



Población y Salud en Mesoamérica

E-ISSN: 1659-0201

revista@ccp.ucr.ac.cr

Universidad de Costa Rica

Costa Rica

Montero Mendoza, Elda

Control de Diabetes mellitus e hipertensión arterial en personas afiliadas al Seguro Popular. El caso
de habitantes de las localidades rurales en Tabasco, México

Población y Salud en Mesoamérica, vol. 12, núm. 1, julio-diciembre, 2014, pp. 1-15

Universidad de Costa Rica

San José, Costa Rica

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44631280007>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Población y Salud en Mesoamérica

Revista electrónica publicada por el
Centro Centroamericano de Población,
Universidad de Costa Rica, 2060 San José, Costa Rica
<http://ccp.ucr.ac.cr>

Población y Salud en Mesoamérica

Revista electrónica semestral, ISSN-1659-0201

Volumen 12, número 1, artículo 6

Julio -diciembre, 2014

Publicado 1 de julio, 2014

<http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

Control de Diabetes mellitus e hipertensión arterial en personas afiliadas al Seguro Popular. El caso de habitantes de las localidades rurales en Tabasco, México

Elda Montero Mendoza



Protegido bajo licencia Creative Commons
Centro Centroamericano de Población

Control de Diabetes *mellitus* e hipertensión arterial en personas afiliadas al Seguro Popular. El caso de habitantes de las localidades rurales en Tabasco, México

*Elda Montero Mendoza*¹

RESUMEN

En este artículo se presentan los resultados de un estudio cuyo objetivo fue conocer la atención que se brinda en las clínicas del primer nivel a personas que tienen un diagnóstico de diabetes mellitus o de hipertensión arterial y que cuentan con Seguro Popular. Participaron habitantes de tres localidades del municipio de Nacajuca, Tabasco con menos de 1,200 habitantes y 98,4% en hogares indígenas. Se realizó una encuesta de hogares; entrevistas abiertas y pláticas informales con autoridades municipales y médicos alópatas. A través de la encuesta se obtuvo información completa de 328 hogares donde se identificó a 107 personas con una enfermedad crónica, 79,4% de ellas afiliadas al Seguro Popular. Las principales enfermedades reportadas son diabetes *mellitus* trastornos de la visión e hipertensión arterial. La mayoría de las personas entrevistadas (73,2%) acude al control de estas enfermedades a la clínica institucional que se ubica en o cerca de su localidad de residencia. Sin embargo, mencionan que esta cita de controles tiene un requisito a cumplir. En las clínicas de salud no se siguen los procedimientos normados y existe desabasto de medicamentos específicos, por lo que las personas entrevistadas siguen diversas estrategias para adquirir los medicamentos. Se concluye que el tratamiento y control de la hipertensión arterial y de la diabetes *mellitus* se contemplan en los servicios que otorga el Seguro Popular; sin embargo, existen deficiencias en el cumplimiento de lo normado oficialmente. Se sugiere que los tomadores de decisiones públicas en salud otorguen la importancia que merece el primer nivel de atención médica en la atención de las enfermedades crónicas.

Palabras clave: servicios de salud, hipertensión arterial, diabetes mellitus, comunidades rurales, Nacajuca, Tabasco

Fecha de recibido: 14 enero del 2014

Fecha de aprobado: 17 marzo del 2014

Fecha de corregido: 8 abril del 2014

¹Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. MÉXICO. eldamontero@yahoo.com

***Control of Diabetes mellitus and hypertension in people affiliated to the Seguro Popular.
The case of residents of rural towns in Tabasco, Mexico***

ABSTRACT

This article discusses the results of a study designed with the objective to know about the attention that receive at a first level clinics the persons with a diagnosis of diabetes mellitus or hypertension and *Seguro Popular* insurance. Methodology: The study was in three towns of Nacajuca, Tabasco, México with less than 1,200 inhabitants and 98.4 per cent in indigenous households. The information was gathered from a survey of households; open interviews and informal talks with municipal authorities and allopathic physicians. Through the survey was obtained complete information of 328 households; 107 personas with a chronic disease, 79.4% of them affiliated to the *Seguro Popular*. The main reported diseases are diabetes mellitus disorders of vision and hypertension. The majority of those interviewed (73.2%) goes to the control of these diseases to the institutional clinic located in or near their town of residence. However, they mention the control as a requirement to meet. Regulated procedures are not followed in health clinics and there is shortage of specific medications so the persons follow various strategies to acquire the drugs. Conclusions: the treatment and control of hypertension and diabetes mellitus is covered by the catalogue of services that gives the *Seguro Popular*. Notwithstanding there are deficiencies in compliance with the regulated officially. It is suggested that the public decision-makers in health grant the importance that deserves the first level of health care in the care of chronic diseases.

