más, para poner amplia mi cobertura, ahora yo te estoy planteando esta necesidad porque ya diagnosticué que de acuerdo a la población, mi ocupación hospitalaria está rebasada, entonces yo te estoy justificando que necesito esta unidad, entonces la capacidad no sé si usted así lo perciba, la capacidad de negociación en ese enfoque, de los Estados, básicamente era lo que decidía, a quien darle el apoyo y a quien no, porque yo imagino que contrariamente un estado que no cumple metas, que los recursos los desvió, que era muy fácil, que generaba un ambiente de incertidumbre y prácticamente mala gestión, entonces era un estado pues que se le penalizaba, se le dejaba margen o se pedía el cambio y se apoyaban en más recursos pero finalmente estaba más vigilado, mas observado a partir de ese momento, no sé si sea la verdad

G: Si, nosotros incluimos por ejemplo, me viene a la memoria cuando se presentan el Plan Estatal de Salud, cuando entonces el Lic. David Gustavo debía presentarlo, él transfiere la responsabilidad, yo hice un documento de 60 Cuartillas, lo leo durante la

2069 asamblea nacional y yo contesto las preguntas técnicas que se me plantearon y el

2070 Lic. David Gustavo, da respuesta a las preguntas políticas y entonces hay una identidad primero que nada...

I: Y Por ejemplo ya en el Gobierno, bueno ya estando con Martínez Ross, había me imagino reuniones nacionales, cada año ¿no?

G: Sí, nosotros nos reuníamos como Jefes de Servicios Coordinados en México con el Secretario de Salud.

I: En qué momento, cuando presentaba los resultado o ¿qué?

G: No, eh... había con cierta...

I: Y le presentaban ustedes y la evaluación

G: Nos preguntaban las necesidades que se tenían y se hacían planteamientos.

I: No les presentaban a ustedes la evaluación de todos los Estados para determinar quiénes estaban por arriba de la media.

G: Era con el Secretario de Salud Nacional.

I: La única reunión formal donde había

G: Las reuniones que teníamos eran directamente con el Director General.

I: No, pero me refrieron de todos los Jefes...

G: Pero más bien eran de carácter técnico.

I: Pero había una con el Secretario...

G: Había... yo tuve la oportunidad incluso de ir platicar y plantearle al doctor Ginés Navarro, la necesidad de la construcción de las oficinas de la Secretaria de Salud, entonces yo llevaba un proyecto arquitectónico, ya un terreno autorizado por Martínez Ross pero, el doctor dijo, la política de la Secretaria es alquilar edificios de las oficinas

2092 centrales, le digo doctor en Chetumal la mayor parte de los edificios son casa

2093 habitaciones, entonces me dice la política es ¡nacional! Muy bien señor, muchas gracias... y ¡así de fácil!

I: Si, es una decisión contable ¡totalmente!

G Pues ante todo, a ¡no! ¡Era con Martínez Manatú!

I: ¿Quiénes fueron los Secretarios Federales en sus gestiones?

G: Giménez Cantú, Martínez Manatú y el Dr. Gines Navarro Ponce de León.

I: ¿Secretarios de Salud Federal? El Dr. Soberón, ¿Cuándo apareció?

G: Creo que fue antes, pero a mi Jiménez que fue el que...todavía estaba el doctor Novelo

I: Secretarios de Salud Federal

G: Si, si si.

I: Ah ok. ¿Algo más que quiera agregar?

G: No ya...

I: Ya finiquito básicamente pues... esta parte...Básicamente pues ya vamos a cerrar
2094 aquí

-----**FIN DE LA ENTREVISTA**-----

A.2 Entrevista No. 2

Pregunta Inicial (1-75)

1. I: Bueno vamos empezar esta entrevista que está enfocada a las estrategias, a las estructuras y a la percepción de efectividad estamos con el doctor Gilbert Canto Massa ex Secretario de salud de Quintana Roo doctor buenas tardes.

4. G: Buenas tardes doctor Bermúdez a tus órdenes.

5. I: Pues empecemos con la ficha de identificación para tener un registro de su nombre su lugar de nacimiento, La fecha de Residencia en Quintana Roo.

7. G: Mira mi nombre completo es Gilbert Fernando Canto Massa nací en la ciudad de Tizimín, Yucatán, a la edad de 12 años para ser más exactos, en 1964 mis padres por situaciones económicas tuvieron que trasladarse a esta ciudad y a partir de ese momento vivo en la ciudad de Chetumal, en 1967 como ya no había más que estudiar más allá de la secundaria y cómo quería estudiar la carrera de medicina me tuve que trasladar a la Ciudad de Mérida Yucatán, a través de la Universidad en aquel entonces la facultad de medicina de la universidad de Yucatán, ahora autónoma de Yucatán, allá estudié bachillerato los 3 años preparatoria y seis años de la carrera, en 1979 termino mis estudios, por invitación de la dirección del Hospital Morelos de la ciudad de Chetumal me traslado, regreso, retorno a esta ciudad donde radica ya mis padres, mis hermanos y me dedico provisionalmente ejercer mi carrera siendo la primera fuente de trabajo el Hospital Morelos, allá trabaje a partir de diciembre de 1979 a trabajar como médico cirujano, y en 1980 tengo la oportunidad de incorporarme a los servicios del ISSSTE, en aquel momento se estaban creando la subdelegación médica porque antes dependíamos del Estado de Yucatán como la delegación regional. En el 1980 se crea la subdelegación médica para vigilar, controlar, organizar y planear todos los servicios de en Quintana Roo, a los 23 años tengo la oportunidad de entrar a este esquema institucional bajo el cargo de responsable de planificación familiar, a partir este momento comparto mis actividades de médico aplicativo, haciendo mis pininos en la administración pública en la subdelegación médica del ISSSTE y allá empiezo ya a ascender, primero fui jefe de departamento estatal del departamento planificación familiar después medicina preventiva, después la de atención curativa y a partir del 1 de agosto de 1985 ocupo la subdelegación médica, de lista la responsabilidad de dirigir los servicios médicos en el estado de Quintana Roo y ,este, posteriormente en 1993 termino mi gestión.Me invita el entonces Secretario de Salud el Doctor Héctor Esquiliano Solís a formar parte de su equipo de trabajo y me incorpora a los Servicios Estatales de Salud del Estado de Quintana Roo, en aquel tiempo era la Secretaría de Salud, me incorporo a trabajar con el doctor Esquiliano y mi primer puesto fue jefe del departamento de primero y segundo nivel, ahí estuve más que tres o cuatro meses, apenas alcanzó para hacer una supervisión a todas las unidades médicas, de todos los hospitales específicamente y plantear el esquema de trabajo al doctor Esquiliano los resolverla que en aquel tiempo los

problemas que tenemos en hospitales y después esos tres o cuatro meses el Doctor Esquiliano me invita a que yo sea director del Hospital General de Cancún y ahí ya tengo la oportunidad de conocer a Ignacio y de gente valiosa allá, estoy un poco más de nueve meses como director del hospital allá, te puedo contar una anécdota, recibimos la noticia de que el Dr. Jesús Kumate, que en aquel entonces era Secretario de Salud federal, iba a ir a Cancún y ante las necesidades que teníamos, recuerda que estaba saturado, no correspondía la infraestructura que teníamos con la demanda de atención médica que necesitaba los habitantes de Cancún y entonces se nos

57. ocurrió formular un planteamiento, un proyecto de ampliación, teniendo la esperanza que fuera el doctor Jesús Kumate a Cancún, se nos ocurre poner el nombre del doctor, le mandamos hacer las letras, las colocamos y bueno pues finalmente el doctor no fue a Cancún y se le queda el nombre de Dr. Jesús Kumate al hospital de Cancún. Tuvimos la oportunidad de trabajar con gente como la jefa de laboratorio Clarita y a través de ella hicimos también mucha relación de trabajo con el patronato del Hospital e iniciamos el proyecto de la construcción de la ampliación del área de urgencias, éste nos vemos en la tarea de que se reforzaron los programas de salud que tenía como encomienda el Hospital Jesús Kumate posteriormente de allá me invita de nuevo el secretario de salud.

67. el doctor Esquiliano a participar como su subdirector médico

68 I: ¿Recuerda la fecha?

69. G: Si en 1994, en 1994 me invita el doctor para participar como subdirector de los servicios de salud, en ese tiempo estaba el doctor es que el otorrinolaringólogo Ranulfo Medina, con quien trabajo con el paso también unos meses y a partir de ese mismo año, 1995 por indicación expresa del entonces gobernador el ingeniero Mario Villanueva Madrid cuyo sexenio comprendió de 1993 hasta 1999, me incorporo como Secretario de Salud y a raíz de ello empiezo a trabajar haciéndome responsable de la atención en todo el Estado, en todos los programas que se manejan.

Primer Segmento. Vida Profesional (76-171)

76. I: Doctor regresando un poquito ¿Qué es lo que lo motiva a estudiar medicina? ¿desde cuándo usted se da cuenta que el interés fundamental es estudiar medicina? porque pues básicamente, hasta ese momento como responsable los Servicios de Salud, en un Estado en el que implica toda una trayectoria motivada por algo y ese es el motor fundamental para poder desplegar todas las actividades que desarrolló hasta ser Secretario de Salud.

G. Este más bien tuve haciendo cuentas de esta pregunta que me haces Ignacio, recuerdo que algo que me motivó a estudiar medicina es que de toda la familia de mi padre, había un tío hermano de mi papá, el

Doctor Carlos Canto Aranda y en el vi cómo se comportaba con la gente, como atender, como curaba la gente, así pues me nació el sentimiento de querer hacer lo que el hacía y desde ese momento se me clavó la idea, valga la expresión, de ser médico a raíz de eso mi obsesión era nada más terminar mis estudios de secundaria e irme a Mérida para estudiar la carrera de medicina.

90. I: Aparte de eso, pues usted va construyendo una historia básicamente de desempeño administrativo ascendente, con cargo con diferentes responsabilidades y en sus estructuras, cada vez mayor, más cercano al nivel máximo. ¿Como usted acuña el concepto de estrategia, empezar a considerar qué estrategias utilizar para desarrollar el cargo como responsable de la planificación familiar en una institución como el ISSSTE del estado de Quintana Roo? ¿Cómo se empieza acuñar este sentido de ir ascendiendo con este enfoque?

97. G: Mira, este, yo creo que son oportunidades que te da la vida, no precisamente en mi caso me plantee un proyecto en la administración pública, específicamente la administración de los servicios de salud, yo creo que son oportunidades que la vida te da y que tú las debes aprovechar en ese momento, yo estaba formando en este momento un proyecto inmediato de hacer la especialidad médica, de hacer oftalmología, que era la que más me llamaba la atención, incluso tuve la oportunidad de presentar el examen de la residencia médica a México, pero como no entren en esa primera selección que yo presenté, seguí trabajando en el Hospital Morelos, la oportunidad que se me da de trabajar en la planificación familiar, te debo decir que fue muy difícil para mí, porque la formación que tenemos en este momento era prácticamente en la atención médica puramente conceptual no, puramente referente a la atención de enfermos, a ver que recuperen su salud, casi no veíamos nosotros la prevención, el aspecto importantísimo en la formación de nosotros era curar el enfermos, no de manejar elementos este tipo de diagnóstico administrativo, tú te haces a la idea de ser ese personaje o éste, pero no, la administración para mí fue un poco difícil, fue un reto meterme a la administración pública, empezar a ver un programa, empezar a ver los componentes sociales, los rangos de población, el objetivo que persigue un programa, sobre todo enfocado a la prevención como es la planificación familiar, en aquel hasta hoy, persiste aún la sobrepoblación, para que el tiempo se manejaba como control de la natalidad, bueno para mí fue muy difícil asimilar y tener el reto, empecé a tomar el sabor de lo que es la administración y me preparé, una vez el doctor Armando Valle González, que era Subdirector General Médico de ISSSTE acude a Quintana Roo para hacer una evaluación de los servicios y se me da la oportunidad de responder parte los cuestionamientos y los problemas que teníamos, responder la situación actual y que se tenía y que se pensaba hacer y bueno, de esa manera se fija en mi persona, de manera que tres o cuatro meses, cuando vienen los cambios, me da la oportunidad de ser su colaborador aquí, en ese tiempo estaba licenciado Pedro Joaquín Codwell al frente del gobierno de Quintana Roo y empiezo trabajar en la subdelegación médica, no sin antes ser jefe de servicio de atención preventiva. Con ello, en la administración pública lo que empiezo a hacer es prácticamente trabajar con un concepto más amplio de lo que es la administración de servicios de salud ya con un entendimiento y una aceptación de una responsabilidad más grande, y empiezo a decidir y a dedicarme a la administración de los servicios de salud y dejo ya prácticamente la atención médica, la formación que tenía yo como médico aplicativo.

145. I: Y a partir de ese momento cuál era ya, pasando a la parte individualizada clínica a la parte la salud pública ¿cual sentía que era su visión porque la visión cambio a partir del enfoque clínico al salubrista?

148. G: Mira quiero antes que nada decirte que me fui con cierta satisfacción, que casi los nueve años que estuve como subdelegado médico, tuve la oportunidad, no quiero que decirte que fui el impulsor, me refiero que tuve la posibilidad de ver en el ISSSTE el crecimiento en materia de salud, me tocó la oportunidad de trabajar con el delegado estatal, que para mí ha sido el mejor delegado del ISSSTE el licenciado Bernardo Castillo Barrón este ...este delegado de la Ciudad de México venía preparado y con una gran capacidad de gestión, este pero de verdad este éxito sean tan es así que durante este tiempo que estuvimos trabajando en ello los servicios del ISSSTE crecieron, se crearon unidades médicas que antes no se tenían, se subrogaba si le necesitaba algún médico especial se le pagaba, todo eso, entonces empezamos a crear una infraestructura en el ISSSTE que comprendió todo el Estado, desde Lázaro Cárdenas en Kantunilkin, se creó el hospital también de Cozumel, se amplió el hospital aquí de Chetumal se... se creó el hospital general de ISSSTE en Cancún y además de todo eso que te menciono de los servicios de salud también en plantillar, se amplió la cobertura con los médicos y personal administrativo, para mí eso fue de gran satisfacción y me tocó vivirlo, renuncié en el 93, y decidí regresar de nuevo a la medicina de aplicativo me incorporo al hospital Morelos como médico cirujano, pero ante insistencia del doctor Esquiliano, Secretario de Salud, me vuelvo incorporar a la administración. Te repito, comencé aquí, hasta llegar a ser lo que todo médico que está metido en administración de servicios de salud desea, ser el número uno en la salud, sobre todo en la salud pública. Tener ese enorme responsabilidad de ver que toda tu gente, todos tus paisanos en todo el Estado pudieran gozar de mejores cosas, de bienestar. Con esto te puedo decir que enfoque todo mi trabajo en eso.

Tercer Segmento. Experiencia Institucional (172- 280)

172. I: Como máximo estratega de la Secretaría de Salud ¿Cómo encuentra a la Secretaría, cuáles son sus objetivos, partiendo de su participación en una institución Federal? Con qué recursos empezó a trabajar al momento de la entrega de la Secretaría de Salud para poder ir alineando estos objetivos.

180 G: Si mira éste quisiera yo comenzar a tu pregunta con esto el sexenio del ciudadano ingeniero Mario Villanueva Madrid comienza partir de 1993 y termina en éxito el 99, los primeros dos años la Secretaría de Salud estará cargo y era responsabilidad del doctor Héctor Esquiliano Solís, médico Chetumaleño, quien inicia proyectos de creación en algunas localidades donde su población necesitaba tener un centro de salud, con su personal correspondiente, con área de influencia, área de referencia por su importancia no sólo de referencia, sino en algunos casos de interés turístico, ya sabes que somos un Estado eminentemente turístico, entonces, él fortaleció la edificación de hospitales en esta región, en Playa del Carmen, en Lázaro Cárdenas, en José María Morelos para que haya esa tipo de unidad médica, dependía de un modelo de atención, que eran como base los centros de salud, si el centro de salud rebasa

su capacidad de atención, se planteaba la necesidad de un hospital, tenía que aumentar su capacidad resolutive y se convertirlo en hospital, en el se estaban llevando los programas tanto de la atención primaria de salud, como también programas hospitalarios, como urgencias como cirugías todo eso y así es como entonces destaca los primeros años del doctor, cuando yo entro el doctor Jesús Kumate, que era Secretario Nacional de Salud, es remplazado por el doctor Juan Ramón de la Fuente, que por cierto aparte de ser un excelente hombre, es muy visionario, el mismo descubrió también ser un político de la salud y un señor administrador, también entonces él empieza a ver el panorama, el panorama del país, el aspecto de la salud pública, se establece y refuerza en las reuniones de trabajo y de la organización de los Consejos Estatales de Salud, nos hace que cada Secretario de Salud en cada Estado o sea cada consejero de salud . Ramón de La Fuente refiere, tenemos problemas de dos grandes tipos, primero la cobertura de los servicios que hay en el país, una gran dispersión de localidades que hay en el país, con necesidades de infraestructura, porque hay localidades que de acuerdo a indicadores de la Organización Mundial de la Salud, había localidades sin centros de salud y había en el país centros de salud que operaban solamente con una enfermera o con un técnico en salud y eso también estaba en Quintana Roo reflejado, en Quintana Roo había centros de salud con un médico o de hecho había centros de salud que no tenían médico o enfermera, más que un pasante que era cambiado año con año y que no le podía dar seguimiento a los programas, en fin, primer paso por resolver era la cobertura, el fortalecimiento del primer nivel de atención era la principal línea de estrategia, la segunda línea estratégica se visualizaba además de los centros de salud, ver en los hospitales el estado que presentaban en ese momento, no había calidad, para nada, no se conocía ni siquiera el concepto de calidad, de ahí entonces esas eran las dos grandes vertientes que se plantearon con el Centro Nacional de la Secretaría de Salud, ¡vamos sobre la cobertura y hacia la calidad de los servicios! eso es lo que marca la administración del doctor Juan Ramón de La Fuente, y en el primer concepto Nacho, de cobertura empezamos a trabajar primero sobre los centros de salud, a edificar, donde ya se cumplía con el rango poblacional empezamos a construir nosotros 49 centros de salud en el Estado, durante esa administración y después vimos las plantillas en cada centro de salud, mínimo debería de contar Ignacio, ese tiempo, con un núcleo básico, que era compuesto por un médico y dos enfermeras, y de esas enfermeras una era la que se dedicaba a auxiliar al médico en la unidad médica del consultorio y la otra salir al campo aplicar vacunas a detectar embarazadas a dar pláticas de promocionar la salud y todo eso y se iba al campo, para seguirte en el mismo contexto más adelante se dijo bueno pues ya tenemos todo bien se dijo en ese tiempo ya tenemos cubierto en materia de infraestructura y en materia de ...de ...de recursos humanos teníamos nosotros lo que se llamaba Cobertura universal, pero nos faltaba enfocarlo ahora mucho más hacia los programas de salud, tener ya la cobertura universal pero ya enfocada hacia los programas de salud, cursábamos con problemas de medicamentos de curación, te quiero ser honesto cursábamos y no encontrábamos al principio la manera de subsanar, más adelante te platico sobre eso, entonces, creamos nosotros la infraestructura, la plantilla todo eso pero empezaron a surgir otro problema, de que la gente empezó a quejarse oye nosotros el médico solo viene de lunes a viernes y prácticamente se quita las 12 de la tarde y en la noche mis urgencias de turno de sábados y domingos, pues que me las completa entonces, se creó un programa que se llamó de ahora bueno ahora le llaman de arraigo, un programa que nacía de estudios de SEDESOL, CONAPO, INEGI según localidades por nivel socioeconómico, de acceso, indicadores de pobreza, decidir donde debía existir ese médico al cual se le iba a pagar

casi el doble de lo que ganaba creo que un 80%, actualmente está casi doble de lo que gana con el fin de que se quedara allá, que viviera allá y que trabajara armónicamente con las localidades allá, con el comisariado, con el delegado municipal que trabajará con ellos conjuntamente, inclusive tener allá su parcelita o algo, en fin que quede inmerso en la dinámica social de esa localidad ese lo que tuvo para fortalecer la calidad de los servicios de salud, en iniciar una serie de programas para la creación de especialidades médicas, que reforzaran eso, e iniciar otros programas, que ahora se llaman de seguridad del paciente y enfocarse también hacia la capacitación y la actualización, acciones también para surtimiento de medicamentos, con el fin de subsanar lo último que faltaba los medicamentos y otros pendientes, hasta que surge la iniciativa de la descentralización de los servicios de salud en los años 80s, en época del Doctor Ángel Alpuche Peraza, primer Secretario Estatal de Salud, además se hizo un intento de descentralizar, pero ay quedo, en nada más el nombre. Por ello puso el nombre de los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo, pero no se consolidó, entonces es cuando ya el doctor Juan Ramón de La Fuente hace una iniciativa a nivel nacional para que cada Estado asuma la responsabilidad de dirigir los propios destinos en materia de salud y a mí me toca esa nueva oportunidad, la gran oportunidad Ignacio de hacer que se descentralicen los servicios de Quintana Roo, en un evento si nomás me equivoco, en julio de 1997 aquí en la explanada de la bandera se Declara el nacimiento del Organismo Público Descentralizado (OPD) de los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo, presidido por el Dr. Juan Ramón de La Fuente y el Dr. José Narro Robles, que es actualmente Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México, de la UNAM, y pues por nuestra parte el ingeniero Mario Villanueva y un servidor, formalmente se nos entregan todos los recursos, tanto económico – financieros, este, de infraestructura, plantillas, todos los edificios que está en Quintana Roo y a partir de ese momento se promueve el desarrollo, el crecimiento, la visión hacia dónde quiere ir Quintana Roo y que depende del Estado. Que premisas principalmente tenía esto? el que los recursos que nos manden, nosotros íbamos aplicar de acuerdo a nuestras necesidades, tomando en cuenta el perfil hacia dónde vamos, ya nosotros somos los que vamos a dirigir nuestro propio destino y a partir ese momento dar a los futuros trabajadores médicos enfermeras contratos, que no violenten la ley a través del Organismo Público Descentralizado, con sesiones técnicas de trabajo, así se crearon las plazas que hicieron falta, con el compromiso establecido de que a partir ese momento, todo lo de estructuras, todo lo de equipamiento y plazas de médicos de personal, sería una competencia del gobierno del Estado.

