

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE ORIENTE
UNIDAD DE POSTGRADO**

MAESTRIA EN MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL



**LA ATENCIÓN EN SALUD A LOS PACIENTES CRÓNICOS
DEL INSTITUTO DE BIENESTAR MAGISTERIAL**

PRESENTAN

Oscar Eduardo Pastore Majano

Rudis Yilmar Flores Hernández

**TESIS DE POSGRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE:
MAESTRO EN MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL**

DOCENTE DIRECTOR: MSC. RAFAEL PAZ NARVÁEZ

MAYO 2010

SAN MIGUEL, EL SALVADOR. CENTRO AMERICA

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR

Master Ingeniero Rufino Antonio Quezada Sánchez

VICERRECTOR ACADÉMICO

Master, Arquitecto Miguel Ángel Pérez Ramos

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

Master Licenciado, Oscar Noé Navarrete Romero

SECRETARIO GENERAL

Licenciado Douglas Vladimir Alfaro Chávez

FISCAL GENERAL

Doctor René Madecadel Perla Jiménez

AUTORIDADES DE LA FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

DECANA EN FUNCIONES

Doctora Ana Judith Guatemala de Castro

VICEDECANA

Doctora Ana Judith Guatemala de Castro

SECRETARIO

Ingeniero Jorge Alberto Rugamas Ramírez

COORDINADOR DE POSTGRADO

Master Licenciado Israel López Miranda

**COORDINADOR MAESTRÍA EN MÉTODOS Y TÉCNICAS
DE INVESTIGACIÓN SOCIAL**

Master Licenciado René Humberto Ruíz Ramón

DOCENTE DIRECTOR DEL TRABAJO DE GRADO

Master Licenciado Rafael Mauricio Paz Narváez

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	V
CAPITULO I METODOLOGÍA DEL ESTUDIO.....	7
1.1 La metodología inductiva.....	7
1.2 Un estudio cualitativo	8
1.3 Los enfoques emic y etic en la investigación.....	9
1.4 El análisis de la información cualitativa obtenida, asistido por un programa de computación.....	10
1.5 Análisis de los datos y el uso de Weft Qda	15
CAPITULO II CONSIDERACIONES SOBRE PATOLOGIAS CRÓNICAS Y EXPERIENCIAS QUE INVOLUCRAN A PACIENTES DEL ISBM.....	17
2.1 Enfermedad crónica: definición.....	17
2.2 Clasificación de la enfermedades crónicas.....	22
2.3 Las enfermedades crónicas que más consultan las y los maestros.....	28
2.4 Causas de las enfermedades crónicas en las y los maestros.....	31
2.5 Caracterización final de las enfermedades crónicas.....	34
CAPITULO III: PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES CRÓNICOS EN RELACIÓN A LOS SERVICIOS QUE LES PROPORCIONA EL INSTITUTO DE BIENESTAR MAGISTERIAL CON RESPECTO A SUS PATOLOGÍAS	38
3.1 Atención a pacientes con padecimientos crónicos.....	38
3.2 Tratamiento médico a usuarios con padecimientos crónicos.....	39
3.3 Atención especializada.....	42
3.4 Pacientes con padecimientos crónicos.....	44
3.5 Medicamentos otorgados a los pacientes con padecimientos crónicos.....	46
3.6 Servicio hospitalario que se les proporciona a los usuarios del ISBM.....	52
3.7 Actitud de los pacientes frente a los padecimientos crónicos.....	57
CAPITULO IV PERFIL DE PROPUESTA DE ÁREAS Y NIVELES DE INTERVENCIÓN EN LOS SERVICIOS DEL INSTITUTO DE BIENESTAR MAGISTERIAL.....	60
4.1 Objetivos Generales y Específicos.....	60
4.2 Resultados Esperados	61
4.3 Estrategias para lograr la Metas	61
4.4 Metodología a Desarrollar	62
REFERENCIAS.....	64
ANEXOS.....	66
A. Instrumentos empleados para la recolección de datos.....	67
B. Protocolo.....	74

INTRODUCCION

El presente trabajo de grado, se desarrolla en tres un capítulos y un perfil de propuesta que pretende contribuir a elevar la calidad de la atención a personas con enfermedades crónicas.

En el capítulo uno, se explica en tanto que el proceso investigación, buscaba producir datos explicativos y descriptivos, es decir, palabras y conductas de las personas sometidas a investigación.

También se explica el uso de los dos enfoques cualitativos en el uso e interpretación del discurso de los actores; (*emic*, centrado en el discurso del actor, y el *étic*, centrado en el discurso académico).

En este capítulo, también se explica el proceso de hacer análisis de la información cualitativa obtenida, asistido por un programa de computación, en el que por supuesto se explica, como se procede, y de hecho se procedió en este estudio, asistiéndose por un programa de computación, para procesar el texto de recopilado, a través de las entrevistas realizadas.

Por último, se detalla concretamente, el proceso de análisis de los datos y el uso de weft qda, como software, básico de apoyo al estudio.

En el capítulo dos denominado, Consideraciones sobre patologías crónicas y experiencias que involucran a pacientes del ISBM; se explica inicialmente, que es una enfermedad crónica, también, se explica la Clasificación de la enfermedades crónicas, desde diversas, consideraciones.

También se hace, una explicación sobre las enfermedades crónicas que más consultan las y los maestros del ISBM, en San Miguel. Se acompaña esta información con la explicación de las posibles causas de estas enfermedades en las y los maestros, para hacer al final del capítulo una caracterización final de las enfermedades crónicas.

El capítulo tres: Percepción de los pacientes crónicos en relación a los servicios que les proporciona el instituto de bienestar magisterial con respecto a las patologías crónicas; se inicia, explicando, como se brinda la atención a pacientes con padecimientos crónicos, en una explicación triangulada, entre usuario, médicos, y algunos funcionarios del ISBM; se explican, los procesos que implican el tratamiento médico a usuarios con estos padecimientos y la Atención especializada que reciben.

También se hace una explicación sobre las ventajas y los inconvenientes, que ocurren con los medicamentos otorgados a los pacientes, la reflexión, en torno al servicio hospitalario que se les proporciona a los usuarios y por último, se explora la actitud de los pacientes frente a sus padecimientos.

Al final, se expone algunos elementos del perfil de propuesta que tendría como propósito, iniciar un análisis, sobre las condiciones de los servicios que presta el ISBM, a fin de contribuir a elevar la calidad de la atención a personas con enfermedades crónicas.

CAPITULO I

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

1.1 La metodología inductiva.

La metodología propuesta para este estudio es la investigación Inductiva Hipotética, inspirada en el **método inductivo** que como expone Barchini, “*pasa de enunciados singulares (particulares), tales como descripciones de los resultados de observaciones o experimentos, a enunciados universales, tales como hipótesis o teorías. El método inductivo va del efecto a la causa, de lo particular a lo general, es analítico, retrospectivo y empírico*”. (Barchini, 2005).

Y dado que el propósito del estudio ha sido analizar el significado que tiene para los y las maestras que son pacientes crónicos, la atención en salud que reciben del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial y su condición de vida a partir de su padecimiento. Por consiguiente, se ha tratado de ir de lo particular a lo general, en el sentido de la exploración empírica de casos particulares de docentes que son usuarios del ISBM, que siendo pacientes crónicos, expresan su particular punto de vista sobre su problema de salud y también sobre la forma como la institución responsable de garantizarles la seguridad de su salud, responde a sus necesidades. Por otro lado, se recoge el punto de vista de los médicos de familia que atienden a los usuarios del ISBM. Y a efecto de triangular la información, también se obtuvo el punto de vista de funcionarios con experticia sobre el tema.

1.2 Un estudio cualitativo.

Por otro lado los métodos inductivos están generalmente asociados con la investigación cualitativa, a diferencia de los métodos deductivos que están asociados frecuentemente con la investigación cuantitativa; aun cuando, la matemática y la lógica también recurren a demostraciones por inducción.

La Investigación cualitativa, trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica. Es una investigación “desde dentro”, que supone una preponderancia de lo individual y subjetivo. Su concepción de la realidad social entra en la perspectiva humanística. La metodología cualitativa consecuentemente, se refiere a la investigación que produce datos explicativos, toma forma en el proceso que explica cómo recoger datos descriptivos, es decir, palabras y conductas de las personas sometidas a investigación. Es una **investigación interpretativa**, referida al individuo, a lo particular.

Esta forma de investigación ha desarrollado sus propios **métodos cualitativos**. En estos métodos se evita la cuantificación. Al investigar cualitativamente, generalmente, se hacen registros narrativos de los fenómenos que son estudiados mediante técnicas como la observación participante y las entrevistas no estructuradas, semi-estructuradas, enfocadas, en profundidad, historias de vida, etc. De manera que cada propósito investigativo, tendría una o varias técnicas disponibles.

Para nuestro estudio, se resolvió realizar precisamente, las entrevistas **semi estructuradas**, en el sentido que se definieron categorías de análisis, sobre las que era fundamental interrogar a los participantes, y esto implicaba diseñar un instrumento (guía de entrevista) que incluyó preguntas de rigor que condujeron de forma implícita o

explícita a las categorías de análisis del estudio. Por otro lado, las entrevistas debían ser **enfocadas**, de manera que estuvieran dirigidas a tres tipos de actores: 1. Maestros y maestras usuarias del Instituto de Bienestar Magisterial que cumplieran al menos dos condiciones: Primero, debían ser maestros activos, es decir estar en servicio en cualquier nivel del Sistema Educativo Nacional, que están protegidos por el Instituto, y segundo, debían ser pacientes con alguna enfermedad crónica, en el entendido que padeciera de una enfermedad que requiriera tanto, consulta médica frecuente, como, medicamento permanente y que por supuesto hubiese sido diagnosticado como tal, por su médico de familia. 2. Médicos familiares que trabajaran con el ISBM, y 3. Funcionarios del ISBM con conocimiento sobre el tema y con un importante nivel de responsabilidades dentro del ISBM.

1.3 Los enfoques emic y etic en la investigación

Uno esfuerzo importante que hacen muchos investigadores cualitativos, es tratar de validar los resultados de la investigación, esto resulta particularmente difícil, (cuando no imposible) si se quiere proceder bajo la lógica de la investigación cuantitativa que frecuentemente basa sus conclusiones bajo el trato de la estadística inferencial.

Como sabemos la validez bajo estas normas no procede en la investigación cualitativa. Por tanto el interés del estudio estaría determinado en profundizar sobre los aspectos esenciales, desde la visión de los participantes. Sin embargo, se tratara, particularmente en el segundo capítulo de incorporar valoraciones especializadas en torno a las enfermedades crónicas. Este aspecto constituiría lo que en investigación cualitativa se conoce como el paralelo entre los enfoques *emic*, centrado en el discurso del actor, y el *etic*, centrado en el discurso académico tanto del investigador como en los referentes

teóricos que este consulte. Esta lógica es la que precisamente se expresara en el desarrollo del referido capítulo.

1.4 El Análisis de la información cualitativa obtenida, asistido por un programa de computación.

La fase de análisis de los datos como bien lo expresa Amezcua, *“representa probablemente el lado oscuro de la investigación cualitativa”... tanto los defensores teóricos del método como los productores de investigaciones cualitativas adolecen de proporcionar escasa información sobre los modos en que transforman los datos en interpretaciones que puedan sustentarse científicamente” (2002).*

Tal vez sea por ello que aún existan investigadores que se resisten a la incorporación de esta metodología, acostumbrados al rigor de la prueba estadística y la presentación gráfica de datos cuantitativos. Estudios como los de Goffman sobre los hospitales psiquiátricos y su concepto de institución total alertaron, aunque algo tardíamente, sobre la necesidad de abordar determinados problemas de salud desde perspectivas bien distintas a la puramente biomédica, perspectivas que admiten la subjetividad (tanto de los sujetos investigados como del investigador) como objeto de análisis, algo que podía sonar a herejía a principios de los sesenta, y que aún hoy sigue siendo objeto de controversia fuera del reducido grupo de iniciados en los modos de análisis cualitativos. (Goffman, 2001).

Parece una constante que los investigadores en salud llegaron a los análisis cualitativos buscando conocer dimensiones complejas de las que aportan poca o nula información los registros clínicos habituales.

Después de una década centrada en el estudio de las enfermedades crónicas y a pesar de haber adoptado desde su comienzo una perspectiva crítica, Mercado decide incorporar el análisis cualitativo para poder comprender la experiencia del padecimiento, para lo cual buscó a través de entrevistas recuperar “la voz de quienes padece”, los propios pacientes, sus familiares, sus amigos, sus compañeros de trabajo y demás integrantes de su red social más cercana (Mercado, 2000). A la vista de los estudios publicados en las últimas décadas, no se entenderían los abordajes cualitativos sin la idea la complementariedad metodológica, en tanto una buena parte de las investigaciones que buscan comprender la subjetividad y la significación, se interrogaron previamente sobre relaciones entre variables y su medición.

Cuando la mirada del investigador se dirige a problemas de salud en su dimensión social o cultural (concepciones y representaciones, política, administración, instituciones, etc.), los modos de análisis basados en la estadística se quedan casi siempre estrechos y comienza la búsqueda de instrumentos metodológicos más flexibles. El resultado es la afluencia de datos muy descriptivos, las propias palabras pronunciadas o escritas de la gente y las acciones observables. Al analizarlos llega el momento quizá más angustioso para el investigador poco acostumbrado a confrontar las dos materias primas sobre las que hay que trabajar: el lenguaje, que representa la subjetividad y el mundo de los significados y los símbolos, y la práctica, que representa lo concreto, lo morfológico.

En la actualidad se han diseñado, programas para el análisis de información cualitativa asistido por computador, los llamados Caqdas (*Computer-assisted Qualitative Data Analysis Software*). Estos programas, (CAQDAS) son muy comunes hoy entre los investigadores cualitativos. Según Carvajal, “los primeros programas fueron creados en los 60, pero fue en los 80 y principios de los 90 cuando empezaron a ser ampliamente reconocidos en el campo del análisis cualitativo” (Carvajal, 2002)

Hoy en día el uso de software para asistir el análisis cualitativo es intrínseco al proceso de análisis, y existe una gran gama de programas, cada uno de los cuales incluye herramientas específicas para procesar y almacenar diferentes tipos de información cualitativa. Algunos manejan únicamente textos, otros manejan imágenes, sonido y vídeo; algunos organizan la información en árboles de categorías jerárquicas, otros le permiten al investigador construir sus propios árboles, y otros simplemente listan las categorías en orden alfabético. La mayoría de los programas pueden hacer reportes de acuerdo con las necesidades del analista; algunos pueden usarse como el primer paso en el análisis de información, y los resultados pueden exportarse a otros programas para un posterior análisis. Aunque las herramientas que ofrecen los programas han revolucionado la forma de hacer análisis cualitativo, todavía hay investigadores cualitativos que sistematizan su información de forma manual, usando carpeta de manera confiable.

Las personas que no están muy vinculadas al uso de este tipo de herramientas que implica disponer de una computadora, podría suponer que resultaría muy cómodo “usar el programa para *analizar* nuestra información”. Este es el primer malentendido sobre los llamados Caqdas que de hecho aparece, incluso en el caló de los investigadores.

Es común escuchar expresiones como: “el análisis lo haré con un programa de análisis cualitativo”. Desde este punto, parecería que no se necesitan metodólogos, sino más bien técnicos en computación especializados. Esto, por supuesto no es así. Hay que resaltar que el uso de software es como se dijo antes, para **asistir el análisis cualitativo**; ninguno de estos programas puede analizar información, pueden ayudarle al analista a organizar sus documentos, categorizarlos y facilitar el proceso de búsqueda en los documentos y categorías, pero el proceso de interpretar y formular resultados a partir de las categorías y las relaciones entre ellas nos corresponde a nosotros. *Nosotros* debemos *hacer* el análisis (Carvajal, 2002).

Los computadores pueden hacer muchas cosas, pero no pueden pensar – y nosotros sí. Lamentablemente, eso también quiere decir que el pensar nos corresponde. Un computador nos puede ayudar a analizar nuestra información, pero no puede analizar nuestra información. Esta es la realidad que algunas personas, desvinculadas, con el uso de estas herramientas, pudieran no entender: nosotros debemos hacer el análisis.

La posibilidad de reducir el tiempo de análisis al usar un programa es también una de las expectativas que tienen algunos usuarios de Caqdas. Si comparamos el proceso del análisis asistido por computador con el tradicional ordenar, leer, y revisar los aspectos significativos de la información de acuerdo a los objetivos de la investigación, interpretar, resumir, comentar, etc., el tiempo empleado para el mismo se reducirá significativamente. Sin embargo, el tiempo de análisis no sólo depende de si se usa un programa o no, sino también de la cantidad de información que será analizada, el tipo de análisis que el investigador planea hacer y la experticia del investigador en el uso del software.

Usar un Caqdas no es lo mismo que ingresar datos en una hoja de cálculo y seleccionar OK para obtener los resultados. La investigación cualitativa implica un largo proceso de lectura, segmentación y categorización de la información. Y, finalmente, si el investigador lo desea, él o ella también puede hacer búsquedas cruzando documentos y categorías, formular hipótesis y probarlas antes de construir sus conclusiones.