Keywords: health services, hypertension, diabetes mellitus, rural communities, Nacajuca, Tabasco

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles son un problema de salud pública en el ámbito mundial; la Organización Mundial de la Salud reporta que 90,0% de las defunciones por alguna de estas enfermedades ocurren en países de ingresos medios y bajos (OMS, 2013). En el caso específico de México, en el 2011 las cardiopatías isquémicas, la diabetes mellitus y los tumores malignos ocuparon los tres primeros lugares como causa de muerte. La diabetes mellitus representó en el ámbito nacional 11,7% y 16,3% del total de defunciones en hombres y en mujeres, respectivamente. En el mismo año, en el estado de Tabasco, esta enfermedad ocupó el primer lugar como causa de defunción en mujeres y el segundo lugar en hombres: 19,7% y 12,7% respectivamente (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2011).

En México el Sistema Nacional de Salud se integra por: (1) las instituciones de seguridad social bajo el régimen de cuotas obrero-patronales donde la afiliación depende de la condición laboral; (2) la medicina privada y (3) el Seguro Popular de Salud. Este último se establece en el sexenio 2000-2006 para las personas que no tienen la posibilidad de acceder a una institución de seguridad social, o bien, para quienes no tienen capacidad económica para comprar un seguro médico privado. Los objetivos principales del Seguro Popular son garantizar la cobertura universal de salud a la

población mexicana; reducir la brecha entre familias derechohabientes a la seguridad social y quienes carecen de esta prestación; crear un fondo de protección contra gastos catastróficos y la disminución del pago de bolsillo por gastos en salud² principalmente el que se destina para la compra de medicamentos y consultas médicas. Los servicios del Seguro Popular se ofrecen con la infraestructura de los servicios estatales de salud. De esta forma el Gobierno Federal a través de la Secretaría de Salud espera beneficiar a las personas afiliadas, especialmente a aquellas con bajos ingresos económicos (Secretaría de Salud, 15 de marzo del 2002). El Seguro Popular contempla la atención de las enfermedades desde el primer al tercer nivel de atención médica en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (Gobierno Federal de México, 2012). En congruencia con los objetivos del Seguro Popular la Secretaría de Salud enfatiza la necesidad de garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a través del suministro de medicamentos e insumos así como de fortalecer la infraestructura y el equipo médico para atender en su lugar de origen a las personas que demandan atención médica (Secretaría de Salud, 2007).

Con el surgimiento del Seguro Popular se observan cambios en las estadísticas de salud. El Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) incluye, a partir del censo de población y vivienda 2005, como población derechohabiente a quienes se encuentran afiliados a una institución de seguridad social o al Seguro Popular y a quienes cuentan con un seguro médico privado (INEGI, 2005; 2010a; 2010b). Es conveniente mencionar que este último no incluye beneficios que brindan las instituciones de seguridad social por ejemplo, aseguramiento por riesgos de trabajo, enfermedad, maternidad, invalidez y jubilación, entre otros.

En su informe sobre Pobreza en México, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2012a) reporta con base en datos censales, que entre 2006 y 2011 se observó una reducción de la carencia de acceso a los servicios de salud secundaria en buena medida al avance de cobertura del Seguro Popular. En el mismo informe se reporta que es esta la carencia que disminuyó de manera más pronunciada entre las consideradas para la medición de la pobreza. Por ejemplo, en el estado de Tabasco la población sin derechohabiencia a servicios de salud pasó de 69,5% en el 2005 a 25,2% en el 2010. Este descenso se debe en buena medida al número de personas afiliadas al Seguro Popular: 61 de cada 100 habitantes (INEGI, 2005, 2010a).

La detección, el diagnóstico y el tratamiento oportunos de la Diabetes mellitus (DM) y de la hipertensión arterial (HTA) se incluyen en el Catálogo Único de Servicios del Seguro Popular (Gobierno Federal de México, 2012), con la garantía del acceso a las diferentes acciones desde la detección hasta el abastecimiento de los medicamentos específicos, desde el primer hasta el tercer nivel de atención médica. El objetivo de este artículo es analizar y reflexionar acerca de la atención que reciben por parte de las clínicas institucionales del primer nivel de atención, las personas con un diagnóstico de DM o bien de HTA y que se encuentran afiliadas al Seguro Popular.

1.1 Contexto del área de estudio

El estado de Tabasco, se localiza en el sur de la República Mexicana, cuenta con 2 238,6032 habitantes de los cuales 3,0% habla una lengua indígena. Los municipios con mayor presencia de población indígena son Tacotalpa (19,0%) y Nacajuca (14,5%). Las lenguas indígenas que se hablan en el estado son Chontal de Tabasco y en menor medida Chol, Tzeltal y Tzotzil, estos últimos migrantes del estado de Chiapas (INEGI, 2010a).

2 El gasto de bolsillo es el total de desembolso económico que hace un hogar para recibir atención médica. Incluye los gastos que se relacionan en forma directa con la atención así como aquellos que son necesarios para acceder a dicha atención (OMS, 2003).

El municipio de Nacajuca se ubica a 26 kilómetros de Villahermosa, ciudad capital de Tabasco y cuenta con 73 localidades, en 15 de ellas más del 40,0% de la población habla la lengua Chontal de Tabasco. El porcentaje de monolingüismo en el municipio se calcula en 0.14% (INEGI, 2010a). El municipio de Nacajuca se clasifica con un grado de marginación bajo (Consejo Nacional de Población, 2010), sin embargo, al interior del mismo se observan diferencias en los indicadores sociales. Observe en el cuadro 1 que en las localidades del estudio el porcentaje de población analfabeta es tres veces mayor que el que se reporta para el estado de Tabasco y 2.5 veces más alto que la media municipal. Asimismo, el porcentaje de población derechohabiiente es superior a la media estatal y municipal debido al número de personas que se encuentran afiliadas al Seguro Popular.