280. Nos autorizaron 120 plazas de mandos medios entre directores subdirectores, Jefes de departamento jefe de oficina administradores en los hospitales por ejemplo el director ya no cobraba como médico de base, igualmente el caso de los jefes de jurisdicción, los coordinadores y de enfermería, las jefas de enfermeras, supervisores, todo eso en ese momento se dio.

Cuarto Segmento. Panorama Institucional (281-350)

281. I: Doctor en relación a cobertura, ¿cuál era la cobertura que usted encontró cuando llego y al término de su gestión, como completo o qué porcentaje de cobertura se avanzó para tener más una dimensión de esa etapa que básicamente está enfocada a la acreditación de servicios?

285 G: Mira yo te puedo decir que tenía una cobertura del 90%, porque lo único que nos faltó era mejorar todavía la cobertura de los programas, si, los resultados de esta administración, el impacto mayor se puede resumir en dos grandes partes, primero que entregábamos un Estado que estaba de acuerdo con las indicadores que te daba la Organización Panamericana de la Salud, de La Organización Mundial de la Salud, en cuanto a centros de salud en cuanto a plantillas completas con recursos básicos aún pendiente solamente se nos quedó la factura de llegar a ofrecer la calidad de los servicios estatales, porque tenemos todavía un problema, lo del suministro de medicamentos y material, pero éste, pero, esa fue la tarea primordial a que nos dedicamos, el impacto, principalmente, mira por primera vez tuvimos, que yo también lo viví, que fue precisamente a finales de esta administración, cuando el dengue se empieza disparar en el país y se reflejó el Estado también, digo ayer tuvimos la primera muerte de dengue en un trabajador o un ex trabajador, que falleció por problemas de complicaciones del dengue, este, pero logramos emparejar muchos indicadores, sobretodo todo destaca la disminución de la mortalidad materna e infantil, enfermedades prevenibles, con la vacunación universal, en base a los trabajos de las semanas nacionales de salud, que en ese tiempo eran semanas de vacunación, días nacionales de vacunación, eso sí vino a ser un parteaguas para disminuir la mortalidad en el país, logrando coberturas de más del 95% en el Estado en el en cobertura, eso permitido que el Estado no tenga muchas enfermedades y que en otro tiempo las causas de muertes de los niños, logramos también otro parte aguas, la implementación de la hidratación por medio del vida suero oral, era uno de los pasos que se usaban en los hospitales, la vigilancia epidemiológica y que mejoramos te repito con la descentralización.

321. I: Hay tres grandes grupos de atención a la población los adultos mayores, la salud reproductiva, la infancia y adolescencia, que de ahí derivan los programas a nivel nacional, ¿cuáles eran las prioridades de cada uno de estos componentes?

323. G: Te digo que no sé si te escuché bien en el primer rubro era la mortalidad infantil sobre todo por las enfermeras prevenibles por vacunación por infecciones respetares agudas por diarreas en el aspecto que importaba en materia de salud reproductiva la planificación familiar como un instrumento indispensable hasta hoy significa eso para disminuir la muerte materna que es un problema de nivel mundial y estén en cuanto a los de la tercera edad pues en aquel momento desde Aquellos tiempos en los en los indicadores de morbilidad y todo eso tiempos de advenimiento de los programas preventivos se veía pues también problemas de diabetes, hipertensión y todo eso con el objeto todo pues de mejorar todo eso estuvo contribuyendo esas cosas estilos de vida que desde allá se vislumbraban ese momento como un problema nosotros comenzamos a trabajar, te soy honesto la verdad es que no alcanzamos a trabajar mucho a este grupo de su atención de este más que nada en materia de prevención o curativa casi no vislumbrábamos en ese momento apenas empezaban a haber cambios de incremento en ese rango.

350. pero si en los primeros años trabajamos en eso.

Quinto segmento. Morbilidad y Mortalidad evitable (351-480)

351. I: En cuanto a la mortalidad evitable tenemos como definición, que son aquellas defunciones que no debían haber ocurrido, debido que los servicios de salud tienen esa capacidad de prevenir o evitar que se presenten, por lo que se adjudica la responsabilidad al sistema de salud, con atribución directa y con absoluta responsabilidad, así como hay aquellas causas de mortalidad evitable donde hay otras responsabilidades adicionales como: estilos de vida, biológicos, ambientales y el nivel de calidad de vida de la población. Hay algunas defunciones evitables muy específicas y que tienen que ver en un momento dado con estrategias nacionales o estatales...

362. G: Específicamente ¿cuál fue la pregunta?

363. I: Nivel nacional tiene un perfil de atención de la morbi mortalidad para reducir sus causas de mayor impacto ¿cómo cubrió Quintana Roo las expectativas de nivel nacional? ¿Qué nivel ocupaba Quintana Roo con respecto al resto del país?

372. G: Mira yo no puedo decirte con cifras exactas de productividad, pero te puedo decir que Quintana Roo siempre se ha destacado por ocupar los primeros lugares según las metas y disposiciones que marcar la federal, incluyendo las principales enfermedades de la región, siempre estuvimos altos en Vacunación universal, fuimos de uno de los primeros Estados en altas coberturas, esa era una respuesta que esperaba el Gobierno, al asumir una responsabilidad en Quintana Roo con mucho apego, con mucho arraigo, desde el primer Secretario estatal con el doctor Ángel Alpuche Peraza, hasta el QFB Juan Carlos Azueta Cárdenas que a pesar de que no tenía el perfil de ser médico, sin embargo fue parte integral del desarrollo de la salud en nuestro Estado, así como el resto de mis colegas Secretarios, con su mérito cada uno.

390. I: ¿Cuáles eran las enfermedades más frecuentes, las defunciones más frecuentes en el Estado?

392. G: En esa época empieza la aplicación de programas especiales y programas prioritarios como la planificación familiar, la vacunación universal, la ministración del suero oral, las actividades contra infecciones y otras patologías resultado de cambios en el comportamiento epidemiológico de las enfermedades, antes las principales causas, te puedo decir, que eran las infecciones gastrointestinales, las infecciones respiratorias, las infecciones parasitarias y empezaban a aparecer dentro de las primeras causas la hipertensión, la diabetes, todo eso, pero esas eran las principales y pues bueno también enfermedades transmitidas por vector, el paludismo, el dengue apegadas a las condiciones climáticas que las favorecían.

404.I ¿Y defunciones?

405. G: De defunción yo creo que, no sé, te mentaría si te dijera, no me acuerdo exactamente las causas de defunción, creo que también hayan sido por las complicaciones de enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión, no lo sé no te puedo decir, no me acuerdo.

409.I: Cuando los servicios estatales no estaban descentralizados, seguramente la influencia de nivel federal era mucho mayor para poder definir las estrategias, para poder abatir la morbi mortalidad, a partir de esta descentralización ¿cómo se diseñaban las estrategias, como se diseñaban las acciones para poder reducir la morbimortalidad y cumplir con los objetivos de de acuerdo las metas propuestas, quienes diseñaban las metas, quienes los indicadores y como se establece a las negociaciones con la federación?

419. G: Mira este prácticamente la descentralización se da en el 97 y nosotros en el 97 al cierre d estamos descentralizados, y nos vemos con la tarea de iniciar una reorganización, de crear una estructura estatal semejante a la que tienen el nivel federal, con los lineamientos que nivel federal, por cierto, tuvimos mucho el apoyo del nivel federal, en cuanto lo técnico, lo normativo, para que nosotros pudiéramos establecer los cimientos y empezar a trabajar por nosotros mismos, tuvimos muchísimo apoyo y capacitación, reuniones de gestión, todo eso para que armáramos desde la ley de salud estatal, desde la creación del Organismo Público Descentralizado (OPD), el decreto del organismo público descentralizado, el reglamento de salud, el Consejo Estatal de Salud, incluso instalación de la Comisión estatal de arbitraje médico, nos dimos a la tarea bajo el seno de la OPD empezamos a trabajar nuestra propia operación de organización y de procedimientos, hacer a nivel estatal todo este marco normativo y avanzamos un poco en las jurisdicciones y en los hospitales, hace falta continuar la descentralización a estos niveles y del nivel local.

455. En el Organismo Público Descentralizado los integrantes ya rendíamos un informe sobre ¿cómo estaba la cobertura programática, el avance de metas, el presupuesto que se ejerció, y éste, y todo lo que se obtuvo como resultados en ese año y de eso hacíamos nuestro informe.

456. I: ¿cuáles eran los programas prioritarios que nos dictaba la federación y que se dictaban desde el Estado?

458.G: Si mira, habían enfermedades como hasta ahora que desde el nivel nacional ameritaban intervención, por ejemplo, ahorita en este momento la obesidad y sobrepeso que conllevan a problemas hipertensión, de diabetes, es un problema nivel nacional, igual en ese tiempo habia programas que habían que llevarse, porque tenían un comportamiento nacional y había programas específicos en su caso Vectores, que había que arrancar también y de esa manera se llevaban como hasta ahora se está llevando.

464. I: ¿Y los recursos la negociación de los recursos para poder aplicar de acuerdo las metas establecidas?

466. G: La Federación siempre fue cumplida con nosotros, nos mandaba recursos, claro no suficientes al 100%, no al 100% en la solución de problema, por ejemplo de medicamentos y material de curación, en ese tiempo teníamos la compra consolidada, al no haber mercados regionales, locales, empresas, preferimos que nivel nacional realizara la compra consolidada de los medicamentos y que en aquel tiempo no podíamos nosotros o no teníamos por falta de

presupuesto que nos mande la federación en ese tiempo.

480. Durante la descentralización también tuvimos la oportunidad de crear el organismo público de la beneficencia pública y a través de las cuotas de recuperación podíamos apoyar a los centros de salud y ayudar a la población con discapacidad mediante en un aspecto ya social de las acciones en un aspecto hacia los grupos vulnerables, con discapacitados en ese aspecto y de servicios de salud aparte de patrimonios ya lo tenemos.

Sexto segmento. Descentralización (481-540)

481 I: En relación a la descentralización ¿como empezó a darse la participación del Estado, en función de presupuesto, que tanto aporta o apporto durante todo su periodo el gobierno del Estado? para poder, este, alimentar las finanzas de operación de la Secretaría.

482 G: Mira tuvimos un gran apoyo de parte del ingeniero en cuestiones de equipamiento, de infraestructura, porque incluso los centros de salud la mayoría de ellos, así como los hospitales integrales o regionales. Las cuotas de recuperación que teníamos, si no se daban como lo exigía la federación, peso por peso federación - Estado, el único Estado donde se daba eso y que tenía resultante de incentivos fiscales era Tabasco, fuera de eso ningún Estado.

495. I: Si porque Tabasco estaba con acuerdos federales por el petróleo, una partida era para salud.

497. Con nosotros no se dio, hay un aporte fiscal del 2% del turismo que no se orienta al tema salud.

501. I: ¿Entonces estábamos preparados en ese tiempo para la descentralización?

502. G: Si, a lo largo de la historia, velo ahorita, era una política que se tenía que dar, ya no podía el gobierno federal *"te voy a dar un peso para que le pongas en ese programa"*.

510. I: Cada año se debe informar a la población a través de los informes de gobierno ¿cómo salieron estos informes año con año, en los años que estuvo y en función de que informar a la población? y ¿sobre las mejoras, sobre los logros que se van alcanzando, sobre los resultados que se estaban teniendo, ya en función de la calidad de la atención?, ¿en que está orientado esta calidad?

516. G: Mira no te digo que excelente, en términos generales la población reflejaba un sentimiento de buenos, bueno en términos generales, tú mismo viviste lo que es el de Cancún, en ese tiempo estaba saturado, en ese tiempo tenían problemas de cobertura, allá en ese tiempo tenían problemas de medicamentos, creo que estaba satisfecha la población y nunca tuvimos problemas de demandas que dejáramos de cumplir con la atención, nunca suspendimos la atención o en materia de salud pública. En materia de casos específicos de pacientes sobre todo a nivel de los hospitales hay que ser honestos, si tuvimos problemas.

525. I: La gente ¿que consideraba como apropiado y de calidad en función de programas específicos?

527. G: No le entiendo a tu pregunta, pero si te refieres a todos los programas, por ejemplo de promoción de la salud, se hacía llegar por todos los medios, uno de los retos que cuesta que verdaderamente es que tengamos la participación de la ciudadanía, desde el día que nosotros logremos la participación ciudadana, podremos cambiar mucho, un montón de enfermedades, ese reto yo lo palpe, yo lo viví, no podíamos hacer mucho a pesar de tener el acceso a los anticonceptivos y a las pastillas, a los condones y a todo eso, a la gratuidad del servicio planificación familiar para hacer OTBs, vasectomías, no conseguíamos que la gente verdaderamente demande esos servicios y seguían embarazándose, las adolescentes hasta ahorita sigue siendo un problema, con bajar décimas de hecho, hace cinco años era que el 32% de embarazadas eran adolescentes, ahora son el 28 %, bajar ese tipo de índices, décimas en cinco o siete años, pues no es muy significativo.

Séptimo Segmento. Estrategia, efectividad y eficiencia. (540-610)

540. I: Las estrategias las hemos definido, como el curso de acción para lograr los objetivos, la efectividad la hemos acuñado, como el logro de objetivos, son las metas bajo condiciones reales. de la población hacia los servicios de salud

546. G: No te entiendo

547. I: Es decir creo que a lo mejor es redundante pero había que reforzar el hecho de que los padres de los hijos de una familia están agradecidos con los servicios de salud, porque son vacunados en todos sus componentes, porque la madre acude para poder dar atención a sus necesidades de planificación familiar, de que la madre acude para poder recibir cierto tipo de atención, es decir la familia es la representación básica de la población, como mira sus centros de salud yo estoy tratando de integrar lo que usted me ha comentado y quizás uno de los componentes de efectividad es el acceso los servicios de salud, el hecho de que se hayan construido unidades de salud en la población, eso genera oportunidad de atención y más facilidad para estos procesos, como el reto de los medicamentos, el poder tener accesos medicamentos, para poder dar respuestas a las enfermedades, el poder subsanar los problemas propios de la región, como el dengue por ejemplo, el paludismo, a la mejor atención en una mordedura de víbora y los antídotos para poder atenderlos oportunamente, más que nada me refiero como la familia en el área rural percibía la importancia de los servicios de salud en su comunidad, sea rural o urbana y percibir así los servicios de salud con el enfoque de efectividad.

562. G: Yo creo que esa percepción de que hablas, se priva hasta la fecha, por mucho que tú hagas. Si no logras por un lado que ellos participen, no lo sienten creo yo, no sienten ser protagonistas en la salud, no se sienten formar parte del equipo de salud, son parte del equipo de salud no solamente los prestadores de salud sino también los beneficiados, yo decía yo en un principio que no lo sienten; su participación dentro del equipo de salud es importantísimo para evitar enfermedades, porque sigue siendo Ignacio y sigue siendo que infecciones

respiratorias, que infecciones diarreicas, sobrepeso, obesidad son enfermedades prevenibles, son enfermedades que pueden evitarse con actitudes, persisten si ellos no se sienten formar parte de eso y además de eso no se toman su medicamento o no le cumples con su medicamento, o no le cumplas con un inyección en el momento en el que lo necesita, son momentos en que los pobladores se siente que no le satisfaces, de nada sirve que no tiene un hijo con polio, que no se le murió de tétanos, de nada sirve si en ese momento que te necesitan no puedas mitigar en el momento, o que esté cerrado el centro de salud en ese momento, es lo que prevalece, entonces yo siento que tenemos que seguir luchando en que la población forme parte de nosotros, y yo pienso así de verdad, importante es el cambio de estrategias en los niveles impacto, sigo pensando en que trabajando conjuntamente, con actores políticos que también de acuerdo a la ley estatal de salud son corresponsables en materia del mantenimiento de la salud, como son los servicios municipales, como son los presidentes municipales, como el señor Gobernador del Estado, convencerlos en que también participen, con los diputados, con regidores, los líderes; entonces creo que en ellos debemos trabajar, creo que la interacción, el trabajo conjunto con ellos, podemos llegar un poco más allá, que te puedo decir por ejemplo, hablamos mucho del dengue se ha disparado en todo el país y en el mundo en lugares donde hay frío como Rusia, hay dengue, Entonces, qué es lo más que pudiéramos hacer, con estas personas los regidores que fueron electos por el primer distrito, o si fueron diputados, que fueron electos en otros distritos, porque no visitar con ellos, esas casas, esas escuelas, a través de cada nivel organizacional en la Secretaría, allá hay en cada esquina o alguien que trabajo para llegar a ser, a ellos juntarlos y agregarlos al ejército, que sean vigilantes de los patios limpios, de las azoteas limpias, de las escuelas limpias, y eso Ignacio no lo hemos hecho.

594. I: Hay que convencer, hay que instruirlos y educarlos para poder hacerlo juntos

595. G: Así es, y otra manera es que educar o empezar a hablar en el seno de un Congreso del Estado, hay que solicitar audiencia al Congreso para decirles cómo va una enfermedad, como por ejemplo en el caso del dengue, llamar para hacer ese tipo de acciones, cada vez que nos citen, para ver cómo vamos en tu primer distrito, eso te corresponde tienes tanto que decir, que estás haciendo, y no solo decir, esto es lo que está haciendo las autoridades de salud, sino vente y trabajamos, creo que eso pudiéramos trabajar y se nos ha olvidado ese sector.

602. I: Siendo muy puntuales y preguntándole al periodo en que usted toma al frente como Secretario de Salud, en que si fue efectivo, qué actividades desarrollo hacia su gestión para decirte si fue efectivo.

605. G: Es lo que te digo, en lo que sí fuimos efectivos fue, en generar una estructura que no se tenía al principios, efectivos ampliando la plantilla de personal, los núcleos básicos en los centros de salud, darles a los trabajadores de la salud seguridad laboral, con la gente fuimos efectivo en la luchas contra enfermedades infecciosas, fuimos efectivos nosotros en la cobertura de atención médica, en ese contexto de manera general.

Octavo Segmento. Pendientes y Retos (611-611)

I: ¿Que faltó para hacer o para poder completar ese proceso para la continuidad, que entregó, que recomendó a la siguiente gestión para seguir, el poder continuar?

613. G: Bueno, decirte que falta poco no es cierto, en salud cada año faltan más cosas creo que es uno de los sectores más dinámicos que hay, entregamos los servicios, con esto que te estoy diciendo, con una cobertura universal del más del 90%, con una estrella, con la satisfacción de indicadores que pidió la Organización Panamericana de la Salud en cuanto estructura, en cuanto plantillas, ocupando Quintana Roo los primeros lugares en cuanto a los indicadores de la salud, nos quedaron tareas pendientes Ignacio, por ejemplo en la última reunión que tuvimos con motivo de la candidatura del siguiente gobernador Joaquín Hendricks Díaz, tuvimos una reunión con ellos y le planteamos la necesidad uno de crear una cuarta jurisdicción que hasta la fecha está en proceso, porque el crecimiento, se amerita tener una cuarta jurisdicción derivada de la número dos. Que no se dependa de médicos que vengan de fuera, conmigo se inicia la inquietud de crear una facultad de medicina, pero eso se lo dejo a Joaquín Hendricks y él lo incluyó en su plan de desarrollo, en un principio la facultad de medicina queríamos hacerla con la facultad de medicina de Yucatán, con el director que era Palma, no me acuerdo de su nombre, el doctor Palma, con él hicimos un proyecto para 24 alumnos quintanarroenses que estudiarán hasta el segundo año de medicina allá, en la universidad de Yucatán y después de esos dos años transcurridos allá, formar nuestro plantel académico, en nuestros hospitales y después vengan el tercero ya a nuestros hospitales cuarto quinto y sexto, pero no lo logramos conseguir, no logramos hacerlo, se lo dijimos al licenciado Joaquín Hendricks Díaz, para que lo incluyera, eso era lo principal que teníamos nosotros y lógicamente consolidar el Organismo Público Descentralizado después de un año y medio de haberlo trabajado, esa era la tarea principal, consolidarlo, ya que decidieran que hacer, crecerlo, madurarlo y hacer otras cosas que nosotros no pudimos al final, sobre todo en materia de deficiencia, como tú llamaste, te puedo decir que la administración que me tocó vivir, fue efectiva, tuve unos planes grandes que trabajamos, con ello, tuvimos la oportunidad de sembrar la semilla para que esos Servicios Estatales de Salud crecieran bien y eso fue en conjunción.

Noveno segmento. Conclusiones (644-680)

644. I: ¿Algo más algo más que agregar doctor? aparte del contexto de la efectividad, de las estrategias, las estructuras a nivel organizacional, yo creo que parte de esté protagonismo que estuvo orientado a fortalecer las estructuras de los servicios, precisamente para lograr la autonomía y a partir de eso, orientar los recursos para poder lograr las metas y cumplir los objetivos para cada uno de sus programas que tienen que ver con la mortalidad y la morbilidad asociada.