¿Cuáles son, entonces, las ventajas de usar software para asistir el análisis cualitativo? Estos programas facilitan el proceso de segmentación, categorización, anotación, recuperación y búsqueda entre y a través de los documentos y categorías. Todo esto se puede hacer de manera rápida y los documentos originales no son fragmentados. Los investigadores pueden encontrar lo que buscan haciendo la selección correcta y las computadoras pueden almacenar grandes cantidades de documentos que de otra manera requerirían grandes carpetas. Los programas no son buenos ni malos para la investigación cualitativa por sí mismos. *“Es el uso que les dan los investigadores cualitativos lo que influencia la metodología cualitativa. Incluso, en algunos casos, los programas han reemplazado el método. Y es un hecho real que algunos programas, incluyen herramientas nuevas que no se han usado antes en los métodos cualitativos. Estas herramientas nuevas implican nuevas formas de hacer análisis cualitativo”* pero no se proyectan como un método por sí mismas. (Carvajal, 2002)

Cada investigador cualitativo que usa un Caqdas es responsable de si el programa reemplaza al método. Sobre todo, esta es una responsabilidad de cada investigador cualitativo que se capacite en el uso de Caqdas. No podemos creer que estos programas sean la panacea para el análisis cualitativo sólo porque son muy usados actualmente, sin embargo, considerando que son una herramienta para cumplir propósitos investigativos,

lejos de sustituir al método, se convierten en un medio, para confirmarlo. Finalmente como afirma Carvajal, “*Los programas son las herramientas y nosotros somos los artesanos*”. A nosotros nos corresponde el uso que hagamos de ellas. (Carvajal, 2002).

1.5 Análisis de los datos y el uso de weft qda.

En ese marco de reflexión en torno a los procesadores para el análisis cualitativo, convenimos utilizar *Weft qda* un *software* libre¹ para el procesamiento de la información procedente de las entrevistas realizadas.

Se procedió inicialmente, digitando cada una de ellas, con procesador de texto, luego estos archivos fueron importados al referido programa, para proceder a realizar el análisis, creando un proyecto en el programa, en el que se establecieron las respectivas categorías del estudio, se realizaron las búsquedas en cada documento (entrevistas) se marcaron los párrafos significativos con el contenido y el programa crea un archivo específico por categoría de análisis que sirvió para realizar el respectivo análisis del que habrían de desprenderse las conclusiones que acompañan este estudio.

¹ Weft qda. Es un programa, recomendado por el asesor del trabajo de grado, por una parte, por la disponibilidad en la internet de este programa de forma gratuita, de manera que no se necesita comprar una licencia, y por otro, porque permite reducir significativamente el tiempo de ordenar el texto, para ser analizado y revisar el contenido asociado a las categorías del estudio.

Cuadro 1. Actores involucrados en las entrevistas.



Cuadro2. Categorías de análisis del estudio



CAPITULO II

CONSIDERACIONES SOBRE PATOLOGIAS CRÓNICAS Y EXPERIENCIAS QUE INVOLUCRAN A PACIENTES DEL ISBM

2.1 Enfermedad Crónica: Definición.

En medicina, se le suele llamar “*enfermedad crónica*”² a aquellas enfermedades de larga duración, cuyo fin o curación pareciera que no puede establecerse claramente o no ocurrirá nunca. Dentro de estas, hay enfermedades, que aunque incomodan al paciente, no presentan gravedad alguna, como la rinitis crónica, sin embargo puede haber otras como la arterioesclerosis, que resultan potencialmente muy graves.

Al parecer no existe consenso respecto de cuánto tiempo debe transcurrir para poder llamarla enfermedad crónica, pero sí se tiene claro que su curación no puede preverse y tampoco se sabe si es que efectivamente podrá sanar. Si es que el paciente se cura, no se puede determinar cuándo sucederá. Esto ha sucedido, por ejemplo, con personas que padecen de asma, que han sufrido la enfermedad por un periodo determinado y luego no vuelven a padecer, o por lo menos el tiempo transcurrido entre un episodio y otro suele ser muy largo, incluso de años.

La categorización de crónica, sólo tiene relación con el tiempo de duración, no así con la gravedad del mal. El término "crónico", del griego Χρονος (*Chronos*): «dios del

² Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son responsables del 60 por ciento de la mortalidad mundial. Se estima que en 2005 murieron 35 millones de personas por causa de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad eran mujeres menores de 70 años. Cerca del 80 por ciento de esas muertes se producen en países que tienen ingresos medianos o bajos.

tiempo», como su etimología lo indica, se refiere al tiempo de evolución de la enfermedad, pero nada dice acerca de su gravedad.

Cuando a una enfermedad se le agrega el adjetivo crónica, se suele tratar de una enfermedad no curable salvo raras excepciones por ejemplo la insuficiencia renal crónica,³ algunos tipos de asma —sobre todo en la infancia— suelen curarse; las hepatitis crónicas de origen vírico se pueden curar con tratamiento antiviral.

Como lo establece la OMS, en epidemiología se entienden como enfermedades crónicas aquellas enfermedades de alta prevalencia y no curables. En general incluyen enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebro-vascular principalmente), enfermedades neoplásicas (tumores), sin tratamiento curativo, enfermedades respiratorias crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y asma crónicas), enfermedades osteoarticulares (artritis reumatoides y artrosis severa), enfermedades invalidantes, diabetes mellitus, y otras muchas, siendo las principales causas de mortalidad en el mundo (OMS, 2002).⁴

Por otro lado, las enfermedades crónicas, suponen una gran carga social desde el punto de vista económico, para el Estado en el caso del ISBM, ya que como patronal soporta presupuestariamente un buen porcentaje del Sistema y con una población atendida en

³ Puede ser curable con un trasplante renal, pero en países como el nuestro no hay una política de donación, en todo caso, dependería de la donación de un pariente muy cercano como uno de los progenitores o un hermano.

⁴ El Informe sobre la salud en el mundo, publicado por vez primera en 1995, es la principal publicación de la OMS. Cada año el informe combina una evaluación de la salud mundial a cargo de expertos, incluidas estadísticas sobre todos los países, con el análisis de un tema concreto. La finalidad principal del informe es proporcionar a los países, los organismos donantes, las organizaciones internacionales y otras entidades la información que necesitan para ayudarles a tomar decisiones de política y de financiación. El informe se hace llegar también a un público más amplio, desde universidades, hospitales docentes y escuelas, pasando por los periodistas, hasta el público general, en definitiva, a cualquier persona interesada profesional o personalmente en la salud internacional.

crecimiento. Esto también afecta al mismo paciente, cuyo tratamiento implica muchas veces tener que asumir además de los descuentos de ley, los costos de tratamientos que no están incluidos en los cuadros básicos, más otros costos relacionados: a manera de ejemplo se reproduce un segmento de entrevista con una de las usuarias que ilustra la situación, sobre el cupo, o la cobertura presupuestaria que tienen las farmacias, al preguntar ¿será la misma cantidad que reciben todas las farmacias o habrá diferencias en la asignación de presupuesto, de parte de Bienestar a cada una de las farmacias?

Maestra Baires:

Bueno, Según mi experiencia, no todas las farmacias tienen el mismo presupuesto, hay unas que les dan menos que a otras.

Ent. ¿Y eso, que tipo de inconvenientes podría causarles a ustedes?

M.B. Que no hay medicamento todo el mes, y que le dan del mas barato que tienen, para poder tener medicamento unos cinco días dando medicina a los maestros.

Ent. ¿Cuando ud. llega a una farmacia y le dicen que no hay medicamentos o no hay cupo que hace?

M.B. Me voy a otra farmacia como están cinco, voy a otra farmacia y así andamos.

Ent. ¿O sea que eso implica gastos, también en transportarse de una farmacia a otra farmacia, hasta que encuentra los medicamentos?

M.B. Claro hay que andar en taxi, porque sino, le llega la noche en andar buscando, y la receta solo dura tres días, entonces, sino la encontró ese día, al siguiente día hay que ir otra vez, porque,.. sino no ya no se la reciben tiene que volver donde medico, ¡a ja! Y si anda bien enfermo.

Ent. ¿Cuando dice, dura tres días a que se refiere, que tiene vencimiento?

M.B. Si, la recta tiene vencimiento de setenta y dos horas...

Ent. O sea que ud. para cubrir su cantidad de recetas dos o tres, a veces tienen que andar algunas veces, cubriendo una receta por farmacia.

M.B.. SI claro, a veces solo encuentro una, o a veces no encuentro ninguna y es raro que le den los tres o dos medicamentos que le deja el médico.

Ent. Pero todo ese tiempo, y dinero en combustible o en pago de taxi que se paga entre una y otra farmacia, justifica el costo de la medicina que le entregan.

M.B. No, a veces como uno no sabe que le dan de medicina, ni sabe cuánto cuesta y anda pagando taxi, y perdiendo tiempo, buscando la medicina y cuando se la vienen a entregar, ve que ha gastado más en transporte que lo que cuesta el medicamento.

Ent. ¿En el caso de los tratamientos que dan los médicos familiares, las medicinas que hay en el cuadro básico serán las suficientes para poder dar los tratamientos a las diferentes enfermedades que tiene el magisterio?

M.B. No, en mi caso hay medicamentos que hace como dos años estaba en el cuadro, y ahora ya los sacaron y tengo que comprarlas, hasta para los niños, el caso de las vitaminas las sacaron de los cuadros, antes si las daban.

Pac. Es decir, ud. ha tenido padecimiento para los que no hay medicina en el cuadro básico?

M.B. Si y el médico le da una receta aparte para que usted la compre porque ya en el cuadro ya no está.

Ent. Entonces ha tenido que comprar medicina para que el médico complemente su tratamiento por qué no está en el cuadro básico.

M.B. Si ya he comprado.

Ent. Y alguna vez usted con las recetas del cuadro básico yendo a la farmacia se ha quedado sin poder cubrir esas recetas?

M.B. Si por que también está el problema que el médico familiar, el médico especialista, tienen diferentes cuadros a los cuadros que tienen las farmacias, cuando he llegado a la farmacia dicen, esto ya no está en el cuadro y los médicos ya deberían tener el que nosotros tenemos. Así es que esto no existe, dígame que le dé, de otro, porque ya no está en el cuadro de nosotros o hay farmacias que tienen esa medicina y otras que no la tienen, o sea que, médicos y farmacias tienen cuadros diferentes.

Ent. ¿Y cuando ha llegado con esa receta que no puede cubrir que hace?

M.B. Se le entregan a la médico de familia, ella dice que no hay que botarlas, ni romperlas hay que regresárselas.

Ent. Y cree que todos los profesores tienen esa paciencia de regresar donde el médico de familia con una respuesta de esas en la farmacia?

M.B.. Tal vez no, yo he visto que algunos las rompen.

Ent. ¿Y Ud. alguna vez ha regresado a la casa con esas recetas?

M.B.. Si, muchas veces.

Ent. ¿Es decir ha de ser frustrante, al no poder cubrirlas y no querer volver donde el médico?

M.B.. Si pero, como a veces, el médico, en mi caso, la doctora, cuando sabe que no está en el cuadro y, ella me regala, de la... del medicamento...que le dejan los visitantes quizá, ya me ha regalado muchas veces porque Bienestar no tiene.

Ent. ¿Algunas veces se ha dicho que el cupo o el presupuesto que se les da a las farmacias es insuficiente para las farmacias?

Al respecto del mismo tema del presupuesto se interrogo a un funcionario del ISBM.

Funcionario

Y como le digo seria mentirle porque durante todo el año hemos tenido presupuesto, no ha habido un mes que no tengamos una farmacia con presupuesto, pero va a depender de cada municipio, por ejemplo los municipios que tienen problemas haya en San Salvador y en otros lados no sé cómo estarán pasando ellos cada médico de familia con su municipio, nosotros aquí el problema que tenemos es cuanto a laboratorios.

Ent. En el caso de ciertos padecimientos, ¿hay algunos padecimientos para los que no hay medicina en el cuadro básico y el paciente tenga que comprarla, digamos porque bueno para poder tratarlo definitivamente no tiene medicamento y se le dice al paciente de que tiene que comprarla, ¿ha ocurrido eso?

Funcionario: *Si ya ha ocurrido es, pero ha ocurrido por decirle algo, me imagino que lo sacaron del cuadro básico porque consideraron que era hasta cierto punto cosmético verdad, este incluso medicamento que no hay cuando aparecen enfermedades raras por ejemplo tengo una niña con enfermedad rara para este tipo lo que se hace es que se hace una solicitud, entonces hay un comité que esta reuniéndose todas las semanas analizando esas solicitudes de pacientes que se salen del cuadro básico.*

Por otro lado, hay que considerar la perspectiva de dependencia social e incapacitación que implican las enfermedades crónicas, ya que constituyen trastornos orgánicos funcionales que obligan a estar frecuentemente en consulta y con medicamento permanente, este factor por supuesto afecta el rendimiento laboral del paciente y por consiguiente a la población estudiantil que atienden, los cuales, frecuentemente pierden clases por que su maestro está enfermo o ha recaído.

Mucho de estos problemas como afirman los médicos solo se pueden sostener con una modificación del modo de vida del paciente, ya que es probable que su problema de salud, persista durante largo tiempo, en muchos casos hasta la muerte.

2.2 Clasificación de las enfermedades crónicas.

Las enfermedades crónicas pueden clasificarse de forma muy diversa. Teniendo en cuenta que estas enfermedades presentan unos problemas predominantes que pueden servir como referencia para su clasificación:

A. Enfermedades que provocan un intenso sentimiento de pérdida o amenaza

física: las más significativas son:

1. **Enfermedades de mal pronóstico: oncológicas**, fundamentalmente el **cáncer**⁵, que se denomina así a un conjunto de enfermedades en las cuales el

⁵ El cáncer causa cerca del 13% de todas las muertes. De acuerdo con la Sociedad Americana del Cáncer, 7,6 millones de personas murieron de cáncer en el mundo durante 2007. El cáncer es causado por anomalías en el material genético de las células. Estas anomalías pueden ser provocadas por agentes carcinógenos, como la radiación (ionizante, ultravioleta, etc), de productos químicos (procedentes de la industria, del humo del tabaco y de la contaminación en general, etc) o de agentes infecciosos. Otras anomalías genéticas cancerígenas son adquiridas durante la replicación normal del ADN, al no corregirse los errores que se producen durante la misma, o bien son heredadas y, por consiguiente, se presentan en todas las células desde el nacimiento (causando una mayor probabilidad de desencadenar la enfermedad). Existen complejas interacciones entre el material genético y los carcinógenos, un motivo por el que algunos individuos desarrollan cáncer después de la exposición a carcinógenos y otros no.

organismo produce un exceso de células malignas (conocidas como cancerígenas o cancerosas), con crecimiento y división más allá de los límites normales, (invasión del tejido circundante y, a veces, metástasis). *Existen una serie de mecanismos de control que posibilitan el crecimiento ordenado de las células para mantener el correcto funcionamiento de todos los sistemas que configuran nuestro organismo. En ocasiones estos mecanismos son incapaces de controlar el crecimiento de una célula o de un grupo celular (clon) comenzando a crecer de manera descontrolada, dando lugar a un proceso neoplásico o tumor.* (Médicos de El Salvador, 2010).

Otra de las enfermedades que estarían entre las de mal pronóstico es el SIDA, según la ONU, la cuestión del VIH/SIDA es realmente alarmante debido principalmente porque esta enfermedad ha alcanzado los niveles de una pandemia, avanzando rápidamente y afectando a un gran número de personas sin importar sexo, edad, condición económica o social. Además el VIH/SIDA no es un problema aislado puesto que repercute en una serie de ámbitos además de la salud tales como el laboral y el de lucha contra los narcóticos y estupefacientes, así como de derechos humanos. etc. (Naciones Unidas, Centro de Información, 2009).

2. Enfermedades que provocan gran dependencia: por ejemplo los padecimientos renales⁶. “En las dos últimas décadas ha habido un aumento de nefropatías terminales en toda Latinoamérica, en países en vías de desarrollo como El Salvador esto plantea problemas asistenciales graves, ya que el presupuesto de salud se consume en atender aquellos pacientes que requieren tratamientos dialíticos que son de alto costo y las complicaciones propias de la enfermedad renal crónica en los hospitales.” (Organización Panamericana de la Salud, El Salvador, 2010)

⁶ De acuerdo a la Asociación Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión para el año 2008 se registraban 3,342 casos, sólo en el Hospital Rosales se registran alrededor de 60 nuevos pacientes que necesitan diálisis cada mes, con un perfil epidemiológico diferente al reportado mundialmente, a donde la causa principal está vinculada a Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial. Sin embargo en El Salvador un 66.7% de éstos pacientes su causa es desconocida y se presenta en hombres en relación de 3:1 con respecto a las mujeres entre 36 y 60 años y principalmente agricultores.

B. Enfermedades que conllevan nociones de dolor o mutilación: las más significativas son:

1. Enfermedades que en su evolución causan dolor crónico: entre estas sobresalen la artritis reumatoide.

Según un estudio realizado por el Dr. García López, *“las enfermedades reumáticas se encuentran entre las diez primeras causas de consulta en El Salvador, algunas de ellas son motivo frecuente de discapacidad, la cual repercute en costos económicos para el Hospital. En el Hospital Nacional Zacamil se atiende a pacientes con dichos problemas en clínicas atendidas por el cuerpo de residentes bajo la supervisión de un Reumatólogo.* (Médicos de El Salvador, 2010).