Las localidades que se incluyen en el estudio se comunican con la cabecera municipal por una carretera pavimentada y los habitantes cuentan con el servicio de transporte público regular de camionetas Van, taxis colectivos y mototaxis para trasladarse entre otras actividades, a las clínicas disponibles en la región y a la cabecera municipal cuando desean consultar en la medicina privada, el hospital regional o bien en las farmacias de medicamentos genéricos conocidas en la región como *Farmacias Similares*.

2. METODOLOGÍA

Los resultados que se presentan en este trabajo forman parte de un proyecto de investigación más amplio que se realizó con el objetivo de conocer la atención que ofrece el Seguro Popular a habitantes indígenas de áreas rurales en las clínicas institucionales del primer nivel de atención médica.

En la selección de las localidades se listaron en primer lugar las 73 localidades del municipio de Nacajuca (INEGI, 2010a), se obtuvo el porcentaje de personas de cinco años y más que habla una lengua indígena así como el porcentaje de población en hogares indígenas. Se eligieron las localidades que cumplieran con los siguientes criterios: menos de 1,200 habitantes; 80% y más de población de cinco años y más que hablen lengua indígena y con 80% y más de población en hogares indígenas. Cinco de las 73 localidades cumplían con estos criterios, una de ellas con clínica local. Se eligió la localidad con clínica y en forma aleatoria dos de las cuatro restantes.

Como parte de la ética de la investigación, al inicio del trabajo de campo se solicitó autorización a representantes municipales para visitar las localidades y permanecer en ellas durante todo el desarrollo de la investigación. Antes de realizar una entrevista se informó a cada persona la participación voluntaria, la garantía del anonimato y del uso exclusivamente académico de la información.

Se realizó el trabajo de campo durante los meses de octubre a diciembre del 2012 y de enero a mayo del 2013. Para recabar la información se usaron técnicas cuantitativas y cualitativas. Las primeras incluyen revisión de fuentes secundarias como censos e informes de organismos gubernamentales y una encuesta de hogares en las tres localidades seleccionadas.

Las técnicas cualitativas incluyen observación, pláticas informales con habitantes de las localidades; entrevistas a médicos pasantes y a personas con DM e HTA. Se diseñaron los instrumentos para recabar la información, una prueba piloto de donde derivaron las adecuaciones necesarias y los instrumentos finales. En el levantamiento de la encuesta participaron la responsable del proyecto y dos pasantes de la licenciatura de nutrición. Se visitaron todas las viviendas de las tres localidades seleccionadas y con el apoyo de un cuestionario se identificó en los hogares a personas con el antecedente de diagnóstico de una enfermedad crónica; condición de derecho habiencia a alguna institución de seguridad social y de afiliación al seguro popular y las opciones de uso más frecuente

para atender las enfermedades. Además, a partir de preguntas abiertas se exploraron los principales motivos de uso y de no uso de la clínica institucional de salud disponible (primer nivel de atención). En total se visitaron 328 hogares, en 73 de ellos se identificó a 107 personas con alguna enfermedad crónica.

Al concluir la encuesta de hogares, la responsable del proyecto solicitó a las 107 personas una entrevista personal y recabó información acerca de aspectos socioeconómicos, condición de hablantes de lengua indígena; apoyo de programas sociales gubernamentales y el lugar donde lleva el control de su enfermedad. A partir de estas entrevistas se surgieron aspectos en el control y seguimiento de la enfermedad que necesitaban explorarse con más profundidad. Se solicitó a personas con DM e HTA su colaboración para una entrevista abierta. Se realizaron en total 17 entrevistas al llegar a la saturación de la información.

El análisis de la encuesta se hizo con el apoyo del programa SPSS. Las entrevistas y las notas en el diario de campo se transcribieron en Word, se realizó la lectura del contenido y se identificaron categorías para su análisis.

3. RESULTADOS

3.1 Población entrevistada

A través de la encuesta se visitó un total de 328 hogares donde se identificó a 107 personas con alguna enfermedad crónica; 47 (43,9%) hombres y 60 (56,1%) mujeres. Las principales enfermedades reportadas fueron diabetes mellitus 24 (22,4%); trastornos de la visión 22 (20,6%); e hipertensión arterial 17 (15,9%). El número de personas que reportan trastornos de la visión aumenta a 26 cuando se suman aquellas que tienen además un diagnóstico de diabetes mellitus o de hipertensión arterial (Cuadro 2).

En los objetivos del estudio no se incluyó caracterizar en forma individual las principales complicaciones de las enfermedades crónicas, así como tampoco proponer a la población procedimientos clínicos, de laboratorio o de gabinete para el diagnóstico de posibles complicaciones a las enfermedades crónicas tales como retinopatías o insuficiencia renal, por nombrar dos. Sin embargo, se reporta en el presente artículo por considerarlo importante desde el punto de vista social, clínico y epidemiológico. Se reportó además a autoridades de la Secretaría de Salud en una reunión de transferencia de resultados de la investigación. A continuación se enfoca la atención únicamente en las personas que reportaron DM o bien HTA.