650. G: Aparte de que hoy actualmente estoy trabajando en la Dirección de Innovación y Calidad y antes fui director del Hospital Morelos, en donde pues, estuvimos trabajando durante siete años y ahorita con Innovación y Calidad, llevo tres meses y participar contigo y podamos hacer grandes cosas por la jurisdicción 2, en lo que me compete amigo yo quiero

este, decirte Ignacio que hay una admiración especial aparte del cariño y respeto porque he visto de que estás a punto de lograr algo, el doctorado y eso no se puede decir en corto tiempo, pero ese lapso ese periodo en el cual tú te has dedicado a redoblar esfuerzos para poder estudiar, trabajar, ser padre de familia y tener todo los retos que implica tu vida diaria y lograr seguir estudiando, todo eso implica muchísimas cosas, implica la tenacidad implica querer y tener un objetivo, este, luchar por ello, con la capacidad que tienes, el esfuerzo, la entrega, son cosas que hay que admirar de ti y, éste, yo sé que todavía estás a mitad del proyecto, que tal vez tengas pensado a lo mejor tengas dentro de tu proyecto ser Secretario de Salud y creo que desde ahorita podías hacer un gran papel en ello, tienes toda la capacidad técnica, la experiencia y sobretodo de querer hacer algo en materia de salud, eso es algo que te destaca y espero tengas el mejor de los éxitos y sé que este trabajo te servirá, esta tu tesis, qué lástima que el primo Alz no me permite recordar más cosas, pero pues tratamos de cumplir con esta aportación pequeña y éste, te deseo lo mejor de las suertes.

667. I: Igual a mí me da mucho orgullo el poder estar con el amigo, independientemente de que me contó, desde su investidura, tengo que tengo el orgullo de haberlo conocido, para mí es un honor haber reconocido y trabajado con usted, tener ambiciones que usted ha desempeñado, esta es una luz, en la que uno ve hacia donde uno se puede dirigir, para poder aprovechar todas estas capacidades e interacción con la sociedad, he tenido el placer de conocer igual a sus secretarios de Estado al doctor Tapia Conyer, al doctor Pablo Kuri que ha sido, como usted, mis maestros en algunos momentos, el seguirle los pasos a usted me representa un reto importante, saber que no ha acabado, con el ánimo y las ganas de poder trabajar y seguir adelante, que hay más y más ambiciones de poder compartir con los amigos, con la gente y poder enseñar también a algunas personas que tengan esa necesidad de iniciación de poder continuar y suplirnos algún día, es la ley de la vida. Dr. muchas gracias y pues vamos a tratar de continuar trabajando estos datos, buscando con ello hacer la tesis y pues seguramente cuando este, entregarle un ejemplar y agradecer sus enseñanzas.

680. Muchas gracias Ignacio

-----**FIN DE LA ENTREVISTA**-----

A.3 Entrevista No. 3

Pregunta Inicial

1. I: El objetivo general Dr. Manuel Aguilar es poder identificar como se ha construido la efectividad de los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo, considerando la mortalidad evitable según la relación estrategia y estructura organizacional..., como se analiza o se define, como se establece la evolución de la efectividad en relación a las estrategias y las estructuras organizacionales y estudiar a la alta gerencia para el desarrollo de estrategias generales durante la gestión que usted desarrollo aquí en Quintana Roo... Entonces Dr., Vamos a empezar con la ficha de identificación para tener un control de registro, manifestando usted ¿cuál es su nombre su lugar de nacimiento, la residencia que tuvo originalmente hasta llegar a Quintana Roo? y fundamentalmente para poder

10. comenzar.

11. M: Bien Gracias Dr. Bermúdez. Muchas gracias, el poder decirle que nazco en la Ciudad de Chetumal, Q. Roo el 3 de Junio de 1958, posteriormente me voy a estudiar a la ciudad de Mérida, Yucatán, a la edad de 15, 14 años, ahí estudio en la Facultad de Medicina de la Universidad de Yucatán, termino me graduó como médico cirujano, me quedo un par de años trabajando en el Centro Nacional Regional del Dr. Hideyo Noguchi y estudio también allá algunos semestres, quizá unos 9 semestres en la alianza francesa y algunos trimestres en una escuela de

18. inglés y después yo decido regresar a Chetumal y radicar ahí.

19. I: Si precisamente en espera de las decisiones y... esta metodología es de una historia de vida y la idea es tratar de enfocarla a lo que se refiere a sus intereses para poder lograr

21. Una profesión, el por qué decide estudiar medicina, ¿apartir de donde surge esa inquietud suya?

Primer Segmento (línea 22-453)

22. M: Yo creo que no lo decidí..... la circunstancia seguramente influyeron mucho para que yo decidiera estudiar medicina, lo que sí le puedo decir es que quizás desde la secundaria o quizás en la preparatoria, te preguntan ¿qué vas a estudiar?, una frase que yo recuerdo haber dicho, es que ser médico pudiera ser una opción y se dan las circunstancias, al menos en la preparatoria donde iba yo debías decir por qué tipo de especialidad se iba uno, ciencias biológicas o matemáticas o sociales, yo decidí irme por ciencias biológicas y ahí es donde va tomando mas forma la idea estudiar medicina y ahí decido estudiar medicina, y como se daba en aquellas épocas, primero tengo que aprobar una serie de exámenes y ¡¡bueno!!, salgo aprobado y es entonces así como inicio la carrera de medicina.

31 I: Que tanto usted tenía considerado previamente estudiar la medicina social....la salud pública, estaba como parte de ese interés de beneficio comunitario, o como usted, dice sólo estaba enfocados a una especialidad y en este caso habitualmente los especialistas están enfocados a la atención individualizada y al éxito en función de

35. procesos complejos, que resuelven la vida de una persona.

36. M: Cuando yo estudie o cuando inicie a estudiar medicina no tenía ni la menor idea del significado de lo que es salud pública, los conceptos de... bien común, de bienestar general, de cómo puede uno contribuir, se fueron generando en el transcurso de mi formación como médico, quizá la primera forma de participar organizada y estructuradamente en actividades comunitarias dentro del ámbito de la salud, fue cuando desde el primer año de medicina estuve participando en unas brigadas de planificación

42. familiar que precisamente surgían del centro de investigaciones del Dr. Hideyo

43. Noguchi y entonces hacíamos trabajos en comunidades de ir, te estoy hablando de los 70's y es importante el contexto temporal en el que se dan las cosas, porque es ir a las comunidades de la zona maya y hablar con la gente de las zona maya, según la mecánica que nos diéramos a entendernos y hacer consciencia de la importancia de los métodos de planificación familiar, tengo la impresión de que otro momento que para mí fue importante cuando en el segundo año de medicina llevamos la carrera, perdón la materia de antropología y entonces nos correspondía ir a la comunidad y hacer un estudio antropológico, de ¿Cómo vivían las comunidades, que comían como lo vivían, su estado económico? y en fin todas las circunstancias que supongo que a muchos nos impactó, el estar y conocer directamente de los pobladores de las comunidades sus estilos de vida, y esos dos momentos creo que fueron muy interesantes tanto en la toma de consciencia de participación social organizada como de las... los determinantes

55. biológicos de la salud y la enfermedad.

56. I: Ya usted apreciaba ahí la participación del médico comunitario, ¿Cómo usted lo consideraba en el marco de autoridad en función de un médico especialista de un hospital?

58. M: bueno la participación del médico especialista y el médico en su comunidad, estoy seguro que aun cuando sin plena consciencia, lo empecé a ver e importar en mi formación académica, mi compromiso comunitario, fué desde aquellas primeras brigadas al ver como los habitantes de una comunidad se relaciona y vinculan con el sector salud, sea el nivel que sea, no estoy hablando sólo de médicos sino de todos los

63. que trabajamos en el sector salud.

64. I: Ok, Entonces... en ese transcurrir en los primeros años en la currícula, regularmente se plantean los temas generales, la salud pública es uno de ellos, las prácticas que se realizan en comunidad, esos planes de estudio que seguramente fueron revisados y después empiezan los temas de especialidad, las materias donde

nos incorporamos a las clínicas, el médico nuevo o el estudiante de medicina empieza a retomar lo que estudio en la carrera, el decir que la tecnología, un hospital con equipo de alto valor, tiene resultados mucho más ostentosos o más visibles que un médico de una comunidad, ¿Qué paso al final de su

72. Carrera cuando ya tenía todos estos componentes acuñados?

73 M M: el contacto con los pacientes en un hospital evidentemente es diferente a los pacientes de una comunidad, a mí me toco formarme prácticamente en un hospital público muy pobre no solamente lo digo por las carencias que tenía en el tema de infraestructura y equipamiento, sino también porque ahí consultaba la gente más pobre del Estado de Yucatán, ese Hospital es el Hospital O´horan. Esa conciencia de dar resultados a pesar de las limitaciones y las estrecheces que pueden tener un hospital con las carencias que tenía en aquel entonces ese hospital, va haciendo a la necesidad de eficientar los pocos recursos que se tienen para que los pacientes puedan tener los mejores resultados en términos de recuperación de su salud, y esos es al menos en mí marco mucho, porque mis prácticas clínicas, el internado y posteriormente parte del servicio social

86. lo hice en ese Hospital.

87. I: Entonces... Eso quiere decir que la membrana que dividía la parte comunitaria con el ámbito hospitalario que representaba la tecnología y sobretodo el común denominador que era el paciente, realmente era muy...muy... muy ligera, porque prácticamente era un centro de salud grande, en donde atendían a la comunidad en función de los recursos y esto permeaba la posibilidad que usted pudiera realmente enfocarse a cualquiera de los dos componentes a partir de ese momento, entonces ¿Que sigue después de que termina

93. la carrera desde el punto de vista laboral?

94 . M: Mire quizás, primero precisar que prácticamente fue un continuó entre el contacto comunitario y lo que se hacía en el hospital, hay que recordar que el hospital O´hran era un hospital escuela, luego entonces la enseñanza como hospital escuela era una prioridad y lo que existía ahí en cuanto actualización médica continua, a procedimientos y protocolos de diagnóstico y tratamiento eran muy buenos en los años ochenta, estamos hablando de los años ochenta, yo termino... hago mi servicio social y mi tesis, donde yo estudie había que hacer tesis , era mandatorio y yo hago una tesis que se llamó "Perfil ... mire que me acuerdo.. Perfil de hemostasia en pacientes con preclamsia- eclampsia" y fue un estudio prospectivo en el que se buscaba una curva biológica sobre todo de estos componentes, parte de los resultados era encontrar los productos de derivación de la fibrina... mire como me acuerdo de estas cosas, me acuerdo perfectamente bien...que la búsqueda de información actualizada, no se hace evidentemente en internet, pero además alguno de los componentes de los reactivos que había que cuidar y atesorar mucho como la anti-trombina III, y algunos anti agregantes plaquetarios, esa parte era la tecnología que pudiera estar uno viendo en el área de investigación, y en el área de hospital, fue una combinación en seguida, estar en contacto con lo que se iba dando, yo recuerdo la parte de las endoscopías que se hacían con el endoscopio rígidos, luego flexibles y

como fue evolucionando esto... y el poder transitar de una parte estrictamente clínica, hospitalaria y esa práctica que se da cuando estamos en formación y meterme en esa parte de la investigación, para mí fue otro factor fundamental en la parte de

114. mi formación, no sólo como médico sino como ser humano, esa parte de meterme con la investigación de casos.

116.I: Para tener más o menos un balance en función de los tiempos, se acuerda fechas desde que salió de la secundaria, de la preparatoria, entró de la universidad, salió de la universidad y empezó a trabajar en este campo en el Hideyo Noguchi para poder de alguna manera..??

117. M: De la secundaria creo salí en el 73, de la prepa en el 76. Y del ah...mmm. del internado en el 83, digo de la carrera y en el Hideyo estuve en el 84-86, algo así poco más o menos estuve dos años haciendo investigación, específicamente terminé el servicio social y me contrata la universidad para seguir en la investigación en el área de

121. hematología como auxiliar haciendo investigación y ahí estoy hasta el 86

122. I: ¿El servicio social donde lo hizo?

123. M: El servicio social yo lo hice en el hospital O'hran en el área de Dermatología, al mismo tiempo estaba haciendo la tesis en el Hideyo Noguchi...

125. I: Ah ya...prácticamente esos fueron los enlaces para darle continuidad, que de alguna manera lo mantuvieron en el campo de la tecnología hospitalaria, creo que iba cristalizando el afán de poder cumplir su sueño, de sus expectativas desde el inicio de sus estudios, pues ya de medicina y de alguna manera se daba la congruencia en función de esa continuidad, pero bueno daba la oportunidad de especializarse más en el campo del laboratorio, de la atención hospitalaria, y quizás más adelante como toda su vida, hubiera como muchos médicos esa exclusividad, ¿Qué sucedió a partir de esos trabajos del Hideyo Noguchi... ¿Qué paso después?

133. M: Primero, para contextualizar, el tema de hacer el servicio social atendiendo a los pacientes de dermatología, pero al mismo tiempo ir en la mañana a los quirófanos, como parte del protocolo, de tomar muestras de vasos sanguíneos de mujeres que le habían hecho cesáreas, de coleccionar muestras sanguíneas muy temprano, llevarlas al laboratorio, regresar al servicio social, regresar a ver los resultados de laboratorio, también era interesante.. y ah... graficarlos en hojas de cálculo, que no había en esos tiempos las tecnologías que tenemos ahora de Excel y este tipo de cosas, bueno que fue parte de ... le decía me quedo trabajando en el Hideyo y llega la parte en la que uno tiene que tomar decisiones... quedarse en investigación o salir de la investigación... y yo decido regresar a Chetumal y quedarme aquí en Chetumal y hacer la parte clínica de consultorio.

144. I: Bueno pues realmente pues si... es un eslabón...muy interesante en relación había resuelto esos primeros compromisos personales y poder vincularse con este medio, pero si llama la atención algo que usted plantea claramente el enfoque administrativo, de la organización, la

planeación, de los controles a partir de acudir a las diferentes áreas para tomar muestras, el enfoque de justo a tiempo, el enfoque de la evaluación de la revisión de los resultados para retroalimentación en el campo de la investigación, eso ya va marcando un perfil administrativo en donde sí se siembra, se cosecha y los resultados y los planteamientos la materia prima que tu siembras finalmente genera un resultado y cero que es parte de la certidumbre, de poder definir claramente a hacia a donde vamos y el rumbo que tomamos, porque ya se cumplió un ciclo y que se llama planeación, dirección, control y evaluación y creo que en parte nos va orientando en las siguientes

156 etapas de vida, hacia el futuro que a lo mejor son el vínculo con la comunidad, ya trabajando en otra esfera. ¿Qué continuo en esta esfera en Chetumal, a partir de continuar de forma privada, ya no dependiente de una institución, sino ya de una manera de buscar la autonomía?

160. M: Bien... en esta historia yo llego a Chetumal, decido por un lado poner el consultorio y por otro lado aquí en Quintana Roo y en especial en Chetumal, pues mi familia tenía una serie de negocios y dedicaba gran parte de mi tiempo al consultorio y la otra parte a apoyar a la familia en los negocios que tenía y así se va dando este camino del ejercicio clínico de la profesión, de participar en actividades empresariales e ir combinando siempre este tema del consultorio con la actividad empresarial, llega un momento en que decido dedicarme estrictamente al consultorio, afortunadamente iban mejorando las cosas en el consultorio, y en función de esa demanda del consultorio para que yo le dedicara más tiempo, empiezo percibir la necesidad de mantener la actualización médica y aún más el poder aumentar mis conocimientos en el área de la medicina, muy puntuales y muy específicas para mí, como la mayoría de los médicos, uno se involucra en una serie de agrupaciones y asociaciones médicas y a mi durante algunos años en la búsqueda de cursos, talleres, de actualización encuentro en Estados Unidos, específicamente en Miami, dos Hospitales, uno es el Mercy Hospital y el otro el Mont Sinaí, se hacían seminarios desde mi punto de vista muy buenos, excelentes y empiezo a ir a estos temas y cursos de actualización médica continua, y así se fue dando mientras el tiempo que estuve ejerciendo en este enlace que le dedique el 100% de mi tiempo al consultorio y la oportunidad de trabajar como coordinador médico bancario, de prácticamente todos los bancos que existían en la ciudad, a través de los seguros médicos bancarios, realmente era muy diferente la dinámica de cómo funcionaban los servicios médicos bancario, de cómo funcionaban en aquel entonces, llega un momento en el que

181. una empresa, que está en Chetumal, que es la coca cola, me invita a trabajar como coordinador médico de su planta, en aquel momento era una embotelladora que en aquel tiempo tenía unos 3, 350 trabajadores, y bueno yo trabaje 3 años allá del 93 al 95 como médico de la Coca cola, y así se fue dando el ejercicio de la profesión en el ámbito

185. local, desde el consultorio como de interactuar con algunas...eh...instituciones privadas.

186. I: Bueno, de alguna Forma la medicina empresarial empieza a fortalecerse en estas etapas, en si la experiencia a lo mejor familiar, representa un vínculo de poder desarrollar ...niveles de

alta eficiencia, efectividad, que pues difícilmente un médico puede identificarlos hasta que no tiene en la vida real la aplicación de todos estos conceptos, a lo mejor muchas veces forzado a tener optimización de recursos, para poder lograr un beneficio y que su vida sea lo más decorosa posible. Aquí empiezan a parecer algunos otros elementos de enfoque de sistemas, medicina del trabajo, donde ya empieza socializar, el reducir riesgos para poder prevenir enfermedades, que entonces la parte preventiva se vuelva reactiva, poder prevenir complicaciones o reacciones que muchas veces las empresas comienzan a cuidar, para poder evitar pérdidas económicas, y en este caso del médico evitar pérdidas humanas, ¿qué tiempo corresponden más o menos entre

197. la actividad bancaria con la actividad en esa empresa refresquera?

198. M: Se van traslapando los tiempos, porque evidentemente al dedicarle el 100% de mi tiempo al consultorio, la atención de los pacientes bancarios la daba ahí en consultorio, eventualmente visitas domiciliarias, y en la embotelladora trabajaba medio tiempo, a fortuna de la facilidad de la empresa y poder tener libertad de movimiento, estamos hablando de poco más de principios de los 90's hasta mmmm..... ah...hasta el año 2000.

204. I: Y a partir de eso ¿cuándo empieza a tener los vínculos con la administración pública? a partir del 2000 continua la parte privada, de la empresa privada y ¿a partir de cuándo empieza la parte con la administración pública con el gobierno, diferente a la dinámica que había llevado hasta ese momento?

208. M: Yo quizá deba decir que lo primero fue más bien el vínculo con el sector social y a partir de ese vínculo con el sector social, con una institución que está íntimamente vinculada con la administración gubernamental, es que se van dando esos puentes que finalmente generan un producto, yo estuve en la cruz roja desde el... 95 por allá, en diferentes cargos, dentro de los consejos directivos, inclusive en algún momento fui director de la cruz roja de la delegación Chetumal. Director era un puesto operativo, también fui presidente del consejo directivo de la Cruz roja, y usted sabe que allá te vinculan con el gobierno con las características de la cruz roja, de mucha vinculación gubernamental y la iniciativa privada y posteriormente en el 97, 98, el primer contacto que yo tengo como trabajador del sector salud, es en centro estatal de la transfusión sanguínea, en lo que hoy es la subdirección del SET, estuve ahí trabajando a finales del sexenio del Ing. Mario Villanueva, empieza el otro sexenio empieza como secretario de salud el Dr. Lorenzo reyes yo tenía otros proyectos, salgo de la administración pública y me dedico solamente al ejercicio privado de la medicina y actividades empresariales.

223. I: Entonces, ¿En el periodo en el que estuvo, ¿en el Centro de la Transfusión Sanguínea fue alrededor de los 90'?

225. M: Al final...si

226. I: ¿En qué tiempo más o menos?

227. 98 poco más o menos

I: ¿Y después continua en el ejercicio particular hasta el año 2000?

229 M: Bueno. El ejercicio particular de la medicina continua hasta hoy en día, ese nunca lo he dejado, que le he dedicado más o menos tiempo, eso es otra cosa.

331 I: Bueno, me refiero a esa complejidad de actividades que representaba la banca, embotelladora, la consulta privada, en sí ese es el ámbito privado, esa interacción con diferentes empresas que finalmente siguen siendo privadas, y a partir del año 2000 ¿qué sigue?

335. M: Bueno... eh... le digo que cuando yo salgo del CETS, este, le vuelvo a dedicar ya no tanto tiempo al consultorio, porque lo compagino con otras actividades privadas y entonces empiezo a participar en algunas actividades partidistas, ósea de partido político y dentro de estas actividades estaba el ir a diferentes brigadas y campañas de salud que hacia el Partido Revolucionario Institucional, el PRI, y el acompañar a los amigos por el apoyo de los candidatos y poco a poco se empieza a dar esa incursión en la vida política, me invitan a participar después específicamente en algunas campañas en el área propiamente de salud, ya sea para candidatos o candidatas de diputaciones y a presidencias municipales y se va dando esa participación en diferentes campañas, pero muy específicas en el ámbito de salud y posteriormente me invita una candidata a la presidencia municipal a coordinar uno de los ejes, que era el eje de salud y coordino todo el eje de salud con las diferentes actividades no solo en la parte de brigadas, foros temáticos y de hacer encuentros para diseñar un plan de gobierno municipal en el tema de

348. salud.

349. I: Yo creo que aquí es muy importante poder ir acuñando la madurez que se va teniendo del interés individual, del interés colectivo, la participación, del poder establecer el seguimiento de una política planteada y poder formar parte de un grupo que tiene un objetivo, el que se vaya a cumplir a partir de una brigada, a partir de una actividad, pero ya empieza aquí a surgir el tema de políticas públicas, el que tengamos que identificar la necesidad sentida de la población con la necesidad real a partir de la institución, en donde que tanto las instituciones como la Cruz Roja, los servicios de salud que se están prestando hasta este momento, como lo que vio en el marco del trabajo de alto nivel en donde los bancos por ejemplo daban todos los recursos a la par de poder cubrir la demanda de todos trabajadores, o en una embotelladora exitosas donde no era problema el poder escatimar recursos en afán de poder lograr la prevención. ¿Qué tanta madurez había en ese momento de la incursión de la vida pública de gobierno, en donde había que construir o seguir las políticas públicas en función de las prioridades, de tanto, lo que requería el estado a partir de su infraestructura y lo que necesitaba la gente en el diario

363. vivir cotidiano.