2. Enfermedades que conllevan pérdida de la imagen corporal: amputaciones.

La **amputación** es el corte y separación de una extremidad del cuerpo mediante traumatismo (también llamado avulsión) o cirugía. Este problema afecta mucho a pacientes con problemas de diabetes ya que estas alteraciones pueden, en su evolución, requerir la amputación, lo que supone un elevado impacto personal, social, laboral y económico al paciente.

Colostomías, Una colostomía es una abertura producida quirúrgicamente en el colon a través del abdomen. La colostomía sirve para permitir que las heces fecales se desvíen de una parte enferma o dañada del colon. (Moper Medical, 2010)

C. Enfermedades que precisan para su evolución favorable modificaciones en el estilo de vida: las más significativas son:

1. Enfermedades cardiovasculares: Hipertensión arterial y Cardiopatías.

La hipertensión arterial, Es una de las causas más importantes de problemas de salud en el mundo, en el ISBM y seguramente en el ISSS constituye una de los principales padecimientos por los que más se consulta en nuestro país, según reconocen algunos médicos entrevistados y cuyos comentarios aparecen más

adelante. Se puede definir como un “*aumento persistente de la presión en las arterias. Uno o ambos componentes de la tensión arterial (la tensión sistólica o máxima, que nos informa de la presión a la salida del corazón y la tensión diastólica ó mínima, que nos informa de la presión en los vasos de la periferia corporal) están aumentados.*” (Médicos de El Salvador , 2010).

Cardiopatías: En sentido amplio, el término **cardiopatía** puede englobar a cualquier padecimiento del corazón o del resto del sistema cardiovascular. Habitualmente se refiere a la enfermedad cardíaca producida por asma o colesterol. En sentido estricto, sin embargo, se suele denominar **cardiopatía**, a las enfermedades propias de las estructuras del corazón.

Cardiopatía, es el nombre referido a cualquier enfermedad del corazón. Las que afectan al miocardio se conocen por miocardiopatías y en términos generales pueden ser congénitas o adquiridas. Las congénitas -coartación de la aorta, tetralogía de Fallot, etc- son producidas por defectos durante el desarrollo embrionario y/o fetal. Unas se tratan quirúrgicamente y algunas se superan definitivamente. Las adquiridas son a menudo consecuencia de otras enfermedades sistémicas o motivadas por alteraciones fisiológicas del corazón. Es la causa principal de muerte entre la especie humana en todo el planeta. (Cardiopatía.com, 2010).

2. Enfermedades Metabólicas: Diabetes y Obesidad

La diabetes, es una de las enfermedades que hoy en día, mas consultan los pacientes, en el Sistema de Salud de nuestro país, en el caso de pacientes del ISBM, la **diabetes tipo II** constituye la tercer patología de tipo crónico que más se ha consultado.⁷ *Diabetes mellitus tipo 2 o diabetes senil —conocida anteriormente como diabetes no-insulinodependiente— es una enfermedad metabólica caracterizada por altos niveles de glucosa en la sangre, debido a una resistencia celular a las acciones de la insulina, combinada con una deficiente secreción de insulina por el páncreas.*⁸

⁷ Sistema de administración de Pacientes Crónicos en Línea. 16 de Abril de 2007.

⁸ Un paciente puede tener más resistencia a la insulina, mientras que otro puede tener un mayor defecto en la secreción de la hormona y los cuadros clínicos pueden ser severos o bien leves. La diabetes tipo 2 es la forma más común dentro de las diabetes mellitus y la diferencia con la diabetes mellitus tipo 1 es que ésta se caracteriza por una destrucción autoinmune de las células secretoras de insulina obligando a los pacientes a depender de la administración exógena de insulina para su sobrevivencia, aunque cerca del 30% o más de los pacientes con diabetes tipo 2 se ven beneficiados con la terapia de insulina para controlar el nivel de glucosa en sangre. (http://es.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus_tipo_2).

La obesidad, es un trastorno metabólico que se observa en todas las edades desde la niñez hasta la ancianidad. Se presenta con mayor frecuencia en los adultos, principalmente en la mujer. (Médicos de El Salvador, 2010).

A pesar de que su prioridad es combatir el hambre, la FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación) también reconoce la necesidad de atender el problema de la obesidad a nivel mundial.

“Consideramos la obesidad un problema importante que necesita tratarse, a la vez que el problema de la subalimentación”, dice Prakash Shetty, Jefe del Servicio de Planificación, Estimación y Evaluación de la Nutrición, de la FAO, en la página oficial del organismo internacional (FAO, 2010).

En un país como El Salvador, con un importante índice de desnutrición infantil (que se refleja en el retardo de tallas en los niños y niñas), llama la atención la preocupación por la alta ingesta de grasas. La razón es simple, una mala alimentación incrementa los costos del Ministerio de Salud y del Instituto Salvadoreño de Seguro Social, por su puesto los del ISBM, para atender las enfermedades crónicas que generan los hipertensos, los diabéticos y los que tienen colesterol y triglicéridos altos.

En un artículo de un periódico local, La nutricionista Fátima Alvarado recuerda que en 1997 la diabetes ocupaba el cuarto lugar de muertes en el país. En el Ministerio de Salud también son conscientes de esto.

“Tenemos los hospitales saturados y hay un excesivo gasto médico”, sintetiza M. de Morán, en el mismo artículo, quien explica que el aumento del sobrepeso eleva los presupuestos de los hospitales públicos para el tratamiento de las enfermedades crónicas. Pero esto no es todo. Según un estudio de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la mala alimentación en el trabajo causa pérdidas de hasta 20 por ciento en la productividad. (el diario de hoy, mayo, 2006)

3. Enfermedades Respiratorias: Las enfermedades respiratorias también constituyen un factor importante a considerar, principalmente en el sector docente que necesita buenas condiciones de salud y que por diversas circunstancias es una población vulnerable por estar expuesta a distintos factores patógenos que comprometen su salud. Dentro de estas enfermedades, el asma y la bronquitis, parecen ser las más comunes, y otras menos frecuentes, como La **enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)**⁹.

⁹ Según el Informe sobre la salud en el mundo, publicado por OMS en el 2005, La **enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)** es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de líquido que causa obstrucción o limitación crónica y no completamente reversible en el flujo aéreo pulmonar, causada fundamentalmente por una respuesta crónica al humo del tabaco: Dentro del término EPOC se incluyen dos enfermedades fundamentalmente:

Enfisema: Un **enfisema pulmonar** se define en términos anatomopatológicos por el agrandamiento permanente de los espacios aéreos distales a los bronquiolos terminales, con destrucción de la pared alveolar, con o sin fibrosis manifiesta y que se suele evidenciar en la clínica por polinia y taquipnea pero con disminución del murmullo vesicular a la auscultación y por aumento del espacio retroesternal en la radiografía lateral izquierda de tórax.

Bronquitis crónica: definida en términos clínicos y cronológicos como tos y expectoración en la mayor parte de los días durante 3 meses al año, en al menos 2 años consecutivos.

2.3 Las Enfermedades crónicas que más consultan las y los maestros.

Al parecer el ISBM, lleva un control mensual o trimestral de la prevalencia de enfermedades crónicas, a través del Sistema de administración de Pacientes Crónicos en Línea, que llevan los médicos de familia y que constituye en suma, una base de datos importante para determinar tanto los tipos como las estadísticas de las enfermedades.

En este informe no se presentan los datos más actualizados, ya que solo se pudo tener acceso a información de 2007, sin embargo se presentan las consideraciones, a partir de los entrevistados, principalmente, pacientes crónicos y médicos.

Entendemos como pacientes crónicos, aquellos que por tipo o el estado avanzado de su enfermedad requieren tratamiento médico permanente y especializado.

En el caso del magisterio las diez primeras causas de enfermedades crónicas en usuarios del programa de salud que se reconocen se describen a continuación, según el orden de más a menos casos:¹⁰

1. Hipertensión arterial esencial
2. Enfermedades Respiratorias Crónicas
3. Diabetes tipo II
4. Dislipidemia
5. Síndrome Dispéptico y Gastritis
6. Enfermedades Psiquiátricas

¹⁰ Sistema de administración de Pacientes Crónicos en Línea. 16 de Abril de 2007.

7. Alteraciones Hipotalámicas y Tiroideas,
8. Patologías Oftalmológicas Crónicas
9. Síndromes Convulsivos y Mal de Parkinson
10. Patologías Ginecológicas Crónicas y Climaterio.

A este respecto, se consulto recientemente a algunos Médicos de Familia y pacientes Interrogándoles sobre lo siguiente: ¿Cuales son los padecimientos más frecuentes en condición crónica que más consultan las y los maestros?

A la cabeza la hipertensión arterial, problema gástricos, problemas renales, diabetes, asmáticos, los pacientes con patología de tiroides, y los pacientes con problemas de salud mental, aquí van las ansiedades, depresión, todo eso. (Médico Familiar 1).

Bueno la hipertensión arterial, esa es una de los problemas más frecuentes, también está la diabetes, también hay trastornos crónicos como lo son el síndrome de intestino irritable, también pacientes que presentan trastornos como las dislipidemias, o sea el efecto del colesterol, triglicéridos todo eso. (Médico Familiar 2).

A los docentes se les pregunto: ¿Padece usted alguna enfermedad de tipo crónico que requiera consultar permanentemente?

“Padezco de Hipertensión arterial, después del nacimiento de mi primer hijo, además he padecido de colon irritable, y de Psoriasis desde hace años” (Maestra Baires).

“El padecimiento ha sido de la diabetes que me la descubrieron desde el año 2000, pero es necesario a veces visitar pues el doctor de familia debido a que

existen otras enfermedades como vaya tos, bronquitis a veces enfermedades gastrointestinales”. (Maestro: F. Padilla).

“Problema de diabetes y de la faringe que se me daña la garganta al hablar con los niños”. (Maestro: W. Guerrero).

“Si yo tengo un problema de glaucoma y también mi hijo menor tiene problemas de alergia, así es que los dos estamos en tratamiento por las dos especialidades, al niño por el problema de alergia allá en San Salvador y yo por el problema de glaucoma aquí en San Miguel.” (Maestra: Corina).

Escenarios como el de nuestro país y particularmente del magisterio, ha llevado a la OMS a crear el Departamento de Enfermedades Crónicas y de Promoción de la Salud.

Éste ha desarrollado la estrategia “Promover, Prevenir, Tratar, Cuidar”. La idea es incentivar hábitos que tiendan hacia una vida sana y crear la costumbre entre las personas de cuidar su salud, esta es una iniciativa que debe inspirar las políticas a ser consideradas por el ISBM, y que aparte del impacto en la reducción de las prevalencias de estas patologías y la consecuente reducción de los costos de atención, redundaría en una mejor condición de vida de los usuarios.

Si bien no hay un tratamiento que solucione el problema de manera definitiva, sí se puede trabajar en la prevención de estas enfermedades. Es importante que el paciente este informado y tenga claro cuáles son sus riesgos. Por ejemplo, si es que existen antecedentes familiares de alguna enfermedad o si consume alcohol o cigarrillos, tiene mayores probabilidades de ser una víctima de algún mal crónico. Además, siempre es conveniente adoptar un estilo de vida sano.

2.4 Causas de las enfermedades crónicas en las y los maestros.

Al parecer las enfermedades crónicas, así como son de diversas, así también, tienen causas múltiples y muchas de ellas tienen según la opinión de muchos médicos, un desarrollo poco predecible. Por lo que se puede deducir, la enfermedad crónica dejada a su evolución natural o con una intervención inadecuada conlleva una gran repercusión sobre el estilo de vida del paciente e incluso puede conducir a un alto grado de incapacitación.

Al consultar a médicos del ISBM sobre las causas de las enfermedades, se obtienen las siguientes respuestas:

Med. Primero, malos estilos de vida, segundo el stress laboral, la verdad es que quizá habría que hacer un estudio sobre esto, porque realmente la incidencia que hay de hipertensión en el gremio magisterial creo que no lo hay en otro población; es exagerado pues, y esto como le digo se explica porque en una situación de maestros que trabajan doble turno, o que son directores, en ellos como que veo mayor incidencia y en ellos es como más difícil decirle, mire vaya a hacer ejercicio, no tienen tiempo o el dinero también, porque puede tener un solo turno pero si no le alcanza con un solo turno y si solo el maestro trabaja y la esposa no, ya como que las cosas se complican entonces, en cada problema de hipertensión o de diabetes, deslipidemia todo va de la mano y hay maestras que tienen de las tres cosas lo que nosotros le llamamos síndrome metabólico entonces esos pacientes en común tienen, estrés laboral, estrés de los padres de familia que es el más determinante y de sus colegas en el entorno del trabajo; No sé porque siempre se dan la tarea de hacerse la vida de cuadritos entre ellos mismos, el estrés que viene de las autoridades que les exigen que les van a supervisar ciertas cosas, que necesitamos esto para mañana y otro bien importante, es el estrés propiamente de los niños más aun hoy con la violencia social que reina, las enfermedades mentales se han disparado mas. (Médico Familiar 1).

Ent. ¿Estos padecimientos podrán estar asociados con las características del trabajo que realizan los profesores?

Med. bueno digamos que en cierta forma por ejemplo el estrés y todo eso, que tienen en el trabajo y todo puede conllevar a patologías como hipertensión, el síndrome de intestino irritado lo que se le llama colitis, incluso la diabetes alguien puede tener (predisposición) genética, y cuando un paciente está sometido a un estrés por x situaciones puede darle un padecimiento de esos.

Ent. ¿por su condición puede volverse crónico?

Med. Puede volverse crónico también

Ent Respecto de los profesores en las consultas ¿manifiestan ellos que las condiciones del trabajo pueden estar influyendo en la condición de su estado de enfermedad, la evolución de su enfermedad crónica puede ser exclusivamente muy afectada por las condiciones de estrés del trabajo?

Med. Si ellos si lo manifiestan, más que todo hoy en día con problemas relacionados con la conducta de los alumnos en las aulas, bueno los problemas sociales que todos ya sabemos que atraviesan en las escuelas por la conducta que tienen hoy en día los alumnos, eso les ocasiona bastantes problemas a ellos.

Ent. ¿También influirá entre otras cosas, situaciones entre compañeros, la relación con los padres de familia...?

Ent. Esto más que todo las relaciones con los padres de familia por la situación social que hoy se está viviendo, eso hace que muchos padres de familia sean un poquito más exigentes con ellos y que ellos no pueden llamarle la atención de la forma adecuada a los alumnos como debe de ser, eso es cosa que ellos manifiestan. (Médico Familiar 2)

Aunque existen factores hereditarios que predisponen a las personas a desarrollarlas, las enfermedades crónicas no son transmisibles o contagiosas y se originan principalmente por la personalidad, por el valor que se otorgue a la salud y a la vida y sobre todo a los estilos de vida adquiridos, es decir los hábitos que desarrollamos cotidianamente, entre los que están: el tipo de alimentación, el consumo o uso de alguna droga, el sedentarismo y falta de ejercicio físico, la adopción de posturas incorrectas al caminar,

sentarse o dormir, la forma de controlar y manejar las emociones y sentimientos, entre otros factores, pueden propiciar o agravar una enfermedad y desencadenar otras.

Sin embargo, como reconocen muchos médicos y pacientes, en estas enfermedades si el paciente desarrolla un buen auto-cuidado se puede sobrellevar las enfermedades, esto incluso se puede corroborar con muchos pacientes del ISBM, que manifiestan que siguen en buena forma las indicaciones de sus médicos de familia, o especialistas que les atienden.

Algo importante es que muchas de estas personas con padecimientos crónicos, pueden tener una situación en la que no se consideran, ni quieren que se les considere, como enfermos. Y en este punto en el magisterio, puede existir dos tipos de enfermos crónicos, unos los que no quieren aceptar que tienen un padecimiento, el cual es comunicado generalmente por el médico de familia, -luego de someter a los pacientes a diversos exámenes de laboratorio y revisiones- y no aceptan el diagnóstico, y por lo tanto no se tratan, con lo que el problema evoluciona naturalmente.

Esto por lo visto, se da en mayor frecuencia en los hombres menores de cuarenta años que reaccionan de forma cultural ante los problemas, ya que reconocer la enfermedad podría ser considerado como signo de debilidad o de envejecimiento, lo cual es difícil de aceptar.

Por otro lado, están los pacientes que si aceptan su enfermedad y enfrentan con firmeza su situación, aunque la reacción inicial, en la mayoría de los casos y al principio, pareciera que no es fácil para nadie, muchos pacientes, inician los tratamientos que les permite sobrellevar los síntomas molestos o incómodos y esto también implica en casi

todos los casos cambiar muchos hábitos perjudiciales o completamente el estilo de vida. Es un reto que supone un cambio de actitud para que el paciente crónico llegue a lograr una vida normal.

Un factor importante lo constituye el profesionalismo de muchos médicos en saber abordar con sus pacientes su problema de salud, ya que mensajes como los que transmiten algunos médicos del sistema del ISBM que “hay que considerar que más que un enfermo, este tipo de paciente es una persona que tiene una salud diferente”,(medica de familia). Esto reduce el stress o la angustia, de reconocerse enfermo crónico. Después de todo, al incorporar algunos cambios en su vida cotidiana como dirían algunos buenos médicos, del ISBM, solo dos cosas le diferencian de los no enfermos; uno, la auto-observación de sus síntomas, y su autocontrol y dos los controles médicos periódicos y su medicina permanente.