3.2 Personas con Diabetes mellitus e Hipertensión Arterial

En total se identificó a 41 personas con DM o con HTA. En el Cuadro 3 se presentan las características sociodemográficas de estas personas. Observe que las actividades económicas de las personas entrevistadas es el empleo informal. La cestería es una actividad tradicional del municipio de Nacajuca que para la mayoría de las mujeres entrevistadas se considera como una actividad secundaria que realizan “mientras descansan” y es un complemento para el ingreso familiar.

La fuente de ingresos económicos adquiere importancia en el presente estudio desde el momento en que, en México la condición laboral se asocia con la oportunidad para ser derechohabiente de alguna institución de seguridad social bajo el régimen contributivo financiado por cuotas obrero-patronales. Únicamente once de las 41 personas con DM o HTA (3 hombres y 8 mujeres) son derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o bien al Instituto de Seguridad Social del estado de Tabasco (ISSET). Todas las mujeres de este grupo son conyugues o madres

del trabajador, titular del seguro. El resto (30 personas) se encuentra afiliada al Seguro Popular. En resumen, y específicamente en el tema central de este artículo, la mayoría de la población que participó en el estudio depende de los servicios del Seguro Popular al momento de decidir la atención de una enfermedad en alguna institución de salud.

3.3 Control de Diabetes mellitus e hipertensión arterial y primer nivel de atención médica

La Secretaría de Salud otorga el primer nivel de atención médica a los habitantes de las localidades rurales independientemente de su condición de derecho habencia. Las personas que solicitan los servicios de las clínicas acuden caminando (15-20 minutos en promedio), o bien, en mototaxis (cinco minutos de viaje con un costo de \$5,00MXN (0.40 dólar) por persona. El personal que atiende estas clínicas es el mismo que existía antes de que se instituyera el Seguro Popular, es decir, un médico pasante en servicio social y una enfermera. Los días y horarios de atención son de lunes a viernes, de 8 a 16 hrs. posteriormente cierran la clínica, el médico se retira de la localidad y regresa al día siguiente. La consulta se realiza en español. En dos de las tres localidades se presentaron dificultades durante las entrevistas para la comunicación en español con mujeres de mayor edad por lo que fue necesario el apoyo de un o una traductora a la lengua indígena.

De acuerdo con uno de los médicos pasantes entrevistados, enfrenta dificultades para atender a las mujeres de mayor edad, sobre todo cuando llegan sin acompañante y no se encuentra en la clínica una persona voluntaria que le ayude con la traducción Chontal-español-Chontal. En la tercera localidad, la promotora de salud y la enfermera mencionaron que no existe el problema de la barrera lingüística en los servicios de salud que se ofrecen lo cual se constató por observación durante las visitas a las clínicas y a través de las entrevistas en los hogares de esta localidad.

La mayoría de las personas afiliadas al Seguro Popular (73,2%) acude a la clínica local para su control por DM o HTA (cuadro 4). Respecto a las personas derechohabientes a la seguridad social y que llevan el control de su enfermedad en la clínica de la Secretaría de Salud, mencionaron que acuden ahí para cumplir con un requisito de corresponsabilidad con el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades y/o al Programa de Pensión para Adultos Mayores³ (Secretaría de Desarrollo Social, 30 de diciembre de 2013; 29 de diciembre de 2013). En voz de una de las mujeres entrevistadas:

“me afilié al Seguro Popular porque llegó un papel de Oportunidades donde decían que teníamos que afiliarnos, teníamos que asegurarnos, pero el Seguro Popular, a veces cubre y otras no” (Amelia, 68 años, con DM, con Seguro Popular).

Los médicos entrevistados mencionaron que cuando una persona no asiste a su cita de control la enfermera realiza una visita domiciliaria para conocer el motivo de la inasistencia así como para informar de los riesgos y complicaciones si se abandona el tratamiento. Durante el trabajo de campo se observó que la visita domiciliaria se facilita en las localidades en el estudio (con menos de 1,200 habitantes) ya que las enfermeras conocen a la mayoría de los habitantes.

³ El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades y el Programa Atención a Adultos Mayores son programas sociales gubernamentales vigentes en México bajo la responsabilidad de la Secretaría de Desarrollo Social. Las personas beneficiarias tienen obligaciones de corresponsabilidad para recibir el apoyo económico que se les brinda entre las que se incluye acudir a una cita periódica a la clínica institucional del primer nivel de atención médica que se les asigne. Cuando no cumplen con el requisito de la cita periódica se les da de baja en el programa y se les retira el apoyo económico (Secretaría de Desarrollo Social 2013a; 2013b).