364. M: Cuando uno incursiona en este tipo de actividades, por un lado de la sociedad civil organizada como es la Cruz roja, o bien en una estructura de gobierno como fue mi primera incursión propiamente como trabajador del sector salud, uno puede confrontar diferentes perspectivas y diferentes necesidades en ambos ámbitos lo que hay en común es que hay conciencia de lo que uno debe hacer y de comprometerse para que las cosas, la eficiencia de los diferentes estructuras de salud o gubernamentales o sector social puedan ser más eficientes, puedan ser más eficaces con que tienen y la conciencia también de la búsqueda del bien común

y el bienestar de la población, el éxito, o el tache, de la institución en la que uno este, del nivel de bienestar de esa población, depende de que tan comprometido estén los tomadores de decisiones, los dirigentes de cumplir esa función que les fue encomendada, llámese organización social o de la sociedad civil, o sector público o gubernamental. Algo que fue interesante en el acopio de información y de perspectiva es el tiempo que estuve participando en el patronato de la universidad, fue poco más o menos ¿en qué años?... más o menos en el 2003 que estuve como Secretario del Patronato de la Universidad, que por comentarle Dr... el patronato de la universidad administraba recursos eh... los recursos y los bienes de la universidad, no etiquetados por la federación, vaya los edificios que por algún motivo tenía o algún otro recurso que tenía, y eso fue interesante para mí y más interesante fue participar en la comisión de honor y justicia, que esa comisión de honor y justicia, se encargaba de analizar los casos problemáticos de los alumnos, sino también de los maestros, y como dato interesante es que en aquel momento el Rector Rosado May Um tuvo un problema, hubo un serio problema en la universidad y fue a la comisión que yo encabezaba y me toco hacer la entrevista incluyendo la entrevista para hacer un dictamen al propio rector de la

387. universidad.

388. I: En si en este periodo para poder ir un poquito atrás después pasar esa etapa, ese rector desde una administración municipal que es parte de los poderes ejecutivo en el tema de salud, ¿cuáles eran o cuales sintió que fueron sus responsabilidades, que le dio seguimiento para poder pasar después a esa etapa?

393. M: Haber no entendí

394. I: Me había comentado que le encomendaron el eje rector...

395. M: ¡Ah sí por supuesto....! ...para mí la responsabilidad y el compromiso era recoger las propuestas no sólo en forma individual o de los médicos, sino organizar los encuentros y las mesas de trabajo para que las agrupaciones médicas, las clínicas del sector privado, también el sector salud pudieran emitir las propuestas de políticas públicas que deben ser en el ámbito municipal, analizarlas, hacer un resumen y presentarle a la candidata en aquel entonces cual era la propuesta específica y las necesidades más sentidas, insisto en este caso desde el punto de vista de las agrupaciones médicas, agrupaciones de la sociedad civil, del sector privado, del sector salud.

396 I: Más o menos ¿En qué periodo fue esto y si recuerda cuales fueron estos resultados que generó a grandes rasgos y si después participó en ese gobierno y para poder desarrollar.

399 M: Si esto fue alrededor del 2005, 2004, 2005 y como consecuencia de esto, de las situaciones más...ehh... puntuales estaba esta parte de la salud pública y de los servicios públicos municipales vinculados con la salud y que hoy en día, siguen siendo una demanda de los ciudadanos, no sol en la prestación de servicios de salud municipales, que era algo que se proponía ya, sino también en el tema de las salud pública y la contaminación a través de las mascotas, a través de la basura, a través de la parte de drenajes y de aguas

residuales, recuerdo algo que se comentaba bastante, y por parte de las agrupaciones médicas estaba la situación de los apoyos que debían de recibir y los estímulos que debían de recibir los médicos en el ejercicio de su profesión, pero también las agrupaciones en el tema de las actualizaciones médicas por parte de los municipios.

410 I: ¿No se comentaba en partir de la demanda social las responsabilidades de la secretaria de salud o de las instancias responsables en el nivel municipal?

412. M: de lo que se hablaba, de lo que se habló y de lo que se proponía, porque eminentemente hubo participación de todos los sectores, era la coordinación que se percibía como ausente entre la secretaria de salud y del municipio en el tema de salud, que por supuesto cuando están todos los actores presentes en la participación de estos foros, muchas veces se desconoció cuál era el ámbito de competencia en salud que le corresponde al municipio.

418. I: Si y sin embargo lo que usted plantea en función de las necesidades sentidas de la comunidad hacia el municipio, es muy clara la diferenciación, el artículo 115 constitucional habla en función de saneamiento básico, y este tema en de la basura, de las aguas negras, el tema de lo que rodea a las viviendas y la convivencia o la armonía con los vecinos de alguna manera fue claramente definido y a partir de esto, de esta propuesta, ¿usted formo parte después de este gobierno, para desarrollar parte de estas líneas de trabajo?

425. M: Pues fíjese doc que si, después de esto y sin que haya sido una pretensión mía, me invitan a formar parte de ese gobierno municipal, pero en el DIF, no en el área de salud, y empiezo a trabajar en este sector que es un sector dentro del ámbito municipal muy interesante, que permite interactuar con todas las áreas del municipio por las propias características de los sistemas DIF municipales y a su vez muy vinculatorio con la parte estatal y fue una etapa muy interesante, una experiencia muy interesante desde el punto de vista de la operatividad de los diferentes programas que tienen los DIF Municipales y en base a mi experiencia en este periodo me sigue pareciendo, y hoy se reitera con las políticas públicas federales que uno de los programas más importantes que tiene el DIF es su programa de desayunos escolares.

435 I: Si que tiene que ver esa otra parte de la salud que es la asistencia social, ósea básicamente en las poblaciones vulnerables, el enfoque de riesgo hacia los niños hacia a las mujeres vulnerables, hacia los adultos mayores fundamentalmente... ¿Cuándo termina este periodo y después que sigue en su gestión?

439. M: Bueno...este periodo termina porque yo renuncio al sistema DIF por cuestiones estrictamente familiares, me reincorporo a la iniciativa privada, al tema empresarial, porque insisto, el consultorio siempre ha estado abierto, y siempre he ejercido... me reincorporo a la empresa y estoy de... un poquito tiempo y entonces me invitan nuevamente a participar en la administración pública, pero ya me invitan a participar como Secretario de Salud

445. I: ¿Cuándo? ... ¿En qué periodo?

446. M: Bueno después, yo renuncio al DIF por cuestiones estrictamente familiares...

447. I: ¿2005?

448 M: 2005, estoy quizá a finales del 2005, finales del 2006 estoy un tiempito fuera, y ya en el 2007 me reincorporo como Secretario de Salud.

449 I: ¡Ah! ok pues bueno no sé cómo andamos de tiempo si quiere ya le paramos ahí, porque ya después seguimos con su responsabilidad como Secretario, que es el tema central de esta entrevista.

452. M: Le podemos parar.

Segundo Segmento (línea 454-543)

454. I: Muy bien... vamos a continuar esta entrevista, ya prácticamente nos acercamos a lo que representa en la parte central de esta investigación, la idea es poder incursionar en lo que significa, o lo que han significado esos pasos para poder llegar a ser el máximo jerarca y responsable de la salud de los quintanarroenses, en este caso la situación es a partir de la remembranza de lo que hemos platicado hasta este momento, ¿cómo puede usted sintetizar o enlazar como está usted a punto de ser este estratega?, ¿en qué momento llego a pensar que podía llegar a ser esta autoridad? o si de repente surgió de manera inesperada y ¿que fue la continuidad a partir de esta representación?

462. M: Bueno evidentemente los que estamos en el Sector Salud, llámese la parte pública o privada, invariablemente estamos pendientes lo que sucede en el entorno, tanto en las políticas públicas del Sector Salud, en el desempeño y en la eficacia de esas políticas públicas, el decir que añoraba o que había un sentimiento o deseo de estar frente a la Secretaria de Salud, seria mentirte, pero si el decir que siempre hubo ese deseo, esa intención de participar para poder enriquecer las políticas públicas en el Sector Salud y en

468. ese sentido en esta etapa que estamos comentando, se da esta vinculación y por consecuencia de esto, se da la invitación a participar como Secretario de Salud.

470 I: En el momento en que se le propone ser Secretario de Salud, ¿Cual fue y es actualmente después de la reflexión de algunos años, su sentir como máxima autoridad en salud, como representante del Gobernador de un Estado constitucional libre y soberano, que es el Estado de Quintana Roo?

474. M: Primero pues evidentemente el sentir la responsabilidad y el compromiso para con la población desde el punto de vista de dar mejores resultados y buscar desde ese puesto de toma de decisión, el ser más contundente, eficiente y eficaz en cuanto a la salud pública de los quintanarroenses en cuestión de salud, pero en cuanto al beneficio de los trabajadores del sector salud, es por supuesto un honor y un compromiso muy intenso para con quien es en ese momento titular del ejecutivo, el Gobernador el Estado, lo que uno siente al ser convidado para participar en un equipo de trabajo y por supuesto con el compromiso para quien te invita a formar parte de un equipo de trabajo y para con la sociedad.

483. I: El... la experiencia previa a partir de la construcción de las políticas públicas a nivel local, que actualmente reconoce la Secretaría de Salud Federal, como la base fundamental del quehacer en salud, de alguna forma eh... le da estas pautas para poder conducir a la Secretaría, el hecho también de contar con la percepción a nivel local, de cómo la población en el nivel local, la atención del primer y segundo nivel, que es lo que actualmente tenemos en el Estado, eh...pues le hacen identificar necesidades, usted comentaba en relación al desempeño; precisamente este estudio, este trabajo de investigación, está orientado en función de la percepción del desempeño institucional. ¿Cómo encontró a la institución al iniciar esta nueva encomienda? ¿Cómo identificó usted las prioridades a partir de los resultados que se estaban dando en ese momento?

493. M: En el momento que asumo el cargo de Secretario de Salud, el saber exactamente como esta, pues no es una realidad, pues en estos cargos hasta que uno está totalmente en conocimiento de la institución, es que uno puede saber que está pasando desde dentro, lo que se percibe desde fuera, lo que se ve desde fuera es un aproximación a la realidad de una institución y además de una institución tan grande, y además normativa y rectora del sector salud como es la Secretaría de Salud, doc, como usted seguramente se recordará, las circunstancias tan delicadas en las que llego, y no sólo desde el punto de vista de políticas públicas, de padecimientos de enfermedades emergentes, de las enfermedades transmitidas por vector, sino de infraestructura y equipamiento y el estado anímico que había de los trabajadores del sector salud y también de la población, al no sentir los beneficios de una institución tan noble, como es la Secretaría de Salud, la profesión y el Sector Salud es muy sensible muy delicado, porque su naturaleza su substrato de trabajo es el ser humano, y si haya algo delicado, es lo humano; durante las primeras semanas que yo estoy dentro de la Secretaría, y espero que no suene a soberbia, pude por un lado corroborar algunas percepciones que se tenía, de cómo estaba el Sector, la Secretaría de Salud, y pude rectificar algunas percepciones que tenía yo del Sector Salud, el trabajo fue intenso, fueron unas semanas muy complicadas, muy complicadas, más porque teníamos el problema del Dengue, pero también muchas demandas de los trabajadores y demandas ciudadanas en cuanto al equipamiento por un lado y en cuanto a la prestación de los servicios por el otro.

513. I: Indudablemente aquí la Federación, la Secretaría de Salud Federal tiene una injerencia inmediata cuando se generan los cambios y cuando llegan personas con diferentes perfiles profesionales para poder tomar el cargo del Secretario y esto de alguna forma representa una preocupación de este nivel federal a partir de la responsabilidad que le da la Ley Federal de Salud y la Ley Estatal de Salud, que son el marco regulatorio más directo en función de estas responsabilidades, obviamente si se considera más arriba pues la Constitución Política. Eh... ¿Cómo empezó a embestir con la federación, para poder plantearle desde ese punto de vista y empezar a generar las prioridades de la Secretaría?

522. M: Bueno, evidentemente cuando yo entro estaba totalmente establecido el Plan...el Programa Nacional de Salud y el Programa...el Plan Nacional de Desarrollo que son ejes rectores en los programas de salud que deberíamos estar desarrollando en el ámbito estatal, y en

las primeras semanas, literalmente las primeras dos, hubieron reuniones a nivel federal, una con el Consejo Nacional de Salud y otra fue dada la gravedad del Dengue en 7 Estados, donde estábamos nosotros y también se dio esa reunión donde hubo la oportunidad de estar en contacto con todas las autoridades a nivel federal que permitieron desde ese primer momento, que fluyeran apoyos no solo en recursos económicos, sino de insumos, que nos permitieron dar respuesta junto con un equipo de trabajo que se fue consolidando en el transcurso de las semanas y los meses posteriores, decirle doc que no había mucho tiempo para hacer reflexiones, ni interminables reuniones de trabajo para poder diseñar una estrategia, sino apearse a los lineamientos nacionales y dar respuesta a lo más inmediato, en las primeras semanas, junto con todo el equipo de trabajo pudimos definir que los ejes fundamentales eran el equipamiento, la infraestructura, el abasto de medicamentos en todas las unidades, bueno de la Secretaría

537. de Salud por supuesto el tema de... sensibilización, de concientización de los prestadores de servicios de salud de la Secretaría, de que las cosas podían hacerse mejor y que si había respuesta a sus demandas, y esos fueron los ejes fundamentales con los que estuvimos trabajando, debo decir que desde mi punto de vista la experiencia administrativa, especialmente administrativa que yo había tenido a lo largo de esta historia profesional, fue fundamental para mucho de lo que pudimos hacer y además, supervisar lo que se hace desde el punto de vista del área administrativa.

Tercer Segmento (línea 544-628)

544. I: Pues no hay que perder de vista que este trabajo de investigación tiene mucho ver con un doctorado en administración, y aquí es muy interesante la expresión... entonces ya en el campo de la administración, ya usted tenía una experiencia un grado de identificación, que representa el alto rendimiento, la planeación, la organización el control, la evaluación, ¿estaba preparada la institución para usted en función pudiera ejercer esa alineación de que etapas de proceso administrativo?

550 M.- Evidentemente, ya reflexionando sobre lo pasado, hoy puedo decirle doc, que los médicos que ejercen funciones administrativas en la Secretaría, en términos generales son muy buenos médicos, existen grandes retos desde el punto de vista de la administración, llámese desde el nivel que sea, pero además los médicos que están en toma de decisiones en la Secretaría de Salud se enfrentan al reto de poder hablar el mismo lenguaje con los administradores de las diferentes unidades y de las diferentes dependencias, de la Secretaria de Salud, y ese me parece es uno de los grandes retos y debe de ser muy puntual su abordaje en los médicos tomadores de decisiones y que es el término de administrar la salud, el médico no por el hecho de ser médico es un buen administrador, hay médicos que son muy...muy talentosos en el campo de la medicina pero cuando se enfrentan al reto de administrar la salud entonces se les complica y mucho, por otro lado administrar el recurso económico es más grande el reto, y esas son de las deficiencias que deberíamos estar cuidando y procurando, la formación de médicos administradores, no solo de recurso humano de políticas públicas sino de bienes y recursos materiales, dentro del sector salud, es muy difícil tener ese equilibrio en la toma de decisiones de un administrador estrictamente formado en un área numérica, matemática, con las decisiones que se deben de

tomar para que esa decisión administrativa no lesione ese paciente o no lesione una política pública, quien tiene una formación 100% administrativa, difícilmente va a entender la singularidad al momento de etiquetar un recurso o al momento de determinar eh... una infraestructura o un equipamiento, como puede afectar para bien o para mal a la población en función de esa decisión y eso lo vemos en todos el sector salud, no sólo en la Secretaría, en el IMSS o en el ISSSTE, ha tenido consecuencias lamentables desde el punto de vista de beneficio de la población.

573.I: Bueno, básicamente esta experiencia refleja el tipo de desarrollo que ha tenido la historia que ha tenido de la Secretaría de Salud, desde su nacimiento fundamentalmente se ha dado prioridad a la parte del recurso humano, para la operación de los servicios y quizás se ha dejado un poquito la parte de la instrumentación de las estrategias generadas por los administradores precisamente, en este caso he, con la experiencia personal en función de ser eficiente, es decir que con menos recursos pueda lograr los objetivos más óptimos, ¿cómo encuentra usted la estructura organizacional de la secretaria?, es adecuada para toda la operación en todos sus componentes o ámbitos de extensión territorial, en función del trabajo del primer nivel de atención que representa la comunidad, o en el desarrollo de actividades de segundo nivel que representan los Hospitales, esa parte de organización sí, quiero reiterar si es suficiente a partir de la centralización de las responsabilidades en la cabecera o capital del Estado para poder desarrollarlo a todos los lugares de la ... de aquí del Estado.

586. M: Tengo la impresión que lo que sucede en las entidades federativas es también la consecuencia de lo que sucede a nivel central, a nivel federal, hablando de la posibilidad de descentralizar la toma de decisiones y también la operatividad, y son temas que ... y de hecho me parece que está ahorita en revisión el tema de la estructura organizacional y como deben estar fluyendo la toma de decisiones, los recursos y también la operación, hablando específicamente de Quintana Roo como entidad federativa, tengo la certeza de que la revisión de la estructura, de la organización no solo en términos de prestación de los servicios médicos, y estrictamente de administración, de infraestructura de equipamiento, de recursos financieros, deberá de revisarse para que haya una mayor eficiencia, y una respuesta pronta a lo que puede necesitar un municipio o una región del Estado, cuando sabemos que tenemos desarrollos muy asimétricos en el Estado, en México también sucede lo mismo y si es importante hacer una revisión donde se pueda equilibrar o se pueda conjugar las decisiones estrictamente administrativas y las decisiones estrictamente médicas, lo que opine el médico y el administrador, la política pública que quiere desarrollar el administrador y la política pública que quiere desarrollar el médico, porque ese es parte del conflicto que tenemos hoy día, no solo en Quintana Roo sino a nivel federal .

602 I: Porque finalmente todas las políticas se han dictado desde la federación, cuando los servicios de salud originalmente los controlaba antes de la descentralización la federación, obviamente la historia se ha enmarcado desde el tiempo que se descentraliza, ahora dentro de este organigrama, hay un organigrama oficial o el gabinete y específicamente de la alta gerencia que representan fundamentalmente los directivos estatales, los directivos de hospitales, de

unidades regionales fundamentales, pero inicialmente pensando en estos directivos estatales que son sus ejecutores inmediatos, ¿qué recuerda en función de su gestión? ¿Cuáles son los elementos claves que actividades desarrollan, como despliegan esta responsabilidad a partir de esta estructura?

611. Orgánica?

612. M: Bueno...primero evidentemente los jefes jurisdiccionales son tomadores de decisiones fundamentales y las organizaciones de las jurisdicciones como están hoy determinadas son fundamentales, el otro gran tomador de decisiones son los directores de los hospitales, yo sigo pensando y voy a insistir que hay un nivel de gobierno que debería estar íntimamente vinculado y que debería revisar inclusive desde el ámbito constitucional su competencia y es la salud municipal, en este tema tan sensible que es la descentralización estatal, debería de llegar también a los municipios, para que los directores de salud municipal sean tomadores de decisiones que impacten muchísimo en las decisiones que tomen en materia de salud pública y en el primer nivel de atención de los ciudadanos, desafortunadamente en la mayor parte de los municipios del país existe poca vinculación entre las estructuras municipales, las regionales o locales de la Secretaría y la entidad federativa tanto como de presidentes municipales como de directores, en ese sentido estoy convencido de que tenemos que realizar una revisión muy intensa tanto en nivel federal como estatal o municipal para que la descentralización, la toma de decisiones y el flujo de bienes materiales y financieros se dé muy armónicamente en función del peso de la decisión que cada nivel tiene en la salud de cada uno de los

628 habitantes de un estado o de un municipio.

Cuarto Segmento (línea 629-791)

629. I: Ahora regresando al inicio de su gestión, este, y el trabajo gerencial en el cual establece la relación o vínculo directo con los directores de área, siendo usted director general de los Servicios Estatales de Salud, eh... ¿cómo generaba la...el papel de ejecución a partir del trabajo de ellos?... ¿Quiénes eran los elementos clave? ¿como le decía a los directores, como directores de área para desarrollar todas las actividades? y si ¿usted considero que se quedaba corto esta estructura para la operación real en el ámbito de servicios?

636 M. El gran reto en cualquier administración quizá más que estar moviendo estructuras, que si es importante revisar los organigramas y fortalecer algunas áreas y/o crear nuevas áreas, haciendo de lado este punto, el tema de delegar la responsabilidad de apoyar y de acompañar a los directores generales de la Secretaría a ese grupo, a ese equipo de trabajo que te está acompañando y que tiene que asumir también la toma de decisiones, es fundamental el tema de la precisión y claridad de los objetivos y los ejes de acción y de trabajo que se requieren con la característica que le debe dar cada entidad federativa y por supuesto cada Secretario de Salud... entonces tema número uno: la comunicación, el tema de la precisión y de la contundencia no sólo en las indicaciones, sino en la claridad de cualquier política pública, tema dos: los Secretarios de Salud deben ser muy territoriales, deben de estar en el territorio, y un tomador de decisión tan lo es

un director de los servicios de salud, como un director de una unidad, tan lo es un director de un hospital como lo puede ser un responsable de un programa de una jurisdicción, y el secretario de salud debe desarrollar mecanismos de comunicación con el total o la

650 mayoría de los tomadores de decisiones, del peso en las decisiones que se quiera implementar en todo momento y voy a insistir que el Secretario de Salud tiene que implementar necesariamente y con mucha puntualidad con los directores administrativos, tanto centrales como los directores administrativos de los hospitales y las jurisdicciones, ese es un trabajo fundamental.