En todo caso, el o la paciente tiene que realizar un proceso de adaptación a su enfermedad crónica de modo que haya logrado el máximo de su autonomía posible para su nueva situación. El proceso de adaptación se puede realizar con intervención profesional o sin ella; con amplio apoyo familiar o sin él. Lo deseable es que sea un proceso planificado y con apoyo técnico, en el que definitivamente, la labor coordinada y muy profesional de médicos de familia y especialistas es crucial.

2.5 Caracterización final de Las enfermedades crónicas.

Con la ayuda de médicos y pacientes y otras consultas, se ha podido establecer, unas características comunes en las enfermedades crónicas, estas aparecen a continuación y la numeración, solo es para efecto de ordenarlas:

1. Al parecer, en la mayoría de los casos, **son padecimientos Incurables**: permanente e irreversible con periodos de estabilidad y recaídas.
2. Pueden presentar, **Multicausalidad**: estando asociadas a diversos factores químicos, físicos, ambientales, socioculturales, muchos de ellos relacionados con el modo de vida y el trabajo.
3. Son, **No Contagiosas**: no están producidas por agentes microbianos, por lo tanto no pueden transmitirse.
4. **Incapacitantes**: Muchas de ellas, si no son tratadas dejan secuelas psicofísicas y, por tanto, disminuyen la calidad de vida.
5. **Autocuidado y apoyo familiar**: muchas de estas enfermedades, requieren entrenamiento específico del paciente y de su familia para asegurar su cuidado. Por ejemplo, aprender a administrar dosis de medicamento o saber cómo nebulizar a un paciente asmático en casa.
6. **Importancia socioeconómica**: esta situación está determinada por las estadísticas de mortalidad que conllevan y la repercusión en incapacidades principalmente en la población docente atendida, además de los gastos adicionales que generan, tanto para el Sistema (ISBM) como para el mismo paciente, que tiene que incurrir en otros gastos, principalmente si quiere una atención o compra de equipo especializado para cuidarse en casa, como el caso de los compresores para nebulizarse.
7. Estas enfermedades, **requieren de un control médico sistemático y permanente**, lo que origina muchos gastos y problemas económicos, familiares, laborales y sociales. El

costo de los tratamientos es alto, debido al consumo permanente de fármacos y la realización de estudios de control, así como de terapias y consultas médicas frecuentes.

8. **Prevenibles:** muchas de las enfermedades crónicas son prevenibles, pero requiere consultar a tiempo y seguir las indicaciones de los médicos. Además es importante, la modificación de determinados factores que pueden propiciar, algunos padecimientos relacionados, por ejemplo un paciente diagnosticado como hipertenso debe cuidarse para no evolucionar a un cuadro de diabetes.

9. **Sentimientos de pérdida y angustia:** Muchas de las enfermedades crónicas cuando se descubren están muy avanzadas y los enfermos y sus familiares, pasan por varias etapas psicológicas, que van desde el rechazo, la rabia, la racionalización, la depresión, la aceptación o resignación y la dependencia y en todas ellas y en muchos casos se requiere de ayuda médica psiquiátrica profesional para poder sobrellevarlas.

Esta es una de las situaciones más difíciles que se generan en el paciente respecto a su vida anterior y muchas veces dificulta iniciar a tiempo los tratamientos. Ante esto es importante la acción de los médicos de familia de apoyarse en los Psicólogos del Sistema, para que conjuntamente le den atención al paciente.

Igual de importante resulta el apoyo de nutricionistas en casos en los que el paciente debe cambiar sus hábitos alimenticios como condición indispensable para obtener buenos resultados en la disminución de síntomas perjudiciales de los padecimientos.

En todo caso, es fundamental mejorar los mecanismos de coordinación entre los diversos profesionales que tratan a los pacientes, principalmente los crónicos, ya que el

tratamiento interdisciplinario es una estrategia muy efectiva frente a los cada vez mayores requerimientos de salud de una cohorte creciente de pacientes.

CAPITULO III

PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES CRÓNICOS EN RELACIÓN A LOS SERVICIOS QUE LES PROPORCIONA EL INSTITUTO DE BIENESTAR MAGISTERIAL CON RESPECTO SUS PATOLOGÍAS

3.1 Atención a pacientes con padecimientos crónicos

Una de las expectativas de la investigación era determinar si el ISBM, tenía políticas definidas para la atención a pacientes que hubiesen sido diagnosticados como crónicos, de manera que aun en su condición de salud comprometida, pudiese recibir una atención que le garantizara que su condición de vida no se deteriorara al punto de incapacitarlo.

Lamentablemente no existe un plan por parte del ISBM, pero los alcances del programa en términos teóricos, se consideran que el sistema de contratación de médicos de familia, es una especie de especialidad en otros países, aquí se les llama médico de familia porque se supone que están intentando entrar en esa misión, aunque no tienen la especialidad, la filosofía teórica del sistema es la atención en salud en las dos áreas; en la rama preventiva y en la rama curativa, de momento seria mentir si planteara que se está haciendo bastante en el área preventiva, los médicos están contribuyendo más en el área de la medicina curativa y en el caso de los crónicos pasa igual ellos recurren de nuevo al especialista o al médico de familia cuando se le complica su cuadro, pero cuando su situación está normalizada lo que tiene casi seguro, es su medicina mensual y si le digo casi seguro es porque a veces de repente no hay, ya sea porque en el mercado se escasea o el presupuesto se agota.

Funcionario 1

Sin embargo a partir de agosto de 2009, este fenómeno se está buscando reducir porque se aumentó el 20% de todo el presupuesto sólo para el área del rubro de medicina, esto quiere decir que antes se decía que del 3 al 5 ya no había medicina, hoy se puede dar fe porque se han visto los cuadros por farmacia a nivel nacional y casi todas reflejan excedentes en sus montos o sea no han consumido el monto asignado y unas cuantas, reflejan que lo han agotado, pero son muy escasos, de eso doy fe porque hemos estado analizando esos cuadros en este último trimestre del 2009 en dos ocasiones y siempre estamos teniendo excedentes a fin de mes.

Funcionario2

En el caso de San Miguel, no hay un programa de atención en específico, sólo en San Salvador por ser la sede central y estar más concentrada la información, donde

proporcionan charlas de psicólogos que trabajan con Bienestar y atienden a pacientes crónicos, hay una unidad que en bienestar se llama prestaciones, ahí incluye establecer el vínculo del paciente y la institución. En San Miguel no se sabe si hay un trato colectivo. Es de mencionar que algunos médicos de familia por ejemplo tienen un club de pacientes hipertensos, donde se les da charlas y les explican cuales son los riesgos de esta enfermedad, también les explican todo lo que ellos deben evitar para no tener complicaciones como la dieta adecuada, y el ejercicio.

Incluso también aparte de esto, los médicos de familia dan charlas en las escuelas, por ejemplo: programan algunas sobre la hipertensión arterial y diabetes en una escuela, donde atienden a todos los pacientes incluso a algunos que no sean usuarios, explicándoles en sí que es la hipertensión que es la diabetes, cuales son las complicaciones y que deben hacer ellos para mantener una salud adecuada y que no se le presenten complicaciones, al respecto los médicos sostienen que no se cuentan con todos los recursos necesarios que generen una atención de mayor calidad.

Idealmente yo pienso necesitamos, a fuerza de ser sinceros una especie de promotora de la salud o una enfermera. En un tiempo cuando se concibió este programa estaba previsto que se iba a asignar este recurso, aquí en mi clínica únicamente cuento con mi secretaria, sería bueno un recurso como una enfermera para que ayudara a la concientización y tuviera más tiempo para poder desplazarse a realizar ese tipo de actividad preventiva médico Sin embargo también los usuarios consideran no estar informados de que los médicos de familia tiene algún programa preventivo, bueno antes visitaban los hogares pero a mí no me han visitado ninguna vez, bueno me imagino que con el problema de diabetes deberían de dar algunas charlas de educación de prevención pero a mí no me han invitado ninguna vez. Paciente1

3.2 Tratamiento médico a usuarios con padecimientos crónicos

Es de suma importancia reconocer que las enfermedades crónicas son a aquellas de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca.

No hay un consenso acerca del plazo a partir del cual una enfermedad pasa a considerarse crónica; pero por término medio, toda enfermedad que tenga una duración mayor a seis meses puede considerarse como crónica.

La atención a los pacientes crónicos se manifiesta mejorable cuando estos reciben tratamientos que les proporcionan muchas veces mayores niveles de estabilidad emocional a partir de la limitación de los daños causados por dichos padecimientos. Los funcionarios del ISBM, se refieren a los tratamientos que están contemplados en los servicios que dicho Instituto les proporcionan.

Cuando un médico de familia le aparece un paciente que tiene enfermedades crónicas estos son referidos a especialistas, o tratan de darle seguimiento los médicos de familia, normalmente un paciente crónico el médico de familia está en la obligación de referirlo a un especialista, este le da su diagnóstico y le receta su tratamiento, con esto, el médico especialista lo refiere o lo contra refiere al médico de familia para que sea el encargado de cerciorarse que el paciente lleve el control con sus medicamentos, sin embargo siempre el especialista deja un periodo prudente para una nueva cita y poder observar la evolución o como responde el paciente al tratamiento que se le está dando.

Funcionario2

Las especialidades que no pueden ser atendidas en la clínica particular del médico hay un convenio con el ISBM y el hospital San Juan de Dios, ahí por ejemplo tenemos la especialidad de coloprologo que esta fuera, pero que es un servicio que siempre se da y me parece que tenemos un cirujano plástico, y cuando la especialidad no existe en la ciudad el paciente se refiere al Hospital Rosales o al Bloom dependiendo del paciente

funcionario2

Es de mencionar que como todo sistema de salud, Bienestar Magisterial tiene un cuadro básico determinado que da cobertura a las diferentes patologías que padecen los usuarios, en algunas casos pueden haber quejas que tienen que ver con las políticas neoliberales que se han venido heredando de gobiernos anteriores, y que, se resiente también dentro de los productos médicos del ISBM que son para cubrir las diferentes patologías, y que hay algunos que no son considerados de buena calidad. Sin embargo existen algunos impedimentos legales que brindan el espacio para poder optar a mejores ofertas de servicios tanto médicos, hospitalarios, laboratorios.etc.

Un aspecto a destacar es que se actualiza un cuadro básico anualmente, todos los años hay una revisión de cuadros básicos se sacan medicamentos

por ejemplo los que ya están discontinuados o se introducen nuevos medicamentos con nuevas fórmulas pero si hay una revisión anual, que tiene que ver con las ofertas que se reciben y escogen las mejores ofertas de los medicamentos, en este caso se han tomado varias medidas para tratar de obtener los mejores productos del mercado, lamentablemente cuando Bienestar Magisterial quiere contratar un proveedor para obtener un determinado medicamento o producto está limitado por la ley de contratación de producto, creo que es la ley LACAP, esta ley como que amarra de alguna medida la obtención de producto de calidad e incluso cuando Bienestar solicita la contratación de un proveedor, no puede dar marcas específicas que los médicos saben o alguien que conozca medicina, que producto, pero la contratación que nos provea un determinado medicamento no se puede señalar una marca específica porque la misma ley LACAP nos sanciona funcionario

Las medidas preventivas en el control de las enfermedades en el trato de los pacientes es la parte más fundamental y básica, porque evita que pueda tener complicaciones mayores, y es lo básico entre la prevención pues están por ejemplo los hipertensos, diabéticos, la dieta es más rígida, y se recomiendan ejercicios, todo lo que es prevención y es importante estarse checando su salud, acudir a los controles con el internista, se le realizan electrocardiograma es básicamente la parte más fundamental del tratamiento.

Sin embargo los maestros/as ven con preocupación el tema con respecto a los medicamentos para los tratamientos, pues un aspecto fundamental es la calidad de esos medicamentos, porque son medicamentos elaborados en laboratorios del país que son más comerciales, genéricos a veces no hacen efecto para los tratamientos de la enfermedad que se tienen, entonces los pacientes tienen que recurrir a otros medicamentos.

Por ejemplo en el problema de diabetes se requiere un medicamento para mantener la glucosa, no se trata de saturar al paciente de medicamento, si no que se reciba un tratamiento preventivo, y orientaciones como llevar su salud, la dieta y vitaminas o

algo que recompense el problema de enfermedad que el usuario tienen porque muchas veces se les proporcionan medicamentos que les causan efectos secundarios, al respecto los pacientes sostienen que hay servicios que Bienestar no ha logrado resolver.

Debería de haber un centro para los maestros que padecemos de enfermedades crónicas, darle un tratamiento y atención especializada para no andar rogando que le den una referencia o pidiendo cupo con el especialista y a veces no hay, se la dejan para tres meses, yo pienso que deberían de tomar en cuenta a todos los maestros que padecen de enfermedades crónicas, que les lleven un control en el sistema y que sea más fácil para los maestros para que no hayan tantas complicaciones.

Sin lugar a duda ahora no hay un control que implique un seguimiento a los pacientes, porque en ciertas enfermedades no los cubre el sistema, y es un problema para que los traten porque hay muchos maestros/as que andan pidiendo, haciendo colectas para algunos exámenes o curarse en otros países, entonces yo digo que el sistema debe retomar estos compañeros con enfermedades crónicas o terminales y darles buenos tratamientos aquí en nuestro país. Paciente 3

Es de reconocer que las medidas preventivas en el control de las enfermedades, o en el trato de los pacientes con las distintas patologías son la parte más fundamental y básica del tratamiento, porque si un paciente se previene eso evita que pueda tener complicaciones mayores, es lo básico entre la prevención, pues esta por ejemplo los hipertensos, diabéticos la dieta es más ejercicios, todo lo que es prevención y va hacer importante estarse checando, acudir a los controles con el internista, se le realizan electrocardiograma es básicamente la parte más fundamental del tratamiento.

3.3 Atención especializada

Los enormes avances de la medicina y de la gestión en las últimas décadas no son suficientes para afrontar el reto de este siglo: las enfermedades crónicas. Es evidente que la nueva realidad deberá dar respuesta a las necesidades y demandas de una creciente población afectada de enfermedades y condiciones clínicas crónicas.

En relación a la atención especializada es importante precisar en el caso de San Miguel hay especialistas, aunque no en todas las ramas, y casi no lo hay a nivel nacional por ejemplo el Mamografo, esa es una especialidad, solo hay 3 a nivel nacional, dos están en el centro y uno en occidente, Oriente no tiene opción a ese especialista, cuando son casos de pacientes, no queda otra que ellos viajen a San Salvador, pero las especialidades comunes si tienen aquí en San Miguel, también están en occidente, pero el total de las especialidades se encuentran en la zona central. Superar estas dificultades se convierte en un reto pues los usuarios no disponen ni de recursos y dinero para poder estar en tratamientos médicos en San Salvador como lo afirman funcionarios del ISBM.

Estos problemas que afectan a los usuarios se están previendo en la medida que la ley lo permita, por ejemplo para la proyección del presupuesto 2010 se contempló aprobar más plazas para especialistas, plazas de laboratorios de análisis especializados, aprobar unas cuantas plazas más para médicos de familia, para cubrir en aquellos lugares donde hay buena población o que es de poco acceso a los consultorios, van aprobar mas farmacias para acercar el servicio al usuario, eso se contempló en el presupuesto, pero nuestra intención es una y el mercado responde de otra manera, solo le voy a dar un ejemplo, estamos en proceso de contratación de los médicos de familia para el próximo año, se abrió una plaza extra antes en Nueva Guadalupe, se lanzó a concurso por el periódico, de sorpresa nadie aplicó para esa plaza, le doy otro ejemplo, se han ampliado las plazas de farmacias para que despachen medicina le cuento un caso triste yo lo siento mucho porque aunque parezca contradictorio el municipio de La Unión no tiene farmacia, los maestros de allá tienen que venir hasta San Miguel o tienen que ir hasta Santa Rosa a traer su medicina, eso es triste no debería de ocurrir. Funcionario1

Es claro que al no contar con suficientes médicos especialistas, se tiene una atención retardada, por ejemplo existe retraso en consultas, intervenciones, exámenes de hasta de 5 meses, porque no hay suficientes especialistas esta es una situación de mercado, por ejemplo los especialistas que más escasean en nuestro medio, oncólogos, gastroenterólogos, neurocirujanos, esas especialidades son reducidas y los que existen, no todos están trabajando con el sistema, porque hay unos que tienen su buen nicho de

mercado y les es más rentable trabajar independientes que con Bienestar Magisterial, en ese sentido se reduce la población medica calificada, y que se convierte en una deuda en la atención a consulta especializada, no ocurre así con los médicos de familia.

Todo esto implica que en el caso de algunas especialidades, neurocirujano por ejemplo, gastroenterólogos, oncólogos, aunque los oncólogos se les da un poco más de atención, pero con esas especialidades más reducidas se tiene deuda, atraso, saturación con relación a la atención medica lo cual genera que los pacientes tienen que esperar un tiempo para poder pasar con el especialista.