Hasta el momento, y únicamente con el análisis de los datos cuantitativos se puede afirmar el éxito en la continuidad del control de las personas con DM e HTA en las clínicas institucionales del primer nivel de atención disponibles para los habitantes de las tres localidades. Sin embargo, existen diferencias entre el uso y la calidad de ese control como queda en evidencia cuando se analiza la información cualitativa. Las personas entrevistadas coincidieron en mencionar que la consulta de rutina para el control de estas enfermedades se limita a medir la tensión arterial, el peso y la glicemia capilar en el caso de las personas con DM. No existe un control metabólico regular y el antecedente de valoración especializada por el oftalmólogo. Otro aspecto importante es la irregularidad en el abasto de medicamentos, por lo que el médico extiende una receta para que los adquieran con recursos propios. La forma como resuelven estas personas el problema de la falta de medicamentos queda plasmada en los siguientes testimonios:

“El seguro popular no apoya, me quedo sin el medicamento para el control de la diabetes, entonces para nada está la clínica. Cuando me toca checarme el azúcar es una cola grande y yo en ayunas, la doctora llega hasta las ocho, ocho y media y nosotros como diabéticos en ayunas. Ahorro mis centavitos y me checo el azúcar en particular, ¿para qué voy a madrugar?” (Catalina, 63 años, DM; con Seguro Popular).

“He tenido que comprar mi medicamento en la farmacia en Nacajuca. Tengo Adultos Mayores, me dan \$500.00 al mes, de ese dinero compro mi medicina porque no quiero quedarme sin tomarla. Me afilié al Seguro Popular por consejo de mi esposa, es bueno porque si no tengo dinero, voy al centro de salud y no tengo que pagar mi consulta” (José Juan, 74 años, con HTA, con Seguro Popular).

“Me afilié al Seguro Popular porque me dijeron en el centro de salud que de lo contrario, me cobrarían la consulta, y es cierto, no pago la consulta. Es bueno tener el Seguro porque si se presentara una enfermedad grave, no me cobrarían, aunque hasta la fecha [y *de acuerdo con su percepción*] no he tenido que usarlo” (Siomara; 43 años, DM, Seguro Popular).

“Los análisis de laboratorio me los hacen únicamente cuando se me altera el azúcar. Me he quedado sin medicamentos hasta un mes por no tener dinero para comprarlos. Los niños están en la escuela” (Margarita, 40 años, DM, Seguro Popular).

A pesar del número pequeño de personas derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social, dos de las tres personas entrevistadas acuden al control de su enfermedad a la clínica de adscripción que se localiza en la ciudad de Jalpa de Méndez, a 15 minutos en transporte público. Estas personas, entrevistadas en forma independiente, coincidieron en mencionar que no les ha faltado el medicamento específico y que en forma periódica se realizan exámenes de laboratorio. Una situación diferente viven las personas adscritas al ISSET y en este caso se debe principalmente a que la clínica de adscripción se localiza en la ciudad de Villahermosa. La mayoría de estas personas (62,5%) lleva el control de su enfermedad en la medicina privada. De acuerdo con las respuestas usan el servicio del ISSET únicamente en el caso de que se presente una enfermedad grave en la familia.

4. DISCUSIÓN

En México existen procedimientos normados a seguir para el diagnóstico, control y tratamiento de la DM y de la HTA en el primer nivel de atención médica (Secretaría de Salud, 23 de noviembre de 2010; 31 de mayo de 2010. México). Todos estos procedimientos se contemplan en el Catálogo 2012 de enfermedades que cubre el Seguro Popular donde se especifica que el tratamiento de la DM incluye el manejo farmacológico y no farmacológico, la asesoría de un nutriólogo y una interconsulta anual con un médico especialista, además de la valoración de oftalmología para todas las personas que lo requieran (Gobierno Federal de México, 2012). Si se cumpliera lo normado la población tendría garantizados en sus lugares de residencia el control de su enfermedad así como la solicitud de interconsulta especializada.

Desafortunadamente y de acuerdo con los resultados del estudio no sucede de esta forma. El impacto del Seguro Popular en la población mexicana ha sido estudiado por diversos autores (Frenk, 2004; Frenk *et al.*, 2007; Knaul *et al.*, 2005; Galárraga *et al.*, 2010; Danese-dlSantos, 2011) quienes reportan que el Seguro Popular tiene una buena focalización y apoya a las familias que no tienen acceso a los sistemas de seguridad social formal. Sin embargo, estos autores reconocen que existen deficiencias en el desabasto de medicamentos e insuficiente equipamiento de las clínicas para brindar una atención médica de calidad. El desabasto de medicamentos para la DM es un problema que se comparte con otros países latinoamericanos (Vieira *et al.*, 2010; Elorza, Moscoso y Ripari, 2012). Las consecuencias de estas deficiencias tienen efectos biológicos, sociales y económicos muy fuertes precisamente en la población que se debería beneficiar del sistema de Protección Social de Salud.

De los resultados del estudio se hace evidente que la visita periódica de control de la DM y de la HTA se concreta a cumplir con un requisito. No se evalúa el control metabólico y aun cuando el personal médico considera el riesgo al que se exponen estas personas al no tener acceso a un tratamiento farmacológico, no se encuentran en posibilidades de solucionar el problema. Desde la Salud Pública, se agregan las consecuencias de solicitar la cita periódica de control como requisito obligatorio para recibir el apoyo económico de programas sociales gubernamentales sin garantizar la calidad de dicha consulta. Un requisito que se contempló en las normas operativas de los programas sociales desde la perspectiva de la salud pública y como acciones positivas para la población se ha convertido en una obligación que las personas beneficiarias de estos programas tienen que cumplir porque de lo contrario se les retira el apoyo económico. Se resta así valor a las bondades de la prevención y el control.