655 I: Parte de este trabajo, está en función de las estructuras, de las estrategias y de La efectividad de procesos, que en un momento dado, es un eje sustancial en el campo de la administración, por eso ser muy incisivos en la estructura organizacional, el desarrollo organizacional. Eh... ¿Cuál es su percepción del cargo que tiene cada uno de los directores de área a partir de su estructura? ¿Qué cargos son los que existen, cuál cree usted que sea la responsabilidad de cada uno de estos cargos y su diferencia con estos niveles intermedios y operativos, por que básicamente el enfoque de esta investigación es la alta gerencia con los tomadores de decisiones? ¿Quiénes son estos directores de área? y ¿qué diferenciación tienen entre cada uno de ellos? Y después pasar a la parte de cuál era el objetivo central cual era el objetivo de cada uno de ellos.

662. M: Hay un cargo gerencial que desafortunadamente ha faltado una definición operacional e involucrarlo en los procesos administrativos, y es el Subsecretario de Salud, tienden a estar muy acortados en sus funciones, pienso que uno de los cargos más sensibles dentro de la Secretaria de Salud es director de los servicios estatales de salud, y en cascada, es el área donde se implementan todas las políticas públicas de salud o la mayoría de las políticas en materia de salud en una entidad federativa, estoy seguro que dependiendo de las circunstancias, habrá otras direcciones que tengan mayor o menor peso dependiendo de las circunstancias, en mi momento y en mi circunstancia vuelvo a repetir la parte de equipamiento, insumos, de manejo financiero, era fundamental la idea de poner procedimientos nuevos, de mayor eficacia, en la administración fueron fundamentales, luego entonces la dirección administrativa fue otra área fundamental, usted recordará doc que entramos en esa intensa, intensa, campaña de acreditación de unidades hospitalarias, planeación era otra área que tenía mucho peso por las metas que era acreditar 100% de las unidades, porque creo que sólo teníamos una cuando yo entre, y bueno otra área era la de protección contra riesgos sanitarios, que sabe usted que es un área fundamental, yo debo decir que en su momento, la Dra. Marina González fue la titular de esa área, que el Dr. Saúl Badillo Perry que también fue el director de servicios de salud, la Lic... Arlet en el área administrativa y los directores de los hospitales, me da la impresión que logramos hacer sinergia con lo que hacíamos, o al menos esa era la intención de hacer sinergia con lo que hacemos cada una de las áreas, aún y cuando nuestras funciones estén bien definidas, con esa contundencia en la comunicación, cuando hay esa comunicación eficiente podemos hacer muchas más cosas.

684. I: Entonces, de acuerdo al papel protagónico que representan los servicios de salud ¿usted considera que la dirección de los servicios de salud, debería de ser una Dirección General Adjunta al director general por el papel de mayor intercambio de responsabilidades y de riesgos para poder operar a la Secretaria de Salud?

688. M: La Dirección de servicios de salud, es una dirección muy robusta, no sé cómo este ahorita, pero en su momento nosotros pensamos revisar el organigrama, la estructura, como estaba su nivel en el organigrama, pero es una dirección muy robusta, pero además el fortalecimiento desde donde se ven primer, segundo y tercer nivel de salud donde los haya, todas las políticas públicas y a la qué se debe dar mucho más peso porque es un área que nos vincula más estrechamente con los municipios, con las áreas de salud municipal.

695.I: Usted pareciera que la estructura gerencial era suficiente para poder operar y no requería agregar más direcciones o más temas que fueran prioritarios hasta ese momento, ¿en el nivel intermedio y en el nivel operativo había suficiencia, había personal suficiente a nivel de subdirecciones, jefes de oficina a nivel central y también obviamente a nivel hospitalario donde se concentra mucha gente, a nivel jurisdiccional, a nivel de los centros de salud, ¿Dónde había debilidades de estructura?

702 M: Debilidades de estructura como tal, creo que sobretodo en las áreas de servicios de salud teníamos algunas debilidades, a nivel de hospital también, estamos hablando de organización, yo me atrevería a decir que le mayor reto era a nivel de capital humano, de recurso humano operativo, sobre todo en las áreas hospitalarias, pero esto a consecuencia del enorme rezago que teníamos y seguimos teniendo en el tema de hospital, ese es prácticamente el reto y que hoy día o desde aquel momento se venía acumulando un rezago de atención, en infraestructura, en equipamiento, en recurso humano, me da la impresión que no puedo tener la precisión y que hoy tenemos un enorme reto el primer nivel y el segundo nivel que hoy tenemos que fortalecerlo urgentemente.

711. I: En función de los resultados en el área de la organización ¿qué fue lo que se incrementó, que fue lo se fortaleció, hubo más centros de salud, hubo más hospitales, hubo más personal para los hospitales para las jurisdicciones, para los centros de salud, hubo más personal administrativo de nivel central, como se guió esa política?

715 M: Haber doc. Usted recordará que una de las partes más importantes fue la parte de equipamiento y de insumos, buscamos acreditar todas las unidades que había en el Estado, y esto tiene que ver no solo con la parte de equipamiento, sino de procesos dentro de las unidades de primer o de segundo nivel, y entonces estuvimos trabajando durante todo el tiempo que yo estuve, en el tema de la acreditación y como consecuencia, había que estar muy bien, no solo con la parte de equipamiento sino también con la parte de las plantillas mínimas de personal que debía tener cada unidad, recordara que hicimos, si no mal recuerdo nueve o diez unidades médicas especializadas (unemes) y que todas se echaron a andar por la presión de los tiempos, no todas con la plantilla requerida, pero si procuramos cubrir la mayor plantilla de personal, y aunque fue una política federal, fuimos de los primeros Estados que se sumaron, que iniciaron y que nos causaron muchos dolores de cabeza desde el punto de vista financiero al proceso de homologación de los trabajadores de la Secretaría, nosotros mandamos una lista de poco más de 1110 trabajadores, cuando yo salí estaban validados poco más de 934, por ahí debe estar la cifra exacta, y el tema de la ampliación del hospital general de Cancún, del hospital Morelos, y los 20 millones de pesos que logramos conseguir para el hospital de bacalar y algunos otros recursos que

logramos conseguir, y voy a decirlo porque así fue y además se puede verificar, el último que se logró gestionar, los primeros 50 millones de pesos para la primera etapa del nuevo Hospital General De Cancún, que bueno pues parece que no ha caminado mucho, y ahí no estuve de acuerdo en el presupuesto para el hospital de isla mujeres, aunque si se nos dio, pero no me parecía que fuera lo ideal en ese momento, es lo que teníamos en infraestructura de hospitales, recordará que me toco también negociar las últimas dos etapas del Hospital General de Playa del Carmen y como logramos acreditar, como logramos el remodelar cumpliendo la norma, a propósito de cumplir la norma de la mayoría de los quirófanos en el Estado, y bueno

740....Ahí se dieron algunos temas más de equipamiento y recurso humano.

741. I: Entonces básicamente este periodo de gestión está orientado al fortalecimiento de los servicios de salud, en la calidad más que el crecimiento de la infraestructura, y se fue avanzando a través del tiempo, pero faltaba madurez a partir de esos procesos y de esta manera legitimar el tipo de atención que está ofreciendo la Secretaría a través de los instrumentos de la Secretaria de salud federal que fue el tema de calidad. ¿Cómo se vinculó la participación del seguro popular?

747. M: El seguro popular fue un área de oportunidad... por cierto yo creo que no lo comentamos, recordará que cuando yo salí de Secretario de Salud, me fui como director de Seguro popular y como Secretario, nos tocó trabajar intensamente para buscar la cobertura universal y levantar bandera blanca en el Estado. Se consideró como vehículo financiero al Seguro Popular, buscamos con la federación gestionar todos los recursos que nos correspondían, que no se quedará en la federación y por otro lado el gran tema, que permearan en la Secretaria de Salud, el papel del Seguro popular, como un vehículo financiero y no como un prestador de servicios más. Cuando yo estuve a cargo de la dirección del Seguro Popular, la gestión de recursos se dió a través del 2 % de gastos catastróficos, perdón, de previsión presupuestal y la gestión de Gastos Catastróficos, logramos bajar muchos recursos que nos beneficiaron enormemente y logramos también a través de este programas de cataratas, el de leucemias, gestionar bastantes recursos, y que el seguro popular lograra el papel de gestor de sus asegurados y a través del seguro popular complementar algunas deficiencias, en cuanto a insumos, medicamentos que tuviera la Secretaría y que por ley le corresponde al Seguro Popular.

763 I: ¿El Seguro Popular construyó infraestructura? ¿Contrato más personal para las unidades...? más o menos ¿que balance genera este recurso para la operación de su gestión?

765. M: yo puedo decirle doc. que una de las grandes aportaciones, amen de todos los beneficiarios, de ahí salieron los 20 millones de pesos para el hospital de bacalar, por otro lado yo debo de decirle que por lo menos se incrementó entre un 15% del recurso humano prestador de servicios de salud.

769. I: En relación a la descentralización de los servicios que se da en el 96, habla de la responsabilidad del Estado para empezar a invertir, en el tipo de salud que requiere su población, anteriormente la federación aportaba los recursos y al descentralizar el Estado empieza a generar

una responsabilidad para poder aplicar ya recursos propios en las Secretaría, ¿cómo estuvo esta participación del Estado en función de esta asignación de responsabilidad?

775.M: El Estado ha participado desde siempre en estad corresponsabilidad, sin embargo yo debo de decir que la descentralización ni se concluyó ni fue justa, porque nos mandaron a las entidades federativas muchas responsabilidades y poco presupuesto, pero además sin que tenga la certeza el Seguro Popular también vino a complicar las finanzas de las entidades federativas, usted sabe que está compuesto, que es tripartita, la federal, la estatal y el derechohabiente, sin embargo mientras la fórmula de cálculo federal se modificó muy pobremente, cifras más, cifras menos, había poco más de 99 intervenciones que cubrir y hoy hay un poco más de 269, más el Seguro Médico de la Nueva Generación (SMNG), pero no se incrementó en esa misma medida la aplicación de recursos a las entidades federativas, en mi etapa muchas de las plazas que se dieron fueron a las unemes, estuvieron solventadas por el Estado y muchas plazas que se dieron, recientemente para el inicio de operaciones fueron estatales si no mal recuerdo, fueron como 200 plazas estatales que se dieron, entonces el Estado de Quintana Roo le ha invertido en el tema de salud y algunos municipios también le invirtieron al tema de salud con recursos propios, entonces me parece que la federación lo que tendría pendiente de mejorar, es que el tema de la asignación, no solo es responsabilidad sino en erradicación de recursos.

Quinto Segmento (línea 792-807)

792. I: Ahora entrando al campo de los objetivos, en este caso... bueno el objetivo central es el bienestar de la comunidad, de la sociedad, ¿cuáles eran los objetivos específicos que ustedes se fijaron durante su gestión?

795 M: Bueno, usted sabe que hay políticas públicas y programas de salud muy puntuales a los que hay que dar el seguimiento, en el momento en el que yo entro a la Secretaría, veo como prioridades, más allá de las políticas de salud y de los programas de salud que había que dar resultados, el tema del equipamiento, el tema del abasto de medicamentos, de la infraestructura y el tema de la sensibilización del recurso humano de la Secretaría, decirle que los programas fuimos muy insistentes en el tema, que la dirección de los servicios de salud, que estaba a cargo en aquel entonces a cargo del Dr. Saúl Badillo Perry, logro muy buenos resultados sobre todo del programa Caminando a la Excelencia, se lograron muy buenos resultados, usted sabe que la federación, nos evalúa nos califica, logramos la acreditación, cuando yo estuve de poco más del 75- 89% de las unidades, y que alcanzo el 90% después, esos eran los temas y las prioridades por supuesto buscar mejores resultados, y un tema doc, usted recordara muy sensible, fue el tema del Dengue y que logramos abatir en un 90% el índice de dengue que teníamos nosotros en el Estado.

Sexto Segmento (línea 808-977)

808 I: Ahora precisamente en ese esquema, porque finalmente los programas surgen en función de la mortalidad y la morbilidad y quizás en este caso siendo rector la federación y que se generan muchas diferencias en las condiciones de igualdad en base a que México es un país poliétnico, con diversas formas de expresarse ante el mundo,

I: ¿Cuáles eran las enfermedades más importantes?, como el dengue, que se manifiesta como un problema regional. ¿Cuál es la mortalidad más frecuente que usted detecta, exponiéndolo desde el punto de vista de que usted, ve la estadística estatal, está en la comunidad, en el municipio, en los municipios y usted mira de que la gente se enferma, cuáles son sus padecimientos más frecuentes, las defunciones que generan más impacto.

817. M: este la estadística, la memoria es frágil, pero en el tema de morbilidad tenemos el tema de las enfermedades infecciosas, pero lo que también ha hecho una presencia intensa son las enfermedades crónico degenerativas y la mortalidad secundaria a estas morbilidad como son los infartos las enfermedades cardiovasculares, el tema de las muertes, por lesiones y en ese paquete si viene está integrado tanto el tema de muerte como el tema de suicidios, que tiene más peso si lo tomamos global el tema de cáncer, dejando a un lado el cáncer de mama, el cáncer cervicouterino, habíamos visto, y bueno la morbilidad que tiene que ver con diabetes, que tiene que ver con obesidad, con enfermedades las famosas Iras y enfermedades gastrointestinales, que fueron los problemas que a mí me tocó ver, y un tema que es un compromiso como país, que es el de las muertes maternas que es un tema con el que seguimos batallando y ahí hubieron pobres resultados.

829. I: Si, en relación a ello, pues mucho la federación marca las pautas a seguir en función de que estos programas generados por la morbi-mortalidad, por estos casos como los que acaba de presentar eh... pues obviamente etiqueta recursos y esto genera las acciones que hace cada Estado, para poder lograr metas y después seguir siendo estimulado para proveer de recursos en el siguiente año fiscal, en este caso ¿quién diseñaba las estrategias? la estrategia en la definición operacional de este trabajo de investigación es: el curso de acción para poder realizar los objetivos, entonces acabamos de hablar de los objetivos específicos que representan los programas, ahorita la estrategia que es el curso de acción ¿quién diseñaba las estrategias? ¿Las dictaba la federación y analizaba el Estado? ¿Establecían una negociación para decir que acciones se tenían que hacer para lograr llegar a la meta, o llegar al objetivo? ¿Cómo fue ese diseño de las estrategias para poder poner en operación, el cumplimiento de esas metas, de la excelencia como por ejemplo usted está comentando?

832. M: la política y los programas como tales se diseñan a nivel federal, usted sabe que las reuniones de los Consejos Nacionales de Salud, se toman opiniones y se van consensuando algunas estrategias desde la experiencia de los tomadores de decisiones, pero además están las reuniones federales con los operadores, con los responsables de los programas, como consecuencia de ello, surgen los programas específicos, los lineamientos que debe seguir cada entidad federativa, debemos de decir que las entidades federativas tienen cierto grado de flexibilidad puesto que hay protocolos de evaluación, pero es una limitante, podemos decir que las estrategias pueden ser enunciativas en cuanto a su procedimientos, pero no son limitantes, lo que yo viví fue que cada entidad federativa debe adaptarlas y poner algunas características de

842. acuerdo a su región y las características de la Secretaría de cada entidad federativa.

843. I: ¿Había la madurez en nuestros responsables estatales de programa para poder complementar y adecuar de acuerdo a la realidad local, la aplicación de las acciones para poder lograr la meta

846. M: No siempre las hay doc...ese es uno de los grandes retos que los responsables de implementar cada uno de los programas, cada una de las estrategias, no siempre tienen el mismo grado de compromiso y lo que es peor aún, no siempre tienen el mismo talento ni la capacidad para llevarlas al terreno operativo.

850 I: ¿Cómo fue evolucionando, ya usted me comentó que hubo resultados en el corto plazo en función de los indicadores de la excelencia, hubo reconocimiento nacional en virtud de las acciones que se generaron y que de alguna manera se lograron el cumplir con las metas y los objetivos y esto pues de alguna manera, establecer el camino a seguir para ir mejorando este rol, en función de la efectividad como el logro de los objetivos bajo condiciones reales, es decir a diferencia de la eficiencia que quiere decir el mínimo de los recursos pero logro el objetivo, la eficacia habla de que con todos los recursos se logran el objetivo y si logro todos los recursos debo de lograr el objetivo. Aquí básicamente el enfoque de efectividad habla con el enfoque de una realidad existente y el marcaje de indicadores, por eso es que te pide que las metas las asigne el responsable de programa hasta donde tiene la capacidad de poder cumplir, y eso de alguna manera habla de lo que representa la efectividad, la efectividad la estamos considerando en relación a los problemas de salud, en función de la gente, ser efectivos para poder resolver sus problemas y necesidades

864 principales de salud y la efectividad que también que percibe el administrador o el

865 jerarca para decir aunque no note la población todas las mejoras que espera, porque a veces con una sola atención desvirtúa todo el trabajo que se haya realizado pues de alguna manera la autoridad pueda decir que ha sido efectivo, esto quiere decir que hay que relacionar ahorita los padecimientos y las defunciones más importantes en el ámbito de considerar a las defunciones o a la muerte evitable como algo que es responsabilidad de los SS, como en este caso se habla de la mortalidad materna, como en este caso se habla de otros padecimientos, si se tiene el acceso, si se tienen los recursos, si se tiene el personal capacitado, la mortalidad evitable habla de que es responsabilidad de los SS, el que se hayan generados estas defunciones, y en este caso hay una clasificación internacional de padecimientos, donde si los servicios de salud cumplen con toda la provisión de elementos entonces las personas no se deberían de morir. Ahí hacia este concepto vamos, de todos estos programas, creo que usted tiene claro lo de caminando a la excelencia, que programas lograron realmente ser efectivos, ¿cuáles fueron todos ellos

878 que usted recuerde?

879. M: Haber doctor hablando en términos generales y buscando precisamente eh.. la eficacia y la eficiencia en lo que hacíamos, hubo un paso que me parece interesante que común acuerdo el área administrativa y de servicios de salud, todos los programas conocían, cuando me tocó en el ejercicio fiscal financiero, el monto que tenían asignado para sus programas y como estaba etiquetado ese dinero y tenían la libertad de ir y reclamar ese monto para su programa, y en base a eso, desde mi punto de vista, evidentemente a través de todos los procedimientos administrativos ejercían su presupuesto y podían inclusive recibir otro tipo de apoyo para

programas específicos, con el fin de que nuestros indicadores fueran mejorando, recuerdo varios programas, pero específicamente el programa de prevención de accidentes, y los indicadores que se evaluaban y como se evaluaban porque además este es un programa COEPRA, es un programa en donde se involucran todos los niveles de gobierno, tanto federal, estatal y municipal y recuerdo muy bien el peso que le dábamos a esas reuniones de trabajo y a los compromisos que asumíamos cada uno de los actores, y yo me iba y me sentaba en esas mesas, la mayoría de las veces y ese fue uno de los programas en los que tuvimos mucho éxito, usted recordará el de vacunación, el de VIH, tuberculosis, por supuesto el dengue, en fin muchos de los programas que lograron tener éxito, porque desde mi punto de vista se empezó a transversalizar los procedimientos y no solo una cuestión estrictamente vertical, no solo la verticalidad en la toma de las decisiones, el flujo de recurso, sino también, los procedimientos que los hacían muy rígidos, poco flexibles eh.. y no evaluables a tiempo, debo de reconocer que hubo una muy buena disponibilidad tanto de la Lic. Arlet y Dr. Saúl Badillo para que este recurso y estas evaluaciones se dieran bien y hoy día me parece que ya no es así, pero el que yo conozca que recurso tengo y como lo puedo ejercer, me parece que es fundamental para programar las metas, el alcance y además ser evaluado.

904 I: Hablando de los programas, que de alguna manera los tiene encapsulados la federación y que pareciera que hay congruencia en relación a la realidad comunitaria, digo, comentaba usted la preponderancia del nivel federal sobre el tema de crónico degenerativas, ¿Cómo se consideraba el nivel de efectividad a Quintana Roo, en la aplicación de las acciones para poder generar resultados?

906. M: Fuimos escalando en ese sentido eh... niveles de mejora, hubieron programas donde logramos ser muy buenos, donde logramos dar resultados, el programa de crónico degenerativas fue uno de ellos, el programa de vih, otro de los programas donde logramos muy buenos resultados, evidentemente esto implica un proceso de mejora continua que es parte de los retos donde, los cambios de administración no cambien los programas, y además decir que la federación macaba una serie de lineamientos, pero la prioridad que le des a tal o cual programa tiene que ver de acuerdo a tu realidad como entidad federativa.

912 I: En el programa de salud del niño implica vacunación... ¿ya encontró cuando llego, un nivel de efectividad o se logró en esta gestión la efectividad, hablando de vacunación, nutrición infantil, infecciones respiratorias agudas, diarreas que son los temas fundamentales en este grupo de edad..

916 M: Bueno doc. Naturalmente que siendo un programa fundamental para la salud pública del país, el programa de salud infantil y específicamente el de vacunación, se había trabajado bien y se había logrado avances, nosotros logramos avanzar un poquito más y habíamos logrado nuestro mejor nivel de calificación, me toco... si me toco, en mi periodo gestionar el recurso y por lo menos los terrenos y del laboratorio estatal de salud pública como el de ... para mejorar la eficiencia de los programas de vacunación, como las cámaras frías la red de frio que teníamos en ese momento y que también era un tema coyuntural para lograr buenos resultados, bueno era parte de lo que se logró en ese tema

ese momento y que también era un tema coyuntural para lograr buenos resultados, bueno era parte de lo que se logró en ese tema

924 I: ¿Quintana Roo era altamente efectivo en vacunación?

943 M: No, no era altamente efectivo, no sé cómo están las cifras ahorita pero habíamos estado avanzando en ese tema de vacunación.