3.4 Pacientes con padecimientos crónicos

Uno de los cambios de mayor importancia en los paradigmas del cuidado y de la atención a la salud a finales del siglo XX es aquel que reclama el derecho de los enfermos a ser escuchados y tomados en cuenta en el análisis y el manejo de sus padecimientos. Acorde a este reconocimiento, los pacientes dejan de ser vistos como entes pasivos y consumidores de servicios de salud y pasan a convertirse en sujetos activos, portadores de cierto tipo de conocimientos, experiencias y prácticas cuya recuperación puede beneficiar a estos servicios al grado de ofrecer una perspectiva novedosa a la ciencia médica.

Al hacer un estudio sobre los padecimientos que más consultan los usuarios/as del ISBM encontramos que los más frecuentes son la hipertensión arterial, también está la diabetes, y están los pacientes que presentan deslipidemias, que significa el efecto del colesterol, triglicéridos.

Estos padecimientos de alguna manera están asociados con las características del trabajo que realizan los profesores por ejemplo el estrés, que tienen en el trabajo, puede conllevar a patologías como hipertensión, el síndrome de intestino irritado lo que se

llama la colitis, incluso la diabetes alguien puede tener genética, y cuando un paciente está sometido a un estrés puede darle un padecimiento de esos.

Los pacientes principalmente los maestros y maestras que son usuarios que tienen padecimientos crónicos son tratados inicialmente por el médico de familia en situaciones en que se amerita, pero ellos pasan cada cierto tiempo a control con los especialistas.

Es importante establecer criterios que permitan determinar y ubicar a los pacientes según sus niveles de riesgos como lo afirman los médicos.

La ubicación de un paciente en el mapa de riesgo sirve de base para catalogar por ejemplo a los hipertensos, si se observa en el mapa dice alto riesgo, medio riesgo y bajo riesgo, básicamente por si un paciente no viene a su consulta, falla frecuentemente, es un paciente que es más difícil que él se tome su medicamento entonces en base a eso ya estamos viendo nosotros que es un paciente de alto riesgo porque si no se toma su medicamento adecuadamente eso lo lleva a una condición que puede complicarle, pero si yo tengo un paciente que acude a su consulta todos los días y su presión está bien y puntualmente toma el medicamento y sigue todas las indicaciones, dentro de esa misma patología su situación es más estable. Medico2

Es importante pensar que muchas veces el estado de salud de una persona es un poco complicado ya que la forma de expresar de que enfermedad adolece es un poco compleja porque en ocasiones hay quienes aceptan y aprenden a vivir con su padecimiento y otros que definitivamente no logran controlarse y entran en un estado de depresión o tratan de expresarlo de diferente forma como lo afirma una paciente.

Sin embargo en el caso de una paciente comenta que aparte de su problema de glaucoma también padece de otra enfermedad que es la tiroides, de la cual ha venido padeciendo desde los 16 años, esto es una enfermedad crónica también pero que está controlada, mi tratamiento médico lo tengo con un médico particular no por Bienestar, pero le pido al médico de familia a veces que me deje los exámenes de la tiroides, para no incurrir en este gasto, pero la situación es que cuando yo llego a donde mi médico particular, me dice fíjese que yo no le tengo confianza a estos laboratorios. paciente3

3.5 Medicamentos otorgados a los pacientes con padecimientos crónicos

El cuadro básico de medicamentos debe ser apropiado para prescribir los tratamientos a las distintas enfermedades principalmente las crónicas sin embargo, no es el apropiado, y el ISBM tiene que considerar que un aspecto clave en el despacho de medicamentos es garantizar que el farmacéutico le entregue al paciente lo medicado ya que si está en el mercado y si esta en el cuadro básico, en ninguna farmacia tendrían que negárselo y no pueden entregar ninguna medicina ya sea del grupo A o del B si no está en el cuadro básico, pero esto no significa que el usuario no pueda acceder a ese tipo de medicina, es un poco más costoso, pero el Instituto cuenta con la alternativa de cubrir una medicina ya sea del grupo A o del grupo B, en casos especiales, los pacientes hacen la gestión ante Bienestar Magisterial que necesita una medicina y este hace la compra .

En este caso los funcionarios reconocen tener algunas dificultades ocasionadas por la ley LACAP, que se convierte en un obstáculo para poder tener mejores ofertas de los distintos laboratorios.

ahí se tiene un vacío de ley, la Ley LACAP de nuevo, todas las quejas que se tienen por teléfono o personales son las siguientes, fíjese que la medicina que me dan en tales y tales partes son genéricos y no me curan y no me alivian y no me caen bien a veces en vez de ayudarme hasta me perjudican, pero en todo esto pasa una cosa triste en las licitaciones los médicos, y el usuario saben por ejemplo la medicina de tal marca me les cae bien, pero el ISBM no puede salir a comprar de esa medicina, no puede sencillamente la ley lo prohíbe y ahí por favor si hay malos comentarios no puedo ni debo defender al sistema, porque ninguna culpa recae sobre el ISBM, es la ley que tenemos . funcionario2

Es de mencionar que en el cuadro básico se describe o se detalla el equipo genérico o la composición del medicamento, es obligación de Bienestar Magisterial redactar su

cuadro básico, y la farmacia les ofrece la composición y la marca. Bienestar no tiene el control de la marca, no puede porque lo limita la ley LACAP es como decirle al laboratorio Bayer ustedes participan porque el ISBM requiere del producto de ustedes o decirle al laboratorio López lo de ustedes no sirven porque la misma ley reduce, en consecuencia queda a discreción del farmacéutico proporcionar producto de calidad y a la hora de evaluar las ofertas se queda a la discreción de los evaluadores del Instituto de escoger el medicamento que reúna todas las condiciones de calidad necesaria, para mencionar un caso no se puede dar por ejemplo que un paciente le den un medicamento genérico de un precio determinado y la farmacia facture un medicamento de mayor precio.

anteriormente se dio un caso una farmacia que ahora no está contratada, estaban dando un producto genérico pero ellos habían ofertado un producto de mayor calidad y cobraban como tal, por esa razón la farmacia fue sancionada y se le saco del programa, actualmente la única fuente de información que Bienestar puede tener en una anomalía de este tipo es de los mismos usuarios, una estrategia es que la farmacia debe publicar la marca de los medicamento que ellos tienen que dar para mantener con mayor información al usuario o también Bienestar tiene el sistema de supervisión que se realiza a las farmacias y se están monitoreando para tratar de alguna manera evitar esto, en lo que va de los últimos 2 años no se ha recibido una queja en san miguel. Funcionario2

En lo que respecta a la calidad de los medicamentos proporcionados por la farmacia, la mayor cantidad de quejas radica en el grupo de las farmacias económicas, hay otras que tienen un buen concepto los usuarios, pero en este caso el ISBM no puede hacer nada, porque si en el contrato aparece el genérico y la farmacia lo oferta, en dicho documento aparece el genérico, la concentración, o sea tantos miligramos por lo que sea, aparece la concentración la forma de presentación y la cantidad todo eso se pacta en el contrato, ahí dependerá de la farmacia.

Cuando el ISBM contrata a una farmacia determina las especificaciones técnicas, la farmacia lo revisa, se valora a donde puede aplicar en que ítems en que cuadro de medicinas, en cuales puede optar y en cuales no y ahí ella mide la capacidad de oferta y llegan a un acuerdo económico y luego se firma.

En todo caso también existen quejas de algunos usuarios de que no siempre se les da toda la medicina, pero esto ha disminuido a través de los años, sin embargo lo que sucede en San Miguel, hay unas farmacias, que si tienen todos los medicamentos que corresponden al cuadro básico, medicamentos en teoría todas deberían de tener, y sin embargo cuando el paciente va a la farmacia que no tiene es que se da el problema

Últimamente de lo que va de la nueva administración en el 2009 se ha aumentado el monto para las farmacias y ay muchas, incluso de que no cubren además su asignación y otras que tienen todas las medicinas, el problema a veces se puede dar al final de mes es que las que tienen de todo cubren la cantidad asignada y es donde la mayoría de pacientes deciden ir porque casi encuentran de todo, es más seguro, en el caso yo tengo pacientes que algunos medicamentos solo los hayan en determinadas farmacias y por eso se agotan los primeros días. Medico2

En el caso de los medicamentos los profesores tienen desconfianza cuando le despachan genéricos, pero los hay de buena calidad por ejemplo la MK lo que siente el paciente es que es lo máximo, entonces hay genéricos de buena y de mala calidad. En San Miguel hay un pequeño grupo de farmacias que despachan este tipo de medicamentos, por lo menos lo que expresan los pacientes entrevistados no les cae bien y aun esa misma prescripción cuando van a otra farmacia ellos sienten la diferencia en su mejoría.

Sobre esta problemática los funcionarios consideran que ya existe un acuerdo con Bienestar Magisterial y las farmacias , una oferta donde ellos tienen que colocar los rótulos de los medicamentos con nombre tanto del médico como el medicamento que ellos van a despachar, Bienestar sugiere que lo más conveniente sería que el acuerdo tuviera un apartado donde dijera el nombre del medicamento comercial para informarle al paciente

que la farmacia tal ha pactado con Bienestar Magisterial y que el maestro llene esa parte y diga medicamento despachado y que firme y de esa forma el ISBM podría controlar mejor que tipo de medicamento se le está despachando. Funcionario1

Con todas estas dificultades que presentan las farmacias también es necesario considerar la inclusión de otros medicamentos en el cuadro básico ya que de acuerdo a las experiencias con pacientes, en relación a esto se ha visto que ha ido mejorando o actualizando, me parece que en un cuadro básico bastante completo lo que se debe regular es la forma de contratación, eliminar algunas limitantes que genera la ley LACAP, pero hay recomendaciones ya sea de usuarios o de algunos médicos sobre x medicamento que al no estar en el cuadro básico se podrían considerar, por ejemplo para el año 2010. Funcionario 2

Para actualizar el cuadro básico, hay medicamentos que no tendrían nombre específicos pero ha veces a sucedido que no está en el cuadro básico, pero que son casos no frecuentes, tal vez alguna persona se le diagnostica cierta enfermedad que necesita un medicamento o un tratamiento por unos 3 meses definitivamente Bienestar Magisterial no valora el hecho de exigirle o meter en su cuadro básico un medicamento que no es de uso muy común, pero hay una prestación que da el ISBM, que cuando el medicamento no está dentro del cuadro y cuando se requiere para una patología y va bien justificado por el médico tratante, Bienestar asumen el costo del medicamento, en este caso el paciente lo compra presenta la documentación pertinente bienestar le hace un reembolso del dinero, tiene que venir a las oficinas administrativas a tramitar .

Funcionario 1

En el caso de los médicos consideran que en términos generales se cuenta con un cuadro básico aceptable para poder tratar a los pacientes con enfermedades crónicas, sin embargo, como médicos reconocen las limitantes económicas.

Pienso que en realidad serian tal vez otros medicamentos pero dada la situación de nuestra economía y de la institución, y como país viendo la crisis económica actual, pienso yo de que, bajo esas limitantes por el momento se cuenta con un cuadro aceptable medico2

Al citar los pacientes, los medicamentos del hospital consideran que no les satisfacen porque son de baja calidad, y el mismo medicamento dan para todos ya sean pacientes de consulta pública o los usuarios del ISBM, en otras palabras entre las personas que pagan el servicio de bienestar y la red pública no hay ninguna diferencia o preferencia

con la red pública ya que pagamos para con seguir un medicamento de mejor calidad para los maestros.

Respecto a los medicamentos el problema es la calidad de esos medicamentos porque son medicamentos elaborados en laboratorios nuestros que son más comerciales, genéricos a veces y no hacen efecto para los tratamientos de la enfermedad que uno tiene, entonces se tiene que recurrir a medicamentos por fuera o me trato de una forma más natural o preventiva. Paciente3

Al respecto los funcionarios del ISBM identifican que puede haber inconvenientes en la entrega de medicamentos.

Es de reconocer que las recetas otorgadas a los pacientes, a veces son cubiertas y a veces no, aquí pueden haber dos causales uno que se termine el monto que le repito no es lo que está ocurriendo cuando nosotros revisamos las tablas de consumo por farmacia pero ha estado ocurriendo y eso es especulación, cuando un medicamento determinado tiene movimiento en el mercado y la farmacia va y lo pasa en un precio con el ISBM, cuando ese medicamento tiene corta circulación en el mercado o sea que se escasea entonces viene la farmacia y lo acapara para venderlo a precios competitivos de mercado porque le es menos rentable dado que hay poquito vendérselo al ISBM y entonces fácilmente le dicen no hay y tienen discrecionalidad para hacerlo así. funcionario1

La mayor queja que se refleja en los pacientes es no estar a gusto con los servicios prestados por la farmacia que oferta servicios en el Hospital San Juan de Dios, ya que no existe diferencia entre los pacientes del servicio público en el suministro de medicamentos.

Cuando a uno de paciente le dan una receta en la farmacia del hospital nacional uno tiene que hacer largas colas y esperar muchas horas para que le den un medicamento y a veces se entran en conflictos con pacientes de la red nacional y este es un grave problema porque deberían tener una farmacia exclusivamente para entregar los medicamentos de Bienestar Magisterial.

En la atención que le dan en el hospital yo me atrevería a decir que hay más ventajas de ir de paciente común que como bienestar, porque cuando paso consulta y lo hiciera como paciente común me dan la receta y salgo directamente para la farmacia del hospital, pero en este caso como usuario del ISBM me dan la receta y tengo que subir hasta donde está la enfermera para que ella me selle, me autorice otra vez esa misma receta, y luego salir para la farmacia paciente2

Por lo que los usuarios dicen eventualmente algunos pueden quedarse sin que se le cubra una receta y puede ser por varias razones, primero porque la farmacia probablemente no tenga en existencia determinado medicamento o también se tendrá la asignación presupuestaria o el llamado cupo serán determinantes para que no le cubran la receta.

Bueno también es importante decir que muchas veces en el caso de las farmacias me he quedado con las recetas porque no hay medicamentos y se termino el presupuesto, otra es que no va la firma del médico de familia y lo regresan a uno donde el médico y es bien difícil pues a veces se complica por detalles ya sea que no se ponen de acuerdo el médico con la farmacia y a veces el maestro regresa al médico por una firma, por un número o que el sello no está bien puesto en el lugar y eso dificulta el retiro de medicamento.

Paciente 1

Hay que reconocer que casi siempre concuerdan los medicamentos que recetan los médicos con los que da la farmacia, la situación es que son bien detallistas si hay un número que no concuerda para ellos, lo mandan de regreso para que el médico le vuelva hacer la receta pero casi siempre me han entregado la cantidad que el médico deja. Paciente 3

Pero en el caso de San Miguel según los pacientes hay farmacias que los hacen perder el tiempo, estiman que el médico les deja un medicamento y se van a la farmacia y les dicen de que el médico no lo había justificado y que tenía que justificarlo y que volviera nuevamente, regresan donde el médico de familia, y cuando llegan nuevamente a la farmacia ya se la justifico pero fíjese que el número de la junta de vigilancia del doctor no se distingue bien, vaya otra vez a que se la haga nuevamente y esto los hace recorrer una distancia desde la tercera brigada hasta el centro médico.

Al regresar donde el médico y el paciente le manifiesta que la vuelva hacer porque no se distingue lo de la junta de vigilancia, el médico vuelve hacer la receta el paciente regresa y aun con dudas se las entregan.

Existe otro problema en el caso de los medicamentos, a veces el médico sabe que el genérico que está colocado ahí no es bueno y que una marca determinada si es bueno pero como él conoce que no puede recetarle eso, entonces lo puede pactar y le puede

decir mire esta medicina le puede caer bien a usted pero no está en el cuadro, yo le sugeriría que lo compre.

Hay pacientes que se han visto en la necesidad de comprar el medicamento, pero esta la alternativa de si ese medicamento está bien justificado por el médico tratante y si es necesario y está dentro de la patología Bienestar Magisterial le reembolsa lo gastado pero el trámite es muy burocrático para que a uno le regresen algo y por eso me tocado que comprarlo o decirle al médico que me recete algo bueno aunque no esté en el cuadro básico y que sea mejor

Los pacientes reconocen que hace años era un poquito más problemática la situación antes de que estuviera la nueva administración con relación al presupuesto asignado, y que en algunos momentos se acababa el monto y no había disponible para complementar el mes por esta razón hay pacientes que se han avisto en la necesidad de comprar el medicamento

3.6 Servicio hospitalario que se les proporciona a los usuarios del ISBM

En el tema de la hospitalización el ISBM tiene contratados hospitales privados como la red de hospitales públicos, para dar hospitalización a pacientes que lo requieran, es de mencionar que con los hospitales privados se tienen contrato, con los hospitales públicos se tienen convenios, son dos cosas diferentes pero que convergen de la misma manera en el servicio al usuario, las dos figuras contrato o convenio se pasan para montos fijos mensuales por ejemplo, el monto fijo del hospital San Juan de Dios es \$60,000 mensuales, el monto fijo para nuestra Señora de la Paz son como \$60,000, se está hablando de montos significativos, porque hay convenios con hospitales que son insignificantes, por ejemplo el hospital de Ciudad Barrios.

Los montos asignados tienen una explicación histórica y esa historia obedece a cuanto es capaz el hospital de ejecutar, entre menos capacidad de ejecución tengan, menos presupuesto se les asigna mensualmente, entre más capacidad de resolución tenga, se le van dando hasta en la medida que nos mantenga a flote la población.