De esta forma para las personas entrevistadas el Seguro Popular se asocia a la atención de enfermedades graves y como un medio para evitar los gastos que conlleva una urgencia médica, sin embargo, no se contempla el derecho a un servicio médico de calidad en el primer nivel de atención. No se debe pasar por alto que es precisamente este nivel de atención donde se llevan a cabo todas las acciones básicas de la prevención primaria y secundaria que incluye la promoción, protección específica y detección, diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades.

Las enfermedades tienen un componente biológico y otro social. Las personas con antecedentes familiares, inmunodeprimidas, con escasa actividad física y con obesidad o sobrepeso tienen mayor riesgo de presentar enfermedades crónicas entre las que se incluyen la DM y la HTA. Se sabe también que las personas con desnutrición en la infancia y con infecciones frecuentes tienen mayor probabilidad de desarrollar en la edad adulta enfermedades cardiovasculares y DM (OMS, 1985; Phillips, 1998; Ravelli, 1998). Al momento de evaluar el impacto de los programas de prevención y control, es necesario no pasar por alto los determinantes sociales. Organismos gubernamentales e instituciones académicas reconocen la carga social y económica que representan las enfermedades

crónicas para los grupos de población desfavorecidos económicamente (Salinas *et al.*, 2001; Arredondo, 2004; OMS, 2010).

Un aspecto que merece reflexión de los resultados del estudio, es el número de personas que reportaron discapacidad visual o ceguera y que de acuerdo con cifras oficiales es actualmente la segunda causa de discapacidad en México, después de las limitaciones en la movilidad (INEGI, 2010a). Es conocido que la nefropatía y el glaucoma son complicaciones secundarias de la DM (Buchanan, 2002; Laclé y Valero, 2009). En México, y de acuerdo con lo normado por el Seguro Popular se contempla la atención de las discapacidades visuales e inclusive la canalización al especialista en todas las personas con DM o HTA que así lo requieran. Es preocupante que estas normas que se sugieren por un equipo de expertos en la materia no se lleven a la práctica.

5. CONCLUSIONES

Es indudable que el Seguro Popular en México es una propuesta positiva por parte del Gobierno Federal, sin embargo, al momento de llevar a operación lo normado se presentan deficiencias que merecen atención. En el actual modelo de atención institucional en México se hacen evidentes las consecuencias del abandono de los principios de la salud pública en los tres niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria). Las personas con un diagnóstico de Diabetes mellitus e hipertensión arterial pagan un costo alto tanto en el aspecto biológico como social. Se sugiere a quienes toman decisiones en salud vigilar que se cumpla con lo normado y lo que se establece en las reglas operativas de los programas de salud.

6. REFERENCIAS

- Arredondo, A. (2004). Economic consequences of epidemiological changes in Diabetes in Middle-Income Countries: The Mexican Case [Consecuencias económicas de los cambios epidemiológicos en la diabetes en los países de ingresos medios: El caso de México]. *Diabetes Care*, 27(1), 104-109.
- Buchanan, TA. (2002). Prevention of Pancreatic Beta-Cell Function and Prevention of Type 2 Diabetes by Pharmacological Treatment of Insulin Resistance in High-Risk Hispanic Women [Prevención de la función pancreática Beta-Cell y prevención de la diabetes tipo 2 por tratamiento farmacológico de la resistencia a la insulina en mujeres hispanas de alto riesgo]. *Diabetes* 51, 2796-2803.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL]. (2012a). *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México 2012*. México: Autor.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL]. (2012b). *Total, indicadores, índices y grado de rezago social según entidad federativa 2000, 2005 /y 2010*. México: Autor.
- Consejo Nacional de Población [CONAPO]. (2010). *Índices de Marginación*. México: Autor.
- Danese-dlSantos, L., Sosa-Rubí, S. G. y Valencia-Mendoza, A. (2011). Analysis of changes in the association of income and the utilization of curative health services in Mexico between 2000 and 2006 [Análisis de los cambios en la relación de los ingresos y la utilización de servicios curativos de salud en México entre 2000 y 2006]. *BMC PublicHealth*, 11, 771.
- Elorza, M.E., Moscoso N.S., y Ripari, N.V. (2012). Evaluación de políticas públicas de provisión de fármacos para diabetes mellitus tipo 2 en Argentina: estudio de caso. *Salud Colectiva*, 8(1), 35-45.
- Frenk, J. (2004). El seguro popular de salud es un instrumento de justicia social. *Salud Pública de México*, 46(06), 549-594.
- Frenk, J., González, E., Gómez, O., Lezana, M. A., y Marie, F. (2007). Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Pública de México*, 49, 23-36.