945: ¿En qué temas fuimos altamente efectivos, considerando lo que planteaba VIH, Crónico degenerativas...

946 M: Yo estoy convencido en que los temas fuimos altamente efectivos por los resultados y/o además si mejoramos sensiblemente en el tema de vacunación, pero en el programa de VIH fuimos altamente efectivos, crónico degenerativas altamente efectivos en su momento, todavía tuvimos la oportunidad en mi etapa de algunas evaluaciones y esos temas fueron muy altamente reconocidos por la federación.

952 I: ¿Salud reproductiva?

953 M: Salud reproductiva fue otro de los temas muy importantes en que además se hicieron muchas cosas, cosas innovadoras, había un equipo muy bueno de trabajo, evidentemente este equipo estaba junto con, en el área de Servicios de Salud y ahí también tuvimos muy buenos resultados, muy buenos resultados.

957 I: ¿Planificación familiar por ejemplo?

958 M: Planificación familiar, los programas preventivos, el programa de mastografías, acuérdesse usted, toda esta parte prevención.

960 I: ¿Cáncer cervicouterino?

961 M: Efectivos

962: I: En relación a este... a su gestión pues básicamente todo está basado en una buena administración, la efectividad está orientada a la aplicación de recursos humanos, materiales y financieros, en el justo a tiempo en relación de que le llegue el medicamento al paciente para poder mantener sus estándares de control, esto me llama la atención en función de programas como tuberculosis, un proceso largo de atención que requiere medicamento, en el caso de VIH que es un tratamiento de por vida, la gente de VIH, el tema ya comentábamos de crónico degenerativos que requiere la provisión de estos recursos, pero a todo esto hay el otro componente ¿hubo respuesta de la población, se da esta corresponsabilidad y la complementariedad?

971 M Mire doc... es difícil evaluar la respuesta de la población en el corto tiempo, yo creo que la respuesta de la población se da cuando ya se convierte en una cultura, en un hábito, y logramos impactar en la conducta de los pacientes, de tal forma que yo no le pueda contestar esa pregunta por que al final del día es un cambio cultural, estilo de vida en un hábito tiene que ser evaluada en el mediano plazo, de forma periódica, yo no puedo pretender que alguien cambie un estilo de vida con que yo se lo diga, tiene que ser un cambio permanente, consistente y se debe de estar monitoreando todo esto.

Séptimo Segmento (línea 978-1056)

978. I: ¿Qué faltó para ser más efectivos los servicios de salud en su periodo, cuáles fueron los pendientes que se quedaron en la mesa en la siguiente gestión y que usted considera que fueron temas pendientes por resolver y retos que generó?

981. M Yo creo que hubieron muchos, muchos retos allá que se quedaron por iniciar o que se quedaron en el camino, uno de esos grandes retos era la transformación cultural de la Secretaría, una cultura precisamente de calidad enfocada en nuestros pacientes, una cultura de eficiencia y eficacia y efectividad de los procedimientos no solo financieros y administrativos, sino de recursos humanos, un gran reto que quedo fue el de gestionar más recursos con diferentes fuentes generadoras de recursos, y esto tiene que ver con la experiencia, el conocimiento y la información que se va adquiriendo en el proceso de la gestión de una administración, pero yo diría que serían los dos o tres temas que en general quedaron muy pendientes.

999. I: Uno de los temas que quedaron, o que ha planteado que quedaron finalmente con un nivel de efectividad baja, por el nivel de complejidad que representa, es la mortalidad materna, no nada más en el Estado, sino en el país, porque sigue siendo un reto que no se ha logrado mejorar porque tiene que ver con el nivel de marginación , con el nivel de cultura de nuestro país, con el nivel de desarrollo.., en relación a otro elemento sensible que marca este... la OMS es la mortalidad perinatal, ¿Qué nivel de efectividad alcanzamos en función de esta atención a este grupo de edad?

1006. M: Mire doc... yo estoy seguro que todo esto que usted ha mencionado son factores del compromiso de los de los prestadores de servicios, para que disminuya por un lado, las muertes maternas y por otro que la salud perinatal sea una realidad, algo avanzamos, pero me queda claro que fue insuficiente y el mayor reto, es de los que toman decisiones, de los que diseñan políticas públicas para ser contundentes en el cambio de conducta de la población, no basta con dar información y ese quizás sea uno de los grandes retos que tiene la federación, pero también las entidades federativas, de modificar sus estrategias para que estas, la salud prenatal, las muertes maternas, el dengue no sea recurrente, en fin... las crónico degenerativas y que realmente podamos ver un cambio en ellos, en la contundencia, en el impacto que puedan tener sus campañas, sus procedimientos para cambiar un hábito o una conducta poblacional, pero yo insisto sobre todo el cambio cultural que debe de haber hacia el interior de las Secretarías de Salud.

1019 I: Ya nada más nos faltan dos preguntas, la penúltima, en este momento de reflexión que ha tenido a partir de la gestión que tuvo como Secretario de Salud, ¿Qué estrategias, que acciones efectivas, que cambios estructurales usted aplicaría en este momento para poder reforzar a la Secretaría?

1023 M: en primer lugar sería mucho más intenso, mas estructurado más sistematizado en la capacitación y no estoy hablando de la parte técnica de todos los trabajadores de la secretaria, desde el secretario de salud hasta el intendente, esto quiere decir que hay que modificar la cultura y si entendemos culturas como las formas de ser y hacer las cosas, ahí tendríamos que hacerlo para que esto pueda impactar en la población, eso por un lado y en cuanto a organización yo sería un promotor intensísimo de la vinculación, del acompañamiento, el apoyo hacia las estructuras de la salud municipal, hay que hacer ese “coaching” con la salud municipal y quizá, organizacionalmente modificaría un poco como está estructurada y como está dividida hoy las áreas de la SS, te estoy hablando de las direcciones generales y de la subsecretaría.

1033 I: dentro de ese esquema, pues bueno ¿habría que considerar las oportunidades de mejora, ¿usted considera que es suficiente la inducción que le da al puesto la secretaria de salud federal a un secretario cuando inicia sus actividades.

1036 M: : Pues por supuesto que no, eso es una bienvenida, más que un curso de inducción a un puesto, pero lo grave no es que sea insuficiente, lo grave es que la inducción a los puestos de los directores generales a los programas no existen y no existe además una evaluación de que tanto asimilaste o que tanto estas generando o que resultados das como director de un área, como subsecretario, director de hospital, yo diría ¿ en cuántos programas hay de inducciones a puestos o de capacitación al puesto dentro de la Secretaria de Salud?... ese es el tema que yo hablaba que tiene que haber, porque todos tenemos que estar preparados, capacitados y ser evaluados de acuerdo al puesto que desempeñamos y no se trata de ... señalar, estigmatizar ..No no, no que nos den un mínimo de herramientas para poder desempeñar eficaz y eficientemente el puesto que nos corresponde, se nombran tomadores de decisiones, sin tener un mínimo de conocimiento a lo que van.

1048 I: ¿Para usted cual es el perfil del puesto del Secretario?

1049 M: Tiene que ser un perfil predominantemente, técnico, y me refiero técnico a uno: que tenga un mínimo de conocimiento sobre el Sector, que tenga conocimientos administrativos y que tenga la capacidad, la vocación de aprender y que este sobre todo dedicado estrictamente a su función de Secretario, yo he dicho pero además es importante que los Secretarios estén concentrados en su función, que se eviten de cualquier activismo, proselitismo, de política, actividad partidista o política, porque eso lesiona a la Secretaria de Salud y le resta tiempo para poder involucrarse en todas las áreas de la Secretaria de Salud, eso debería también desde el punto de vista legislativo, haber un criterio normativo que evite que los Secretarios de Salud, terminando su función se dediquen a una actividad partidista o de búsqueda de puestos de elección popular, las decisiones en salud tienen que ser estrictamente técnicas, normativas, no pensando en un beneficio político, no pensando en popularidad..

1051 I: Ya por último Dr. ¿Qué es lo que considera agregar, ya para terminar esta entrevista dentro de ese marco de percepción de efectividad, en el ámbito según las estructuras, según las estrategias y que está íntimamente relacionado a la responsabilidad de los Servicios Estatales de Salud, de aquellas muertes que de alguna manera se pudieron haber evitado si se hubieran aplicado como usted dice, los recursos de manera organizada, ordenada en el ámbito de lo material, en el ámbito de lo humano y obviamente de lo financiero..

Octavo Segmento (línea 1057-1081)

1057 M: Yo estoy convencido que por un lado debe seguir el proceso de capacitación, de actualización en las áreas de los prestadores de servicios de salud, pero también debe haber mejor administración, más conocimiento administrativo de los tomadores de decisiones, los tomadores de decisiones tienen que tener por un lado si son médicos, más conocimiento administrativo y si son estrictamente de formación administrativa, más conocimiento del Sector y más conocimiento médico, tiene que haber ese equilibrio, por supuesto que bueno, me gana el tema médico y creo que los médicos tienen la capacidad y el talento para hacer más de lo que han hecho en el ámbito de tomadores de decisiones y administración, se requiere un poquito de preparación en el tema de administración.

1066 I: Nada más el periodo que usted tuvo ¿Cuándo inicio y termino cuando usted fue Secretario de Salud? Y considera algo más....

1068. M Bueno yo inicié en el 2007, me parece que en abril del 2007 y terminé en Noviembre si no me equivoco del 2008. Si ese fue el periodo y no...nada, este país tiene que mejorar y solo puede mejorar y transformarse si se tiene la íntima convicción de cada uno de los mexicanos.

1072 I: Pues Dr. tengo el honor de participar de su testimonio y que esto sea parte de una investigación documentada y que seguramente estará registrada, esperemos en una tesis doctoral, yo le agradezco como amigo, como un estratega, como un ex Secretario de Salud y adentrarme en relación de su vida personal, pero que de alguna manera esto va a tener el fruto de poder transmitir y dar a la sociedad, al gremio médico una manera de comprender lo que se vive en la realidad de aportar o de otorgar y de haber servido a la población, la oportunidad de mejorar los servicios de atención médica, de los servicios de salud, desde el nivel urbano más desarrollado en Quintana Roo, hasta el más humilde y más lejano en nuestro Estado.

1081 M: Muchas gracias Doc., y que haya éxito en ese doctorado.

-----FIN DE LA ENTREVISTA-----

A.4 Entrevista No. 4

Pregunta Inicial (1-33)

1 I: Don Juan Carlos Azueta venimos aquí con usted para poder empezar a trabajar lo que es el componente de esta tesis doctoral que está orientado específicamente a la alta gerencia y la idea es hacer una.... una semblanza de su historia de vida con el enfoque profesional o sea de historia de vida, que puede tratar desde su nacimiento, aquí estamos orientándonos únicamente al enfoque profesional, considerando su accionar como estrategia de los Servicios Estatales de Salud y prácticamente esa es la razón por la cual estamos trabajando ese componente y para fines de control pues, me gustaría que usted nos pudiese dar su ¿nombre completo, igual su fecha de nacimiento, su motivo de residencia en Quintana Roo si es que aplicara si nació aquí, e ir en función de los estudios que realiza desde la primaria? ¿ en dónde y hasta continuar su nivel de licenciatura y el máximo grado de estudios que tenga?.

13. A: Muy bien, primero que nada mucho gusto Ignacio, mira te puedo decir que nací aquí en Chetumal Quintana Roo en 1960 y mi educación preparatoria la realicé aquí desde primaria hasta la preparatoria aquí en Chetumal, luego hice los universitarios como químico fármaco biólogo, a lo largo de la vida profesional te puedo hacer una síntesis muy breve, que inicie justamente en el ejercicio estricto de la profesión trabajando los laboratorios de ISSSTE y luego los fui combinando con el quehacer educativo, ya que tuve la oportunidad de combinar con la docencia y ser el director del Instituto Tecnológico de Chetumal en donde me dieron las primeras oportunidades de impartir clases de biología, en la carrera de biología y luego te puedo decir que ya en mi formación y en el andar de la vida política al llegar a ser director se fueron presentando mejores oportunidades fui Subsecretario de Gobierno en el Estado, Subsecretario de Educación, Director en Instituto de capacitación, he sido Subsecretario de Salud, Secretario de Salud, miembro activo de las actividades políticas del partido y ahora estoy al frente del Colegio de Bachilleres, te puedo decir Ignacio, que dentro de este andar académico, pues he tenido oportunidad de estudiar a lo largo de todos períodos de 10 meses, un diplomado en la Universidad de San Diego California de planeación estratégica y otro en la Universidad de Berkeley igual en California durante 10 meses, que estuvimos trabajando ahí justamente en alta gerencia y toma de decisiones, bueno pues esto me ha dado oportunidad de incursionar en la vida pública y es lo que me llevó en algún momento a tener la oportunidad que se me diera el más alto cargo que he tenido dentro del servicio público del Estado que es ser el Secretario de Salud por dos años cinco meses..

Primer segmento. Vida Profesional (34- 76)

34. I: Don Juan Carlos en si más o menos, bueno veo que la parte cualitativa se está conceptualizando, en función de la fecha de nacimiento y demás datos básicos, con esto termina sus estudios profesionales y cuáles son los tiempos en los que ocupa los cargos públicos es importante para poder tratar de armar todo el esquema pues de preparación, para poder ser el máximo jerarca de los servicios de salud.

39. A: Bueno si como no en la década de los sesentas entre la universidad en 1978 termine en 1983 tuve oportunidad de realizar un trabajo de tesis en el 83 84 que obtuvo un premio por los Laboratorio Syntek a nivel nacional que fue un trabajo que tuvo un reconocimiento de segundo lugar en la tesis más exitosa en materia de química farmacéutica. Me tocó en ese entonces en el año de 1984 recibir ese reconocimiento por parte los laboratorios Syntek en el 85 me integre a los laboratorios del ISSSTE y ahí en docencia también, en el 93 me hice cargo del Instituto tecnológico de Chetumal, en el 96 me fui de subsecretario de gobierno hasta el 99 del 99 al 2005 fue subsecretario de educación todo el sexenio completito los seis años. Luego al concluir este periodo me fui del 2005 me fui de director del Instituto de Capacitación para el Trabajo del 2007 al 2008, como subsecretario de salud y en noviembre del 2008 y hasta concluir la administración en abril del 2011 estuve al frente de la Secretaría de Salud.

42. I: Bueno básicamente esto sirve para poder ir verificando los elementos que lo van conformando, lo van fortaleciendo en función de hacerse cargo pues, prácticamente de la misión de una institución en este caso de la responsabilidad más alta que representa proteger en la salud de la población quintanarroense, en este contexto, ¿usted pensó en algún momento llegar a ser Secretario de Salud o llegar a ser el máximo Jerarca de la institución? y que fue construyendo a través de sus estudios académicos, que muchas veces uno tiene una instrucción en un momento de la vida y estamos orientándolo hacia ese enfoque a lograrlo, ¿cuál fue su referencia para usted?

50. A: Mira yo te puedo decir que con el paso de los años y se puede decir que desde

93 que ya tome el primer cargo directivo importante, hasta el día de hoy te puedo decir, con los elementos suficientes que la administración pública es de toma de decisiones, es donde uno tiene que saber y muy claro hacia dónde quieres desarrollar el proyecto de la institución, en donde tú te encuentras, te puedo decir que para mí fueron decisivas esas dos ocasiones que la vida me permite estudiar estar 10 meses en San Diego capacitándome en planeación estratégica y luego estar 10 meses más en gerencia en alta gerencia en Berkley en una de las universidades más prestigiosas del mundo, esto te permite tener una misión, una visión y un panorama muy claro en tu formación para la toma de decisiones y algo en lo particular que yo siempre he podido llegar a una silla, me tomo unos días preguntarme ya estoy en esta silla, ¿que se espera de mí, que tengo que hacer, cuanto debo de hacer? para que el día de mañana cuando yo ya no esté en esta silla, yo no diga estuve y pude haber hecho esto y no lo hice, entonces en lo particular ese es un principio muy personal que yo quiero compartir, es un principio muy personal pero que siempre lo pongo en el momento en el que llego a un puesto de servicio público, porque no quiero reprocharme el día de mañana a mí el haber estado y no haber hecho..

Segundo segmento. Vida Institucional (77-161)

77. I: Entonces cuando usted ya ocupa el cargo de Secretario de Salud y que representa el Gobernador ante la población en el Estado libre y soberano de Quintana Roo ¿Qué siente, que es lo que buscaba a partir de los estudios de alta gerencia o cual fue en determinado momento no antes sino después, en ese momento en cuanto asume el cargo?..

81: A Bueno, en ese momento en cuanto asumo el cargo yo llegue con el pleno conocimiento y la tranquilidad de estar formado, de no ser un improvisado el servicio público, que creo que el haber llegado como Secretario de Salud, es una de las distinciones y de las responsabilidades más grandes que cualquier funcionario público puede tener, o sea pensar que tienes encomendada la salud pública de todos tus paisanos, de todo el Estado, es una gran responsabilidad y que te implica poner en práctica ciertamente tus conocimientos académicos, pero también tus habilidades gerenciales para la toma de decisiones, si bien es cierto que en lo particular, a mí no se me iba a decir porque tantas cirugías había que determinar en el quirófano, porque para empezar yo no soy médico, si se me van a pedir cuentas de los manejos de los recursos y la toma de decisiones y de las estrategias que hayamos tratado de los planes y los proyectos... Queda en primer lugar darle seguimiento a los programas existentes ya por parte de la federación y tomar también desde luego decisiones importantes en materias de acreditación en materias de recertificación, en materia de infraestructura y equipamiento, que si bien iban ligados, creo que fue el aporte más grande que nuestra administración, puedo dejar como algo que puede medirse con el paso del tiempo, el avance en obras e ir a ver, al dejar la administración pública que nos tocó legar sin lugar a dudas, puedo refrendar de esta manera y en esta grabación Ignacio, que creo que logramos la infraestructura más grandes que se ha hecho en los últimos años en materia de salud y qué bueno aquí tuvo que ver ciertamente el empuje del gobierno del Estado el apoyo del gobierno del Estado, pero también la gestión con el gobierno federal

103. I: En ese momento en el que asume como Secretario de Salud, pues hay que ver qué es lo que hay al llegar a esta Secretaría, seguramente pues, ya había elementos muy claros siendo previamente Subsecretario y a ver si ya puesto el overol y a veces trabajado las fibras, las más sensibles de la Secretaría y después pues de tener un cargo más alto gerencial y con procesos de evolución lógica y poder desempeñar un cargo con todas las tablas, como Secretario ¿cómo encontró usted a la institución cuando comienza su encomienda, cómo estaban las metas, cuáles serán los retos que tiene que asumirse a partir este momento que acciones fundamentales se pensó, que se habían hecho hasta antes de asumir el cargo y de el poder plantear las estrategias?

112. A: Mira, yo creo que llegemos en el momento más crucial, muy oportuno y tengo que reconocer que el trabajo que me tocó darle continuidad era un trabajo muy bien diseñado, con un enfoque de visión muy clara y que de alguna manera me habían tocado contribuir en su construcción, pero lo que quiero resaltar, es que el esfuerzo que había hecho mi predecesor en el puesto, me dio un impulso adicional porque el plan ya estaba trazado, ya sabíamos por dónde íbamos entrar, tuve sin lugar a dudas el bagaje del estar contribuyendo en esa administración del doctor Manuel Aguilar como su Subsecretario, que me dio oportunidad junto con él, de ir diseñando por donde se tenía que caminar y transitar la Secretaría, yo creo importante que te debo de resaltar, que pienso que de alguna manera contribuyó a ese impulso que tuvimos el administración del doctor Manuel Aguilar como del servidor, que coincidentemente los dos veníamos de fuera de la Secretaría de Salud, si bien habíamos sido funcionarios públicos, su

servidor había ya recorrido muchos puestos, teníamos una visión ajena, por fuera de desarrollo de la Secretaría, eso nos permitió llegar sin ataduras, nos permitió llegar sin modelos y paradigmas ya hechos, que nos permitió romper moldes y te lo puedo poner como ejemplo muy concreto, dentro de la estructura organizacional que recibimos en ese momento, fue donde más resistencia encontramos para avanzar en los procesos de acreditación, o sea la propia gente de la estructura, era la que se resistía a avanzar y nosotros traíamos el impulso o el deseo de avanzar en ese rubro, entonces no hay duda de que la administración pública debe de reflexionar que es lo que no está bien hecho, no debe de preservarse, debe dar continuación, debe mejorarse, no se vale la administración pública del borrón y la cuenta nueva, el venir a diseñar nuevos modelos o querer venir a inventar nuevos paradigmas, hay un principio general, en los temas que tú quieras la administración pública se comporta de la misma manera, entonces hay que enriquecerla. Yo estoy plenamente convencido de que logramos avanzar porque hubo un trabajo muy claro, muy definido durante la administración del doctor Manuel Aguilar, él inició el camino, que a tu servidor le tocó concluirlo y llevarlo hasta el final, veíamos desde fuera y que había que reposicionar a la Secretaría..

142 I: Antes de la etapa de toda la administración había que engranar había que aceitar ¿cuáles son esas líneas del plan inicial de gobierno que después usted continúa?