Esta capacidad implica atención de paciente en distintos tipos de especialidades, hospitalización, atención de emergencia, cirugías menores porque las cirugías mayores solo están en los hospitales de tipo “A” que son el hospital San Juan de Dios de San Miguel y Nuestra Señora de la Paz, son pocos los hospitales a nivel nacional públicos y privados que están en la clase “A” los demás están en el “B” y otros están en “C”, solo hay tres categorías pero en el caso de Barrios su presupuesto mensual es apenas de \$1000, no es nada pero usted nada hace con darles \$10,000, porque estuvimos revisando y de \$1000 se gastaran \$200, \$300.

Sin embargo los pacientes de la zona norte de San Miguel pueden ser hospitalizado en cualquier hospital ya sea público o privado y aunque se les haya agotado monto, eso lo quiero repetir pueden ser hospitalizados y atendidos aunque se les haya agotado el monto, por ley el ISBM no puede pasarse del 20% del monto total, eso es especificaciones de la ley LACAP

Esta situación se da más para los hospitales públicos que en los privados, en los convenios no hay límites ahí lo que sea, hace poco por ejemplo solo en este ratito que hemos estado trabajando se ha firmado para el hospital San Juan de Dios dos pagos extras del monto asignado, sencillamente porque él nos atendió pacientes en situación de emergencias, los hospitalizó, los hospedó sobre el monto asignado y se le ha pagado, doy fe porque yo he estado ahí dando mi firma para que este dinero salga para pagarle a los hospitales y lo mismo puede hacer Ciudad Barrios, yo se que con mil dólares Ciudad Barrios no hace nada, pero todos los hospitales saben que al haber una emergencia pueden y deben atenderlo y por los costos que no se preocupen, ellos deberían tramitarlo al ISBM y digan en tal fecha llegaron tantos pacientes y se les

atendió en esto y este les pagara sin límites a los públicos y con límite de 20% . funcionario1

Los funcionarios consideran que a veces existe problemas en el hospital público y privado llega el paciente con emergencia, y nos se tiene explicación de porque por evitar los tramites de cobro o por comodidad, pero llegan al hospital privado y les dicen fíjese que ya no hay cupo y si es de emergencia no deberían de decirle eso, a menos que hayan pasado del 20%, pero en el caso de Nuestra Señora de la Paz no ha pasado del 20%.

En el caso de la hospitalización la percepción es variada, hay mucho usuario satisfecho con el sistema, que lo atienden bien, que lo atendieron en el tiempo y en el momento adecuado, que la atención fue excelente, que lo trataron bien, pero se tiene la otra percepción desde el que no lo atendieron, que lo hicieron esperar demasiado, a que lo trataron mal, se tiene de los dos, pero en términos de comentarios llamadas telefónicas y conversaciones quizás puedan ir a la par, hay mucho usuario desilusionado del sistema y hay muchos usuarios contentos con el sistema.

En el caso del Hospital Público de San Miguel, enfrenta dificultades por las remodelaciones que se ejecutan después de los daños ocasionados por el terremoto del 13 de enero y 13 de febrero del 2001.

En cuanto a la asistencia hospitalaria en el San Juan de Dios, está el inconveniente de que se está reconstruyendo tenemos quejas de que el hospital no sabe diferenciar entre emergencia de la población común y emergencia de un usuario del ISBM, los médicos lo ven como una emergencia mas y que se vaya a la cola común si hay necesidad de una cama para hospitalización lo ponen en las mismas condiciones de espera y esto no debe de ser porque hay un pago diferenciado en el caso del usuario del ISBM, sin embargo eso no nos está resolviendo el problema pues tenemos mucha queja, pues fíjate que nos ponen hacer la fila común, que voy caminando junto con la cola común del hospital y cuando llegue a mi turno si hay o seguiré esperando y eso no debería de ser así.

Y en este caso no existe por parte del ISBM empleados que garanticen el trato a los usuarios ya que dentro del convenio el hospital te impone una secretaria, y las condiciones de atención y es el hospital quien hace esos contactos con su gente por eso es que el convenio le repito para en el caso de este año, el desembolso mensual para el San Juan de Dios es de \$60,000, con esos \$60,000 se haría pagar los internados pagar el médico especialista, pagar porque el médico de familia no tiene porque cobrar porque él tiene su salario aparte, el especialista, las medicinas los gasto de ley del internado entran en eso. funcionario 1

En el caso de los médicos al evaluar las condiciones de hospitalización que tiene el sistema en términos generales las consideran buenas porque hay atención en el Hospital Nuestra Señora de la paz y en el San Juan de Dios, aunque hay una diferencia entre uno y otro, pero la atención en Nuestra Señora de La Paz lo que los pacientes expresan es que les dan una buena atención, mientras que en el hospital público, los pacientes tienden a sentir un poco mas de queja, cuando ellos van ahí, sin embargo hay un grupo de pacientes que si está de acuerdo de la forma como lo han tratado, sin embargo hay otros que presenta un poco más de queja, con la atención del Hospital Nuestra Señora de la paz .

Por esta razón es importante destacar que las condiciones que ofrece la red hospitalaria, en el tema de acondicionamiento, camas, medicina, equipo médico y todas las demás que influyen para que el paciente esté en condiciones de salubridad, conduce a posiciones encontradas.

Cuando se le pregunta al paciente donde lo ingresaron y este responde en Nuestra Señora de la Paz, es sabido que por ser un hospital privado goza de las condiciones higiénicas y que es un hospital excelente, sin embargo en el San Juan de Dios se ha acondicionado un lugar que es dentro del mismo hospital donde se presentan mejores condiciones físicas. Pero los pacientes comparten un espacio junto al pensionado, que es

un servicio privado, entonces los pacientes del ISBM comparten las mismas condiciones del hospital comparándolas con las condiciones que tiene un usuario normal, puede decirse están en un área mejor, así como las condiciones que tiene el hospital Nuestra Señora de la Paz. Bienestar Magisterial en San Miguel tiene convenio con hospitales nacionales en el área de pensionados con el hospital de Santa Rosa de Lima, hospital de Ciudad Barrios, hospital de Nueva Guadalupe y el hospital San Juan de Dios de San Miguel y también se tiene contratado un hospital privado de Nuestra Señora de la Paz, y por las supervisiones que se hacen hay condiciones muy aceptables en cuanto al proceso de hospitalización y el trato en cuanto a pacientes, sin embargo siempre existe algunas quejas de pacientes inconformes de algunas situaciones que consideran que no son buenas para su salud

Lo que podemos asegurar es que la hospitalización está garantizada por Bienestar Magisterial ya que contrata a todos sus proveedores de seguro medico con un determinado monto mensual, por decirlo el hospital Nuestra Señora de la Paz que es un hospital privado se le recibe un monto al mes cuando a ellos se le termina ese monto el paciente no queda desprotegido porque siempre tenemos el hospital San Juan de Dios con servicio de pensionados, en el hospital hay monto en todo el mes y una capacidad de unos 18 pacientes hospitalizados y tienen como 18 camas para el sector docente funcionario2

Sin embargo los usuarios, maestros/as consideran que las condiciones son malas, deficientes, el trato, no es el adecuado ya que están pagando un porcentaje para salud y no se les brinda el servicio adecuado, las condiciones de hospitalización en el nacional son inadecuadas y en el hospital de especialidades por ejemplo el hospital Nuestra Señora de la Paz existe una burocracia donde no cualquiera ingresa, por lo general mandan a los pacientes al hospital nacional.

Por esta razón es importante, en primer lugar debe de haber un hospital especializado que solo atienda a maestros esa es la única manera y que este

cubierto con los mejores especialistas porque nos merecemos lo mejor ya que cotizamos y pagamos mensualmente por el servicio Paciente2

Por eso hago la siguiente consideración que nos saquen del sistema de seguridad pública, tenemos que estar yendo a los hospitales nacionales, bueno primero se pierde todo el tiempo, todo el día, aparte que la atención es malísima, necesitamos un lugar apropiado para que solo se nos atienda a los maestros, bueno para mí el mayor problema estar con la gente del hospital nacional y nosotros pienso como quitándoles el espacio a la gente que más lo necesita. Paciente3

Aunque no se trata de exclusividad los pacientes estiman que están cotizando y merecen un buen trato, los comentarios datan sobre las experiencias vividas en los procesos de enfrentar los padecimientos crónicos, consideran que han llegado al hospital a las ocho de la mañana y les ha tocado salir a las cuatro de la tarde y muchas veces discutiendo con todo tipo de persona cuando se trata del servicio prestado por el hospital nacional.

Acuérdese que nuestra cultura, la idea es reducir los inconvenientes que los docentes tenemos verdad, entonces yo siento que deberíamos como de desconcentrar lo que son las farmacias, si el médico de familia tiene una cantidad de pacientes debería por lo menos en este mismo local haber una farmacia para que no andemos de un lugar a otro o por lo menos tener conocimiento en que farmacia puedo encontrar el medicamento, sería otra alternativa también Paciente2

3.7 Actitud de los pacientes frente a los padecimientos crónicos

La condición de salud de los pacientes crónicos dependerá de los hábitos y las actitudes de los mismos pacientes, los médicos consideran que hay casos de pacientes que son disciplinados que siguen los tratamientos según las prescripciones medicas, pero se tienen otros les dicen no haga, o no coma esto, y es lo que mas hace esa persona y eso va en contra de sus mismas condiciones de salud.

Los galenos sostienen que en la mayoría de casos los maestros tienen un buen grado de responsabilidad, por ejemplo, hay pacientes que son consientes de su enfermedad, y

eso es lo básico, hay otros que no les gusta dar a conocer su enfermedad, y si se les compara con otros pacientes de las unidades de salud, ellos tienen un grado más de responsabilidad por el nivel de educación que tienen, la mayoría son responsables de su enfermedad, sin embargo siempre hay un pequeño grupo que el objetivo es darle un poco más de atención y lo otro ubicarlo a través del mapa de riesgos

Pero hay la actitud propia de cada paciente yo voy a acatar las indicaciones que me dé el doctor, voy a tomar el medicamento voy a ir a mis controles, voy a tomar una actitud más tranquila ante los problemas de la vida, por ejemplo los hipertensos no tienen que tomar la vida tan a la ligera porque eso les puede afectar a su salud, por una parte y la otra que se le este garantizando el acceso a su medicamento, a su consulta a sus controles con sus especialistas. Medico 2

Está claro que el estado de salud de una persona es un poco complicado y la forma de manifestarlo es un poco difícil por la razón de que hay pacientes que aceptan y aprender a vivir con sus padecimientos y otros entran en un estado de depresión o tratan de expresarlo quejándose del funcionamiento y la atención que les brinda el Instituto de Bienestar Magisterial.

Un aspecto importante que se debe destacar en relación a la actitud de los pacientes con padecimientos crónicos es darle seguimiento a lo preventivo a través de charlas y de la concientización de los maestros de que las enfermedades crónicas no son el fin del mundo, si no que ellos pueden manejar la enfermedad y tratar de prevenir complicaciones y tratar de convencerlos de que el principal actor de su enfermedad son ellos, deben tomar una actitud positiva ante su enfermedad crónica.

Como toda institución el Instituto de Bienestar Magisterial enfrenta procesos burocráticos que en ocasiones no le permite ofrecer un mejor servicio, no cuentan con un plan de asistencia a pacientes con enfermedades crónicas y son los médicos los que de manera personal desarrollan programas de visitas a los pacientes y que por tener un

alto número solo visitan unos pocos al año y esto dificulta ubicar a todos los pacientes en un mapa de riesgos, el ISBM debe garantizar que todos los servicios que presta como: consulta médica, medicamentos, hospitalización, exámenes de laboratorio tengan una mayor cobertura, lo cual implicaría un proceso de descentralización que permitiría la atención de carácter especializada ha pacientes crónicos en San Miguel.

CAPITULO IV

PERFIL DE PROPUESTA DE AREAS Y NIVELES DE INTERVENCION EN LOS SERVICIOS DE BIENESTAR

La siguiente propuesta para el fortalecimiento del mejoramiento de servicios que presta el ISBM, es una compilación de planteamientos, sobre la base de percepciones que tienen los usuarios sobre el sistema de salud que se les brinda y que constituyen aproximaciones que coadyuvan para la proyección del mejoramiento de la calidad de la atención.

En este sentido; la propuesta que a continuación se presenta tiene a la base brindar orientaciones que puedan contribuir a superar todas las limitantes que se presentan en los servicios de atención médica, medicamentos, laboratorios clínicos y servicio hospitalario tanto público como privado.

En primer lugar se presentan los objetivos tanto generales como específicos de dicha propuesta, asimismo los resultados esperados a través del planteamiento de los objetivos propuestos.

4.1 Objetivos generales y específicos

General:

- Fomentar iniciativas que permitan el mejoramiento de los servicios de atención en salud a los usuarios/as del ISBM.

Específicos:

- Identificar las áreas que presentan deficiencia en atención médica, medicamentos, laboratorios, y hospitalización.
- Propiciar los mecanismos que faciliten la optimización de las condiciones de salud de los y las maestras del sistema educativo nacional.

4.2 Resultados esperados

- Creación de una comisión de seguimiento de toda la problemática que afecta a los/as maestras.
- Elaborar un plan de trabajo que contemple la solución a los problemas identificados.
- Elaboración de políticas de intervención para la realización y control del plan de trabajo.
- Evaluación del proceso aplicado y los resultados esperados.

4.3 Estrategias para lograr las metas

- Coordinación con los representantes del ISBM de las distintas regiones del país y con los gremios de maestros: buscando siempre que se aborden la prestación de servicios que proporciona dicho Instituto.
- Trabajar y construir los planes de acción en base a las prioridades presentadas en cada una de las áreas de servicio que presta el ISBM.

- Realizar acciones de promoción que se orienten a la difusión del mejoramiento de servicios, de consulta médica, medicamentos, servicio de Hospitales y de Laboratorios

4.4 Metodología a Desarrollar

AREA DE INTERES	PROBLEMÁTICA DETECTADA	NIVEL DE INTERVENSIÓN
❖ Consulta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención destinada al aspecto curativo. ▪ Excesiva cantidad de pacientes asignados por médico familiar ▪ No se cuenta con suficientes médicos especialistas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseño de una política de atención que contemple acciones preventivas, de forma sistemática. ▪ Contratación de más médicos para descongestionar la consulta tanto general como especializada.
❖ Medicamentos y Farmacia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuadro básico insuficiente ▪ Desconfianza al despacho de genéricos ▪ Farmacias dispersas ▪ Mercado especulativo de medicamento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actualización permanente del cuadro Básico de acuerdo a la demandas. ▪ Determinación de una política única en la entrega de medicamentos de calidad. ▪ Determinación de un solo ofertante de farmacia en una localización inmediata a la clínica del Médico de Familia. ▪ Determinación de controles a ofertantes.
❖ SERVICIO DE LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El servicio de laboratorio clínicos no cubre en su totalidad los exámenes clínicos que son de más alto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contratación de más laboratorios y ampliación de la oferta de servicios.

	costo	
❖ SERVICIO HOSPITALARIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe burocracia en los hospitales privados ya que la atención médica se limita al presupuesto asignado ▪ En los hospitales públicos no existe una diferencia entre el paciente común y el usuario del ISBM 	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño de una política que agilice los trámites de pagos a los hospitales. • Enfatizar en el convenio que establece el ISBM con los Hospitales Nacionales como debe ser la atención a sus usuarios.
❖ ATENCION PSICOLOGICA A PACIENTES CON PADECIMIENTOS CRONICOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No existe un plan que contemple un seguimiento a usuarios que adolecen de padecimientos crónicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño de un plan que establezca programas de atención psicológica a pacientes • Contratación de Psicólogos • Elaboración por parte del ISBM de un mapa de pacientes de alto riesgo para darle seguimiento a los distintos padecimientos crónicos.

En suma, el mejoramiento de las condiciones de salud de los pacientes del sistema educativo nacional, que adolecen de enfermedades crónicas, requiere de la aplicación de una política de salud que lleve a paliar la difícil situación que estos enfrentan, no solo por sus enfermedades si no por las condiciones laborales donde desempeñan sus labores que también resultan ser causales de sus padecimientos que muchas veces los conducen a la muerte.

Es importante que El ISBM, piense en la dignificación del magisterio, se trata de dar el cuidado más adecuado a un sector que tiene la responsabilidad de una enorme tarea la de educar a la presentes y futuras generaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Amezcua Manuel revista española de salud pública No. 5 septiembre-octubre 2002
2. Barchini, Graciela (2005). Métodos "I + D" de la Informática. Revista de Informática Educativa y Medios Audiovisuales Vol. 2(5), , 16-24. Santiago del Estero, Argentina.
3. Carvajal, Diógenes, 2002 Las Herramientas de la Artesana. Aspectos Críticos en la Enseñanza y Aprendizaje de los CAQDAS. Forum Qualitative Sozialforschung /Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal], 3(2). Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/fqs/>
4. Dey, Ian (1993). Qualitative Data Analysis: A User-friendly Guide for Social Scientists. London: Routledge.
5. Gittins Robert Qualitative Research: An investigation into methods and concepts in qualitative research. Disponible en URL: <<http://www.sesi.informatics.bangor.ac.uk/english/home/research/technicalreports/sesi020/formats/SESI-020>.
6. Goffman E. Internados. Ensayos Sobre la Situación Social de los Enfermos Mentales. Buenos Aires: Amorrortu; 2001.
7. Kelle, Udo (1996). Computer-aided Qualitative Data Analysis: An Overview. In Cornelia Zuell, Janet. Mercado Martínez FJ. Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano. México: Universidad de Guadalajara; 1996.
8. Longmore, J. M.; Murray Longmore; Wilkinson, Ian; Supraj R. Rajagopalan (2004). Oxford handbook of clinical medicine. Oxford [Oxfordshire]: Oxford University Press, pp. 188-189. ISBN 0-19-8525583. Internet: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_cuidad_cronic_1.htm
9. Mercado Martínez FJ. El proceso de análisis de los datos en una investigación sociocultural en salud. En Mercado Martínez FJ, Torres López TM (compiladores). Análisis Cualitativo en Salud. Teoría, Método y Práctica. México: Universidad de Guadalajara; 2000: 47-72.