- Galárraga, O., Sosa-Rubí, S. G., Salinas-Rodríguez, A. y Sesma-Vázquez, S. (2010). Health insurance for the poor: impact on catastrophic and out-of-pocket health expenditures in Mexico [El seguro de salud para los pobres: impacto en los gastos en salud catastróficos y fuera de bolsillo en México]. *The European Journal of Health Economics*, 11, 437–447.
- Gobierno Federal de México. (2012). *Catálogo Universal de Servicios de Salud CAUSES 2012*. México: Comisión Nacional de Protección Social en Salud/Seguro Popular. Recuperado de: <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/contenidos/CAUSES2012.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2005). *Conteo de Población y Vivienda, 2005*. México: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2010a). *Censo de Población y Vivienda, 2010*. México: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2010b). *Marco conceptual del Censo de Población y Vivienda, 2010*. México: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2011). *Causas de mortalidad general Estados Unidos Mexicanos en hombres y mujeres 2011*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/PC.asp?t=14&c=11817>
- Knaul, F., Arreola, H., Méndez, O., y Martínez, A. (2005). Justicia financiera y gastos catastróficos en salud: impacto del seguro popular en México. *Salud Pública de México*, 47(1), S54-S65.
- Laclé, A., y Valero, J. L. (2009). Prevalencia de nefropatía diabética y sus factores de riesgo en un área urbano-marginal de la meseta central de Costa Rica. *Acta Médica Costarricense*, 51(1), 26-33.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1985). *Diabetes mellitus. Report of a WHO study group* [La diabetes mellitus. Informe de un grupo de estudio de la OMS]. Technical Report Series 727. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2003). Household health system contributions and capacity to pay: Definitional, empirical, and technical challenges [Contribuciones al sistema de salud de los hogares y la capacidad de pago: desafíos de definición, empíricos y técnicos]. En Murray, C., y Evans, D. *Health System Performance Assessment* [Evaluación del Desempeño del Sistema de Salud]. Washington, DC.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2010). *Equity Social determinants and public health programmes* [Equidad, los determinantes sociales y los programas de salud pública]. Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2013). Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases [Seguimiento de la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles]. En *Sixty-sixth World Health Assembly* [Sexagésimo sexto período de la Asamblea Mundial de la Salud]. Washington, DC. Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-en.pdf
- Phillips, D. (1998). Birth weight and the future development of diabetes: a review of the evidence [El peso al nacer y el futuro desarrollo de la diabetes: una revisión de la evidencia]. *Diabetes Care*, 21(2).
- Ravelli, A.C., Van Der Meulen, J., Michels, R.P., Osmond, C., Barker, D.J., Hales, C.N., y Bleker, O. P. (1998). Glucose tolerance in adults after prenatal exposure to famine [Tolerancia a la glucosa en adultos después de la exposición prenatal a la hambruna]. *Lancet*, 351(9097), 173-177.
- Salinas, A. M., Muñoz, F., Barraza de León, A., Villarreal-Ríos, E., Núñez-Rocha, G., y Garza-Elizondo, M. E. (2001). Necesidades en salud del diabético usuario del primer nivel de atención. *Salud Pública de México*, 43(4), 324-335.

- Secretaría de Desarrollo Social. (29 de diciembre de 2013). Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Pensión Para Adultos Mayores, para el ejercicio fiscal 2014. *Diario Oficial de la Federación*.
- Secretaría de Desarrollo Social. (30 de diciembre de 2013). Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el ejercicio fiscal 2014. *Diario Oficial de la Federación*.
- Secretaría de Salud (15 de marzo del 2002). Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud. *Diario Oficial de la Federación*.
- Secretaría de Salud. (2007). *Plan Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano, construyendo alianzas para vivir mejor*. México.
- Secretaría de Salud. (23 de noviembre de 2010). *Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus*. *Diario Oficial de la Federación*.
- Secretaría de Salud. (31 de mayo de 2010). Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. *Diario Oficial de la Federación*.
- Vieira, V. M., Gastal, A. C, Facchini, L. A., Piccini, J. X., Tomasi, E., Thumé, E., Silva da Silveira, D., Rodrigues, M., Rodrigues, M., y Dâmaso, A. (2010). Free access to hypertension and diabetes medicines among the elderly: a reality yet to be constructed [El libre acceso a los medicamentos para la hipertensión y la diabetes entre las personas mayores: una realidad aún no construida]. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(6), 1163-1174.

7. AGRADECIMIENTOS

Al Programa de Mejoramiento del Profesorado (PROMEP) por el financiamiento que otorgó al proyecto “Seguro Popular en localidades rurales con población indígena de Tabasco: primer nivel de atención médica” 2012-2013.

8. TABLAS, CUADROS Y FIGURAS

Cuadro 1

Indicadores sociales y económicos 2010. Estatal, municipal y localidades seleccionadas

Indicador	Tabasco	Nacajuca	Localidad 1	Localidad 2	Localidad 3
Grado de rezago social	Medio	Muy bajo	Muy bajo	Bajo	Muy bajo
Grado de marginación social	Alto	Bajo	Alto	Alto	Alto
Población total	2 238 603	115 066	1 094	1 132	350
% Pob. 5 y más que HLI*	3,0	14,5	83,8	95,8	83,0
% Pob. en hogares indígenas	5,3	21,2	98,4	99,9	96,9
% 15 y más analfabeta	7,06	8,8	23,7	22,7	22,1
% Pob. con educación básica incompleta	39,8	34,1	45,9	43,3	41,6
% Pob sin DH	25,2	20,5	20,0	12,8	13,7
% de población DH**	73,5	78,6	79,4	86,2	86,0
% Pob. con Seguro Popular	60,8	60,7	78,4	83,0	88,7

*HLI= Habla una lengua indígena

**DH= Población derechohabiente, incluye Seguro Popular.

Fuente: Índices de marginación social, estimaciones del CONAPO (2010), Censo de Población y Vivienda (2010) e INEGI (2010).