144. A Bueno, lo primero que hicimos fue rediseñar la imagen institucional y sabíamos que la imagen del área de Epidemiología representaba una bomba por los mayores casos de dengue que han habido en la historia de Quintana Roo, nos tocó recibirlo con arriba de 8000 casos, en este momento epidemiológicamente estábamos mal, era necesario trabajar ahí en la imagen institucional era importantísimo retomar el proyecto institucional a través de una nueva infraestructura física y tercero el corregir la imagen institucional en materia de riesgos Sanitarios toda el área de la COFEPRIS, toda el área de protección contra riesgos sanitarios era un espacios en donde públicamente la Secretaría estaba siendo atacada por conceptos de corrupción, hay que decirlo claro y que fueron las 3 áreas en las que nos abocamos, en la administración del doctor Manuel, cuando comenzamos a atender justamente esta problemática, independientemente de los planes, se trastocaron tanto que la administración de él como la de su servidor por contingencias que pasan durante el año, a a los pocos meses le tocó el huracán Wilma, que hizo necesario hacer un alto los procesos que llevaba, para atender la emergencia, con tu servidor nos tocó en su momento la crisis del influenza que pego en todo el país y que nos hizo hacer un alto en todos los proyectos de desarrollo institucional que teníamos.

Tercer Segmento. Estructura Institucional (162-

162. I: En relación a esto, hay una estructura jerárquica que decide usted, esta estructura organizacional que documenta partiendo pues a partir de la dirección de los servicios de salud, la dirección de riesgos sanitarios, la de calidad, la administrativa, fundamentalmente ¿cómo influyó para poder mejorar sus detonantes?, ¿había definido hacer cambios en estructura o se consideró poder modificar o fortalecer, que se pensaba en función de lo que se tenía como capital humano?

168. A: Mira lo que te puedo decir es que ciertamente era una fortaleza tener una estructura organizacional acorde al modelo federal, teníamos un símil aquí en el Estado de la que tienen allá, de los departamentos y de las direcciones conforme a la estructura federal es una fortaleza, porque conocíamos a nuestros pares del gobierno federal y eso nos permitió avanzar mucho más rápido, con una estructura organizacional que asuma el papel de liderazgo de cada dirección, para

que podamos desarrollar los proyectos, el verdadero líder es aquel que hace equipo, es aquel que sabe escuchar al resto del equipo y toma decisiones de manera consensuada para poder lograr un objetivo y quiero ser muy claro en particular, en la dirección de innovación y calidad, por poner este ejemplo, era una dirección que estaba acotada en sus funciones, porque no...no había dado ese paso de iniciar por ejemplo la responsabilidad de los procesos de acreditación, entonces cuando nosotros llegamos, su servidor, consideramos con el equipo justamente que aquellos asumieran ese rol, que ellos liderearán ese proyecto y nosotros les dimos los elementos para poder hacerlo, entonces les dimos los recursos y nos sumamos a esa fuerza, a ese potencial de trabajo que nos permitió lograr y te puedo poner otro ejemplo me concreto en la dirección de infraestructura, que la dirección infraestructura tenía una relación íntima, cercana con la dirección de Infraestructura a nivel federal, pero sin recursos, que hicimos gestión con el gobierno federal acerca de recursos federales y creo que algo que contribuyó de manera significativa fue siempre la buena disposición del ejecutivo del Estado hacia los proyectos de salud, entonces eso nos permitió Ignacio, ir avanzando y que se diera los resultados, yo soy un convencido, un apasionado de este tema, te puedo decir que fui la cara del gobierno del Estado, en el gobierno del estado en administración pasada fue la cara en materia de salud, hubo éxito porque se reconstruyó la imagen institucional basado en infraestructura, además porque abatimos los problemas que teníamos de epidemiología o de tipo epidemiológicos y porque recompusimos todos lo relacionado con la dirección contra riesgos sanitarios, entonces yo creo que con esos tres enfoques, con esas tres visiones, nos permitió al concluir la administración poder decir que ahí sentado en la silla hice lo que tenía que hacer.

Cuarto Segmento. Morbilidad y Mortalidad (198-234)

198. I Éste, en relación a los servicios de salud, uno de los componentes fundamentales son los problemas de salud de la sociedad, ¿cuáles eran las principales enfermedades, las principales defunciones de interés, como una prioridad? ya comenta usted al dengue por ejemplo la forma de gestionar y que tanto ¿Cómo la federación lo indujo en su puesto para poder identificar el perfil de enfermedades más importantes, cuales fueron estas enfermedades y las defunciones más importantes que había que atender?

204.A: Bueno, tu como médico sabes que muchas de las estrategias o básicamente la estrategia se abordan en los indicadores de morbi – mortalidad, ciertamente estos indicadores nos orientan de que nos estamos enfermando y de que nos estamos muriendo y te puedo decir que nos estábamos enfermando básicamente de dengue, nos estábamos enfermando básicamente de enfermedades cardio respiratorias o enfermedades respiratorias, nos estábamos enfermando de enfermedades diarreicas, nos estábamos enfermando de la aparición de las enfermedades crónico degenerativas, que son hoy por hoy la principal causa ya de muerte en la escala de morbi mortalidad en Quintana Roo, es decir nos estamos muriendo de diabetes, de las complicaciones de la diabetes, nos estamos muriendo de las complicaciones de la hipertensión, nos estamos muriendo de infartos, muy importante y que es el que tenemos que hacer un alto nos estamos muriendo por accidentes , la tasa de muerte en Quintana Roo por accidentes es muy alta y producidas por automóvil y yo creo que aquí tenemos que poder hacer un alto y revisar justamente que está pasando en Quintana Roo, tendríamos que hacer muchas cosas, de revisar muchas cosas, es un gran reto en el Estado, ciertamente nos estamos muriendo de lo que se está muriendo todo el país, pero en menor grado, tenemos muertes por tumores, sin lugar a duda que la tenemos, pero no obstante la escala del valor de las defunciones estaban por debajo del nivel nacional, lo que sí te puedo decir es que ya veíamos muy claro la necesidad de atender la muerte por accidente y desde luego que aparece también la muerte autoinfligida, suicidios, estaba ya presente de manera importante en la morbimortalidad, pero todo esto es fue orientador, sin lugar a dudas para que pudiéramos definir por dónde es que íbamos a transitar en materia de servicios de salud, las enfermedades insisto respiratorias jugaron un papel muy importante y no puedo dejar de mencionar la influenza AH1 N1, que en su momento pues, tuvo una fuerte presencia en el mundo y que en lo particular, incluso en Cancún sede del encuentro mundial de la Organización Mundial de la Salud con la presencia de Margaret Chan directora de la Organización Mundial de la Salud y que vino desde Ginebra, que jugó un papel muy importante no solamente en el tiempo del desarrollo de los compromisos de la administración en México y Quintana Roo, a pesar de que se retrasaron recursos, sino hubo que ponerle recursos adicionales para atender esta pandemia..

Quinto segmento. Estrategia (235-403)

235. I: Seguramente tuvo una relación directa con la federación para el diseño de las estrategias y a través de la gestión estratégica se puede establecer las pautas para poder atender en un mismo momento tantos problemas de salud, producidos en el perfil de morbimortalidad, ¿cuál era el accionar, como iba mover toda la maquinaria para poder mejorar estas tasas de enfermedad y muerte, como tratar las infecciones respiratorias (iras) a partir de una administración y de una manera concentrada y coordinada?

241. A: Mira, en el caso de morbimortalidad ocasionada por enfermedades crónico degenerativas por ejemplo, el proyecto tiene que ser a largo plazo, no hay un proyecto que alcance a corto plazo, no pueden solucionarse las complicaciones del diabético tomando una decisión en un año, en dos años, sino que se te va una administración pública completita de seis años y que tiene que haber continuidad para poder hacer frente sobre todo en este caso de las enfermedades crónico degenerativas, no podemos dejar de ver que ya es una tendencia real, somos una sociedad sobrepeso, somos una sociedad con obesidad mórbida, somos una sociedad en la que estamos luchando nosotros mismos por malos hábitos de alimentos y acciones, estamos viendo

que cada vez hay más pacientes con más complicaciones y con necesidades de medicina mucho más especializada, el ejemplo es que bueno, cuando nosotros nos íbamos se hizo el proyecto, y ya hoy te puedo decir que ya hay equipo para hemodiálisis prácticamente en Playa del Carmen, Cancún, Chetumal, Cozumel con todos los procesos de hemodiálisis, además de todos los procesos de cirugías cardiovasculares, cirugías ambulatorios o de cateterismos y cosas el Estado le tuvo que entrar y estuvo trabajando en particular en playa del Carmen, entre el gobierno federal y del Estado. Se tiene muy claro de que nos estamos enfermando y de que nos estamos muriendo, pero ojo, nos estamos muriendo de enfermedades que cada vez son más costosas, de continuar con este ritmo no va haber centros hospitalarios que alcancen, cada vez necesitamos la atención de pacientes con retinopatías diabéticas y que necesitan otras intervenciones, cada vez hay que estar pensando en pacientes que tienen insuficiencia renal, cada vez hay complicaciones propias de estas enfermedades que nos hacen que la medicina sea más costosa y con más tiempo hospitalario y eso nos eleva costos, nos elevan estancias, nos eleva todo y que hace que en el corto plazo si no hay una política nacional bien definida, yo estoy convencido que puede haber una crisis financiera en materia de salud..

268. I: Y entonces ¿cómo es que la Secretaría Estatal en su periodo, inicia acciones para contar con estrategias en el mediano plazo y que diera resultados? quizás tal vez en este momento ni siquiera se puedan ver y por tanto ¿qué es lo que usted considero en su trabajo, necesario para definir la ruta y que es parte de la complejidad de lo que actualmente sigue?

273. A: Yo te puedo decir que las decisiones las toma la Secretaría de salud, pero la toma de decisiones es colegiada, no sólo es exclusiva de la Secretaría Salud en Quintana Roo y te puedo poner ejemplos muy claros de programas de proyectos muy bien definidos del gobierno federal aterrizados en los gobiernos de los Estados, pero que no han tenido el impacto que deberían detener, como el plato del buen comer, se diseñó, se trabajó y ahí quedo, los famosos cinco pasos para una vida saludable, es otro proyecto que se quedó, el control de los alimentos chatarra escolares, es otro proyecto que en el camino que dio mucho trabajo y que finalmente no tenido el impacto porque sola la Secretaría de Salud no lo puede hacer, es decir, esto tiene que ser un cambio de mentalidad de toda la sociedad, por eso no se ven esos resultados que uno quisiera ver, porque no tienen ese impacto aunque la planeación, aunque la organización tenga muy claro cómo se debe de hacer y se sigue intentando, hay otros factores que no están abonando para que se vean los resultados, hoy por hoy en nuestra administración se prohibió en las tiendas escolares los alimentos chatarras, es una realidad y eso no está funcionando porque además los padres de familia no están convencidos de los beneficios de eso y así que si no compras la papa frita en la escuela, los mismos padres se la incluyen en su lonchera al niño, le están dando altos contenidos en grasas, en grasas trans, altos contenidos de sal que en la salud es un condicionante importantísimo para la hipertensión y no se puede medir esos programas porque aunque están bien diseñados, aunque están bien aterrizados, no tienen impacto porque no hay los demás factores que deben estar, le pasa lo mismo, igualito con dengue, puedes diseñar o puedes tirar miles de litros de insecticida para matar a los moscos adultos y a las larvas, pero si los padres de familia no han limpiado sus patios, es cuento de nunca acabar, entonces así se ve como una política fracasada, porque las incidencias están altas, porque la morbilidad está altísima, porque están apareciendo cada vez más nuevos serotipos, porque cada vez hay más casos hemorrágicos, porque cada vez hay más complicados, entonces, aunque tú tengas muy bien la estrategia, sino viene acompañada del convencimiento social no funciona..

303. I: De estas líneas de trabajo estratégicas para reducir la morbimortalidad ¿qué le ha funcionado aparte de la acreditación, el incremento del infraestructura, la mejora de la calidad de atención?

308. A: Mira algo que te puedo decir que era importante en institución haciendo un lado el tema de la morbimortalidad algo que tenemos que resaltar era la imperiosa necesidad del gobierno federal de avanzar en la atención en la cobertura de servicios de salud o sea que es lo que quiero llegar, que a lo mejor no hemos atendido de manera puntual las causas la morbimortalidad y atacarla aún en particular porque aún como país estamos en proceso de resolver lo primero, lo primero es que si ni siquiera tenemos la oportunidad de dar cobertura, hemos avanzado en ese sentido, tenemos que reconocer y el enfoque nacional en ese sentido era justamente dar cobertura y me consta el boom que tuvo el seguro popular en todo el país y de tener 5000 - 7000 afiliados Quintana Roo paso a medio millón 500,000 cuando yo deje la administración, que por cierto, nosotros en enero del 2011 alcanzamos la cobertura universal en materia de salud y bueno la administración terminó en abril y en el mes de mayo junio en su momento, el Secretario de Salud de Quintana Roo da a conocer públicamente que habíamos alcanzado la cobertura, pero esa cobertura Ignacio tiene un alto costo en planeación y en lo económico también, porque teníamos que llegar a todos los rincones del Estado en donde hubiera quintanarroenses que no tuvieran servicios de salud y se logró llegar, porque la fórmula con la que operaba en mi época el Seguro Popular era con participación del Estado con la famosa aportación solidaria estatal y el recurso federal que le permitió a Quintana Roo tener cobertura, con la disposición del gobierno del Estado, de que su aportación solidaria nunca dejará de darse y el gobierno federal nunca dejó de aportar y eso nos permitió tener el recurso para lograr la cobertura, pero esa cobertura Ignacio, era para que ese niño o esa niña esa mamá o ese papá tuviera la posibilidad siquiera de tener un diagnóstico, una primera consulta, de saber de qué te estás enfermando, de porque antes no había manera, no había acceso al a los servicios de salud, la recomposición que puede haber el día de hoy, y a partir de eso la información que se ha generado a partir de esa consulta, debe de estar generando las políticas públicas en cada momento para atender la morbi mortalidad de los quintanarroenses, pero el esfuerzo de nuestra administración fue justamente eso, de llegar a alcanzar la cobertura universal.

346.I: En relación a las coberturas ¿quién se encargaba de hacer esa parte su gobierno? en un momento dado es la responsabilidad de la Secretaría de salud para poder diseñarlo las redes de interacción intergubernamental para poder en su área sumar esfuerzos y lograr objetivos conjuntos con la sociedad como se estableciese diseño de estrategias relacionado a los factores de morbi mortalidad los mandaba la Federación los planteaban estado concentraba la Federación del Estado y a partir de eso se generaban recursos, Si ustedes planteaban nuevos objetivos de las estrategias aplicaban dinero propio para poder resolver problemas tropicales locales que no tenía resto del país como ese diseño entonces.

355.A: Ciertamente la toma de decisión siempre fue de manera colegiada, fui un Secretario que pocas veces tomo decisiones de manera unilateral, personales, siempre con el equipo cercano que era básicamente la dirección de los servicios de salud, el área de innovación y calidad y bueno consultábamos a los ex Secretarios y nos hicieron algunos comentarios y enriquecíamos las propuestas, teníamos un seguimiento puntual de todos los programas que marcaba la federación a través de aquel modelo, ¿cómo se llama? los modelos de... de servicios de salud, donde estaban los de caminando la excelencia , si de caminando la excelencia... que tú sabes está conformado por un buen número de programas que tienen un enfoque, no solamente de desarrollo general, sino que está la salud dental, está la medicina preventiva etcétera son programas que están muy bien diseñados y que le dábamos cumplimiento, por ejemplo a la salud materna, a la muerte materna, el cáncer cervico uterino, cáncer de mama, en fin todos estos que son con componentes federales si... si te preguntas como trabajábamos, si trabajábamos con los modelos federales, que también se valoraban sus indicadores a nivel federal, pero también había proyectos particulares del Estado de Quintana Roo, uno que lo particular no lo tenía el gobierno federal y nosotros implementamos, que fue un programa de prevención, como la aplicación de las vacunas contra el virus del papiloma humano en las niñas menores de nueve años, no sé qué otra entidad lo haya hecho pero en Quintana Roo nosotros fuimos los primeros en implementar este programa de cobertura para las niñas menores de nueve años y que yo creo, hablando sin etiquetas, si, las administraciones públicas somos capaces de reconocer que hay cosas bien hechas, yo creo muy humildemente que esto debería ser y espero que sea una política del Estado el seguir protegiendo a las niñas en el Estado de Quintana Roo, en esta edad con la que arrancamos el virus del papiloma humano, se está sembrando en este momento y lo vamos a cosechar el día de mañana, con mujeres sanas con mujeres con menos posibilidades de cáncer cervico uterino, ese es un ejemplo, un programa en el que el gobierno del Estado le puso recursos propios, es un programa que se diseño de manera particular por el gobierno del Estado, te puedo decir de programas que si bien es cierto que tenía una pincelada incluso un recurso de manera federal, lo enriquecemos en el gobierno del Estado, como fueron los centros de vacunología, que no se tenían centros de vacunología aquí en la capital, en Cancún y que estratégicamente nosotros tenemos la visión de la preservación de nuestros biológicos, de la preservación de mucho material que requiere de refrigeración, como en los momentos de las contingencias meteorológicas, se diseñó una estrategia particular por la geografía de Quintana Roo, no es muy difícil que un huracán este aquí y al mismo tiempo esté teniendo una afectación mayor en Cancún o viceversa, que la afectación sea Cancún y que la afectación también sea aquí en Chetumal entonces eso nos permite el poder movilizar nuestros biológicos, el poder preservar este tipo de vacunas y ponerlas bajo resguardo seguro..

Sexto segmento. Efectividad (404-404)

I: Ahora el concepto de efectividad está en función de resultados en condiciones reales, es difícil poder medir el éxito en un solo periodo de un año, en un mes, en varios años, porque la reducción de la morbi mortalidad como indicador, tiende a verse en más tiempo y de manera compleja, con participaciones multidisciplinarias y colegiadas, sin embargo en este caso los indicadores de excelencia es un criterio de medir la efectividad precisamente bajo estas condiciones reales en un plazo determinado y que en este plazo era un año, estos indicadores de desempeño participaban en una competencia nacional y se definía quienes eran los mejores en función de los mismos estándares establecidos ¿ en que temas presentó Quintana Roo niveles de excelencia en relación a otros Estados ¿ en que fuimos altamente efectivos en su periodo?

414.A: Muy bien dicen que de los problemas cuando los logras solucionar aprendes y no solamente aprendes si no recompones muchas cosas, si bien es cierto en materia de control de prevención del dengue recibimos en un estado, permíteme la expresión, convulsionado, por la histórica cifra de casos de dengue, te puedo decir que el tiempo después y de la experiencia, que Quintana Roo en el programa de dengue ocupó los mejores lugares en el país, no sé cómo esté ahora, pero hubo una tendencia muy clara a la mejora, porque si bien es cierto, que los casos siguen, las estrategias evaluadas por el gobierno federal tuvieron éxito, además en materia de prevención de cáncer cervico uterino y de mama, eso nos permitió incluso ser los primeros centros en el país que tuvimos las unemes dedicam y la primera nos tocó inaugurarla en Cancún, ya hay una incluso aquí en Chetumal, pero eso nos permitió obtener los mejores indicadores en esta materia en el país en materia de diagnóstico tanto epidemiológico como sanitario, en laboratorio estatal de salud pública hoy por hoy se posicionó al estar entre los cinco mejores en caminando la excelencia en el país y hoy... hoy te puedo decir, es información que me han comentado y he escuchado que ocupa el primer lugar de caminando la excelencia en materia de diagnóstico, en materia epidemiológica y en materia sanitaria, pero eso también obedece a un proyecto que hubo en su momento en consolidar la infraestructura de estos servicios, hoy por hoy tienen unas instalaciones dignas a nivel nacional, un modelo de laboratorio que hoy les permite cosechar y tener resultados en materia de prevención, por ejemplo zoonosis como el estudio de la prevención de la rabia en Quintana Roo, tuvo los primeros lugares, se me escapan a la memoria en que otros programas estuvieron muy bien, en este sentido en materia de... de distribución, reparto, surtimiento de medicamentos. Un éxito fue la acreditación, bueno ya fuimos de las primeras entidades que logramos acreditar todos nuestros centros de salud y tuvimos el primer hospital acreditado de acuerdo a la norma federal en todo el sureste, como nos pasó con el Hospital Materno Infantil Morelos, tiene una placa reconocimiento por parte del gobierno federal, en donde logró por medio de una estrategia muy clara avanzar en este sentido, porque Ignacio había recurso del seguro popular, porque habíamos logrado la cobertura universal. Esto es una cadena muy clara, no entiendo porque al inicio de la administración, en el 2005 no se organizó, pero en el 2007 con la llegada del doctor Manuel Aguilar, iniciamos el proceso de acreditación y que ciertamente a tu servidor le tocó haber dado continuidad y el haber dado seguimiento, significó una estrategia, una política correcta, ese es lo valioso del servicio público Ignacio, algo que no debemos de perder de vista, es que lo que está bien hecho debe continuar, por eso tu servidor le tocó cosechar las siembra que se inició visionariamente con Manuel Aguilar en el

2007 con la llegada del doctor Manuel Aguilar iniciamos el proceso de acreditación y que ciertamente a tu servidor Le tocó haber dado continuidad a ver sábado seguimiento una estrategia una política bien correcta ese se lo valioso del servicio público Ignacio algo que no debemos de perder de vista que lo que está bien hecho debe continuar por eso tu servidor le tocó cosechar las siembra que se inició visionariamente con Manuel Aguilar

454.I: En relación a la acreditación recuerda ¿usted cuantas unidades logró?