REFERENCIAS EN INTERNET

1. Cardiopatía.com. (18 de junio de 2010). <http://www.cardiopatía.com/>
2. Devereux G.. «ABC of chronic obstructive pulmonary disease and risk factors.». [BMJ](#) 2006;332:1142-1144. Definition, epidemiology.
3. El Diario de Hoy, 1 de mayo de 2006, Grasa acorta la vida de los salvadoreños en <http://www.elsalvador.com/noticias/2006/05/01/nacional/nac1.asp>
4. Médicos de El Salvador . (16 de junio de 2010). <http://medicosdeelsalvador.com>. Recuperado el 16 de junio de 2010, de http://medicosdeelsalvador.com:Detailed/Enciclopedia_de_Enfermedades/H/Hipertensi_n_Arterial_493.html
5. Médicos de El Salvador. (18 de junio de 2010). Médicos de El Salvador.com. Recuperado el 18 de junio de 2010, de Médicos de El Salvador.com: http://www.medicosdeelsalvador.com/Detailed/Enciclopedia_de_Enfermedades/C/C_ncer_364.html
6. Médicos de El Salvador. (20 de junio de 2010). Médicos de El Salvador.com. Recuperado el 21 de junio de 2010, de Médicos de El Salvador.com: http://medicosdeelsalvador.com/Detailed/Enciclopedia_de_Enfermedades/O/Obesidad_558.html
7. Moper Medical. (12 de febrero de 2010). Recuperado el 12 de 2010 de 2010, de Moper Medical: <http://www.mopermedical.com/colostomia.html>
8. Naciones Unidas, Centro de Información. (20 de noviembre de 2009). Recuperado el 20 de noviembre de 2009, de Naciones Unidas, Centro de Información: http://www.cinu.org.mx/temas/vih_sida/oms.htm
9. Organización Panamericana de la Salud, El Salvador. (12 de junio de 2010). Recuperado el 12 de junio de 2010, de Organización Panamericana de la Salud, El Salvador: http://new.paho.org/els/index.php?option=com_content&task=view&id=121
10. Organización del Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación, (FAO) La nueva carga del mundo en desarrollo: la obesidad. En <http://www.fao.org/FOCUS/S/OBESITY/obes1.htm>
11. Snider GL. et al. The definition of emphysema:report of National Heart,Lung and Blood Institute,Division of Lung Diseases, Workshop. Am Rev Respir Dis 1985; 132: 182-185.

Anexos

E1.

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
MAESTRIA EN METODOS Y TECNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL
LA ATENCIÓN EN SALUD A LOS PACIENTES CRONICOS
DE BIENESTAR MAGISTERIAL**

La siguiente entrevista tiene como propósito, recoger la **opinión de profesores/as** del Municipio de San Miguel acerca de la atención a pacientes crónicos usuarios del Instituto de Bienestar Magisterial.

ASPECTOS INTRODUCTORIOS

1. ¿En que año comenzó a laborar con el magisterio?
2. ¿En todo ese tiempo de trabajo ha sido usuario frecuente del servicio de Bienestar Magisterial?

ASPECTOS DE LA CONSULTA

3. ¿Padece ud. alguna enfermedad crónica y que requiera consultar permanentemente?, ¿Qué padece?
4. ¿Esta siendo tratado por un medico especialista?
5. ¿Le atienden en su municipio o tiene que desplazarse a la capital para ser atendido?
6. ¿Ha participado en algún programa especial de atención que involucre a pacientes con su mismo padecimiento? (por ej. Grupo de Riesgo)
7. ¿Qué importancia le asigna ud. a las medidas preventivas en el control de su padecimiento?

HOSPITALIZACIÓN

8. ¿Ha tenido que ser hospitalizado/a por su padecimiento?
9. ¿Cómo evalúa las condiciones de hospitalización del ISBM?

MEDICAMENTOS

10. ¿Que tan eficaz considera el tratamiento que recibe?
11. ¿Qué medicamentos necesita para su tratamiento?
12. ¿Las recetas que requiere le son cubiertas en su totalidad por las farmacias?
13. ¿Los medicamentos que le despacha la farmacia concuerdan con los prescritos por su medico?
14. ¿Como considera la calidad de los medicamentos proporcionados en la farmacia? (De buena calidad, De mala calidad, Regular).
- 15-¿Alguna ves le toca comprar medicamentos que no cubre el sistema de bienestar magisterial?

EXPECTATIVAS

16. ¿Con que actitud se debe enfrentar los problemas de salud?
17. ¿Considera que su situación de salud pueda mejorar a corto o mediano plazo?
18. ¿Qué consideraría importante para que mejore la atención a pacientes crónicos?

E2.

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
MAESTRIA EN METODOS Y TECNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL
LA ATENCIÓN EN SALUD A LOS PACIENTES CRONICOS
DE BIENESTAR MAGISTERIAL**

La siguiente entrevista tiene como propósito, recoger la **opinión de los/as médicos** del Municipio de San Miguel acerca de la atención a pacientes crónicos usuarios del Instituto de Bienestar Magisterial.

ASPECTOS INTRODUCTORIOS

1. ¿Desde cuando comenzó a laborar con el ISBM?
2. ¿Podría decir si tiene una especialidad medica?
3. ¿Cuántos pacientes tiene bajo su responsabilidad?

ASPECTOS DE LA CONSULTA

4. ¿Entre sus pacientes existe algunos con padecimientos crónico y que requiera consultar permanentemente?
5. ¿Cuáles son los padecimientos mas frecuentes?
6. ¿Estos pacientes (crónicos) son tratados por médicos especialistas?
7. ¿A estos pacientes se les atiende en su municipio o tiene que desplazarse a la capital para ser atendido?
8. ¿Ha desarrollado algún programa especial de atención, que involucre a pacientes con padecimientos crónicos? (por ej. Grupo de Riesgo)

9. ¿Qué importancia le asigna ud. a las medidas preventivas en el control de las enfermedades?

HOSPITALIZACIÓN

10. ¿Ha tenido que referir pacientes a hospitalización por su padecimiento?

11. ¿Cómo evalúa las condiciones de hospitalización de pacientes?

MEDICAMENTOS

12. ¿Considera que el cuadro básico de medicamentos es el apropiado para prescribir el tratamiento a las diversas enfermedades, principalmente las crónicas?
13. ¿Qué tipo de medicamentos considera que deberían incluirse en el cuadro básico?
14. ¿Sabe si las recetas que requieren los pacientes, le son cubiertas en su totalidad por las farmacias?
15. ¿Sabe si los medicamentos que despachan las farmacias concuerdan con los recomendados por ud. en los tratamientos?
16. ¿Como considera la calidad de los medicamentos proporcionados en la farmacia?
17. ¿Sabe si a los y las pacientes, alguna vez le toca comprar medicamentos que no cubre el sistema de bienestar magisterial?

EXPECTATIVAS

19. ¿En general, con que actitud cree ud. que enfrentan los pacientes los problemas de su enfermedad crónica?
20. ¿De que cree que depende que la condición de salud de los pacientes crónicos pueda, mejorar, o al menos no se agrave?
21. ¿Qué consideraría importante para que mejore la atención a pacientes crónicos?

E3.

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
MAESTRIA EN METODOS Y TECNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL
LA ATENCIÓN EN SALUD A LOS PACIENTES CRONICOS
DE BIENESTAR MAGISTERIAL**

La siguiente entrevista tiene como propósito, recoger la **opinión de observadores con experticia** sobre el tema del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.

ASPECTOS INTRODUCTORIOS

1. ¿Dentro de su trabajo, tiene alguna responsabilidad que implique conocer del funcionamiento del ISBM?

2. ¿Podría explicar brevemente como se elige el directorio de Instituto SBM?

3. ¿Conoce ud. si existe algún mecanismo de registro de pacientes con Padecimientos crónicos?

ASPECTOS DE LA CONSULTA

1. ¿Se supone que un tema, delicado es la saturación por cada medico en la atención a pacientes, cual es su punto de vista al respecto?

2. ¿Estos pacientes (crónicos) son tratados por médicos especialistas?

3. Sabe si en el municipio de San Miguel el ISBM ha contratado los especialistas necesarios, para atender a los pacientes que lo requieran o tienen que desplazarse a la capital para ser atendido?

4. ¿Conoce ud. si existe algún programa especial de atención que involucre a pacientes con padecimientos crónicos? (por ej. Grupo de Riesgo)
5. ¿Qué importancia le asigna ud. a las medidas preventivas en el control de las enfermedades?

HOSPITALIZACIÓN

6. ¿Cómo evalúa las condiciones de hospitalización de pacientes?

MEDICAMENTOS

7. ¿Considera que el cuadro básico de medicamentos es el apropiado para prescribir el tratamiento a las diversas enfermedades, principalmente las crónicas?
8. ¿Qué tipo de medicamentos considera que deberían incluirse en el cuadro básico?
9. ¿Sabe si las recetas que requieren los pacientes, le son cubiertas en su totalidad por las farmacias?
10. ¿Sabe si los medicamentos que despachan las farmacias concuerdan con los recomendados por los médicos en los tratamientos?
11. ¿Como considera la calidad de los medicamentos proporcionados en la farmacia?
12. ¿Sabe si a los y las pacientes, alguna vez le toca comprar medicamentos que no cubre el sistema de bienestar magisterial?

EXPECTATIVAS

13. ¿En general, con que actitud cree ud. que enfrentan los pacientes los problemas de su enfermedad crónica?

14. ¿De que cree que depende que la condición de salud de los pacientes crónicos pueda, mejorar, o al menos no se agrave?

15. ¿Qué consideraría importante para que mejore la atención a pacientes, principalmente los crónicos?

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
UNIDAD DE POST-GRADO**

**MAESTRÍA EN MÉTODOS Y TÉCNICAS DE
INVESTIGACIÓN SOCIAL**

PROYECTO DE TESIS:

**LA ATENCIÓN EN SALUD A LOS PACIENTES CRÓNICOS
DEL INSTITUTO DE BIENESTAR MAGISTERIAL**

Docente Director: Rafael Paz Narváez

Nombre de los investigadores:

Oscar Eduardo Pastore Majano

Telefono 2667-0083, ext. 103

email: scarpas0908@yahoo.com

Rudís Yilmar FloresHernández

Teléfono 2667-0083, ext. 103

email: ryflores.ues@gmail.com

San Miguel

El Salvador

Centro América, Abril de 2010.

INDICE

Resumen

1. Planteamiento del Problema.....	77
2. Objetivos. (General; Específicos).....	81
3. El Estado de la Situación:	
El Problema de La Salud en El Salvador.....	82
4. Estrategia Metodológica.....	87
5. Plan de análisis.....	88
6. Resultados Esperados.....	89
7. Cronograma.....	89
8. Presupuesto y Financiamiento.....	90
9. Referencias.....	91

Resumen

El propósito del presente estudio es analizar el significado que tiene para los y las maestras que son pacientes crónicos, la atención en salud que reciben del Instituto de Bienestar Magisterial. Esto supone, Determinar cuáles son las patologías tipificadas como enfermedades crónicas que más consultan los y las maestras que son pacientes crónicos, en el ISBM., así como si consideran que la cobertura de medicamentos, médicos especialistas y hospitalización es suficiente para garantizarles su atención. Además descubrir el sentir y pensar del paciente crónico respecto a su enfermedad y a la atención del ISBM.

El estudio se pretende realizar en el municipio de San Miguel. Su ejecución se realizará con una metodología cualitativa, fundamentada en entrevistas enfocadas y semi-estructuradas, dirigidas a maestros y maestras que sean pacientes que adolezcan de al menos una enfermedad crónica; a médicos del Instituto de Salvadoreño de Bienestar Magisterial y a observadores con experticia sobre el tema. Se espera procesar las entrevistas inicialmente con procesador de texto, luego de ser grabadas y posteriormente, preparar el análisis valiéndonos de un software para análisis cualitativo.

Los resultados estarían enfocados en lograr interpretar el fenómeno de estudio de tal manera que sea posible diseñar un perfil de propuesta que eleve la calidad de la atención a personas con enfermedades crónicas.

1. Planteamiento del Problema

Los profesores del sistema educativo nacional disponen de un sistema de seguridad social que, desde la responsabilidad del Estado, en su condición de empleados públicos, incluye la atención en salud. Esta responsabilidad recae en la institución que fue creada para tal efecto, es decir Bienestar Magisterial.

a. Antecedentes

Bienestar Magisterial, se creó a partir de la publicación de la Ley de Servicios Médicos y Hospitalarios para el Magisterio en marzo de 1968.¹¹

La creación del Bienestar Magisterial fue una consecuencia de la disconformidad de los maestros con el Ministerio de Educación por el servicio de seguro médico que les brindaba el ISSS. Frente a las malas condiciones, la baja calidad de atención, las limitaciones del acceso y una notoria escasez de recursos tanto humanos como de insumos y materiales, los gremios y sindicatos del sector ejercieron una creciente presión en el Gobierno y lograron que el Ministerio de Educación asumiera la tarea de implementar un sistema más ágil y eficaz para el magisterio del país. El Bienestar Magisterial se implementó entonces, como una iniciativa del Ministerio de Educación para responder las solicitudes de los sindicatos representantes del magisterio de la República. de este modo, los gremios se pueden considerar importantes impulsores y motores de la creación del Bienestar Magisterial. Con su creciente presión consiguieron que dentro del ministerio del ramo tomara la decisión de crear un seguro médico para el sector y se formó un equipo de trabajo al respecto.

¹¹ Jeans Holst: Evaluación del Bienestar Magisterial en El Salvador, San Salvador, mayo, 2003

El denominado Bienestar Magisterial (BM) es el servicio médico y hospitalario del magisterio que se implementó para garantizar al maestro y su familia la accesibilidad a los servicios de salud con la finalidad de satisfacer sus necesidades y mejorar sus condiciones de vida.

b. Reconocimiento de la Problemática por parte del MINED y Bienestar Magisterial

Desde el punto de vista del Ministerio de Educación y la Dirección del programa de Bienestar Magisterial, Los problemas actuales¹² que reconocen se pueden resumir en los siguientes aspectos:

- a) Limitación en la entrega de medicamentos debido a los montos presupuestarios.
- b) No se cuenta con ofertas de servicios de algunas especialidades médicas en ciertos departamentos del país.
- c) En ciertos departamentos y municipios del País No se cuenta con ofertas de servicios de farmacias, hospitales, laboratorios clínicos y radiológicos.
- d) Cambios frecuentes de Médicos de Familia debido al mecanismo de contratación.
- e) Cultura demandante del usuario en relación a la atención de los proveedores de Servicios Médico Hospitalarios.¹³
- f) Uso inadecuado de los servicios medico-hospitalarios por parte del usuario¹⁴.
- g) Fondos limitados para la prestación de los servicios debido a la amplia cobertura.

¹² Programa de Salud del Sector Docente y su Grupo Familiar, Administrado por la Dirección de Bienestar magisterial, Presentación para Gremios, 2007, Ministerio de Educación.

¹³ Los proveedores se quejan de malos tratos de parte de los docentes, cuando ocurren inconvenientes en el sistema.

¹⁴ Los médicos se quejan de que en algunos casos, algunos docentes fingen padecimientos para pedir medicamentos para otras personas, y de consultar con demasiada frecuencia, sin esperar que el tratamiento avance.

- h) Retraso en la emisión de Carné a usuarios debido a problemas de entrega de materiales.

c. La Problemática desde el Diagnóstico de los Investigadores.

El Sistema de Bienestar Magisterial cuenta con distintos tipos de servicio que suponen la cobertura de la seguridad en salud del Magisterio Nacional; dentro de ellos sobresalen algunos aspectos de mayor sensibilidad por las implicaciones que tiene en la atención a aquellos pacientes que por el estado crónico de sus padecimientos, se convierten en la población más vulnerable que tiene que proteger el sistema.