Cuadro 2
Principales enfermedades crónicas según sexo

Enfermedad	Total	Hombres	Mujeres
Total	107	47	60
Diabetes Mellitus	24	8	16
Diabetes Mellitus	21	8	13
Diabetes, HTA	2	0	2
Diabetes mellitus y disminución agudeza visual	1	0	1
	55 (33-93)	55 (36-93)	56 (33-75)
Mediana de edad			
Discapacidad visual o ceguera	22	15	7
Cataratas en uno o en ambos ojos	9	5	4
Ceguera total en uno o en ambos ojos	5	4	1
Pterigión	4	3	1
Disminución de agudeza visual sin dx	3	2	1
Cirugía de la vista sin especificar causa	1	1	0
Mediana de edad	68 (48-90)	72 (52-90)	60 (48-73)
Hipertensión arterial	17	4	13
Hipertensión arterial	14	2	12
Hipertensión arterial y disminución agudeza visual	1	0	1
	1	1	0
Hipertensión arterial y cataratas	1	1	0
Hipertensión arterial y pérdida total de la visión	68 (40-87)	69.5 (45-85)	68 (40-87)
Mediana de edad			
Todas las demás	44	20	24

Fuente: Encuesta Primer Nivel de Atención Médica, Tabasco. DACS/UJAT (2013).

Cuadro 3
Características sociodemográficas de las personas con DM e HTA

Característica	Total	Hombres	Mujeres
Total	41 (100,0)	12 (100,0)	29 (100,0)
Grupo de edad			
30-44	8 (19,5)	3 (25,0)	5 (17,2)
45-59	12 (29,4)	3 (25,0)	9 (31,0)
60-69	10 (24,5)	3 (25,0)	7 (24,2)
70 y más	11 (26,8)	3 (25,0)	8 (27,6)
Estado civil			
Con pareja	34 (82,9)	10 (83,3)	24 (82,8)
Viudo/Viuda	7 (17,1)	2 (16,7)	5 (17,2)
Sabe leer y escribir	20 (48,8)	7 (58,3)	13 (44,8)
Ocupación principal			
Labores domésticas	25 (61,0)	0 (0,0)	25 (86,2)
Campesino (tierra propia)	3 (9,8)	3 (25,0)	0 (0,0)
Jornalero (trabaja para otros)	3 (9,8)	3 (25,0)	0 (0,0)
Artesano/artesana	2 (4,9)	0 (0,0)	2 (6,9)
Empleado comercio	2 (4,9)	2 (17,7)	0 (0,0)
Obrero	2 (4,9)	2 (17,7)	0 (0,0)
Otra	4 (7,5)	2 (17,7)	2 (6,9)
Ocupación secundaria			
No tiene otra ocupación	27 (65,9)	9 (75,0)	18 (62,1)
Artesana/artesano	6 (14,6)	1 (8,3)	5 (17,2)
Labores domésticas	3 (7,3)	0 (0,0)	3 (10,3)
Cría de animales de traspatio	2 (4,9)	0 (0,0)	2 (6,9)
Otra	3 (7,3)	2 (16,7)	1 (3,4)
Condición de afiliación			
Seguro Popular	30 (73,1)	9 (75,0)	21 (72,4)
IMSS* y Seguro Popular	2 (4,8)	1 (8,3)	1 (3,4)
ISSET** y Seguro Popular	2 (4,8)	0 (0,0)	2 (6,8)
IMSS	1 (2,4)	1 (8,3)	0 (0,0)
ISSET	6 (14,6)	1 (8,3)	5 (17,2)

*IMSS= Instituto Mexicano del Seguro Social

**ISSET= Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco

Fuente: Entrevistas a personas con DM e HTA, DACS/UJAT (2013).

Cuadro 4
Control de Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial según condición de afiliación

Condición de afiliación	Total	Lugar a donde asiste a control de su enfermedad			
		Clínica local (%)	Medicina privada (%)	Clínica del IMSS (%)	Clínica del ISSET (%)
Total	41 (100,0)	30 (73,2)	8 (19,5)	2 (4,9)	1 (2,4)
Seguro Popular	30 (73,2)	27 (90,0)	3 (37,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
IMSS	2 (4,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	0 (0,0)
ISSET	6 (14,6)	0 (0,0)	5 (62,5)	0 (0,0)	1 (100,0)
IMSS y Seguro Popular	1 (2,4)	1 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
ISSET y Seguro Popular	2 (4,9)	2 (6,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

*IMSS= Instituto Mexicano del Seguro Social

**ISSET= Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco

Fuente: Encuesta Primer Nivel de Atención Médica, Tabasco. DACS/UJAT (2013).