455. A: 165 la tengo muy clara

456. I: Y ¿las unidades nuevas con infraestructura?

457. A: Con infraestructura o sea servicios nuevos con infraestructura nueva, te puedo decir que prácticamente se atendió de acuerdo los estándares federales todos los centros de salud desde el estetoscopio, el baumanómetro, desde la báscula, hasta las notas, el manejo del archivo, hasta los programas que debe de tener un centro de salud de primer nivel, que en términos generales se dieron en Chetumal, el quirófano nuevo del hospital de Cozumel como de la ampliación del hospital de Cancún, el equipamiento de los quirófanos de Cancún, la sala de mastografía de Lázaro Cárdenas, el laboratorio estatal de salud pública, las unidades de vacunología de Cancún y Chetumal, el edificio propio administrativo de la Secretaría de Salud nuevo, toda la remodelación de hospital Materno infantil Morelos la creación de la unidad de cuidados intensivos del hospital materno infantil Morelos, se creó con nuestra administración, se equipó con nuestra administración la ampliación del hospital materno infantil de 16 a 32 camas, iniciamos el proyecto de Bacalar del Hospital comunitario de Bacalar, iniciamos la obra negra del hospital de Nicolás bravo, concluimos el hospital De Playa del Carmen, que lo recibimos en obra negra y lo entregamos totalmente equipado antes de que concluyera nuestra administración, entonces en materia de infraestructura y te vuelvo a repetir cuando comenzamos esta plática te dije que era urgente la necesidad del mejoramiento de la imagen institucional en materia de infraestructura y creo que lo superamos con creces al concluir mi administración, te dije que habían tres grandes problemas, que había que atender que era la imagen institucional en materia de servicios de infraestructura, te dije que era la necesidad urgente porque así recibimos esta administración ante la emergencia epidemiológica, que teníamos en materia de dengue y la necesidad de mejorar y de hacer reingeniería en la dirección de protección contra riesgos sanitarios de esa imagen tan deteriorada que había de corrupción

Séptimo segmento. Efectividad percibida (584-633)

584. I: En relación a la efectividad ahora vamos del lado del pueblo, de la comunidad, a partir de todos estos cambios, estas modificaciones, la familia quintanarroense en el área rural, en el área urbana, en el primer nivel de atención, en el segundo nivel de atención ¿Cómo imagina usted que puede decir esta familia y en que fueron efectivos los servicios de salud es su periodo?

589. A: Mira no me queda la menor duda, porque los hechos ahí están, no hay un solo centros de salud en todo el Estado que en nuestra época no estuviera 100%, no te puedo decir ahorita, es el gran reto mantener las acreditaciones, eran un bien pletórico, es más yo sé que ahorita ya deberían de estar acreditando las que en nuestro momento fueron las primeras, hicimos una estrategia muy

clara, iniciamos con los centros de salud urbanos y de ahí nos bajamos al medio semi rural y terminamos con el rural, se logró el 100%, un logro completitos, te puedo decir asegurar que si bien es cierto, el capital humano es un factor de impacto con una palabra poderosa que se llama actitud, pero esa parte también se atendía dentro de los programas de calidad, con el recurso humano necesario, donde los trabajadores tuvieron las oportunidades de hacerse de un poco de más recursos económicos, te puedo decir que sin lugar a equivocarme que en ese momento, en el 2011 cuando entregamos administración, los quintanarroenses, cuando menos en el primer de atención en materia preventiva en materia en salud en su nivel más básico, estaba cubierto, puede haber 100 historias de éxito 1000 historias de éxito, aparecen solo los casos de fracaso, hasta un linchamiento mediático, pero te puedo decir que en la zona sur no se han caído los servicios de materno infantil, los servicios hospitalarios de materno infantil, no hay en la ciudad de Chetumal que los servicios que se oferta en hospital materno infantil Morelos, te lo digo con la mayor seguridad, que hay equipamiento, una infraestructura, hay un recurso humano que se creó en esa administración pasada y que hoy está rindiendo frutos, además tu servidor tuvo la oportunidad de conocer a muchos médicos, tenía yo en mente un proyecto personal, la formación de médicos quintanarroense, no digo de manera localista, pero médicos quintanarroenses que tenían que irse a estudiar fuera, no nos equivocamos, hoy tenemos médicos en Cancún, cancuenses, tenemos médicos en Chetumal, Chetumaleños, que se fueron hacer especialidad y hoy por hoy está rindiendo frutos por ejemplo el único perinatólogo que hay está en el hospital materno infantil de Chetumal, estuvo haciendo el posgrado en la época en el que tu servidor le tocó ser el Secretario y que lo mantuvimos con beca estudiando, con la única compromiso de regresar a la clínica en Chetumal y es nuestro perinatólogo, y tenemos a la única pediatra con especialidad en niños quemados otra paisana Chetumaleña, que nos fue a ver y que tuvo la oportunidad de beca, así que no solamente nos ocupamos de lado del infraestructura, sino también del recurso humano, con la convicción de saber a dónde queríamos llegar, yo no quería médicos con subespecialidades que aquí no puedan estar, resolviendo nada porque a lo mejor van a ver 12 casos de pacientes al año, sin los servicios periféricos o necesitados de instrumental en el quirófano, A esos pacientes los enviamos a nivel regional de alta especialidad.

Octavo segmento. Retos y pendientes. (634-656)

634. I: ¿Que faltó para que la familia quintanarroense dijera que los Servicios de Salud o los Servicios Estatales de Salud son altamente efectivos?

636.A: Falto asegurarnos que el recurso humano, que el equipamiento e infraestructura de nuestros hospitales de segundo nivel se certifiquen y acrediten totalmente, nosotros lo hicimos de manera parcial en el área de oftalmología del hospital de Chetumal y el área de oftalmología del hospital de Cancún, nuestras uneme capasits, para la atención de los pacientes de VIH, logramos certificarlas, pero hoy por hoy genuinamente hace falta más servicios acreditados y certificados, entonces así nos daría la garantía total, tenemos el equipamiento, tenemos el conocimiento, tenemos la infraestructura y tenemos el recurso humano, esos es una garantía para cualquier ciudadano, saber que están nuestros pacientes, los seres queridos, su familia, está en manos de gente que tiene los conocimientos y que tiene el equipamiento para resolver, y tener muy claro que hemos podido avanzar en los servicios de tercer nivel, porque nuestras causas de morbimortalidad no son de tercer nivel, nos estamos muriendo de otras cosas prevenibles aquí y eso debe de permitir poner los ojos a que los servicios de salud pública y que pocos casos lleguen

a un tercer nivel, todavía la mayoría de nuestros referencias son obstétricas o son pediátricas, no digo que no se muera alguien del corazón, pero de lo que si tenemos que tener aquí, es la capacidad de estabilizar a nuestro paciente, resolverle la emergencia cardíaca cardiovascular y entonces sí, referirlo a un tercer nivel más cercano.

656.I ¿Qué hay que hacer para poder lograr las redes institucionales y entonces poder generar ya resultados en el mediano plazo, para abatir estos grandes problemas de las crónico degenerativas, los problemas de la mujer, los problemas de la infancia?

659. A: Yo creo que has puesto el dedo en la llaga, si de verdad existe esa red, de la que tú hablas, interinstitucional a nivel federal y a nivel estatal, que nos permitiese resolver de manera genuina, rápida y legítima los problemas, yo creo que alejaría en este momento la posibilidad de poder colocar la oportunidad de tener un tercer nivel de atención, porque la autoridad no quita el dedo del renglón para tener la posibilidad de un hospital de tercer nivel de atención, hoy no es resolutivo para nosotros ir al vecino Estado de Yucatán, porque nos encontramos con una red de burocracia y una red de impedimentos para que nuestros pacientes sean aceptados y tienen un hospital de no sé cuántas camas subutilizado pero con 20 frenos para que ingresen pacientes de otros Estados, entonces si eso funcionase, por eso Quintana Roo no puede y no va quitar el dedo en la llaga, de pensar en un hospital de tercer nivel porque nuestra autonomía Estatal nos exige estar resolviendo los problemas nuestros, los transferimos a Yucatán y somos tratados con la punta del pie, porque nuestro problema no es su problema, entonces eso hace que la autoridad en turno no puedo dejar de pensar en tener un hospital de especialidades y que entonces si atienda las 20 principales causas de morbi mortalidad de Quintana Roo. Saber cuántos pacientes requirieron cateterismo o cuántos pacientes le colocaste válvulas, pero no dejamos de pensar si se resolverán aquí porque no nos resuelven allá y eso es porque la red institucional de la que tú acabas de hablar no funciona, no existe, es un mito, es darte de golpes de pecho, si como director del hospital eres amigo del director del hospital Regional y entonces de parte de la amistad te van a recibir al paciente, pero no están funcionando las redes interinstitucionales, ni siquiera la interinstitucional ya no digamos que te lleves al IMSS o que te lleve al ISSSTE o que te lleves a la Secretaría de salud a un paciente cruzado.

682. A: ¿ Eso mismo pasa al interior del Estado, con las dependencias del gobierno?

685.I: Yo creo que nuestro problema está en la toma desde la decisión oportuna, de cuando trasladar y de aquí entre el envío de la referencia y la contra referencia, ahí está la clave, en nuestro pacientes es obvio, nos implican gastos adicionales, vehículos, combustible, ambulancia de terapia, como ambulancia de traslado otros de tipos de servicios, que a lo mejor no hemos reparado en ellos, pero que es un plus que tenemos que pensar en tener, por lo que tu mencionaste, el funcionamiento de las redes, el tejido interinstitucional no se da..

Noveno segmento. Conclusiones (694-739)

694. I: Muy bien ¿algo más que pues desea agregar en cuanto estas estrategias estructuras, efectividad y la mortalidad evitable?.

696. A: Bueno como mencionamos al principio, la muerte como la vida es un proceso natural y sabemos que la muerte está implícita donde está la vida, pero yo creo que los médicos o los servicios médicos los servicios de salud, juegan un papel muy importante para preservar,

prolongar y sobretodo permitir calidad de vida a los seres humanos, ese es yo creo, uno de los factores más importantes que tienen los servicios de salud, quienes tengan este puesto, tienen una gran responsabilidad, tiene que tener una visión muy clara de donde tiene que transitar, de donde tiene que poner los pesos, de donde tiene que poner la creatividad, el ingenio y sobretodo muchísimas veces su capacidad de improvisación, a esto súmale Ignacio, otros factores que contribuyen muchas veces al entorpecimiento que son las organizaciones, con factores que contribuyen al no avance rápido de la toma de decisiones, con ese burocratismo médico, en los hospitales y centros de salud tiene que estar nuestra energía, ahí tiene que estar nuestra capacidad de solución, ahí tiene que estar nuestra capacidad de toma de decisión, insisto al funcionario no lo van a evaluar por el éxito que tenga de tener una instalación que ya la tiene, y qué bueno porque era necesario más de 40 años estuvieron en condiciones precarias y hoy por hoy son los edificios públicos más funcionales del gobierno del Estado, edificios nuevos donde este trabajando completamente el personal administrativo, pero que además se tuvo el cuidado en su momento de primero resolver la imagen institucional, los servicios hospitalarios, para luego atender los servicios administrativos, porque así no podía haber queja ciudadana, riqueza social y decir, mira qué bonitas oficinas administrativas se están cayendo los hospitales, no, primero se atendió eso y después se atendió durante los tres años y medio, yo creo que durante ese tiempo se recorrió mucho para permitirnos lograr reformarnos en infraestructura que tiene la actual administración, hoy como te digo, la plataforma en la que se está caminando, fue construida en la administración anterior y ellos deberían de pensar o de tener sus ojos puestos en la posibilidad del desarrollo del programa estrictamente de salud, porque lo administrativo está resuelto, la cuestión de espacios está atendida, está resuelta, el reto sigue siendo en materia de salud, no pueden perder de vista que hubo un impulso y debe seguir para mantener los servicios, porque hasta el día de hoy el seguro popular es un modelo que sigue rigiendo los Estados y es la vía por la que están llegando los recursos federales, Ignacio entonces si no caminamos de acuerdo al régimen de recuperación del seguro popular, vamos a ir perdiendo efectividad y posicionamiento federal.

738 I: Pues muchas gracias Químico, por participar en este proyecto.

739 A: Gracias a ti y suerte.

Anexo B. Clasificación de Taucher 1978. Causas evitables de muerte según enfermedades y códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, traumatismos y causas de defunción.

Causas de muerte según criterio de evitabilidad		Códigos según la Clasificación Internacional de Enfermedades	
		CIE-9	CIE-10
A	Defunciones evitables por vacunación o tratamiento		
	Todas las zoonosis bacterianas (peste, tularemia, carbunco, brucelosis, muermo, miloidosis, fiebre por mordedura de rata y otras zoonosis bacterianas)	020-027	A20-A28
	Lepra y otras enfermedades por micobacterias	030-031	A30-A31
	Difteria	032	A36
	Tos ferina	033	A37
	Angina estreptocócica y escarlatina	034	A38
	Erisipela	035	A46
	Tétanos	037	A33-A34
	Septicemia	038	A40-A41
	Poliomielitis aguda	045	A80
	Viruela	050	B03
	Sarampión	055	B05
	Rubéola	056	B06
	Sífilis y otras enfermedades venéreas	090-099	A50-A63
	Fiebre reumática y corea reumática	390, 392	I00, I02
	Pericarditis reumática y otras enfermedades reumáticas del corazón	393, 398	I09
	B	Defunciones evitables por diagnóstico y tratamiento médico	
Tumor maligno de la mama		174	C50
Tumor maligno del útero		179,180,182	C53-C55
Tumor maligno de la próstata		185	C61
*	Diabetes mellitus	250	E10-E14
*	Enfermedad hipertensiva	401-405	I10-I15
*	Bronquitis no especificada como aguda o como crónica	490	J40
		Códigos según la Clasificación Internacional de Enfermedades	
		CIE-9	CIE-10
*	Bronquitis crónica	491	J41-J42
*	Enfisema	492	J43
*	Asma	493	J45
	Obstrucción crónica de las vías respiratorias no clasificadas en otra parte	496	J44, J46, J47
*	Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares	520-529	K00-K14
	Enfermedades del esófago distintas a cáncer	530	K20-K23

	Úlcera del estómago o del duodeno	531-533	K25-k28
	Gastritis y duodenitis	535	K29-k30
	Enfermedades del apéndice	540-543	K35-K38
	Hernias abdominales y obstrucción intestinal	550-553, 560	K40-K46, K56
	Enfermedad diverticular del intestino	562	K57
	Trastornos digestivos funcionales no clasificados en otra	564	K59
	Colelitiasis y otros trastornos de la vesícula biliar	574-575	K80-K83
*	Peritonitis	567	K65
*	Absceso hepático y las secuelas de las hepatopatías	572	K75-K77
*	Insuficiencia renal	584-586	N17-N19
*	Infecciones renales	590	
*	Hiperplasia de la próstata	600	N40
C	Defunciones evitables por medidas de saneamiento		
	Cólera	001	A00
	Tifoidea y paratifoidea	002	A01
*	Salmonella	003	A02
	Shigelosis	004	A03
*	Otras intoxicaciones alimentarias bacterianas	005	A05
*	Amibiasis	006	A06
*	Infecciones intestinales debidas a otros organismos	008	A08
	Otras infecciones intestinales mal definidas	009	A09
*	Hepatitis vírica	070	B15
	Los tifus	080-081	A75
	Las rickettsiosis transmitidas por garrapatas	082	A77-A78
	Otras rickettsiosis	083	A79
	La tripanosomiasis	086	B56-B57
	Leishmaniasis	085	B55
	Leptospirosis	100	A27
	Efectos tardíos de otras enfermedades infecciosas y	139	B94, B92
II I		Códigos según la Clasificación Internacional de Enfermedades	
		CIE-9	CIE-10
D	Defunciones evitables por medidas mixtas		
	Infecciones de las vías respiratorias (todas las infecciones respiratorias agudas, neumonías e	460-466, 480-487	J00-J06, J10-J18, J20-J22
D1	Problemas perinatales del embarazo, el parto y el puerperio		
D2	Mola hidatidiforme	630	O01
	Otro producto anormal de la concepción	631	O02
	Aborto retenido	632	O05
	Embarazo ectópico	633	O00
	Aborto espontáneo	634	O03
	Aborto inducido legalmente	635	O04
	Aborto inducido ilegalmente	636	O05
	Aborto no especificado	637	O06
	Intento fallido de aborto	638	O07
	Complicaciones consecutivas al aborto, a la gestación ectópica al embarazo molar		
	Hemorragia precoz del embarazo	64 ⁹	O08

	Hemorragia anteparto, abrupcio placentae y placenta previa	641	O43, O44, O45,
	Hipertensión que complica el embarazo, el parto y el puerperio	642	O10, O11, O13,
	Hiperemesis del embarazo	643	O21
	Otras complicaciones del embarazo no clasificadas en otra parte	646	
	Enfermedades infecciosas y parasitarias de la madre clasificables en otra parte, cuando complican el embarazo,	647	O98
	Otras afecciones maternas concurrentes, clasificables en otra parte, cuando complican el embarazo, el parto o el	648	O99
	Parto en condiciones normales	650	O80
	Parto obstruido	660	O64-O66
	Hemorragia postparto	666	O72
	Todas las categorías del grupo de las complicaciones del puerperio (sepsis, hemorragias, embolias y otras)	670-676	O85-O92
D3	Enfermedades propias de la primera infancia		
	Feto o neonato afectado por enfermedades de la madre no necesariamente relacionadas con el embarazo actual	760	P00
	Feto o neonato afectado por complicaciones maternas del embarazo	761	P01
	Feto o neonato afectado por complicaciones de la placenta, el cordón umbilical o las membranas	762	P02
	Feto o neonato afectado por otras complicaciones del trabajo y del	763	P03
Causas de muerte según criterio de evitabilidad		Códigos según la Clasificación Internacional de Enfermedades	
		CIE-9	CIE-10
	Crecimiento fetal lento y desnutrición fetal	764	P05
	Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con otra forma de peso bajo al nacer	765	P07
*	Trastornos del feto o neonato relacionadas con el embarazo prolongado y el peso elevado al nacer	766	P08
	Traumatismos del nacimiento	767	P10-P15
	Hipoxia intrauterina y asfixia al nacer	768	P20-P21
	Síndrome de dificultad respiratoria	769	P22
	Otras afecciones respiratorias del feto y del recién nacido	770	P23-P28
*	Infecciones propias del período perinatal	771	P35-P39
*	Hemorragia fetal y neonatal	772	P50-P56
	Enfermedad hemolítica del recién nacido, debida a isosensibilización	773	P55
*	Otras formas de ictericia perinatal	774	P57-P59
*	Trastornos endocrinos y metabólicos propios del feto y del recién nacido	775	P70-P74
*	Trastornos hematológicos del feto y del recién nacido	776	P60-P61
*	Trastornos perinatales del aparato digestivo	777	P75-P78
*	Afecciones asociadas con la regulación tegumentaria y de la temperatura del feto y del recién nacido	778	P80-P83
*	Otras afecciones y las mal definidas que se originan en el período perinatal	779	P90-P96

D4	Muertes violentas		
	Todos los traumatismos y envenenamientos	800-999	V00-Y98
*	Síndrome de dependencia del alcohol	303	F10
*	Dependencia y abuso de drogas	304, 305	F11-F19
D5	Tuberculosis		
	Tuberculosis primaria	010	A15-A16
	Tuberculosis pulmonar	011	A15-A16
	Otras tuberculosis del aparato respiratorio	012	A15-A16
	Tuberculosis del sistema nervioso central	013	A17
*	Tuberculosis gastrointestinal	014	A18
	Tuberculosis genitourinaria	016	A18
*	Tuberculosis miliar	018	A19
Causas de muerte según criterio de evitabilidad		Códigos según la Clasificación Internacional de Enfermedades	
		CIE-9	CIE-10
D6	Problemas carenciales		
*	Kwashiorkor	260	F40
*	Marasmo	261	F41-F42
*	Otra desnutrición proteico-calórica grave	262	E43
	Otras formas de desnutrición proteico-calóricas y las no especificadas	263	E44-E46
*	Otras anemias por deficiencia	281	D51-D53
*	Otras anemias y las no especificadas	285	D461- D463
	Otras enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	289.4	D731
D7	Problemas hepáticos		
	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	571	K70-K73
E	Defunciones difícilmente evitables en la actualidad		
	Tumores malignos (excepto los del grupo B)		
	Tumores malignos de cavidad bucal y de la faringe	140-149	C00-C14
	Tumores malignos de otros órganos digestivos y del peritoneo	150-159	C15-C26, C48-C49
	Tumores malignos de órganos respiratorios e intratorácicos	160-165	C30-C39
	Tumores malignos de los huesos, del tejido conectivo y de la piel		C40-41, C43-C44, C45-C47
	Tumores malignos de órganos genitourinarios (se excluyen los del útero y la próstata)	181, 183, 184,	C51-C52, C56-C60, C62-C75
	Tumores malignos de otros sitios y de los no especificados	186-189 190-199	C76-C80, C97
	Tumores malignos del tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos	200-208	C81-C96
*	Enfermedad de Parkinson	332	G20
	Esclerosis múltiples	340,	G35
	Epilepsia	345	G40
	Enfermedad arterioesclerótica y degenerativa del corazón y otras enfermedades del corazón	410-416, 420-429	I20-I25, I30-I52

	Enfermedades cerebro vasculares	430-438	I60-I69
*	Aterosclerosis	440	I70
	Malformaciones congénitas del sistema nervioso o cardiovascular	740-742, 745-747	Q00-Q07, Q20-Q28
I	Defunciones por causas mal definidas		

Causas de muerte según criterio de evitabilidad		Códigos según la Clasificación Internacional de Enfermedades	
		CIE-9	CIE-10
	Síntomas, senilidad y estados mal definidos	780- 799	R00-R99
J	Otras causas		
	Todas las demás enfermedades y códigos no incluidos en los grupos anteriores	Resto de categorías	Resto de categorías

* Modificaciones de García 2002.

Fuentes: Rodríguez L. México: *Contribución de las causas de muerte al cambio en la esperanza de vida, 1970-1982*. Centro Latinoamericano de Demografía CELADE, editor. Serie B[56], 1-45. 1989. Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL.

García CA. *Causas de muerte como indicadores indirectos de necesidades en salud: Una interpretación socio-demográfica. Los casos de la Frontera Norte y de Morelos. 1980-1990*. 2002. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias CRIM UNAM.