Los principales problemas detectados en el diagnóstico realizado por los mismos investigadores¹⁵, responsables de este estudio, se expresan a continuación:

a) La Consulta Externa: Es proporcionada por Médicos de Familia que atienden un promedio de ochocientos pacientes (entre profesores, sus hijos y sus cónyuges). Esto nos presenta el primer problema significativo, la saturación del servicio, lo cual para un paciente con un padecimiento crónico, que puede experimentar un episodio crítico, que implique la atención rápida del médico, podría implicar un alto riesgo.

b) El despacho de Medicamentos: Otra de las dificultades que enfrentan los usuarios respecto tanto a la cobertura (cupos y cuadro básico). Las farmacias contratadas, tienen una asignación determinada que al terminarse implica el cierre de la entrega, de manera que muchas veces los o las profesoras se quedan sin poder cubrir las recetas no por falta

R. Flores y O. Pastore "Diagnóstico: Sobre la Calidad de la Atención del Sistema de Bienestar Magisterial", UES, abril de 2008.

de medicamento sino por agotamiento del cupo o monto limite conferido por el sistema, lo que provoca una fuerte incomodidad de los usuarios ya que no se dispone de medicina durante todo el mes, además existen medicamentos permanentes para los pacientes crónicos que ni siquiera se encuentran en el cuadro básico y los pacientes tienen que asumir los costos, adicional a su cotización mensual.

c) Los Exámenes de Laboratorio Clínico: El principal problema respecto a los exámenes de laboratorio, al igual que en el medicamento es el llamado “cupo”, es decir, la insuficiencia presupuestaria.

d) La Atención Médica-Hospitalaria:

Los servicios hospitalarios se garantizan a través de la red de hospitales nacionales de los cuales se han contratado veinticuatro y diecisiete hospitales privados, que se suman a la oferta del servicio.

De estos los privados, disponen de una asignación mensual, que al ser completada por el hospital ya no proporciona mas servicio, hasta la próximo mes, la atención en la red pública es durante todo el mes, pero las condiciones en que se han mantenido a estos hospitales, limita la atención a pacientes principalmente los crónicos que en una recaída o complicación de sus padecimientos son los y las usuarias mas frecuentes.

Podría decirse que tanto la Dirección de Bienestar como los investigadores reconocen los problemas de forma coincidente, sin embargo, los primeros se concentran en aspectos mas administrativos que limitan la efectividad de la institución, mientras que los segundos profundizan mas en la problemática que sufren directamente los y las usuarias.

Tanto las limitaciones presupuestarias como, la falta de oferentes de servicios médicos especializados y de medicamentos, complican la situación de los pacientes con

padecimientos crónicos, que requieren tanto de la atención de médicos especialistas, como también un cuadro de medicamentos especializado, para sus padecimientos, que demandan permanentemente.

2. Objetivos de la investigación

2.1 Objetivo General

Analizar el significado que tiene para los y las maestras que son pacientes crónicos, la atención en salud que reciben del Instituto de Bienestar Magisterial y su condición de vida a partir de su padecimiento.

2.2 Objetivos Específicos

- 2.2.1 Determinar cuáles son las patologías tipificadas como enfermedades crónicas que más consultan los y las maestras que son pacientes crónicos, en el ISBM.
- 2.2.2 Determinar si los y las maestras que son pacientes crónicos, en el I.S.B.M. consideran que la cobertura de medicamentos, médicos especialistas y hospitalización es suficiente para garantizarles su atención.

- 2.2.3 Determinar el sentir y pensar del paciente crónico respecto a su enfermedad y a la atención del ISBM.
- 2.2.4 Diseñar un perfil de propuesta que eleve la calidad de la atención a personas con enfermedades crónicas

3. EL ESTADO DE LA SITUACIÓN

EL PROBLEMA DE LA SALUD EN EL SALVADOR Y LA ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

3.1. SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN EL SALVADOR.

3.1.1 Situación de Salud en El Salvador

El sector salud se subdivide en tres sub-sectores: el público, a cargo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS); el de seguridad social, a cargo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), también existen Sanidad Militar y el instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial; y el privado que se divide en lucrativo (hospitales y clínicas comerciales, y seguros) y no lucrativos (iglesias, ONGs, etc.). Cada sub sector cuenta con su propia estructura, personal, instalaciones, financiamiento y servicios, sin existir entre ellos ni coordinación ni cooperación, lo que ha producido un sector fragmentado, duplicación de servicios, vacíos de atención, despilfarro, subutilización de insumos, etc. Existe, además, un centralismo administrativo considerable tanto en el MSPAS y el ISSS.

3.2. Caracterización Generalizada de La Salud.

El análisis anterior de los problemas socio-sanitarios en El Salvador demuestra que:

- b. El Salvador se coloca entre los países de la región con indicadores más bajos, por ejemplo, incidencia de pobreza, analfabetismo, cobertura de seguridad

- social, esperanza de vida, camas de hospitales; las excepciones son médicos por 10,000 y mortalidad infantil (pero ésta dependiendo de los estimados);
- c. Las principales causas de morbilidad y mortalidad son las enfermedades del subdesarrollo;
 - d. El predominio de los sectores informal y agrícola resulta en una muy reducida cobertura de salud por parte de la seguridad social;
 - e. Alrededor de la mitad de la población que se enferma no busca atención de salud y, entre los que se atienden, la mitad lo hacen en el MSPAS y solo el 14% en el ISSS.
 - f. La asignación del gasto de salud es inadecuada en relación con el perfil de salud, puesto que solo entre 12% y 33% de dicho gasto se dedica al primer nivel de atención; el gasto está además distribuido de manera inequitativa, así 21% corresponde al MSPAS que debe atender al 80% de la población, por lo que su gasto per cápita es un quinto del gasto del total salud;
 - g. La disponibilidad de camas hospitalarias es extremadamente baja y tiene una razón superior en el ISSS que en el MSPAS; por otra parte, la disponibilidad de médicos es adecuada y creciente, pero su razón en el MSPAS es un tercio de la del ISSS; el porcentaje de ocupación hospitalaria del MSPAS es alto y creciente, pero los del ISSS y Sanidad Militar son bajos, y el promedio de días de estancia es bajo y muestra una tendencia decreciente;
 - h. Es necesario el gasto y los recursos de salud a favor de la prevención, el primer nivel de atención, la mujer embarazada y el niño (extender la cobertura del ISSS a los adolescentes), las zonas rurales y el sector urbano informal.
 - i. Según una encuesta de opinión realizada en 1998, el 92% de los entrevistados manifestó que era necesario reformar la organización y funcionamiento del sector salud salvadoreño.

3.3 Perfil de Los Sistemas de Salud¹⁶

¹⁶ Perfil de Los Sistemas de Salud de El Salvador, Monitoreo y Análisis de Los Procesos de Cambio y Reforma, Organización Panamericana de la Salud, Tercera Edición, Diciembre, 2006

- El perfil de morbilidad del país básicamente se ha mantenido durante el período 1990-2005, siendo las enfermedades infecciosas las predominantes, principalmente las infecciones relacionadas al aparato respiratorio y digestivo, que son padecidas en su mayoría por la población más vulnerable: niños menores de 5 años y adultos mayores; sin embargo a partir del quinquenio de 1995 y 1999, se observa el apareamiento de la hipertensión arterial en la sexta posición y otras enfermedades de tipo crónico-psicosomáticas relacionadas al aparato digestivo como: gastritis, gastroenteritis, colitis y gastroduodenitis, presentándose en la población mayor de 30 años.
- Existen otras enfermedades tales como: dengue y paludismo (transmitidas por vectores), la tuberculosis y el VIH/SIDA, conjuntivitis hemorrágica y cólera, que son prioritarias para la vigilancia epidemiológica por su alto grado de transmisibilidad, que afectan a grandes grupos poblacionales en poco tiempo, y ocasionan un aumento abrupto de la demanda y saturación de los servicios de salud, con su consecuente consumo y rápido agotamiento de la capacidad instalada.
- En el comportamiento de la mortalidad general, se encuentra una diferencia marcada en relación a la morbilidad, en donde aparecen, en el periodo de 1995 a 1999, dentro de las primeras 10 causas de muerte, la insuficiencia renal crónica y los accidentes cerebro vasculares, mientras que la infección intestinal es la causa principal de muerte en este mismo período.
- En el periodo 2000 al 2005, toman un lugar preponderante la Diabetes Mellitus, los cánceres (Leucemia, Linfoma, Tumores, síndromes neoplásicos) y el SIDA. Las causas de mortalidad que persisten, dentro de las diez primeras, en todos los quinquenios son las afecciones originadas en el período perinatal, especialmente las septicemias y prematuridad; las afecciones del aparato respiratorio como bronquitis, neumonías y bronconeumonías; las enfermedades isquémicas del corazón e infartos agudos del miocardio.

3.4 Sistema de Bienestar Magisterial

El Ministerio de Educación (MINED) creo la **Dirección de Bienestar Magisterial** con los objetivos y funciones siguientes: en primer lugar satisfacer las aspiraciones del Magisterio Nacional en cuanto a Bienestar personal y gremial, y atender oportunamente los problemas personales planteados por los maestros.

Con la atención medico hospitalaria que ANTEL, proporcionaba estaba centralizada en San Salvador y esto provoco serias dificultades al maestro que acudía en busca de atención medica desde lugares distantes ; ante esta dificultad y las exigencias del maestro, Bienestar Magisterial gestiono nuevamente los hospitales de Santa Ana, Sonsonate, la Paz, Chalatenango, y Usulután , posteriormente el servicio se extendió a Cabañas, Morazán, San Miguel y La Unión, en la actualidad este servicio se proporciona en todos los departamentos prestando los siguientes servicios: Consulta general y especializada, Atención farmacológica, Servicio de laboratorio, Asistencia económica, Subsidio por enfermedad, Administración del seguro de vida.

Los servicios médicos hospitalarios y los beneficios de subsidio a los docentes del sector público y su grupo familiar, que han estado bajo la responsabilidad del Ministerio de Educación, se han venido brindando por medio de la Dirección Nacional de Bienestar Magisterial de dicha Secretaría de Estado. La creación de tal institucionalidad se ha justificado en base a la Ley de Servicios Médicos y Hospitalarios para el Magisterio, emitida mediante Decreto Legislativo No. 588, de fecha 22 de febrero de 1968, publicado en el Diario Oficial No. 41, Tomo No. 218, del 28 de ese mismo mes y año, y a la Ley de Asistencia del Magisterio Nacional, emitida mediante Decreto Legislativo No. 379, de fecha 6 de julio de 1971, publicado en el Diario Oficial No. 131, Tomo No. 232, del 18 de ese mismo mes y año.¹⁷ De ahí en adelante, se produce la evolución del sistema en una dirección de menor a mayor beneficio y de ampliación de la cobertura e inclusión del grupo familiar del docente (hijos solteros y cónyuge), así como las regulaciones administrativas que determinaron la subvención del mismo con

¹⁷ Ley del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial 2007, 2do. Considerando, Pág.2

las cotizaciones de los profesores y con la contraparte que debía aportar el Estado a través del Ministerio de educación.

Muchos de estos logros se debieron a procesos largos de negociación entre el sector magisterial organizado, principalmente los agremiados en la Asociación Nacional de Educadores de El Salvador (Andes 21 de Junio), la gremial más antigua, y los distintos funcionarios en turno que estuvieron a cargo del Ministerio de Educación.

La Gestión del Riesgo¹⁸

El BM tiene afiliado una cohorte relativamente grande, que se compone de todos los maestros del sector público en servicio activo y los respectivos miembros del grupo familiar. Aún cuando la afiliación depende del estado de salud de los solicitantes, dado que tienen que cumplir los requisitos del Ministerio de Educación para entrar en el servicio escolar, el BM no aplica ninguna clase de selección de riesgo activa, ni puede rechazar la afiliación de derechohabientes con enfermedades crónicas u otra clase de alto riesgo de salud. El esquema asegurador tampoco no corre el riesgo de que las personas se afilien sólo en el momento de presentar una enfermedad, dado que este proceso depende únicamente del momento de ingresar al servicio docente público, que suele darse a una edad relativamente joven.

Pacientes Crónicos

Entendemos como pacientes crónicos, aquellos que por tipo o el estado avanzado de su enfermedad requieren tratamiento medico permanente y especializado.

En el caso del magisterio las diez primeras causas de enfermedades crónicas en usuarios del programa de salud que se reconocen se describen a continuación, según el orden de más a menos casos:¹⁹

¹⁸ -Holst Jens: Proyecto Sectorial “Seguros Sociales de Salud en países en vías de desarrollo”; Evaluación de Bienestar Magisterial en El Salvador con la Metodología *InfoSure* San Salvador, 2003.

¹⁹ Fuente: sistema de administración de Pacientes Crónicos en Línea. 16 de Abril de 2007.

Hipertensión arterial esencial, Enfermedades respiratorias crónicas, Diabetes tipo II, Dislipidemia, Síndrome dispéptico y Gastritis, Enfermedades psiquiátricas, Alteraciones hipotalámicas y tiroideas, Patologías oftalmológicas crónicas, Síndromes convulsivos y mal de parkinson, Patologías ginecológicas crónicas y climaterio.

4. Estrategia Metodológica

4.1 Tipo de estudio

Se propone como metodología la investigación Inductiva Hipotética, que se enmarca en el tipo de investigaciones cualitativa, que implica entre otras cosas, analizar el proceso de tratamientos médicos a que son sometidos los usuarios de bienestar magisterial que adolecen de enfermedades crónicas.

Nos planteamos la utilización del Método Inductivo Hipotético, porque nos permite entrar en una relación directa entre el investigador y el sujeto investigado, es decir esto nos permite hacer una reflexión de la problemática desde los actores.

Nuestro interés es estudiar cuales son las enfermedades crónicas que adolecen los maestros y maestras a través de las distintas enfermedades, y que tipo de atención especializada, medicamentos y hospitalización que se les está proporcionando el Instituto de Bienestar Magisterial, para tratar sus enfermedades, lo cual nos llevara a la comprensión de dicho fenómeno.

La metodología estará encaminada a buscar la percepción que tienen los pacientes crónicos usuarios del Instituto de Bienestar Magisterial, los cuales serán identificados en las clínicas de los Médicos de Familia.

Los Médicos de Familia también serán entrevistados para conocer su punto de vista profesional, además, se tratara de entrevistar a personas conocedoras del tema, que puedan dar su punto de vista.

5. Plan de análisis

Para recopilar los puntos de vistas señalados, utilizaremos la técnica de la entrevista enfocada.

El procesamiento de las entrevistas se realizara, digitando cada una, con procesador de texto, luego con los archivos, utilizar un soft ware cualitativo, para proceder a realizar el análisis.

6. Resultados Esperados

Con él presente estudio se pretende establecer como perciben los y las usuarias la atención medica a sus padecimientos crónicos y verificar cual es la efectividad de los tratamientos médicos a los que son sometidos.

Se espera sistematizar el conjunto de las expectativas que tienen los profesores de cara a la reforma del Sistema del Bienestar Magisterial, Evaluar los resultados del Instituto de Bienestar Magisterial creado en el mes de Mayo del 2008.

Los resultados estarían enfocados en lograr interpretar el fenómeno de estudio de tal manera que sea posible diseñar un perfil de propuesta que eleve la calidad de la atención a personas con enfermedades crónicas.

8. Cronograma

ACTIVIDADES TIEMPO	MES 1				MES 2				MES 3				MES 4				MES 5				MES 6			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Semanas																								
Selección del tema																								
Elaboración del proyecto																								
Presentación del Proyecto																								
Elaboración de Instrumentos de recopilación de datos.																								
Trabajo de campo (recopilación de datos)																								
Elaboración del informe																								
Presentación del informe																								

9. Presupuesto y Financiamiento

No	RUBRO	CANTIDAD	PRECIO	TOTAL	Mes1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5
1	Papelería y otros		\$30	\$30					
2	Grabadora Digital	1	\$125	\$125					
3	Honorarios de Investigadores Asociados* ²⁰	2(x mes)	200	\$2,000	400	400	400	400	400
4	Transporte y viáticos			\$400	100	100	100	100	
5	Digitadores		\$175	\$175					
	Total			\$2,730					

²⁰ El estudio será autofinanciado, estos honorarios solo representan un costo proyectado, en caso de que el proyecto, tuviese financiamiento, externo.

10. Referencias

-Asamblea Legislativa de El Salvador Unidad de Análisis: “Análisis de la Situación del Programa de Bienestar Magisterial: *Francisco Alberto Jovel, director de la investigación*, enero 2005”

-Censo diario de consulta Médicos de Familia, documentos Bienestar Magisterial, 2007.

-Holst Jens: Proyecto Sectorial “Seguros Sociales de Salud en países en vías de desarrollo” Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GMBH. Evaluación de Bienestar Magisterial en El Salvador con la Metodología *InfoSure* San Salvador, 2003

-Ley del Instituto de Bienestar Magisterial, Asamblea Legislativa de El Salvador, mayo de 2008.

- Organización Panamericana de la Salud: Perfil de los Sistemas de Salud El Salvador: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma, Tercera Edición, Diciembre, 2006, Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente, Organización Panamericana de la Salud Perfil del Sistema de salud de El Salvador 2000-, Washington, D.C: OPS, © 2007. ISBN 978 92 75 32840 8

- Programa de Salud del Sector Docente y su Grupo Familiar, Administrado por la Dirección de Bienestar magisterial, Presentación para Gremios, 2007, Ministerio de Educación.

- R. Flores y O. Pastore “Diagnostico: Sobre la Calidad de la Atención del Sistema de Bienestar Magisterial”, UES, abril de 2008.

- La prensa Grafica, Revista Dominical 11 de mayo 2008, “Huelga de 1968”, año CXIII, No. 32,642, San salvador, El Salvador, C.A.